

QUADERNI DELLA FONDAZIONE PROFESSOR PAOLO MICHELE EREDE

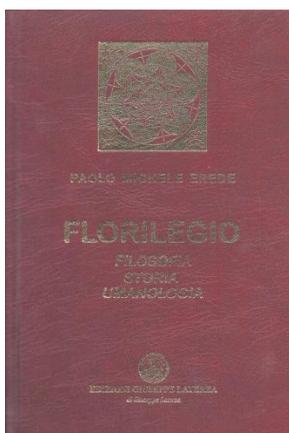
A CURA DI MICHELE MARSONET

N. 12 – 2019

*La medicina
tra scienze naturali e scienze umane
Le implicazioni filosofiche della medicina*



ECIG



FLORILEGIO

Filosofia Storia Umanologia

di Paolo Michele EREDE



Note biografiche dell'Autore

Note introduttive

Nota della Curatrice

Prefazione

Indice dei testi

*Quaderni della Fondazione
Professor Paolo Michele Erede*

a cura di Michele Marsonet

N. 12 – 2019

Numero monografico dedicato alla
Undicesima Edizione del Premio
Professor Paolo Michele Erede

*La medicina
tra scienze naturali e scienze umane
Le implicazioni filosofiche della medicina*

I TESTI PUBBLICATI IN QUESTO VOLUME SONO DI PROPRIETÀ DEGLI AUTORI,
CHE NE HANNO CONCESSO LA PUBBLICAZIONE ALLA

FONDAZIONE PROF. PAOLO MICHELE EREDE,
VIA DOMENICO FIASSELLA 4 INT. 5 E 8
16121 GENOVA – ITALY
E-MAIL: SEGRETERIA@FONDAZIONE-EREDE.ORG
[HTTP://WWW.FONDAZIONE-EREDE.ORG](http://www.fondazione-eredede.org)

IMPAGINAZIONE E CORREZIONE DELLE BOZZE A CURA DELLA
SEGRETERIA DELLA FONDAZIONE PROF. PAOLO MICHELE EREDE.

IL LIBRO “FLORILEGIO”, DI PAOLO MICHELE EREDE,
A CURA DI LAURA SACCHETTI PELLERANO,
È PUBBLICATO DALLE EDIZIONI GIUSEPPE LATERZA,
BARI 2005, ISBN 88-8231-354-9



FONDAZIONE PROFESSOR PAOLO MICHELE EREDE

LA UNDICESIMA EDIZIONE DEL PREMIO
PROFESSOR PAOLO MICHELE EREDE
SI È SVOLTA CON IL PATROCINIO DI:



REGIONE LIGURIA



CITTÀ METROPOLITANA
DI GENOVA



COMUNE DI GENOVA



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI
GENOVA



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI GENOVA



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confederation suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Consolato Generale di Svizzera a Milano

Primo Premio

Maria Cristina Amoretti

La medicina, tra humanities, arti e scienze.

Maria Cristina Amoretti è nata ad Imperia e risiede a Genova. Ha conseguito la laurea e il dottorato in Filosofia presso l'Università degli Studi di Genova, dove è stata assegnista di ricerca per diversi anni ed è ora ricercatrice in Filosofia della Scienza. È stata *visiting fellow* presso il *King's College London*, la *Ruhr-Universität Bochum* e la *Technische Universität München*. Attualmente insegna Filosofia della Mente presso il Dipartimento di Antichità, Filosofia, Storia dell'Università degli Studi di Genova.

Secondo Premio

Laura Sarnari

Verso nuove prospettive: dall'umanesimo medico, alla filosofia pratica.

Laura Sarnari è nata a Recanati e risiede a Perugia. Ha conseguito la maturità scientifica presso il liceo "Galileo Galilei" di Macerata e preso parte alla simulazione di lavori diplomatici *National High School Model United Nations* presso il palazzo dell'Onu a New York. Ha conseguito la laurea magistrale in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Perugia con tesi sperimentale, dopo aver preso parte ad uno studio presso il Centro di Medicina del Dolore della stessa città. Attualmente esercita la professione di Medico Chirurgo ed ha la certificazione di esecutore di Advanced Life Support. Nel tempo libero si dedica alle sue grandi passioni: la filosofia e la scrittura.

Terzo Premio

Maria Grazia Maimone

Filosofia e medicina: cielo e mare all'orizzonte.

Maria Grazia Maimone è nata a Milazzo e risiede a Barcellona Pozzo di Gotto (ME). Ha conseguito a pieni voti la maturità classica, ed a pieni voti con lode la laurea in Medicina e Chirurgia. Attualmente frequenta il Corso di Formazione Specifica triennale in Medicina Generale presso il Polo Universitario di Catania.

Premio riservato a cittadini svizzeri

Antonio Bava

*Riflessioni su quanto sia eticamente corretto prolungare la vita
in pazienti cerebrolesi.*

Antonio Bava è nato a Catania e risiede a Trieste. Medico Chirurgo, Ordinario di Fisiologia Umana fuori ruolo, attualmente è Professore a.c. presso il Dipartimento di Ingegneria e Architettura dell'Università degli Studi di Trieste. È membro della *American Association for the Advancement of Science*, della *New York Academy of Sciences*, della Associazione Primatologica Italiana, e della Società Italiana di Fisiologia. La sua opera scientifica ha prodotto oltre 1650 citazioni su riviste internazionali.

Quarto Premio Ex Æquo

Jacopo Vladimiro Leonardo Bertelli

I fondamenti etici della medicina.

Jacopo Vladimiro Leonardo Bertelli è nato a Varese e risiede Bioglio (Biella). Ha conseguito la maturità artistica presso il Liceo “G. e Q. Sella” di Biella e frequenta il corso di laurea triennale in Matematica presso l’Università degli Studi di Torino. Si interessa ai più svariati argomenti, dalla filosofia alla matematica, dalla letteratura alle scienze, dalla storia dell’arte alla pittura.

Giampaolo Ghilardi

Dalla medicina personalizzata al personalismo filosofico.

Un itinerario possibile?

Giampaolo Ghilardi è nato a Bergamo e risiede a Roma. Ha conseguito la maturità classica presso il Liceo “Paolo Sarpi” di Bergamo, la laurea in Filosofia presso l’Università Cattolica di Milano ed il dottorato in Bioetica presso l’Università Campus Bio-Medico di Roma. Dal 2017 è Ricercatore di Filosofia Morale e insegna Filosofia e Storia presso il Liceo Scientifico “Lorenzo Mascheroni” di Bergamo.

Marco Prastaro

Fisionomia della mente:

eziologia, epistemologia ed anatomo-escatologia della noesi.

Marco Prastaro è nato a Belvedere Marittimo e risiede a Terranova da Sibari (CS). Medico chirurgo, ha conseguito la maturità classica, la laurea in Medicina e Chirurgia presso l’Università degli Studi di Roma “La Sapienza”, è appassionato di neuroscienze cliniche.

Tatiana Repina

La medicina tra scienze naturali e scienze umane.

Tatiana Repina è nata a San Pietroburgo (Russia) e risiede a Sanremo. Ha conseguito con lode la laurea triennale in Economia e Commercio presso il Collegio del Turismo a San Pietroburgo ed è iscritta al corso di laurea in Giurisprudenza dell’Università degli Studi di Genova.

Premi speciali

Luigi Cogolo

La medicina tra scienze naturali e scienze umane.

Luigi Cogolo è nato a Udine e risiede a Genova. Ha conseguito la maturità classica, la laurea in Medicina e Chirurgia e le specializzazioni in Chirurgia Generale, in Chirurgia dell'Apparato Digerente, in Chirurgia Vascolare ed in Chirurgia d'Urgenza. Già direttore di Struttura Complessa dell'ASL 3 Genovese, professore a.c. presso l'Università degli Studi di Genova, titolare di missioni umanitarie in Perù, Capo Verde, Madagascar, Tanzania e Camerun. Attualmente è studente del corso di laurea in Storia dell'Università degli Studi di Genova.

Francesco Paolo Colacioppo

La medicina tra scienze naturali e scienze umane.

Francesco Paolo Colacioppo è nato e risiede a Lanciano (Chieti). Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia e le specializzazioni in Medicina Interna, in Geriatria ed in Gastroenterologia. Dopo aver svolto per vent'anni l'attività di medico ospedaliero nei reparti di Medicina e di Geriatria, da alcuni anni è responsabile del "Centro Disturbi Cognitivi e Demenze" del Distretto Sanitario di Lanciano. Nel corso sua attività professionale ha sempre cercato di dare una "impronta filosofica" alla prassi medica.

Andrea Grieco

La medicina tra scienze naturali e scienze umane.

Andrea Grieco è nato e risiede a Pistoia. Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia e le specializzazioni in Neurologia, in Nefrologia ed in Psicoterapia, il perfezionamento in Medicina Naturale ed il master in Ipnosi Ericksonianana. Trainer internazionale in Programmazione Neuro Linguistica (PNL), è consulente di varie riviste che si occupano di salute.

Tommaso Langiano

L'ambivalenza costitutiva della medicina.

Tommaso Langiano è nato a Barletta e risiede a Roma. Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia e le specializzazioni in Medicina del Lavoro ed in Igiene. Già medico dei Servizi di Prevenzione della Regione Lombardia, ha prestato servizio al Ministero della Salute, è stato Direttore Sanitario dell'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù di Roma e Direttore Generale dell'Ospedale Pediatrico Meyer di Firenze. Attualmente è iscritto al corso di laurea in Filosofia.

Massimo Scanarini

Le implicazioni filosofiche della medicina.

Massimo Scanarini è nato a Gualtieri (Reggio Emilia) e risiede a Padova. Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia a Padova e le specializzazioni in Neurochirurgia Endocrina ed in Psichiatria. Svolge la sua attività professionale presso il Dipartimento di Neuroscienze della Divisione di Neurochirurgia dell'Ospedale di Padova. È autore del saggio "Il cervello mente" (Padova, 2017).

Corrado Sfacteria

La medicina tra scienze naturali e scienze umane.

Corrado Sfacteria è nato a Messina e risiede a Pietra Ligure (SV). Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia e la specializzazione in Odontoiatria e Protesi Dentale. È stato Medico condotto, Ufficiale Sanitario, Ufficiale Medico di complemento, Dirigente Medico presso la Direzione Sanitaria dell'Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure. È autore di pubblicazioni a carattere scientifico e letterario.

*Franca Dürst Erede*¹

Prefazione

Nel Quaderno N° 12 sono raccolti gli elaborati dei partecipanti alla XI Edizione del Premio intitolato alla Fondazione Prof. Paolo Michele Erede sul tema *“La medicina tra scienze naturali e scienze umane. Le implicazioni filosofiche della medicina”*.

Come di consueto l’argomento è stato proposto dal Prof. Michele Marsonet ed approvato all’unanimità dal Consiglio durante la riunione annuale svoltasi il 10 marzo 2017.

La Commissione Giudicatrice di questa undicesima edizione del Premio era costituita da:

- Presidente: prof. Michele Marsonet – Professore Ordinario di Filosofia della Scienza, Università degli Studi di Genova – Presidente delle Commissioni Scientifiche e membro del Consiglio di Amministrazione della Fondazione Erede;
- dott. Erika Dellacasa – inviato speciale e già vice-direttore de *“Il Secolo XIX”*, dal 2005 collabora con il *“Corriere della Sera”*;
- prof. Bruno Orsini – Medico psichiatra, Deputato, Sottosegretario, Senatore della Repubblica, già Difensore Civico del Comune di Genova, relatore della Legge 180/78 (Legge Basaglia).

La premiazione si è svolta il 25 maggio 2018 nel Salone di rappresentanza di Palazzo Tursi in via Garibaldi 9, gentilmente offerto dal Sindaco di Genova dott. Marco Bucci.

¹ Presidente della Fondazione Prof. Paolo Michele Erede, medico specialista.

Hanno inviato il loro saluto il Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Genova prof. Paolo Comanducci, il Sindaco di Genova dott. Marco Bucci, il Presidente della Regione Liguria On. Giovanni Toti, il prof. ing. Franco Gervasoni, Direttore dell'Università SUPSI della Svizzera Italiana.

Come nelle precedenti edizioni del Premio il Salone era gremito. I partecipanti erano anche quest'anno numerosi e provenienti da diverse città italiane e dalla Svizzera.

La Fondazione è lieta di comunicare che i "QUADERNI" del Premio sono ogni anno posti in "Deposito Legale" nella Biblioteca Nazionale Centrale di Firenze – su invito del Ministero dei Beni e della Attività Culturali dal 22 dicembre 2016.

MEDICINA

Il lemma "medicina" deriva dal latino "MEDICINAM" che a sua volta ha origine dal verbo latino "MEDERI", (curare, medicare). Quindi Medicina è propriamente la scienza che studia le malattie indagandone le cause scatenanti, le evoluzioni, la diagnosi, le terapie (metodiche e tecniche), e le possibilità di prevenzione.

L'ars medicina è detta appunto "arte" perché basata su precetti pratici e sull'esperienza specifica del Medico in relazione con un particolare paziente.

Essa si avvale degli apporti di altre scienze quali: l'anatomia, l'istologia, la fisiologia, la patologia, l'igiene e la farmacologia; si suddivide in varie branche di specializzazione:

- in base agli organi o apparati studiati (per es. Cardiologia, Neurologia),
- all'età dei pazienti (Pediatria, Geriatria),
- alle tecniche impiegate per lo studio o la terapia delle varie malattie.

La storia degli esordi della Medicina è intrecciata indissolubilmente alla religione e alla magia e riferimenti all'arte medica si trovano già in documenti Babilonesi ed Egizi.

La Medicina a quest'epoca è stata definita empirica e magica per l'uomo preistorico e il Medico era il Mago che osservava gli Astri (le stelle), i fenomeni naturali, riconoscendo le doti o i pregi delle piante, dei piccoli rimedi conosciuti, esercitare ed essere suggestivi sui pazienti in modo da far crescere in eccesso il loro potere davanti alle epidemie. Vi era anche una terapia magica con cenere di ossa di defunti, denti di animali e talismani.

Questi pensieri hanno dettato le varie difese e cure ed hanno portato a cognizioni con prescrizioni di bagni, diete, alimenti speciali, formule magiche, ecc.

La Medicina più antica attestata da documenti è quella della Mesopotamia, specialmente praticata da Sacerdoti.

La Medicina Assiro-Babilonese è basata su scongiuri, amuleti, formule magiche, ma si avvale anche di cognizioni empiriche molto razionali, riconosce sintomi e decorsi di molte malattie – prescrizioni dietetiche, igieniche e profilattiche – ricorre alle prime operazioni chirurgiche.

Il Codice di Hammurabi sul Medico quale professionista con responsabilità civile – rispetto alla legge – e con la definizione del compenso che spettava all'avvenuta guarigione oppure della punizione se il Paziente moriva o andava incontro a grave danno se causato dal Medico.

Alcune preziose testimonianze di questo periodo degli albori della scienza medica sono conservate al British Museum di Londra: in questi antichi scritti si legge che la sede dell'intelletto è nel cuore, la sede della vita è nel sangue – come elemento indispensabile – e l'organo centrale della circolazione è il fegato, già descritto dalla medicina biblica ed etrusca.

Anche i sogni costituivano ai tempi uno strumento diagnostico fondamentale per il Medico dell'epoca.

La medicina egizia (3000 a.C. – 1000 a.C.) è contemporanea a quella mesopotamica. Dopo una prima fase teurgica-magica vira ad un empirismo illuminato: notevoli sono, ad esempio, le cognizioni biologiche (concetto umorale sanguigno e concetto pneumatico), la conoscenza dei vari quadri sintomatologici e la farmacologia. Lungo i tremila anni di storia dell'Antico Egitto si sviluppò una grande tradizione medica al punto che Erodoto definiva gli Egizi "il popolo dei sanissimi", grazie al sofisticato sistema sanitario che possedevano, e all'esistenza di un medico per ogni infermità (prima attestazione della specializzazione in campo medico).

I medici egiziani erano considerati i migliori già nei tempi antichi, come possiamo riscontrare dalle parole di Erodoto, Omero e Diodoro Siculo; potevano godere di molta fama e venivano chiamati – presso le corti di altri popoli – come i Persiani. Molti nobili venivano dall'estero per consultarli.

Sulla medicina egizia sono stati ritrovati molti papiri fra cui i più importati sono il papiro di Kahum (1850 a.C.) che è un compendio di ginecologia ma si tratta di materie diverse come veterinaria ed aritmetica, e riporta anche una malattia "che divora i tessuti" (il cancro).

Il secolo successivo alla morte di Alessandro Magno, avvenuta nel 323 a.C., fu uno dei periodi più ricchi di trasformazioni in tutta la storia della medicina antica.

In Grecia i primi Medici furono Sacerdoti e gli studi di Medicina erano coltivati presso il Tempio del Dio Esculapio. Il più celebre sorgeva ad Epidauro mentre altre Scuole insigni fiorirono anche a Cos (con Ippocrate), a Cnido (con Furifonte e Ctesia), a Crotone (con Alcmeone), a Taranto (con Filolao) e ad Agrigento (con Empedocle).

Nel III secolo a.C. si professa già lo studio dell'anatomia e della fisiologia, praticati da Erofilo di Calcedone (in Bitinia) e la Erasi-strato di Juli (nell'isola di Ceo), certamente i maggiori esponenti della fiorente Scuola Medica Alessandrina.

Secondo Platone esistono due tipi di Medicina: quella adatta agli schiavi per i quali è sufficiente eliminare i sintomi, dato che essi devono tornare quanto prima al loro lavoro, e la Medicina per gli uomini liberi, attenta non solo ai sintomi ma anche all'anima, al contesto di vita e ai rapporti familiari del malato.

La medicina greca è una delle prime scienze che abbia applicato un metodo esatto e rigoroso imitato in seguito da altre scienze, come la matematica e la fisica.

E proprio un medico greco, Ippocrate di Cos, vissuto nel V secolo a.C., è ritenuto tradizionalmente il fondatore della Medicina come scienza vera e propria; la tradizione ci ha trasmesso un Corpus di circa 70 opere che vengono ascritte a Ippocrate; il suo contributo filosofico più importante e rivoluzionario è di carattere filosofico ed etico, ovvero il "giuramento" che, per la prima volta, legò l'esercizio della professione medica a principi morali solennemente enunciati davanti alla divinità e che perciò, all'epoca, avevano il potere di conferire alla promessa il valore vincolante di una norma giuridica:

Giuro per Apollo medico e Asclepio e Igea e Panacea e per tutti gli Dei e per tutte le Dee, chiamandoli a testimoni, che eseguirò, secondo le forze e il mio giudizio, questo giuramento e questo impegno scritto:

di stimare il mio maestro di quest'arte come mio padre e di vivere insieme a lui e di soccorrerlo se ha bisogno e che considererò i suoi figli come fratelli e insegnerò quest'arte, se essi desiderano apprenderla, senza richiedere compensi né patti scritti; di rendere partecipi dei precetti e degli insegnamenti orali e di ogni altra dottrina i miei figli e i figli del mio mae-

stro e gli allievi legati da un contratto e vincolati dal giuramento del medico, ma nessun altro.

Regolerò il tenore di vita per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio; mi asterrò dal recar danno e offesa. Non somministrerò ad alcuno, neppure se richiesto, un farmaco mortale, né suggerirò un tale consiglio; similmente a nessuna donna io darò un medicinale abortivo.

Con innocenza e purezza io custodirò la mia vita e la mia arte.

Non opererò coloro che soffrono del male della pietra, ma mi rivolgerò a coloro che sono esperti di questa attività.

In qualsiasi casa andrò, io vi entrerò per il sollievo dei malati, e mi asterrò da ogni offesa e danno volontario, e fra l'altro da ogni azione corruttrice sul corpo delle donne e degli uomini, liberi e schiavi.

Ciò che io posso vedere o sentire durante il mio esercizio o anche fuori dell'esercizio sulla vita degli uomini, tacerò ciò che non è necessario sia divulgato, ritenendo come un segreto cose simili.

E a me, dunque, che adempio un tale giuramento e non lo calpesto, sia concesso di godere della vita e dell'arte, onorato dagli uomini tutti per sempre; mi accada il contrario se lo violo e se spergiuro.

Con questo giuramento (ancora oggi vigente in formula aggiornata) si devono dimenticare i riti sacerdotali, la protezione divina, ma ricordare soltanto una professione rivolta all'arte e all'insegnamento.

La scarsità di conoscenze anatomiche, fisiopatologiche, farmacologiche veniva compensata da una grande attenzione rivolta, piuttosto che alla patologia in sé, alla persona intera del Malato. In questo senso la medicina ippocratica ha costituito per lunghi

secoli (a partire da Platone) un modello di riferimento sia metodologico che deontologico nella tutela della salute.

In un saggio di Ippocrate si legge un'interessante affermazione sul legame tra Medicina e Filosofia: "Il Medico che è anche filosofo è simile agli Dei. Non vi è grande differenza fra la Medicina e la Filosofia perché tutte le qualità del buon Filosofo devono trovarsi anche nel Medico: disinteresse, zelo, pudore, aspetto dignitoso, serietà, giudizio tranquillo, serenità, decisione, purezza di vita, cognizione di ciò che è utile e necessario, riprovazione delle cose malvagie, animo libero da sospetti, devozione alla divinità". Ippocrate influenzò molto la medicina romana, infatti in alcuni libri romani si descrive il comportamento che il Medico deve tenere durante la visita: deve essere discreto, parlare a bassa voce, essere sorridente, esprimere fiducia e ottimismo per la guarigione, e se il Paziente è agitato, deve calmarlo con persuasione e dolcezza.

A Roma nel primo secolo a.C. sono attivi Medici di alto profilo come Asclepiade di Bitinia (nato nel 130 a.C.) celebre per il motto secondo il quale il Medico deve guarire *cito, tuto, iucunde* ("rapidamente, sicuramente, serenamente"). Egli è il primo a dividere le malattie in acute e croniche e ad osservare e descrivere magistralmente l'idropisia, il tetano e la malaria. Descrisse e praticò la tracheotomia e fu chirurgo abilissimo; fu certamente il primo tra i medici giunti in Roma a praticare la Medicina con concetti razionali e scientifici.

A Roma spicca anche la presenza di Cornelio Celso e Sorano D'Efeso che fu il primo ginecologo documentato nella storia della Medicina.

Molte malattie venivano curate con il salasso, usato come una sorta di panacea. Esisteva persino una forma primitiva di chirurgia, se così possiamo chiamarla, ma stando alle fonti doveva essere qualcosa di terrificante.

Seneca stesso, in età imperiale, descrive una scena chirurgica paragonandola a crolli e incendi di città, parlando di medici che non esitavano a tagliare e bruciare, quando dovevano operare alle ossa o ad infilare le mani negli orifizi. Anche la ginecologia ed i primi ospedali hanno origine dall'antica Roma, come dimostrato dagli strumenti trovati nel corso di alcuni scavi archeologici.

Il Medico (nonché Filosofo) più importante di questo periodo fu Galeno, di origine greca ma attivo a Roma a partire dal 162 d.C., che dominò il panorama medico occidentale fino al Rinascimento. Per la sua fama divenne medico dell'Imperatore Marco Aurelio, poi di Nerone, Commodo e Settimio Severo. Il principio fondamentale della vita era per lui il pneuma (aria, alito, spirito), che scrittori seguenti interpretarono come anima. Lo spirito animale nel cervello controllava movimenti, percezione e sensi, lo spirito vitale nel cuore controllava il sangue e la temperatura corporea mentre lo spirito naturale nel fegato regolava alimentazione e metabolismo. Dimostrò che le arterie trasportano sangue, non aria; effettuò i primi studi sulla funzione dei nervi, del cervello e del cuore; sostenne inoltre che la mente era situata nel cervello, non nel cuore, a differenza della tradizione aristotelica.

Sebbene la medicina romana, a fronte di quella greca, non fosse rigorosissima, la sua decadenza è stato un lasciapassare per la modifica cristiana, più spirituale che scientifica, e spesso puntava ad essere conventuale, considerando quindi anima e corpo due entità inscindibili.

Nel Medioevo sorgono i conventi delle varie Congregazioni religiose della Chiesa e sono i monaci ora ad occuparsi non solo della cura delle anime, ma anche di quella dei corpi. Le grandi novità dell'epoca dipendono in larga parte dalle acquisizioni mediche degli arabi e ricevono impulso dalla nascita delle prime Università.

Grazie ai filosofi Averroè (1126-1198) ed Avicenna (980-1037), viene riscoperta la medicina greca di Galeno e, nel corso del Basso Medioevo, viene istituita una facoltà di medicina a Salerno, ben presto surclassata da quella di Parigi. La medicina teorica e quella pratica rimasero divise a lungo; nel Medioevo infatti, chi insegnava Medicina non operava direttamente il suo Paziente, ma istruiva qualcun altro a eseguire l'intervento.

L'unico aspetto positivo nel contesto abbastanza desolante della Medicina dell'epoca, è la comparsa dei primi ospedali, sia nelle città che vicino ai Monasteri, a cui si aggiungeranno successivamente i lebbrosari ed i lazzaretti. I primi ospedali servivano soltanto a fornire rifugio ed assistenza a vecchi, invalidi e pellegrini itineranti; quindi non erano dei veri e propri luoghi di cura. Solo in una fase successiva cominciarono a svolgere il loro attuale ruolo.

Nel Rinascimento ci sarà una progressiva laicizzazione della Medicina e il Medico sarà più vicino a scoperte scientifiche e nuove interpretazioni filosofiche. Il Rinascimento rappresenta un nuovo punto di svolta per innumerevoli ragioni: innanzitutto la medicina di Galeno viene sostituita dalle teorie di Andrea Vesalio (1514-1564), il fondatore della moderna anatomia e autore del *"De humani corporis fabrica"*. Inoltre, l'ampliarsi degli orizzonti geografici porta gli europei a conoscere nuove malattie provenienti dagli altri continenti. In secondo luogo, Leonardo da Vinci (1452-1519), offre il suo contributo alla Medicina e agli studi di anatomia dissezionando, non sempre legalmente, i cadaveri. Nel XV secolo infatti, prima a Padova e poi in tutta Italia, fiorirono gli studi di anatomia e di fisiologia. Vengono ristrutturati gli ospedali e nascono nuove figure professionali come il cavadenti, ovvero il dentista. Accanto a figure di spicco come Vesalio e Leonardo, c'è anche Teofrasto di Hohenheim, detto Paracelso (1493-1541): cabala e medicina, alchimia e magia, teologia e indagine filosofica si in-

trecciano in maniera indissolubile nella dottrina di Paracelso. Come medico si discosta dalle teorie dei suoi contemporanei, basate su fluidi e alterazioni umorali, per agire in maniera diretta non solo sul corpo fisico del Malato (mondo degli effetti) ma su quella regione interiore dove secondo lui la patologia ha origine (mondo delle cause). La base di una patologia è quindi da ricercarsi nella disarmonia tra l'interiorità dell'uomo (microcosmo) e il contesto naturale che lo ospita (macrocosmo) e che produce da sé gli elementi essenziali alla cura. La malattia nasce da un accumulo di impurità nell'organismo, è necessario quindi operare per separare queste scorie dalla materia pura.

Paracelso distingue tre regni che agiscono nella costituzione dell'uomo: il fisico, l'interiore (o astrale) e il centro più intimo, il divino. È Dio infatti che ha creato e sostiene l'interiore, la cui forma esteriore è manifestazione nella materia. In questa prospettiva la medicina diviene scienza sacra.

Nel Rinascimento, Venezia fu la prima città a dare alle stampe i libri di Medicina, con Aldo Manuzio nel 1499 e altri stampatori rinomati all'epoca: l'opera di Ippocrate ad esempio fu stampata in latino per la prima volta nel 1525 e in greco nel 1526. La Medicina poi passò nelle mani della famiglia De' Medici, quando Papa Onorio III proibì al Clero l'esercizio e l'insegnamento della Medicina. La costruzione di ospedali con le loro decorazioni fu realizzata ad artisti rinomati con costruzioni monumentali (citiamo su tutti quello di Pistoia) decorato con bassorilievi di Giovanni della Robbia e a Milano con Bramante e altri.

La Medicina realizzerà il vero salto di qualità nel XVII secolo, grazie ad una delle figure più importanti del panorama della medicina mondiale: l'inglese Sir William Harvey (1568-1657), scopritore della circolazione del sangue e primo ad occuparsi in modo approfondito di embriologia.

La medicina inglese continua a fare progressi nel XVII secolo, tanto che Thomas Sydenham (1624-1689), medico che si occupò del trattamento del vaiolo, fu soprannominato “l’Ippocrate inglese”. Sempre in ambito anglosassone, fu perfezionato l’uso del microscopio a livello anatomico, permettendo così di scoprire molte ghiandole fino ad allora sconosciute.

L’era delle grandi rivoluzioni e dell’Illuminismo ha rappresentato l’inizio della vera e propria Medicina moderna.

Nasce in quest’epoca, di grandi innovazioni, la vaccinazione grazie a Edward Jenner (1749-1823) e Auguste Tissot (1728-1797); la salute pubblica inizia ad avere un’importanza sempre maggiore nelle città; si iniziano a formulare varie ipotesi sul processo di trasmissione della malaria e della tubercolosi; vengono scoperte le cellule prima dall’olandese Antoni Van Leeuwenhoek (1632-1723) e poi da Marcello Malpighi (1628-1694), considerato oggi il padre dell’istologia.

Ricordiamo le parole del filosofo Michel Foucault (1926-1984) in merito allo status della Medicina durante l’epoca dei lumi: “In questa cultura, il pensiero medico è coinvolto di diritto nello status filosofico dell’uomo”.

Il momento in cui si inizia la vera lotta sistematica verso la malattia per riconquistare la salute e migliori condizioni di vita, si può ricondurre proprio alla nuova filosofia che ci proviene dall’Illuminismo e dalla Rivoluzione Francese, allorché le divinità e i demoni hanno definitivamente perso il loro potere sulla salute delle persone e, alla luce della Ragione, la Medicina assume ad unico reale strumento di cura.

Con l’avvento del XIX secolo si ha un notevole miglioramento della qualità della vita delle persone e la possibilità di prolungarne la durata, in special modo attraverso gli studi di anatomia patologica, fisiologia e batteriologia, la scoperta dell’anestesia per la chirurgia e della radiologia con i raggi X.

Max von Pettenkofer di Monaco (1818-1901) fu il primo direttore dell'Istituto di Igiene che interessava sia la salute che la mortalità della popolazione, metteva in rilievo che l'esistenza di buone fognature, il rifornimento idrico e alle latrine, una buona alimentazione, una abitazione sana e le buone condizioni igieniche, alimentari, sociali ed economiche del cittadino erano tutti fattori importanti per conservare il buono stato di salute.

Le scoperte proseguono in tutto il corso del XIX secolo, tant'è vero che a pieno titolo è stato definito un secolo rivoluzionario per l'ambito medico. L'ottocento è il secolo in cui si inventa lo stetoscopio, si inizia a produrre la morfina, nascono l'anestesia e l'asepsi (ovvero la capacità di rendere sterile un ambiente, utilissimo per le operazioni chirurgiche al fine di prevenire le infezioni), nasce la microbiologia con Louis Pasteur (1822-1895) e soprattutto la genetica con Gregor Mendel (1822-1884).

Nel 1863 inoltre nasce la Croce Rossa Internazionale e viene stilata una Carta dei Doveri degli Infermieri durante la guerra di Crimea (1853-1856). Fra '800 e '900 vengono infine introdotte innovative scoperte, oggi fondamentali nel campo medico, come la radiografia, nata nel 1895 con la scoperta dei raggi X da parte del fisico Wilhelm Conrad Röntgen (1845-1923) che descrisse per primo le loro proprietà, e la penicillina (1929) da parte di Alexander Fleming (1881-1955). Al XIX secolo risale anche la scoperta del microscopio con la possibilità di avviare gli studi sulla microbiologia e rendere possibile la cura di malattie infettive prima impossibili da debellare, dell'antisepsi e in particolare lo studio dell'anestesia, tutte acquisizioni imprescindibili per lo sviluppo della moderna chirurgia. Vengono anche scoperte dalla farmacologia le sostanze sintetizzate artificialmente.

Dopo la Seconda Guerra Mondiale, l'inarrestabile processo di potenziamento delle basi scientifiche e tecnologiche si è accompagnato con una nuova riflessione sugli scopi della Medicina e si è

afferzata l'esigenza di fondare le decisioni mediche anche con un dialogo paritario tra Medico e Paziente. Le nuove sfide sanitarie, in particolare le malattie cronico-degenerative e il riemergere di antiche malattie infettive, stanno creando nuove domande: oggi dobbiamo riconoscere i "mali oscuri" che non riusciamo ancora né a curare né a debellare, ma certamente a breve si potranno fare nuove scoperte per migliorare progressivamente la qualità della nostra vita oltre che tutelare quella dell'ambiente, da cui la nostra salute in gran parte dipende.

La crisi globale che ha investito la nostra società, crea il bisogno di una riflessione più profonda sull'uomo e sulla sua natura, per cogliere i bisogni più veri e offrire delle risposte capaci di riportare speranza.

A questa riflessione è chiamata anche la scienza e la Medicina.

*Ringrazio sentitamente il dott.
Luigi Pampana Biancheri
per la sua fattiva ed attenta
collaborazione nella realizzazione
del Quaderno N° 12.*

Michele Marsonet ²

Note introduttive

Anche quest'anno si rinnova per me il piacere di presentare al pubblico un Quaderno, il dodicesimo, della "Fondazione Prof. Paolo Michele Erede". Si tratta di quello relativo alla undicesima edizione del Premio annuale, bandito dalla Fondazione, che ha quale argomento "La medicina tra scienze naturali e scienze umane. Le implicazioni filosofiche della medicina". Come tutti sanno, tuttavia, il cammino della Fondazione stessa prosegue veloce sotto l'impulso della dott. Franca Dürst Erede e del suo Consiglio Direttivo.

Con ciò voglio dire che, in realtà, il volume dedicato al problema dei rapporti tra corpo e mente è già alle nostre spalle. Oggi, infatti, vengono premiati i vincitori dell'undicesima edizione, che ha quale tema "La medicina tra scienze naturali e scienze umane. Le implicazioni filosofiche della medicina". Ma pure questo concorso è già alle nostre spalle, dal momento che oggi annuncerò il tema del prossimo bando – il dodicesimo – praticamente senza soluzione di continuità. È pertanto legittimo chiedersi come possa una Fondazione senza alcun consistente sostegno finanziario da parte degli Enti pubblici lavorare così intensamente e conquistare ogni anno settori sempre crescenti di pubblico e di persone interessate alla cultura intesa nel senso più ampio del termine.

² Professore Ordinario di Filosofia della Scienza (Università di Genova, Scuola di Scienze Umanistiche), presidente delle Commissioni Scientifiche della Fondazione Prof. Paolo Michele Erede.

Rispondo che non v'è alcun mistero da scoprire, giacché il successo si spiega solo con la passione di coloro che alle attività della Fondazione fattivamente collaborano. Dunque i membri del Consiglio Direttivo e quelli delle Commissioni Scientifiche. Ma qui occorre sottolineare che gran parte del merito va attribuito a Franca Dürst Erede. È infatti lei che in modo instancabile risolve i problemi che via via si pongono, fornendo agli altri un appoggio costante e incaricandosi pure di spronarli nei momenti di difficoltà. Ritengo anche doveroso menzionare il prezioso contributo di Luigi Pampana Biancheri che si occupa, tra le altre cose, dei problemi informatici: a lui dobbiamo l'impaginazione e l'elegante veste tipografica dei Quaderni.

Vengono dunque premiati i vincitori che hanno partecipato al tema: "La medicina tra scienze naturali e scienze umane. Le implicazioni filosofiche della medicina". I concorrenti, numerosi come sempre e assai qualificati, sono in maggioranza medici, e quindi colleghi di Paolo Michele Erede e di Franca Dürst Erede. Nutrita anche la partecipazione di studiosi di scienze umane in genere, e di filosofia in particolare. Come è accaduto nelle edizioni passate, abbiamo insomma avuto persone interessate ai rapporti tra umanesimo e scienza, il tema prediletto da Paolo Michele Erede.

Vorrei anche menzionare i membri che quest'anno hanno fatto parte con me della Commissione giudicatrice: L'on. prof. Bruno Orsini, medico psichiatra, già docente all'Università di Genova e noto esponente politico, relatore della celebre legge Basaglia, e la Dott.ssa Erika Dellacasa, giornalista prima presso il Secolo XIX e ora al Corriere della Sera.

Da notare, inoltre, l'ormai consolidata presenza di partecipanti stranieri, frutto significativo dell'apertura della Fondazione alla dimensione internazionale. Poiché la dott. Dürst Erede ha origini svizzere ed è cittadina elvetica, siamo da tempo entrati in contat-

to con Atenei della Svizzera Italiana, in particolare la SUPSI di Manno e l'Università della Svizzera Italiana di Lugano. Abbiamo quindi istituito un premio speciale destinato a un cittadino svizzero, che anche quest'anno è stato assegnato. Come sempre il Console onorario della Svizzera in Liguria, René Rais, ha portato i suoi saluti, anche a nome del Consolato Generale Svizzero di Milano, Dott. Felix Baumann.

Per quanto riguarda l'argomento del bando di concorso: "Le implicazioni filosofiche della medicina. La medicina tra scienze umane e scienze naturali", innanzitutto mette conto notare che si tratta di un argomento molto caro a Paolo Michele Erede, ed è stato toccato di sfuggita in più occasioni. Quest'anno è sembrato giusto dedicare l'edizione del Premio proprio ad esso, con la certezza che incontrasse i favori del pubblico. È molto interessante rilevare che le posizioni dei concorrenti sul tema proposto sono assai variegate. Ciò vale soprattutto per i medici, dai quali chi scrive s'attendeva opinioni più compatte e maggiormente favorevoli allo statuto scientifico della loro disciplina.

Che tipo di scienza è, infatti, la medicina? O, per dirla in termini più filosofici, qual è il suo statuto epistemologico? Se per l'appunto adottiamo il classico schema – per esempio weberiano – della distinzione tra scienze empirico-naturali da un lato, e umane e sociali dall'altro, è un po' difficile inserire la medicina in modo netto in un campo o nell'altro.

Sicuramente essa non è paragonabile alla sociologia o alla storiografia. Ma, d'altro canto, non può neppure essere accostata in modo molto rigido alla fisica – scienza naturale per eccellenza – o alla chimica. Comunque negli ultimi decenni è molto cresciuta una disciplina che si chiama "Filosofia (o epistemologia) della medicina", e al dibattito, contrariamente a quanto si potrebbe pensare, partecipano molti medici di professione. È indubbiamente un campo di ricerca destinato ad avere grandi sviluppi in

futuro, e siamo convinti che, con questo bando, la Fondazione Erede abbia fornito un buon contributo al riguardo.

Ho annunciato inoltre il tema della prossima edizione del Premio (la dodicesima), che è: “Verso il Villaggio Globale. La globalizzazione: vantaggi e problemi”. Anche in questo caso il pubblico noterà senz’altro l’attualità della questione che è, al contempo, assai controversa. Si tratta come tutti sanno di un tema foriero di polemiche, come sempre accade quando si scelgono argomenti di grande attualità. Proprio per questo ritengo che, com’è sempre avvenuto, i partecipanti alla prossima edizione avranno ampio spazio per sviluppare il tema proposto da molteplici punti di vista.

Erika Dellacasa ³

La medicina tra scienze naturali e scienze umane.

Vorrei limitare il mio intervento ad alcuni aspetti molto specifici del tema proposto per questa undicesima edizione del premio intitolato al professor Paolo Michele Erede, aspetti più vicini alla mia esperienza professionale di giornalista. Innanzitutto la traccia che è stata indicata introduce subito un argomento di grande attualità: “La medicina tra scienze naturali e scienze umane”. Già dal postulato solleva la cruciale questione di come debba intendersi la medicina, se essa è una scienza e se sì che genere di scienza. In tempi di *no-vax* – assertori della pericolosità anche letale delle vaccinazioni – e di diffusione di *fake news* che in territorio medico-scientifico possono causare danni gravissimi questa non è questione da poco. Tralascerei quindi l’interrogativo su dove collocare la medicina, se in uno spazio autonomo posto fra le scienze naturali – regno dell’empirico – e le più complesse scienze umane, e andrei invece al nocciolo della questione, al binomio medicina-scienza. L’aver minato in fasce ormai non irrilevanti della popolazione la validità di questo binomio ha causato nella vita pratica, nella vita di tutti i giorni, l’insorgenza di un grave problema di convivenza come le cronache – su quotidiani, tv e web – si trovano sempre più spesso a documentare e discutere.

³ Giornalista, inviato speciale e già vice-direttore de “Il Secolo XIX”, dal 2005 collabora con il “Corriere della Sera”.

La notizia di bambini affetti da patologie portatrici di immunodepressione costretti a non frequentare la scuola per la presenza di coetanei non vaccinati e la caduta della cosiddetta immunità di gregge è ormai ricorrente. Conseguenze imprevedibili della globalizzazione, del “pensiero debole” e della distorsione del concetto di relatività che contesta ogni “principio di autorità” in modo irrazionale impastati a una fanatica propensione ad individuare “complotti”, hanno fatto sì che secoli di ricerca, di studi e di storia siano stati messi – da minoranze rumorose – in mora. Con esiti talvolta drammatici. Si è venuto a formare quello che viene definito un pensiero anti-scienza che si traduce nella sua applicazione più comune in un pensiero anti-medicina sostenuto da una componente fortemente emotiva e, come accennato, da un vizio molto contemporaneo che va sotto il nome di complottismo.

Appartengono a questo pensiero movimenti *anti-vax* e tutte quelle pseudo teorie che di volta in volta si prefiggono di curare il cancro con il bicarbonato o con l’autosuggestione o con qualche altro metodo – medicina che ci riporta dalla scienza alla magia. Le *fake news* non sono un fenomeno di oggi, ci sono sempre state, con la stampa dei quotidiani venivano chiamate “bufale” dai giornalisti, ma la loro diffusione è ben più antica, legata all’esistenza stessa dell’umanità, venivano chiamate semplicemente e correttamente falsi, falsi storici, falsi scientifici. È una *fake news* storica il fatto che Nerone abbia appiccato il fuoco a Roma osservando l’incendio suonando la lira, ed è ironico che lo stesso Nerone – oggetto di falso – sia stato autore di una *fake news* (molto utile) accusando dell’incendio i cristiani; è una *fake news* l’esistenza dei Saggi di Sion o – per avvicinarci al territorio sanitario – quella degli untori che diffondevano la peste. Le *fake news* – lo sapeva anche Nerone – non sono mai innocenti. Non sono un sottoprodotto di Internet come si tende oggi a ritenere facendo l’equazione *web-social-fake news*, Internet con la velocità di diffu-

sione è il mezzo che ha aumentato in modo esponenziale la loro pericolosità. La politologa Jodi Dean affrontando il problema ha parlato di “incertezza onnipervasiva”, una costante ormai nostra società. “Plos” è il nome di un insieme di riviste che si occupano di *fact checking* in ambito scientifico e va da sé che la medicina è molto presente nelle loro ricerche. Fanno parte di Plos sessantun premi Nobel. Fino ad oggi su 156 ricerche definite scientifiche pubblicate dai media anglosassoni e analizzate dal team di Nobel di Plos oltre la metà sono risultate avere validità scientifica pari a zero. Invitare quindi a riflettere sul legame fra medicina e scienza è quindi importante anzi è fondamentale.

Ho voluto solo toccare questo argomento per sottolineare come dibatterlo non sia solo una esercitazione intellettuale (di per sé non sarebbe comunque malvagio esercitare un po’ la propria capacità di riflettere) ma abbia una valenza molto cogente.

La mia attenzione nella lettura degli elaborati presentati dai concorrenti è stata poi attirata da un secondo argomento introdotto dal secondo assunto della traccia proposta dal premio Erede di quest’anno: “Le implicazioni filosofiche della medicina”. Quando ci siamo confrontati dopo la lettura dei saggi è nata un’interessante discussione: il professor Bruno Orsini ed io sostenevamo che il tema della morte era essenziale nell’affrontare le implicazioni filosofiche della medicina mentre il professor Michele Marsonet riteneva che non fosse pertinente o comunque non di primo piano, in una parola evitabile sulla base dell’argomento oggetto del concorso. In realtà pochi partecipanti al Premio Erede hanno introdotto questo tema e la circostanza mi ha personalmente stupito poiché – per me – era quasi il cardine da cui partire. Con cosa si confronta sia empiricamente che filosoficamente la medicina se non con la vita e la morte, la salute e la malattia? Personalmente penso che il fine vita sia un argomento etico che la medicina – anche in termini filosofici – non può non dibattere.

Questo probabilmente fa parte del mio vissuto professionale di giornalista di quotidiani. Così come le pericolose *fake-news* in ambito medico anche il fine vita è stato oggetto di grande attenzione da parte dei media che, in sostanza, non hanno fatto che riflettere un dibattito in corso nel Paese e, evidentemente, una concreta necessità della società civile. La medicina ha allargato le sue conoscenze e i suoi ambiti interfacciandosi con la microbiologia, la fisica quantistica, le neuroscienze, le nanotecnologie, e ha perfezionato i suoi strumenti a un livello tale che oggi è possibile mantenere a tempo pressoché indefinito certi pazienti in uno stato che si potrebbe definire di non-vita e non-morte. Interrogarsi su come questo si rifletta sul codice etico è argomento delicatissimo. Più banalmente l'argomento viene affrontato dai media sotto la dizione onnicomprensiva di "accanimento terapeutico" e di "qualità della vita". La volontà del paziente, il rispetto della stessa e della sua dignità di persona sono confini che faticosamente la politica sta cercando di tracciare in termini di testi di legge ma che prima di tutto, nella pratica quotidiana, attengono all'etica medica.

È uno dei grandi quesiti che la medicina e i medici devono affrontare senza alibi e senza deleghe. Ma proprio alla luce del tema proposto dal Premio Erede ed anche dello svolgimento degli elaborati dei concorrenti, si può affermare che una medicina senza umanità – senza il confronto con le scienze umane – non adempie pienamente a quella che, al di là di ogni retorica, è ancora riconosciuta come una missione.

Bruno Orsini ⁴

La medicina tra scienze naturali e scienze umane.

Quando ho accettato il cortese invito di Franca Dürst Erede, Presidente della Fondazione Erede, di far parte della Commissione Esaminatrice dei lavori presentati al concorso di quest'anno, pensavo fosse giusto partecipare ad un impegno culturale di cui conoscevo il rilievo, la serietà e l'efficacia. Inoltre la prospettiva di lavorare con il prof. Marsonet e con la dott. Erika Dellacasa mi era gradita.

Quello che non sapevo, allora, era che sarebbe stato di grande interesse e, in pochi casi, di arricchimento culturale la lettura delle decine di saggi presentati al concorso.

Certo il tema era di particolare interesse ed attualità: mai come ora la medicina, il sapere medico e l'agire medico conoscono problemi interposti tra scienze naturali e scienze umane e coinvolgono questioni etiche, filosofiche e politiche.

Alcuni degli scritti che ho letto rimarranno nella mia mente e, in alcuni casi, anche nella mia biblioteca. Naturalmente la Commissione ha potuto premiarne sono alcuni, ma, quasi tutti meritano un apprezzamento che sono qui lieto di esprimere.

Certo la medicina cosiddetta scientifica ha raggiunto, soprattutto negli ultimi tre secoli, straordinari successi.

Superando la antica medicina sapienziale, intrisa anche di superstizioni e di miti, ha utilizzato fino in fondo nozioni oggettive de-

⁴ Medico psichiatra, Deputato, Sottosegretario, Senatore della Repubblica, già Difensore Civico del Comune di Genova, relatore della Legge 180/78 (Legge Basaglia).

rivanti dalle scienze naturali, dalla biologia, dalla chimica, dalla fisica, e dall'anatomia.

Si è focalizzata sulla corporeità, su ciò che poteva essere visto, constatato, quantificato, in una parola oggettivato, sperimentato.

Ha studiato la corporeità sino alla sua più intima struttura, sino alle dinamiche più fini dei suoi processi di funzionamento e di difesa.

In tal modo in un arco temporale relativamente breve ha conosciuto vertiginosi successi nella conoscenza delle patologie e delle loro origini e nell'acquisizione degli strumenti necessari per prevenirle, curarle, guarirle.

Cito a caso: l'identificazione delle cause e della trasmissione delle malattie infettive dovute a germi e quindi la loro profilassi e terapia, le vaccinazioni, le dinamiche cardiocircolatorie e quindi l'ossigenazione del sangue e la respirazione, l'anestesia e quindi la chirurgia, la chimica farmacologica e gli antibiotici, la radiologia, l'endocrinologia, l'allergia, la genetica e potrei continuare quasi all'infinito.

Così, in un arco temporale relativamente breve, terribili malattie furono debellate, la durata della vita umana raddoppiò, il numero degli uomini viventi sul pianeta si quintuplicò.

La medicina biologico-scientifica riuscì quindi a migliorare radicalmente la qualità, la quantità e la durata della vita umana.

Tuttavia proprio questi successi hanno riproposto i problemi centrali che ora stanno di fronte a noi. Essi consistono sostanzialmente nella crescente consapevolezza che una medicina focalizzata soltanto sulla gestione scientifica della corporeità è insufficiente a tutelare il benessere complessivo di ogni singolo uomo e dell'umanità stessa. Infatti l'uomo non è solo un corpo, ma anche una persona e non tutto ciò che oggi è diventato fattibile è giusto sia fatto.

Come ci hanno ricordato i nostri concorrenti, proprio i successi della medicina biologica hanno riproposto due grandi questioni: quella delle *relazioni interpersonali* e quella della *bioetica*, che attingono sicuramente all'ambito delle scienze umane e filosofiche. Veniamo alla prima: uno dei rischi della medicina biologica è quello di oggettivare il paziente. Egli rischia di essere curato sulla base di dati oggettivi e statistici, di "linee guida" che prevedono che determinati riscontri, magari soltanto laboratoristici, abbiano risposte semi-obbligate.

Così può accadere che un paziente sia curato da chi non lo conosce e che egli non conosca chi lo cura. Il rapporto *Big Data – Evidence Based Medicine* rischia di annullare il rapporto medico-paziente. Il paziente rischia che non si tenga adeguatamente conto delle sue peculiarità, del suo contesto familiare, culturale, sociale, della sua fiducia in chi lo assiste e lo cura, in una parola, della sua persona e della sua volontà.

Eppure, come ci insegna la psicodinamica, la salute e la vita stessa di ciascuno di noi dipendono in gran parte dalle relazioni che abbiamo stabilito e vissuto sin dalla nascita.

Freud ci ha insegnato proprio questo.

Altrettanto pressanti e non solubili in termini di medicina biologica sono le sempre pressanti questioni bioetiche.

Il progresso scientifico rende tecnicamente possibili pratiche che coinvolgono non solo la corporeità, ma la concezione complessiva dell'uomo.

Cito: l'eutanasia, i trapianti, l'assunzione di sostanze psicoattive, l'aborto, la riproduzione assistita e in genere innumerevoli tecniche praticabili concernenti il sesso e la riproduzione, per non parlare della manipolazione del DNA, della clonazione e della produzione di esseri viventi non presenti in natura.

È del tutto evidente che queste questioni sono tali da porre in termini nuovi il rapporto tra medicina, concezione complessiva

dell'uomo, etica e filosofia. E investono anche la politica, visto che molte di queste questioni sono state affrontate in sede legislativa.

Oggi siamo di fronte agli eventi limiti di una medicina soltanto biologica, che richiedono il ritorno ad una medicina capace di riscoprire la sua antica dimensioni globale, extra-corporea, filosofica, umana.

Anche il nostro concorso ha contribuito a ricordarcelo.

Michele Marsonet

Scienza e anti-scienza.

Qual è oggi il ruolo della filosofia della scienza nel più vasto panorama della filosofia contemporanea ? Non v'è dubbio che la risposta a una simile domanda sarebbe stata assai più facile qualche decennio orsono rispetto ai nostri giorni. Se infatti i neopositivisti logici avevano idee ben chiare sia per quanto concerne i rapporti tra scienza e filosofia, sia a proposito del compito che la filosofia della scienza (intesa come tipica filosofia *di*) è chiamata a svolgere nei confronti della filosofia senza ulteriori specificazioni, oggi il declino neopositivista e la parallela affermazione della cosiddetta filosofia della scienza post-empirista ha sostanzialmente cambiato le carte in tavola.

Con ciò intendo dire che alcuni filosofi della scienza di successo hanno assunto, sul tema dei rapporti tra scienza e filosofia e sul ruolo svolto dall'epistemologia in un ambito filosofico più generale, posizioni che appaiono addirittura specularmente opposte a quelle neopositiviste. Si pensi ad esempio a quanto affermava Paul Feyerabend, il quale è stato - dopo Popper - il filosofo della scienza più popolare degli ultimi decenni. In una delle sue ultime opere, *Dialogo sul metodo* (Laterza, Roma-Bari, 1989), leggiamo tra l'altro che la conquista della Luna non ha affatto un valore scientifico oggettivo e condivisibile da tutti gli esseri umani, ma ne acquista uno per noi in quanto, nelle nostre società occidentali dominate dalla scienza e dalla tecnologia, siamo stati educati sin dall'infanzia a ritenere importanti le imprese scientifiche. Ecco le sue parole:

Ti riesce di immaginare un profeta o uno dei primi cristiani o anche un medio appartenente alla tribù dei Dogon tanto colpiti da un paio di uomini che incespicano qua e là su una roccia inaridita, quando egli può parlare addirittura con il Creatore? Oppure pensa agli gnostici, ai seguaci della filosofia ermetica o al rabbino Akiba, che potevano indurre le loro anime ad abbandonare il corpo per salire di sfera in sfera, distanziando di gran lunga la Luna, fino a trovarsi di fronte a Dio in tutto il suo splendore. Diamine, gente così sorriderebbe con sufficienza di questa strana impresa, in cui una tremenda quantità di macchinari, migliaia di assistenti, anni di preparazione sono necessari per ottenere che cosa? Qualche salto goffo e disagiata in un luogo che nessun uomo sano di mente vorrebbe vedere da vicino. Ci stiamo domandando se siamo impressionati dai lanci sulla Luna perché abbiamo subito dei condizionamenti in questo senso o perché sono, per così dire, intrinsecamente impressionanti.

Ne consegue tra l'altro che tra ciò che noi conosciamo della realtà che ci circonda grazie ai risultati conseguiti dalla scienza moderna e ciò che di questa stessa realtà pensa di conoscere una tribù primitiva in base alle proprie credenze magico-animistiche, non sussiste in effetti alcuna differenza. Si tratta - sempre secondo Feyerabend - di *visioni del mondo* egualmente legittime e praticabili. Incamminandosi lungo questo sentiero, la nozione di progresso scientifico perde qualsiasi valore e non ha senso parlare di civiltà più progredite (perché hanno maggiori conoscenze) e meno progredite (perché le loro conoscenze sono minori). Ognuno può conoscere il mondo come vuole: se egli decide che la magia è più

utile della scienza a questo fine, non spetta a noi convincerlo del contrario. Anzi, bisogna prepararsi all'eventualità che sia *lui* a convincere noi della superiorità della magia in quanto strumento di conoscenza della realtà. Qualcuno potrebbe far notare al nostro Autore che, procedendo in quel modo, egli trascura volutamente i successi *pratici* conseguiti dalla scienza e dalle sue applicazioni tecnologiche, ma Feyerabend replicava rinviando alle sue summenzionate considerazioni sulla conquista della Luna: perché mai si dovrebbe misurare la bontà di una particolare visione del mondo in base ai risultati pratici cui essa dà luogo? E, a quel punto, è chiaro che il dialogo diventa piuttosto arduo.

In effetti, non è difficile capire che queste affermazioni di un epistemologo di successo come Feyerabend rispecchiano stati d'animo e tendenze culturali che sono oggi assai comuni nel grande pubblico. Chiunque segua con una certa attenzione la stampa e i programmi televisivi più diffusi sa che tutto ciò che attiene alla sfera del magico ottiene un successo crescente, mentre non è raro ascoltare o leggere esaltazioni di vie alternative alla scienza per conoscere e valutare la personalità umana (si pensi, per fare un solo esempio, all'astrologia). La popolarità delle tesi di Feyerabend è insomma il classico "segno dei tempi". Egli viveva e lavorava in un Paese – gli Stati Uniti – che costituisce il maggiore esempio di società dominata dalla scienza e dalla tecnologia; ma non a caso, proprio in quel contesto, la presenza costante di centri di ricerca scientifica all'avanguardia è accompagnata da un'imponente crescita d'interesse per tesi anti-scientifiche.

Occorre a questo punto chiedersi seriamente *quale* potrebbe essere per uno studioso come Feyerabend il ruolo della filosofia della scienza (intesa sempre come tipica filosofia *di*). Leggendo le sue opere, è facile ricavare l'impressione che la filosofia della scienza, concepita come disciplina autonoma, debba sparire (né, del resto, miglior sorte sembra toccare alla filosofia priva della specifica-

zione *di qualcosa*). È a mio avviso piuttosto chiaro che *se* non si ammette la serietà, la plausibilità e l'utilità di un'indagine filosofico-metodologica sulla scienza, *allora* non ha parimenti senso porsi il problema dei rapporti tra filosofia da un lato, e filosofia della scienza dall'altro. E, alla base di tutto, sta la convinzione di Feyerabend (e di molti altri pensatori dei nostri giorni) che la scienza non possegga affatto i titoli per farsi preferire ad altre forme di conoscenza di cui l'uomo può disporre: dal misticismo alla magia, dall'arte alla religione. Come del resto si evince con chiarezza da queste sue ulteriori considerazioni:

Ho sempre sospettato che la scienza sia solo uno dei tanti miti, che non abbia vantaggi intrinseci. I successi della scienza sembrano impressionanti solo perché siamo stati condizionati a reputarli importanti, perché non sono mai stati confrontati con i successi conseguiti grazie ad altri punti di vista e perché i grandi fallimenti della scienza raramente giungono alle orecchie del vasto pubblico. La scienza è la nostra religione. Quello che accade all'interno è la Buona Novella. Quello che accade fuori è nonsenso pagano. Dicendo così, peraltro, devo immediatamente scusarmi con i teologi per il paragone, perché, mentre loro hanno compiuto studi accurati su ogni sorta di eresia e credenza pagana, gli scienziati hanno soltanto una nozione alquanto vaga delle materie che ridicolizzano. La condanna dell'astrologia da parte degli scienziati è un caso emblematico. Così, siccome non c'è nulla che le contenda la sua supremazia, oggi la scienza sembra naturalmente un soggetto assai più eccellente e le scoperte scientifiche paiono gli eventi più importanti - dopo le vicende politiche e i matrimoni delle *rock stars*.

E, poco oltre, il nostro Autore sembra addirittura invocare un ritorno al pensiero pre-scientifico adottando, più o meno, uno slogan di questo tipo: “Dimentichiamo Galileo e riprendiamo in considerazione ciò che avvenne prima di lui”. Ecco ancora le sue parole:

La scienza non è l'unica via per acquisire la conoscenza, ci sono alternative che possono riuscire laddove la scienza ha fallito. C'è l'intero campo dei fenomeni parapsicologici, che è interessante ai fini di questo dibattito per due motivi. Da un lato molti fenomeni descritti o presupposti dai miti sono di natura parapsicologica. Lo studio della parapsicologia, quindi, ci fornisce il materiale per una realistica (cioè non fittizia) interpretazione di miti, leggende, favole e racconti simili.

Giunti a questo punto, siamo autorizzati a notare che le parole di Feyerabend contengono anche parecchi elementi di verità. Che la scienza non costituisca l'unica via per acquisire la conoscenza è una tesi la quale, dopo la crisi del neopositivismo logico, trova oggi largo credito. Popper la sottoscriverebbe (pur con qualche riserva), e così molti epistemologi che pur non accettano le argomentazioni feyerabendiane. Avanzata in quei termini tale tesi altro non è che la base per ogni posizione anti-scientista, dove per *scientismo* si intende la concezione, tipica del positivismo degli ultimi secoli, secondo cui soltanto nella scienza – e in particolare nelle scienze empirico-naturali – si conosce, con ciò privando di valenza cognitiva qualsiasi altro ambito del sapere umano.

Ma lo scientismo è oggi assai meno popolare di quanto non fosse nella prima metà del '900, ed è lecito chiedersi, visto che le tendenze anti-scientifiche sono piuttosto diffuse ai giorni nostri, se

per combatterlo occorra davvero far ricorso ad argomenti estremi come quelli avanzati da Feyerabend. Per dirla in altro modo: è realmente necessario per far comprendere che la scienza non è l'unica forma di conoscenza negare il fatto - di per sé evidente - che le pratiche magico-animistiche non sono in grado di far giungere l'uomo sulla Luna e di consentirgli una conoscenza pressoché completa del sistema solare, mentre la scienza è riuscita in questo intento? La risposta di Feyerabend: "D'accordo, ma a che serve tutto ciò?" tronca ogni possibile discussione, in quanto sembra revocare in dubbio la stessa caratterizzazione classica dell'uomo come animale razionale e naturalmente desideroso di conoscere la realtà che lo circonda. E, se non si è d'accordo su tale caratterizzazione, la discussione può davvero prendere le pieghe più impensate.

Ma, lo si noti ancora una volta, un approccio di questo tipo non mette in crisi unicamente la filosofia della scienza, bensì la filosofia (senza alcun *di* che la segua): verrebbe meno, in altre parole, ogni esigenza di indagare la realtà con metodi razionali. Non è quindi un caso che l'accusa più frequente rivolta a Feyerabend sia quella di *irrazionalismo* (accusa che del resto il nostro Autore non smentiva affatto proclamandosi irrazionalista senza alcuna remora). Se le cose stanno così, tuttavia, occorre pur dire che un "filosofo della scienza irrazionalista" è una contraddizione vivente. La scienza è attività razionale per eccellenza, e un filosofo della scienza che sostenga posizioni irrazionaliste non è più, appunto, un filosofo della scienza, ma qualcos'altro (un poeta, forse, oppure un cultore di visioni magico-animistiche del mondo).

Qualcuno, negando l'irrazionalismo di Feyerabend (e contraddicendo così le sue stesse parole), afferma d'altro canto che le sue posizioni conducono a un *diverso* tipo di razionalità (razionalità "altra"), al che uno ha il diritto di replicare: "Sì, ma *quale?*". Un mondo in cui la razionalità feyerabendiana potrebbe aver corso

legittimo è quello dei romanzi *fantasy* che oggi hanno tanto successo, un mondo popolato di maghi dai poteri sovrannaturali, di gnomi, elfi e folletti, di eroi alla perenne ricerca di spade magiche con le quali sconfiggere le forze del male. Nessuno nega che tali romanzi, quando sono ben scritti, costituiscano una lettura estremamente piacevole e rilassante, il che però non impedisce ad una persona, la quale sia in grado di distinguere la realtà dalla finzione, di capire che i personaggi del romanzo sono creature del tutto fantastiche. Una volta terminata la lettura si suppone che detta persona sia in grado di ritornare al prosaico mondo di tutti i giorni e, se non lo fa, cominceremo a nutrire dei dubbi circa la sua salute mentale.

Esistono ben altri modi per reagire allo scientismo che non l'esaltazione dell'astrologia o la preferenza accordata all'attività degli sciamani rispetto a quella degli scienziati. Eppure v'è chi interpreta le posizioni di Feyerabend alla stregua di una reazione necessaria e inevitabile ai dogmi scienziati del neopositivismo. Si è infatti affermato da più parti che in filosofia come altrove un eccesso suscita sempre l'eccesso opposto. Quando si riduce *tutta* la razionalità a razionalità scientifica, non è poi così strano che a un certo punto emergano autori i quali sostengono - con successo - che la conquista della Luna non ha alcun valore oggettivo e condivisibile. A mio parere questa tesi della inevitabilità e della automaticità della reazione feyerabendiana è troppo forte e difficilmente difendibile. È assai più plausibile sostenere che i dogmi scienziati hanno effettivamente creato un clima culturale adatto al diffondersi dell'irrazionalismo e, di conseguenza, al passaggio da una concezione in cui la scienza era *tutto* a un'altra in cui la scienza stessa diventa, in pratica, *niente*. Sono in realtà le troppe aspettative concentrate sulla scienza ad aver prodotto un simile clima, giacché è naturale che l'uomo della strada, quando si accorge che la scienza non è affatto in grado di risolvere ogni pro-

blema, si rivolga ad altri che gli garantiscono delle scorciatoie verso l'onnipotenza.

E siamo così ritornati, tracciando una sorta di cerchio, alle concezioni anarchiche di Feyerabend dalle quali eravamo partiti. Anche Feyerabend è stato come Kuhn allievo di Popper, ma rispetto a quest'ultimo ha compiuto un'operazione che sarebbe risultata impensabile sino a pochissimi decenni orsono: quella cioè di attaccare (negandola) la razionalità scientifica partendo proprio da basi epistemologiche. Con Feyerabend la filosofia della scienza "esplode", per così dire, dall'interno, sino a trasformarsi in qualcosa di indefinito e difficilmente catalogabile sia in termini filosofici che scientifici. Feyerabend, com'è noto, negava che esistesse un metodo scientifico standard in grado di farci pervenire in modo sicuro ai risultati desiderati (e su questo punto egli aveva almeno in parte ragione). Di qui il suo celebre anarchismo metodologico condensato nello slogan *anything goes* ("tutto va bene"), il che significa che qualsiasi procedura è ammissibile se è in grado di farci conseguire i risultati che ci siamo prefissi.

A questo punto, però, è chiaro che il carattere conoscitivo della scienza - la sua razionalità - viene del tutto eliminato, e la scienza stessa viene assimilata a una qualsiasi altra dimensione dello spirito: arte, religione, poesia (ma anche magia). Non si ha a suo parere un reale progresso con il passaggio dalla teoria tomemaica a quella copernicana, ed egli affermava che lo stesso Galileo ricorse alla propaganda per far avanzare le sue tesi. Il tema dei rapporti tra filosofia e filosofia della scienza diventa, in questo contesto, improponibile e inutile in quanto per il nostro Autore esse (come noi le conosciamo) sono entrambe frutto di un particolare tipo di razionalità - quello occidentale - che non può affatto vantare qualche supremazia su tipi *diversi* di razionalità, ivi inclusi quelli delle tribù primitive. Di qui l'affermazione di voler difendere la storia liberandola dalle - presunte - catene che l'epistemologia

tanto neopositivista che popperiana le ha imposto, e ciò al fine di rivalutare le tradizioni culturali diverse rispetto a quella occidentale.

Occorre tuttavia dare il giusto rilievo a un fatto che ha davvero grande importanza per il tema che sto trattando. Si può senz'altro concordare sulla tesi che ogni cultura ha specifiche tradizioni che debbono essere rispettate in quanto tali, e non per un mero atto di generosità. E si può anche concordare con le seguenti considerazioni: "Ci sono altri modi di vivere in questo mondo. La gente è intervenuta sul mondo in modi diversi: alcune azioni hanno trovato riscontro, altre non sono mai decollate. Questo suggerisce che c'è una realtà, e che è molto più duttile di quanto non presuma la maggior parte degli oggettivisti".

Ma lo stesso Feyerabend pronuncia alcune parole che ci fanno capire come la sua concezione, al di là delle battute di spirito, alla lunga non regga. Afferma, infatti, che *alcune azioni hanno trovato riscontro, altre non sono mai decollate*. Ed esattamente questo è il punto in discussione poiché, se prendiamo seriamente le stesse parole di Feyerabend, allora diventa necessario ammettere che la realtà non reagisce nello stesso modo a tutti i tentativi di sollecitazione. Alcuni tentativi riescono per il semplice fatto che trovano riscontro nella realtà stessa, mentre altri falliscono perché quel riscontro *non* lo ottengono affatto. Feyerabend era un relativista, ma il suo relativismo si scontra con il fatto innegabile che alcune tradizioni culturali hanno conseguito risultati nell'indagine del mondo, mentre altre non ci sono riuscite. Per dirla in modo diverso, ciò significa che sono i *vincoli strutturali* posti dalla stessa realtà a giudicare la bontà o meno dei vari tentativi che vengono posti in atto per indagarla, e negare tale evidenza significa, puramente e semplicemente, rinchiudersi nel solipsismo.

È comunque necessario porsi una domanda: è possibile prendere sul serio gli sviluppi del pensiero di Feyerabend? Io sono propen-

so a rispondere in modo negativo, e in questo mi sento confortato dall'opinione dello storico della filosofia della scienza David Oldroyd, il quale così si esprime nella sua opera *Storia della filosofia della scienza* (Il Saggiatore, Milano, 1989):

Feyerabend crede che la posizione privilegiata della scienza nel piano di studi dovrebbe essere abbandonata. Vodù, stregoneria, astrologia e agopuntura dovrebbero trovar tutti posto nel curriculum; o, come si dice nel gergo di coloro che redigono i piani di studi, dovrebbero essere offerti come "materie facoltative". Quanto sul serio dobbiamo prendere le argomentazioni di Feyerabend? Presumibilmente non molto, giacché egli rappresenta se stesso come un dadaista (che non dev'essere preso sul serio) e come esponente dell'irrazionalismo. Se accettiamo che Feyerabend si schieri a favore dell'irrazionalismo, non vale gran che la pena di richiamare l'attenzione su quelli che (dal nostro punto di vista ordinario) possono sembrare errori nel suo ragionamento. Egli è infatti, per così dire, in una posizione "testa ho vinto io, croce hai perso tu".

Cerco ora di trarre qualche conclusione generale a proposito dei rapporti tra filosofia e filosofia della scienza. Abbiamo innanzitutto constatato che la filosofia della scienza classica del '900 - il neopositivismo logico - è nata con espliciti intenti anti-metafisici. Attribuita soltanto alla scienza la capacità di conoscere, la metafisica viene eliminata e non esiste, al di fuori dell'analisi logica del linguaggio scientifico, un qualcosa che si possa definire "filosofia" senza ulteriori specificazioni.

Un filosofo della scienza, se vuole appunto essere filosofo, è in pratica costretto a confrontarsi con l'istanza metafisica (fosse an-

che solo per negarla). A mio avviso, il modo migliore per far uscire la filosofia della scienza dalla crisi di credibilità in cui è precipitata a causa del diffondersi di idee come quelle di Feysabend consiste:

- (1) nel recuperare i molti elementi ancora fecondi dell'epistemologia neopositivista, magari verificandoli alla luce di quanto affermano altre scuole di pensiero (come oggi viene fatto negli Stati Uniti in riferimento al pragmatismo);
- (2) nel superare la rigida distinzione positivismo/antipositivismo, riconoscendo che la realtà non è composta soltanto da oggetti fisici, ma anche da prodotti tipicamente umani quali la storia, l'arte e la politica. Tra l'altro, è proprio questa la strada che consente di impostare un discorso epistemologico autonomo (non riduzionista) sulle scienze storico-sociali; e
- (3) nell'individuare, all'interno dello stesso pensiero di Feysabend, alcuni spunti che risultano preziosi in un'ottica antiscientista (la quale oggi, considerati i problemi pratici posti dallo sviluppo scientifico e tecnologico, appare irrinunciabile).

Tutto ciò conduce ad una *epistemologia pluralista* che, consapevole delle molte stratificazioni della realtà, rifiuta ogni tipo di approccio monistico alla realtà stessa e, al contempo, non ha alcun motivo di opporsi a una metafisica concepita secondo canoni logicamente rigorosi.

Paolo Michele Erede

L'uomo e la sua creatività nella ricerca di una armonia con la natura.

tratto dal libro "Florilegio" ⁵

L'uomo reagisce al livellamento spersonalizzante e sempre più sta prendendo coscienza della necessità di tornare individuo; questo recupero di identità si traduce in attività produttiva della ragione o della fantasia.

La creatività diviene così forza di liberazione dall'oppressione di un conformismo esasperato che costringe l'individuo a muoversi in sincronia con gli altri membri della società cui appartiene.

La ricerca di una armonia con la natura passa prima di tutto attraverso la ricerca di una armonia con sé stessi, è quindi ricerca e riscoperta del proprio "IO" e del proprio ruolo nella vita.

A questo proposito, Erich Fromm in "Fuga dalla Libertà" sostiene che lo stato di perenne ansia che caratterizza l'individuo nella società contemporanea è da ricercare nello stato di dissociazione dell'essere umano dal proprio "IO": "Nella misura in cui sono come tu mi vuoi io non sono; sono ansioso; sono dipendente dall'approvazione degli altri alla ricerca costante di piacere".

Nella ricerca di una armonia con la natura e per ricrearsi un incentivo alla vita, l'uomo ricorre alla fantasia, allo spazio essenzia-

⁵ "Florilegio", di Paolo Michele Erede, a cura di Laura Sacchetti Pellerano, è pubblicato dalle Edizioni Giuseppe Laterza, Bari 2005, ISBN 88-8231-354-9.

le di libertà dalla costrizione o dai “limiti” esterni e per questo aspetto - non ostante che la creatività riguardi tutte le attività dell’uomo - giunge al campo delle arti, ovvero (come già diceva Hegel) “campo delle soddisfazioni sostitutive”.

UNDICESIMA EDIZIONE
DEL PREMIO
PROFESSOR PAOLO MICHELE EREDE:
ELABORATI VINCITORI

*La medicina
tra scienze naturali e scienze umane
Le implicazioni filosofiche della medicina*

Maria Cristina Amoretti

La medicina, tra *humanities*, arti e scienze.

Tradizionalmente, si è portati a dividere i saperi umani tracciando una linea di demarcazione piuttosto netta tra “cultura scientifica” e “cultura umanistica”, contrapponendo in tal modo discipline quali la fisica, la chimica o la biologia ad altre quali la filosofia, la letteratura o la storia (Snow 1959). Tale suddivisione, per quanto sia a prima vista intuitiva, non è però del tutto adeguata. In effetti, occorre non solo tenere conto delle innumerevoli connessioni tra le aree dell’una e dell’altra cultura, ma considerare anche che ci sono delle discipline che non sono facilmente collocabili nell’una o nell’altra categoria. Una di queste discipline *borderline* è senz’altro la medicina, che sembra condividere tratti, non sempre conciliabili, sia della cultura scientifica sia della cultura umanistica (Wulff 1999).

In effetti non c’è completo accordo su come rispondere alla domanda, apparentemente banale, “che cos’è la medicina?”. C’è chi ritiene che la medicina sia parte delle cosiddette *humanities*, c’è chi invece crede che si tratti di una scienza, naturale, sociale o applicata, e chi sostiene infine che essa si debba caratterizzare come un’arte o una tecnica (Delkeskamp-Hayes e Gardell Cutter 1999). L’unica cosa su cui sembra esserci un sostanziale accordo, in ultima analisi, è che una definizione univoca e largamente condivisa di medicina sia ancora ben lontana dall’essere trovata (Engelhardt e Erde 1980).

Per poter affrontare in modo breve ma efficace il dibattito, occorre prima chiarire quale sia lo scopo o, meglio, gli scopi della medicina (Boorse 2012). Semplificando al massimo, se ne possono distinguere almeno due. Da una parte, si può asserire che lo scopo della medicina sia quello di promuovere, proteggere e ristabilire la salute degli esseri umani, prevenendo e curando le malattie. D'altra parte, si può anche giudicare che lo scopo della medicina sia quello di investigare quali siano la natura, la genesi, il decorso o il miglior trattamento delle varie malattie. A partire da qui, sono state talvolta riconosciute due accezioni diverse della medicina: la medicina "clinica" o "pratica", *l'agire medico*, che ha a che fare con la cura dei pazienti, con la diagnosi, la prognosi e la terapia delle loro malattie; e la medicina "teorica", il *sapere medico*, che ha invece a che fare con lo studio della struttura, delle funzioni e alterazioni del corpo umano e delle sue parti, ed è pertanto riconosciuta come ricerca pura. Stabilire se la medicina sia parte delle *humanities*, oppure una scienza, oppure un'arte, dipende dunque, seppur parzialmente, anche da quale accezione della medicina si prediliga.

LA MEDICINA COME ARTE O TECNICA

Georges Canguilhem, per esempio, concepisce la medicina come «una scienza applicata, o un insieme evolutivo [*une somme évolutive*] di scienze applicate», (1988, p. 24, trad. mia). Il termine *somme* – cioè "insieme" o "complesso" – fa intendere come la medicina sia una totalità organica di conoscenze e operazioni diverse, aventi come fine ultimo la cura dell'essere umano o di una comunità umana. L'aggettivo *évolutive*, "evolutiva" sottolinea invece come si tratti di una disciplina caratterizzata da un continuo rinnovamento dei metodi d'indagine, nonché da un indiscutibile progresso nelle scoperte effettuate. Ma ciò che è più importante di tale definizione – a mio avviso – è l'idea centrale di "scienza

applicata”, a specificare che la medicina si configura come una “sperimentazione autentica” (*expérimentation authentique*), che conserva cioè il rigore teorico, metodologico e, appunto, scientifico delle varie conoscenze (fisiche, chimiche, biologiche) che derivano dalla sua ricerca di base, conoscenze che la medicina prende in prestito per realizzare al meglio il proprio fine caratteristico, che – come si è appena detto – è la cura degli esseri umani. Come dichiara esplicitamente lo stesso Canguilhem (ivi, p. 26, trad. mia), «l’accento deve essere posto su ‘scienza’, in risposta a coloro che nell’applicazione del sapere vedono una perdita di dignità teorica, nonché a coloro che credono di poter difendere la specificità della medicina denominandola arte del curare [*soigner*]». L’accezione di medicina che emerge da una tale definizione è dunque certamente quella di medicina clinica o pratica, che d’altra parte mantiene a tutti gli effetti lo *status* di scienza, seppur applicata.

In generale tuttavia, e a differenza di quanto affermato dal filosofo e medico francese, molti di coloro che prediligono l’aspetto applicativo della medicina, concentrandosi sull’agire medico, tendono a non considerarla affatto una scienza, seppur applicata, bensì un’arte o una tecnica *tout court*. Secondo Edmund Pellegrino, per esempio, le varie scienze mediche possono fregiarsi a pieno titolo del nome “medicina” soltanto nel momento in cui i loro contenuti e metodi contribuiscano attivamente a un fine pratico, che è la promozione della salute, la cura di un particolare paziente o di una specifica comunità. In questo senso la medicina non è propriamente un’attività scientifica, come potrebbero esserlo invece la fisica, la chimica o la biologia, ma non si configura nemmeno come un’arte in senso tradizionale, come lo sono la pittura, la scultura o la musica, né può essere del tutto assimilabile a una delle varie *humanities*, come la letteratura, la storia o la teologia. Questo perché la medicina «si basa sulle scoperte, conoscenze,

abilità e tecniche che arrivano dalla scienza, dall'arte e dalle *humanities*, ma per un fine ben definito e distinto, che non è un fine condiviso da nessun'altra di tali discipline» (Pellegrino 1986, p. 13, trad. mia), dove tale fine è precisamente la cura.

Una definizione assai simile di medicina è stata data recentemente anche dal medico Giorgio Cosmacini (2008, p. IX), secondo il quale «*la medicina non è una scienza, è una pratica basata su scienze e che opera in un mondo di valori. È, in altri termini, una tecnica con un suo proprio sapere conoscitivo e valutativo, e che differisce dalle altre tecniche perché il suo oggetto è un soggetto: l'uomo*». In questa prospettiva, quegli aspetti teorici della medicina che riguardano lo studio delle alterazioni delle funzioni del corpo umano e che, perlomeno a prima vista, potrebbero sembrare genuinamente scientifici, dovrebbero in realtà essere ricondotti alle varie scienze di base della medicina, vale a dire alla fisica, alla chimica, alla biologia, all'ecologia, all'economia. Detto in altri termini, nel momento in cui si tolgano ad essa tutti i contributi provenienti dalle sue diverse scienze di base, ciò che resterebbe sarebbe soltanto la pratica medica, vale a dire l'arte di agire in modo tale da alleviare le sofferenze dei pazienti, di guarire le loro malattie, malformazioni, disabilità, ferite, e di riportarli infine a uno stato di salute. La medicina come tecnica dunque; una tecnica che, tuttavia, avendo come oggetto l'essere umano e come scopo il mantenimento e il ripristino della sua salute, ha la peculiarità di essere attuata in un contesto che è essenzialmente valoriale. In realtà, anche laddove si voglia concentrare l'attenzione soltanto sulla medicina clinica o pratica, si deve comunque evidenziare come al suo interno siano presenti importanti componenti scientifiche, oggettive e rigorose, che tra le altre cose caratterizzano per esempio lo stesso ragionamento clinico (ragionamento che, non a caso, si è spesso cercato di formalizzare sfruttando varie strategie probabilistiche, nonché facendo largo uso della cosiddetta inda-

gine computerizzata). Pur ammettendo questo fatto, la prospettiva sotto esame raccomanda tuttavia che le componenti scientifiche debbano riuscire a convivere con, e in una certa misura essere subordinate a, le componenti umanistiche – soggettive, valoriali e normative – che contraddistinguono la specificità del rapporto medico-paziente e che, come tali, sono le sole che ci permettano di comprendere appieno la vera natura della medicina (Pellegrino, Thomasma 1981).

Se si considerano la cura e la guarigione dei singoli pazienti (o di intere comunità) come il vero fulcro dell'agire medico, tenderà certo a prendere il sopravvento l'idea secondo cui la medicina sia un'impresa eminentemente prescrittiva, che cioè non si limiti a descrivere una certa situazione, ma si proponga piuttosto di stabilire come si debba agire di fronte a ogni specifico paziente (Sadegh-Zadeh 2011). Ne deriva anche, la convinzione che si tratti di un'impresa intrinsecamente sociale e intrisa in modo ineludibile di valori non epistemici, vale a dire dei valori etici, culturali, religiosi, estetici, economici presenti in una data società in un dato momento. Dal momento che essa si configura come un ricco insieme di pratiche inserite in una dimensione culturale e sociale dalla quale non è possibile prescindere, c'è addirittura chi ritiene la si debba concepire come una vera e propria "costruzione" sociale (Wildes 2001). In questa prospettiva, l'agire medico è inoltre teso a individuare che cosa costituisca effettivamente il "bene" degli individui da curare, dal punto di vista sia della diagnosi sia della terapia. Ma per determinare cosa sia meglio e più giusto per un dato paziente, occorre tenere conto dell'insieme di valori che costituiscono il suo particolare bagaglio culturale, nonché del contesto sociale in cui tale paziente si trova immerso. Come spiega Tristram Engelhardt (1986, p. 3, trad. mia), «Non è possibile trattare efficacemente i pazienti senza prestare attenzione alle loro idee e ai loro valori. Non è possibile trattare umanamente i pa-

zienti senza riconoscere che le loro vite sono realizzate all'interno di una geografia di aspettative culturali, di idee e immagini che concernono il come vivere, essere malati, soffrire e morire».

LA MEDICINA NON È UNA SCIENZA

È avendo perlopiù in mente una concezione di medicina abbastanza simile a quella appena delineata, vale a dire una tecnica intrisa in modo ineludibile di valori, che diversi studiosi hanno variamente argomentato contro l'idea che tale disciplina possa essere considerata una scienza – comunque si voglia declinare la nozione stessa di scienza. Uno dei ragionamenti più espliciti e strutturati che vanno in questa direzione si deve certo a Ronald Munson (1981), secondo il quale la medicina non solo non è, di fatto, ma non può nemmeno essere, in linea di principio, considerata una scienza.

Per cominciare, egli riconosce che non si danno condizioni necessarie e sufficienti per stabilire se una certa disciplina sia o non sia una scienza, ma ritiene altresì che sia possibile individuare delle caratteristiche comuni a un nucleo di scienze tipicamente accettate come tali – quali la fisica, la chimica, la biologia, ma anche la psicologia – e chiedersi poi se la medicina le condivide o meno. Qualora la risposta dovesse essere negativa, non si avrebbe, è ovvio, un argomento conclusivo contro la scientificità della medicina (non essendo tali caratteristiche né necessarie né sufficienti a definire cosa sia o non sia una scienza), ma certo una buona ragione, secondo Munson, per dubitare di tale scientificità.

I criteri di comparazione individuati dall'autore sono tre: (i) gli scopi interni alla disciplina stessa; (ii) i criteri di successo ad essa interni; (iii) i principi, anch'essi interni, che regolano la condotta delle diverse attività della disciplina.

In primo luogo, accanto a un gran numero di scopi esterni, che possono essere i più vari (per esempio: combattere la fame nel

mondo, trovare fonti di energia alternative, rendere meno faticoso il lavoro manuale, velocizzare le comunicazioni), le scienze “tipiche” hanno anche degli scopi interni, che sono l’acquisizione di nuova conoscenza o di una maggiore comprensione della realtà, ottenuta attraverso la formulazione di ipotesi e teorie, lo sviluppo di modelli accurati o la costruzione di esperimenti efficaci. Si tratta di scopi che sono eminentemente epistemici e che non devono avere per forza un immediato risvolto pratico. Al contrario, la medicina avrebbe secondo Munson un unico scopo, che è al contempo interno ed esterno, vale a dire la promozione della salute degli esseri umani attraverso la prevenzione e la cura delle loro malattie. In altri termini, le ricerche che si possono a buon diritto definire mediche (e non fisiche, chimiche, biologiche, psicologiche) non avrebbero come scopo interno l’acquisizione di nuova conoscenza o di una maggiore comprensione della realtà, a meno che questa non sia subordinata alla promozione della salute, che si configura come scopo esterno.

Passando al secondo criterio, le ipotesi e teorie delle scienze “tipiche” hanno successo solo se ci forniscono nuova conoscenza o una maggiore comprensione della realtà, vale a dire se abbiamo buone ragioni epistemiche per ritenerle vere. Il criterio di successo, in buona sostanza, è la verità – o l’efficacia di *problem-solving* all’interno di un certo programma di ricerca, o comunque un qualche altro criterio di tipo epistemico. Anche in questo caso la medicina si allontanerebbe invece dalle scienze “tipiche”, dal momento che essa ha successo solo se riesce a promuovere la salute, o a prevenire e curare le malattie. Sebbene questo risultato sia spesso raggiunto in virtù di conoscenze mediche, di ipotesi e teorie vere o efficaci nel risolvere problemi, il criterio di successo non sarebbe comunque epistemico, non sarebbe cioè la verità, ma pratico, identificandosi con la prevenzione e la cura.

Infine, per quanto riguarda il terzo criterio, le scienze “tipiche” hanno come massimo principio regolativo interno l’onestà. Considerata la dipendenza epistemica che contraddistingue l’impresa scientifica, è in effetti di massima importanza offrire resoconti sinceri delle proprie osservazioni e dei propri risultati sperimentali. Altri principi regolativi sono poi la preferenza per risultati quantitativi rispetto a quelli qualitativi, l’accuratezza, la precisione eccetera. Senza voler asserire che l’onestà non debba regolare l’agire medico, il principio regolativo interno che è cardine della medicina sarebbe comunque diverso, poiché si tratterebbe della promozione della salute del singolo paziente, se non di una intera comunità.

In conclusione, secondo Munson, la medicina, differendo dalle scienze “tipiche” per quanto riguarda gli scopi, i criteri di successo e i principi regolativi interni, non può essere considerata a sua volta una scienza. A prescindere dalle critiche generali che si possono rivolgere a un simile ragionamento (per esempio: lo scopo della scienza è davvero la verità o, in maniera simile, un qualche altro scopo epistemico come la giustificazione o la conoscenza? perché i risultati della scienza non dovrebbero essere valutati da un punto di vista prettamente pragmatico? perché gli scienziati dovrebbero prediligere risultati quantitativi rispetto a risultati qualitativi?), occorre comunque evidenziare come esso si possa applicare all’accezione clinica di medicina, ma non a quella teorica. Lo scopo esplicito di quest’ultima, in effetti, è proprio quello di acquisire nuove verità, giustificazioni, conoscenze o perlomeno una maggiore comprensione circa la struttura, le funzioni e le alterazioni del corpo umano e delle sue parti, uno scopo che – stando alla stessa caratterizzazione offerta da Munson – è intrinsecamente epistemico. D’altra parte il criterio di successo interno della medicina teorica può essere plausibilmente giudicato essere

la verità e il suo principio regolativo base l'onestà; è inoltre innegabile la preferenza per risultati quantitativi.

L'argomento, come si è detto, non è però conclusivo, tanto è vero che Munson ambisce a renderlo tale facendo un passo ulteriore, vale a dire cercando di mostrare come la medicina si riveli irriducibile rispetto alle sue scienze di base, in primo luogo alla biologia. Affinché la medicina sia riducibile alla biologia dovrebbero infatti darsi almeno due condizioni (cfr. Nagel 1951):

- (1) i termini e i concetti base della medicina dovrebbero essere definiti tramite termini e concetti della biologia – nel senso che si dovrebbe dare un'equivalenza di riferimento, non di significato;
- (2) le leggi e i principi base della medicina dovrebbero essere deducibili a partire dai principi della biologia – tenendo conto delle definizioni date al punto precedente.

Anche in questo caso, l'oggetto del contendere è però solo la medicina cosiddetta clinica, non quella teorica, che a dire di Munson può anzi essere idealmente ridotta alla biologia. Il problema della medicina intesa come pratica, invece, è che essa si contraddistingue come un'attività che è intrinsecamente sociale. A differenza delle scienze "tipiche", che sono sì imprese sociali ma solo contingentemente (nel senso che non è logicamente contraddittorio immaginare un fisico o un biologo che agiscano e compiano delle scoperte in completo isolamento), la medicina è un'impresa sociale in modo essenziale e ineludibile, nel senso che la cura coinvolge per definizione almeno due individui, il medico e il paziente. Ma, in quanto impresa intrinsecamente sociale che coinvolge medico e paziente, laddove quest'ultimo è oggetto ma al tempo stesso anche soggetto, la medicina acquista il proprio reale significato solo all'interno di una complessa rete di norme, convenzioni e valori, che non è in alcun modo possibile ridurre alla biologia e alle altre scienze di base, come la fisica o la chimica.

Anche in questo caso si possono rivolgere alcune critiche generali al ragionamento di Munson, in riferimento per esempio alla nozione stessa di riduzione, nonché all'esigenza di testare la scientificità di una certa disciplina sulla base della sua riducibilità, in ultimo, alla fisica. Rimane però il fatto che, nel momento in cui la medicina sia identificata *tout court* con la medicina clinica, venendo dunque concettualizzata nei termini di un'arte o di una tecnica, è in effetti difficile considerarla alla stregua di scienze quali la biologia, la chimica o la fisica.

LA MEDICINA COME SCIENZA

Un tentativo di rispondere esplicitamente agli argomenti tesi a negare lo statuto di scientificità alla medicina è offerto per esempio da Kenneth Schaffner (1992, 1993). In primo luogo egli sostiene che la medicina debba essere caratterizzata da un insieme complesso di diversi livelli causali interconnessi tra loro – molecolare, citologico, tissutale, organico/sistemico, nervoso, psicologico, sociale – e che solo tenendo presente tutti questi livelli si possa arrivare a comprendere come la malattia si presenti, si sviluppi e sia trattabile medicalmente al meglio. Schaffner ritiene altresì che ciò che è concettualizzato a un livello più elevato di complessità (per esempio, il comportamento interattivo tra individui che compete al livello sociale, oppure le prestazioni cognitive e le emozioni che riguardano il livello psicologico) possa essere ridotto a eventi e processi che si danno a un livello più basso (per esempio, nel sistema endocrino), e che a loro volta possono essere ulteriormente ridotti a eventi e processi di un livello ancora più basso, fino a giungere infine al livello molecolare (per esempio, a eventi neurologici). Pur accettando questo resoconto, tuttavia, rimane ancora poco chiaro se e come la dimensione più propriamente etica della medicina possa essere ridotta a fatti naturalisticamente accettabili. E su questo punto lo stesso Schaffner

sospende il giudizio, dal momento che una risposta affermativa o negativa chiamerebbe in causa considerazioni generali e complesse sulla possibilità stessa di naturalizzare l'etica (cfr. per esempio Foot 2001). Considerazioni che nel presente contesto non possiamo approfondire, ma che sono indubbiamente centrali nella riflessione filosofica contemporanea.

In realtà, tra coloro che intendono difendere la scientificità della medicina prevale, per ovvie ragioni, la tendenza a non focalizzare l'attenzione sulla medicina clinica, che sembra pur sempre identificarsi con un'arte o una tecnica, bensì su quella teorica, sostenendo esplicitamente che solo quest'ultima possa in effetti essere considerata una scienza a tutti gli effetti. Uno dei più forti sostenitori della scientificità della medicina è senz'altro Christopher Boorse (1976, 1997), secondo il quale occorre assolutamente riconoscere un livello di medicina "teorico", all'interno del quale non opera alcun giudizio di valore né alcuna concezione del bene, ma a contare sono solo i fatti oggettivi, le osservazioni empiriche, gli esperimenti di laboratorio, il ragionamento rigoroso, al pari almeno di quanto accade in altre scienze naturali quali la fisica, la chimica o la biologia. A questo livello la medicina può dirsi oggettiva e avalutativa, in quanto avrebbe come unico scopo quello di indagare l'eziologia, il decorso e il miglior trattamento delle malattie, o in altre parole di acquisire nuova conoscenza o perlomeno maggiore comprensione circa le varie affezioni umane. È dunque l'idea di medicina come sapere medico a prendere qui il sopravvento.

Ammissa quindi la differenza tra un livello teorico e uno pratico, e affermata l'esigenza di concentrarsi sul primo, il problema di Boorse – come si è già avuto modo di accennare – è quello di capire se il livello di medicina teorico possa essere a tutti gli effetti considerato come una disciplina indipendente rispetto alla biologia, alla chimica o alla fisica. Se così non fosse, si sarebbe infatti

costretti ad ammettere, dando ragione a chi nega alla medicina il pieno *status* di scienza, che tutti gli aspetti della medicina che ci appaiono come scientifici siano in realtà riconducibili alle sue varie scienze di base (Brown 1985, p. 326), mentre ad essere ammissibile come disciplina autonoma sia solo la medicina pratica, che si configurerebbe come un'arte o una tecnica, ma non certo come una scienza.

Secondo Boorse, il livello di medicina teorico deve essere identificato con la patologia, vale a dire con lo studio scientifico della malattia. Più precisamente, egli considera la patologia come una scienza autonoma che «si basa sull'anatomia, la fisiologia, la biochimica, la genetica ed altre scienze biologiche, ma è altresì distintamente medica per il fatto che è del tutto consacrata alla malattia» (Boorse 1997, p. 52, trad. mia), che è poi il concetto centrale della medicina stessa. A questo punto le obiezioni possibili sono perlomeno tre: (i) la patologia non è una scienza; (ii) la patologia non è una scienza teorica; (iii) la patologia non è medicina in senso proprio.

Alla prima obiezione si può rispondere facilmente che la patologia è in grado di mantenere tutti gli standard di scientificità che, per esempio, sono rispettati dalla biologia. Negare la scientificità della patologia, dunque, significherebbe dover ammettere che anche la biologia non sia una scienza: una conseguenza che appare insensata o si configura quantomeno come un prezzo troppo alto da pagare.

Passando alla seconda critica, si può ammettere che in patologia non ci siano leggi generali, paragonabili a quelle presenti in altre scienze teoriche quali la fisica, la chimica, o anche solo la biologia. Il che però non pregiudica necessariamente il suo *status* di scienza teorica, in quanto la patologia rimane comunque in grado di sistematizzare in modo efficace un certo corpo di conoscenze, vale a dire le nostre conoscenze circa le varie malattie. Senza conta-

re poi che il fatto di considerare la presenza di leggi generali una condizione necessaria per poter parlare di scienza teorica è ad oggi criticato da molti filosofi.

La terza obiezione, infine, ci riporta al problema di origine: se la patologia è una scienza teorica, essa deve essere considerata parte della biologia, e non può dunque coincidere con la medicina teorica, intesa ovviamente come una disciplina autonoma. Per ribattere a questo argomento, Boorse propone alcune considerazioni di carattere assai generale. Per cominciare, la patologia è una disciplina che, di fatto, si studia prevalentemente nelle facoltà di medicina, non in quelle di biologia, ed è ampiamente considerata come una scienza di base per la medicina clinica o pratica. Essa si configura inoltre come una disciplina autonoma, dal momento che ha un proprio specifico oggetto d'indagine, la malattia, che non è invece primario per la biologia (sebbene anche i biologi all'occorrenza possano avere a che fare con essa). Infine, anche se si dovesse ammettere che la patologia è parte della biologia, la si potrebbe comunque continuare ad adoperare come base teorica per definire i concetti medici fondamentali, quali appunto quelli di salute e malattia. Su questo ultimo punto occorre ammettere che, al fine di comprendere al meglio il dibattito circa le nozioni di salute e malattia, vale la pena mantenere la distinzione concettuale tra medicina "teorica" e "clinica" (o "pratica"), senza dover rinunciare ad alcuna delle due nozioni, né ricondurre la prima alla seconda o viceversa (Amoretti 2015).

BREVI CONCLUSIONI

Se è indispensabile ammettere che è la pratica medica, e dunque la medicina clinica, ciò con cui ci confrontiamo continuamente e che più incide sulle nostre vite, è altresì ragionevole pensare che esista una medicina teorica, che porti avanti la ricerca di base, cerchi di incrementare il sapere medico e sia perciò considerata

una scienza autonoma al pari di altre scienze naturali. D'altra parte, riconoscere l'esistenza di una medicina teorica ci può anche aiutare a dare la giusta importanza al fattore biologico che ritroviamo non solo nella caratterizzazione delle singole malattie, ma anche nella maggior parte delle definizioni degli stessi concetti di salute e malattia. Distinguere due diverse accezioni di malattia, pratica e teorica, nessuna riducibile all'altra, può dunque favorire la chiarezza concettuale, permettendoci di raffinare le nostre intuizioni a proposito dello statuto epistemologico della medicina.

BIBLIOGRAFIA

- Amoretti, M.C., *Filosofia e medicina. Pensare la salute e la malattia*. Roma: Carocci, 2015.
- Boorse, C., "What a Theory of Mental Health Should Be", *Journal for the Theory of Social Behaviour* 6 (1976): 61-84.
- Boorse, C., "A Rebuttal on Health", in *What Is Disease?*, a cura di J.M. Humber, R.F. Almeder, 1-134. Totowa: Humana Press, 1997.
- Boorse, C., "Goals of Medicine", in *Naturalism in the Philosophy of Health: Issues and Implications*, a cura di É. Giroux, 145-78. Dordrecht: Springer, 2012.
- Brown, W.M. "On Defining 'Disease'." *Journal of Medicine and Philosophy* 10, 4 (1985): 311-28.
- Canguilhem, G., "Le Statut Épistemologique De La Médecine", *History and Philosophy of the Life Sciences* 10, (1988): 15-29.
- Cosmacini, G., *La medicina non è una scienza*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2008.
- Delkeskamp-Hayes, C., M.A. Gardell Cutter (a cura di), *Science, Technology, and the Art of Medicine: European-American Dialogues*. Dordrecht: Kluwer Academic, 1993.
- Engelhardt, H.T., "From Philosophy and Medicine to Philosophy of Medicine", *Journal of Medicine and Philosophy* 11, +1 (1986): 3-8.
- Engelhardt, H.T., E. Erde, "Philosophy of Medicine", in *A Guide to the Culture of Science, Technology, and Medicine*, a cura di P. Durham, 364-461. New York: Free Press, 1980.
- Foot, P., *Natural Goodness*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
- Munson, R., "Why Medicine Cannot Be a Science", *Journal of Medicine and Philosophy* 6, 2 (1981): 183-208.

- Nagel, E., *The Structure of Science*. New York: Hartcourt, 1951.
- Pellegrino, E.D., "Philosophy of Medicine: Towards a Definition." *Journal of Medicine and Philosophy* 11, 1 (1986): 9-16.
- Pellegrino, E.D., D.C. Thomasma, *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*. New York: Oxford University Press, 1981.
- Sadegh-Zadeh, K., *Handbook of Analytic Philosophy of Medicine*. New York: Springer, 2011.
- Schaffner, K.F. "Philosophy of Medicine", in *Introduction to the Philosophy of Science*, 310-45. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1992.
- Schaffner, K.F., *Discovery and Explanation in Biology and Medicine*. Chicago: University of Chicago Press, 1993.
- Snow, C.P., *The Two Cultures*. Cambridge: Cambridge University Press, 1959.
- Wildes, K.W., "The Crisis of Medicine: Philosophy and the Social Construction of Medicine", *Kennedy Institute of Ethics Journal* 11:71-86.
- Wulff, H.R., "The Two Cultures of Medicine: Objective Facts Versus Subjectivity and Values", *Journal of the Royal Society of Medicine* 92 (1999): 549-52.

Laura Sarnari

Verso nuove prospettive: dall'umanesimo medico, alla filosofia pratica.

Il mito greco che racconta la nascita della medicina è quello di Asclepio. È un semidio poiché figlio di Apollo e di una donna mortale. Viene istruito dal centauro Chirone nell'arte medica e può così curare, ma anche causare la morte. Infatti, raggiunta la maturità, Asclepio riceve da Atena il sangue proveniente dalla testa mozzata della Medusa, dopo che Perseo l'aveva decapitata. A seguito di questo episodio, il sangue che sgorga dalle vene del suo fianco sinistro è velenoso e portatore di sventure, ma quello del fianco destro ha il potere di guarire qualsiasi malattia e persino di fare risorgere i morti.

Questo concetto di ambivalenza, che permea il mito, lo si ritrova anche in *pharmakon* utilizzato in medicina, e dietro il cui significato si celano i due opposti di veleno e di cura. Si tratta dunque di un'arte potentissima, che non può giovare senza anche nuocere, per questo gli antichi ammoniscono chi la professi.

Galeno (II secolo a.C.) afferma: "Sul fatto che ai medici abbisogni la filosofia per adoperare bene l'arte non credo abbia bisogno di dimostrazione chi ha visto spesso che gli avidi di ricchezze sono spacciatori di *pharmakeis* non medici e usano l'arte per fini opposti a quelli a cui è destinata per natura". Quindi il medico deve eccellere nelle tre principali branche della filosofia: etica, logica, fisica. Ad esempio deve essere un logico perché deve saper inter-

pretare in maniera coerente i sintomi del paziente, oltre che per confutare teorie senza fondamento dei colleghi. Tutto ciò viene esplicitato da Galeno in *Quod optimus medicus sit quoque philosophus*: “il miglior medico è anche filosofo”.

Questa massima dischiude un aspetto fondamentale: fin dai suoi albori, la medicina risulta legata indissolubilmente al tronco comune della filosofia. Ancora prima, nel *Corpus Hippocraticum* (V-IV secolo a.C.) si trova la celebre frase “Il medico, che si fa filosofo, diventa pari a un dio” (*Iatròs philòsophos isòtheos*). Con la nascita della medicina, l’uomo cerca di emanciparsi da quella volontà divina a cui si sente soggiogato, vuole raggiungere l’autosufficienza, al fine di allontanare la morte. Quest’ultima non è più in mano agli dei, ma può essere evitata solo combattendo l’ignoranza.

Isidoro di Siviglia (VI-VII secolo) nelle *Origines* afferma che l’etimologia del termine medicina sia da ricollegare a “giusta misura” e la definisce “seconda filosofia”, in quanto “entrambe le discipline sono complementari all’uomo”.

Il legame tra filosofia e medicina si protrae a lungo nei secoli. Facendo un balzo dalle origini della medicina, fino ad un’età contemporanea, si può notare come nel Settecento il medico è ancora *medicus et philosophus*, mentre fino al XIX secolo sono necessari studi propedeutici obbligatori filosofici.

Questa visione si pone in netto contrasto con la medicina del Novecento. Come si arriva alla divisione tra scienze della natura e scienze dello spirito?

Una risposta potrebbe essere ricercata osservando quanto accade nel corso del XIX secolo. Infatti a seguito delle correnti positiviste e neopositiviste, si assiste a una scissione delle scienze naturali da quelle umane con grande svalutazione di quest’ultime.

Si afferma il primato del metodo scientifico sperimentale, che può essere applicato a ogni campo, è in grado di spiegare ogni feno-

meno, ed è l'unico strumento per analizzare e conoscere l'uomo ed il mondo.

La medicina pertanto riflette questo cambiamento e parlando di positivismo non si può non menzionare Wundt (1832-1920), il quale propone la scomposizione dei problemi complessi in problemi semplici con l'elementismo. Claude Bernard (1813-1878) individua l'esistenza di un *ambiente interno* agli organismi viventi (omeostasi) e introduce il metodo scientifico nella medicina, operando una trasformazione radicale. Da sapere empirico o "arte" affidata al talento del medico, la medicina si riscopre una scienza coerente e controllabile, come scrive Bernard ne *l'Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, capace di «conservare la salute e sconfiggere le malattie», secondo le acquisizioni e le metodologie delle scienze positive più progredite.

La risonanza della rivoluzione attuata da Bernard è tale da riflettersi in tutti i campi del sapere. Questo è quanto asserisce Zola nella prefazione de *Le Roman expérimental*: "Poiché scienziati come Claude Bernard dimostrano ora che leggi immutabili regolano il corpo umano, si può annunciare, senza timore di ingannarsi, il momento in cui a loro volta saranno formulate le leggi del pensiero e delle passioni. Un identico determinismo deve regolare il ciottolo della strada ed il cervello dell'uomo." Il determinismo che ne risulta si rivela radicale. Non c'è più nessuna differenza tra un uomo e un oggetto inanimato. Questo perché in entrambi i casi si può giungere a delle generalizzazioni dato che tutto è guidato in maniera deterministica da leggi che possiamo studiare.

Il contributo di Bernard è innegabile: la medicina scientifica diviene la medicina sperimentale, antesignana dell'attuale *evidence-based medicine* ossia basata sull'evidenza di prove valide, vale a dire oggettivamente ripetibili, e che presuppone il voler avvicinare sempre di più la medicina al modello di scienza esatta.

Karl Jaspers, filosofo e psichiatra tedesco (1883-1969), sosteneva che il medico, inteso ormai come moderno scienziato, aveva rinunciato alle *Umanities*, ed indicava come soluzione il recupero della tradizionale figura attraverso la trasformazione in un sapiente, cioè in un filosofo.

Facendo sua l'espressione ippocratica "iatros philosophos isotheos", Jaspers sostiene che le conquiste della tecnica hanno appiattito l'essenza del medico sino a schiacciare la sua propensione alla filosofia. Nell'era della tecnica, l'esame obiettivo ed il supporto della struttura tecnica hanno sovrastato l'ascolto, la cura basata sulla comprensione e sulla trasmissione spirituale. Si è creato uno spazio vuoto contraddistinto da un'arsura di relazione. Proprio nel ritorno all'antica idea di medico, fondata sui due pilastri della conoscenza scientifica e dell'ethos umanitario, egli rintraccia l'unica possibilità che la medicina moderna ancora possiede per salvarsi da una situazione di crisi provocata dall'onnicomprensivo processo di tecnicizzazione della nostra epoca.

La perdita a cui si va in contro quando c'è assenza di dialogo tra scienze naturali e scienze umane in medicina, ha portato a cercare una soluzione concreta.

In sempre più Università di Medicina e Chirurgia italiane, negli ultimi anni, si stanno facendo spazio i corsi di Scienze Umane. Gadamer (1900-2002) in *Dove si nasconde la salute* specifica che con il termine *Humanities* non si voglia parlare di "una scienza che sceglie come oggetto della sua indagine l'uomo in sé, ma piuttosto una scienza che assume come obiettivo il sapere dell'uomo intorno a sé stesso, quale si trasmette attraverso la tradizione storico-culturale".

Moduli di Antropologia, Bioetica, Filosofia della Scienza, Psicologia Generale e Storia della Medicina, giusto per citarne alcune, non sono solo un approfondimento elitario per gli studenti di

medicina. Infatti il giovane medico dovrà confrontarsi, nel corso della sua vita professionale, con “quei fattori extra scientifici che rivendicano la propria legittimità” e, sempre riportando il pensiero di Gadamer, ciò si verifica quando le conoscenze scientifiche sono applicate a quei campi in cui entra in gioco quella che si può definire come “la comprensione che l’uomo ha di se stesso”.

Il primo approccio nel percorso universitario del futuro laureato in Medicina e Chirurgia con il corpo avviene durante la lezione di Anatomia; si tratta di un’esperienza fondante in quanto è uno dei momenti in cui si verifica la reificazione del corpo.

In *Antropologia medica*, G. Pizza offre molteplici spunti di riflessione: come può avvenire la “ricostruzione” del paziente? Tramite la dissezione del cadavere e le esercitazioni di istologia, gli studenti oggettivano il corpo, ma quale sarà la qualità “umana” del medico al termine del percorso? La risposta potrebbe essere che la medicina dovrebbe fare propria un’epistemologia umana, un vero e proprio umanesimo medico. Si assiste sempre più alla messa in discussione delle pratiche di oggettivazione del corpo che, considerato riduttivamente un organismo biologico, anche se cadavere, resta comunque un prodotto storico.

Tramite l’approccio alla Psicologia lo studente inizia a confrontarsi con quella che poi sarà la relazione medico-paziente. Il focus è centrato su alcuni argomenti fondamentali: dalla comunicazione con il malato, alle implicazioni psicologiche della malattia, senza dimenticare le competenze emotive e relazionali del medico, il quale anche attraverso la prescrizione farmacologica, avrà un ruolo importante nell’impatto psicologico.

Paul Ricoeur (1913-2005), docente di filosofia morale, ha posto l’attenzione sui problemi della bioetica, e si è occupato anche della relazione medico-paziente introducendo il concetto di “sollecitudine” (*sollecitude éthique*).

Il pensiero di Ricoeur, esposto nel testo *Il giudizio medico*, così si riassume: “il patto di cura diviene così una sorta di alleanza sigillata tra due persone contro il nemico comune, la malattia. L’accordo deve il suo carattere morale alla promessa tacita, convenuta tra i due protagonisti, di rispettare fedelmente i rispettivi impegni”.

Nel corso di Storia della medicina, lo studente viene messo in contatto con la dimensione storica del pensiero medico. Come sono evolute le istituzioni mediche e i concetti di salute e malattia? Sono frutto delle molteplici relazioni sociali e culturali che a loro volta riflettono il rapporto complesso tra medicina, scienza e società.

Immanuel Kant (1724-1804), già prima della corrente positivista, sollevava delle riflessioni che, a distanza di secoli, non mancano di sembrare attuali. In *De Medicina corporis* si rivolge alla pratica medica, al benessere psicofisico e al rapporto tra mente e corpo. È sua l’affermazione che il medico, pur indagando la malattia analizzandone le cause materiali, “deve tenere conto della complessità psicologica dell’essere umano”.

Il corso di Logica e Filosofia della Scienza si focalizza sui presupposti della professione con particolare attenzione alle condizioni che portano alla maturazione consapevole della relazione professionale nei confronti degli assistiti. Vengono forniti quegli strumenti che in ambito medico si riscoprono importanti per ragionare in modo eticamente consapevole di fronte a situazioni di complessità clinica, sempre alla luce del rapporto medico-paziente.

Si ricorre anche all’utilizzo di modalità didattiche sia *ex-cathedra* che interattive, per avvicinare lo studente alle scienze umane. Ad esempio grazie allo studio della Bioetica, si toccheranno temi che potranno vertere su inizio e fine vita, scelte riproduttive, diritto di non sapere e dovere di informare, test genetici, staminalità, trapianti, vaccinazioni, consenso informato e consenso aperto,

modelli animali, interventi istituzionali di salute pubblica, *patient empowerment*, deontologia medica.

Tramite questi corsi, lo studente di medicina può ampliare la sua preparazione affiancando alle scienze della natura, quelle umane. Anche Jaspers, dopo essersi interrogato se la scienza medica potesse ignorare la filosofia, era giunto alla conclusione che, pur nelle rispettive autonomie, le due scienze necessitano l'una dell'altra. La scienza medica è indispensabile alla filosofia: "perché soltanto la conoscenza di questa via impedisce che un'altra volta si affermi, in un modo poco chiaro e soggettivo, che nella filosofia sia possibile la conoscenza obiettiva delle cose, che ha invece la sua sede nella ricerca metodicamente esatta". Ma anche la filosofia è importante per la medicina perché "fa presa sulle scienze in modo tale da rendere realmente presente il loro senso proprio. La filosofia che vive nelle scienze dissolve il dogmatismo che appare sempre di nuovo nella scienza stessa ma soprattutto la filosofia diventa garante consapevole dello spirito scientifico, contro l'ostilità della scienza" (Jaspers, *La filosofia dell'esistenza*).

Se questo è vero per la medicina considerata in toto, tanto più la questione diventa interessante se si considera una delle sue branche: la psichiatria.

Quest'ultima, infatti, aveva seguito quel metodo scientifico naturalistico che si era delineato nel corso del XIX secolo, adottando il modello proprio della scienza della natura, mettendo però al centro delle sue considerazioni le funzioni biologiche dell'organismo, in particolare il cervello del malato di mente.

Questo è testimoniato, ad esempio, dal nascere dei diversi manuali nosografici delle malattie mentali nella prima metà del XX secolo, con la finalità di ricondurre a sintomi oggettivi e raggruppare su base statistica i vari disturbi. Le nuove edizioni aggiornate, come ad esempio il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali o DSM 5*, sono tutt'oggi oggetto di critica, accusate di ri-

produrre un modello neo-positivista di spiegazione, e di instaurare un metodo descrittivo della malattia psichiatrica, che non necessariamente corrisponde alla realtà.

Facendo riferimento al pensiero di Jaspers, c'è da dire che anche lui guarda al modello di psichiatria, in particolare quella psicanalitica, con sospetto, in quanto secondo lui conserva una visione dell'uomo parziale e funzionale alla terapia; unicamente la filosofia fornisce una visione olistica della persona: "Il fatto che le malattie mentali siano fondamentalmente umane ci obbliga a non vederle come un fenomeno naturale generale, ma come un fenomeno specificamente umano" (Jaspers, *Psicopatologia generale*).

Non potendo concepire lo psichico, i modelli neuroscientifici non permettono di capire a pieno il vissuto del singolo paziente, ma sono indirizzati ad ottenere dei dati che vengono di volta in volta presi a conferma del modello di sistema nervoso che si vuol sostenere.

Di fronte alle critiche mosse alla psichiatria organicista di matrice positivista, si assiste alla nascita di un metodo nuovo.

Nel corso del Novecento fino a oggi, la psichiatria fenomenologica è quella corrente psichiatrica che, più di tutte, ha cercato di intrecciare un rapporto stretto, vitale e costitutivo con la filosofia, in particolare quella di Edmund Husserl e quella di Martin Heidegger. Come spiega E. Borgna in *Introduzione al quaderno: attualità e prospettive della fenomenologia*, la psichiatria fenomenologica "ha come oggetto [non] il cervello ma [...] un soggetto, una persona, analizzata e descritta nelle sue emozioni, nei suoi pensieri, nelle sue fantasie, nelle sue immaginazioni: nei suoi modi di essere che non si identificano nel comportamento ma nei significati che si esprimono in ogni singolo comportamento".

Infatti rende fondamentale l'interrogarsi da un lato sull'uomo in generale e dall'altro sul singolo uomo malato di mente. In effetti, il contributo che la riflessione filosofica ha saputo dare alla psi-

chiatra è stato quello di cercare di superare il paradigma organista della “psichiatria biologica”, sostituendolo con un altro detto bio-psicosociale. Il fine è provare a rapportarsi col paziente secondo considerando i fattori biologici, psicologici e sociali, e le loro interazioni, la causa dell’insorgere dei disturbi nei singoli soggetti.

Questo modello di psichiatria comporta un ribaltamento di prospettiva secondo quanto auspicato da Minkowski: “Se finora la psicologia si è svolta in prima persona o in terza persona, è tempo che essa diventi una psicologia in seconda persona, perché il tu ci mette in presenza dell’umanità comune”.

I principali esponenti internazionali di questa “scuola” psichiatrica sono stati Karl Jaspers, Ludwig Binswanger, Eugène Minkowski, Roland Kuhn, Wolfgang Blankenburg.

L’allontanarsi dalla concezione positivista è evidente in Dilthey, il quale affermando l’impossibilità di fondare una scienza psicologica sui principi metodologici della scienza della natura, si pone agli antipodi del meccanicismo. La psicologia (e con essa la psichiatria) appartengono per Dilthey alle *Geisteswissenschaften*, le scienze umane, che non possono essere subordinate e ricondotte alle scienze della natura. Quest’ultime infatti presentano un modello esplicativo che, essendo destinato alla spiegazione di fenomeni, si rivelerebbe del tutto inadeguato alla autentica comprensione della vita psichica. Secondo lo studioso tedesco occorre comprendere la vita psicologica dei nostri simili dall’interno, giacché è propriamente umano immedesimarsi solo in ciò che è stato provato con l’esperienza e che, per questo, richiede metodi di validazione diversi da quelli propri delle scienze della natura. Dilthey, quindi, inizia a porsi il problema di ripensare l’uomo (e, contestualmente, l’uomo malato di mente) superando l’approccio e l’antropologia positivisti.

Il suo discorso viene ripreso nella sua fondamentale profondità da Karl Jaspers nel 1913 con la sua *Psicopatologia generale*, pietra miliare nell'ambito degli studi psichiatrici. In questo libro Jaspers tenta di elaborare una comprensione che porti lo psichiatra verso un modo di porsi diverso di fronte alla follia e alle sue manifestazioni. Cerca per questo di delineare un metodo nuovo che permetta alla psichiatria di costruirsi come discorso rigoroso, pur staccandosi dal metodo scientifico tipico delle scienze naturali: il metodo fenomenologico.

L'oggetto della psichiatria, per la fenomenologia, non è più il cervello ma la vita interiore (la soggettività) dei pazienti.

E. Borgna commenta così: "L'indagine fenomenologica ha il compito di rendere presenti ed evidenti di per sé gli stati d'animo che i malati sperimentano, e astenersi da tutte le teorie che trascendono la pura descrizione". In tal senso "nella psichiatria fenomenologica la conoscenza si realizza solo mediante modelli psicologici che sono costituiti dalla introspezione (dalla capacità di analizzare e di sondare gli stati psichici, interiori, soggettivi) e dalla immedesimazione (dalla capacità di immergersi negli stati psichici degli altri-da-noi). Se non conosco, se non intuisco, se non partecipo emozionalmente della vita interiore dell'altro, non mi sarà possibile conoscere cosa realmente una persona (un paziente) prova e cosa induce una condizione di sofferenza, o di disperazione".

Quindi la medicina, e in particolare la psichiatria, che erano state campo di indagine esclusivamente da parte delle scienze della natura, a partire dalle problematiche della crisi del meccanicismo, hanno cercato delle soluzioni grazie all'intervento delle Humanities. Mentre dall'altro lato, c'è da notare che anche le scienze umane sono state oggetto di critiche.

Gerd Achenbach in Germania manifesta la sua insoddisfazione nei confronti della filosofia accademica, da lui accusata di essersi

ecessivamente astratta dal mondo reale, chiudendosi in percorsi di studio ad uso e consumo dei soli filosofi. “La filosofia non più o non ancora pratica sopravvive in un ghetto accademico, dove ha perduto il rapporto con qualsiasi problema che opprime realmente gli uomini. Questa alienazione, che produce sterilità nella filosofia e perdita di senso nella vita quotidiana, viene superata dalla *Philosophische Praxis*” (Gerd B. Achenbach, *La consulenza filosofica*). Quando Achenbach introduce la figura del consulente filosofico in Germania nel 1981, sembra aver riportato in auge gli albori della filosofia, come la citazione di Epicuro ricorda: “Quanto alle malattie della mente, contro di esse la filosofia è munita di rimedi; e proprio per questo è giustamente considerata la medicina della mente”.

Attraverso il counseling filosofico, si attua un intervento di aiuto diretto verso il paziente, servendosi di metodi e strumenti propri della filosofia, facendo frutto della consapevolezza psicologica.

Come ribadisce Lou Marinoff, il consulente filosofico ha il compito di attingere alla “sapienza collettiva delle ere”, guidando le persone attraverso indirizzi filosofici con la finalità di risolvere o perlomeno di gestire i problemi della vita quotidiana. Con questo intervento il paziente viene guidato “a condurre una vita esaminata”. Attraverso il metodo filosofico, il medico può essere in grado di stimolare i processi di pensiero logici e razionali del paziente, agendo con la funzione di chiarificazione, per cercare risposte ai problemi dell’esistenza. In uno spirito maieutico, questo procedimento avviene riconoscendo risorse e potenzialità nel paziente, che devono essere quindi attivate e condotte. Infatti per l’autore di *Platone è meglio del prozac*, ogni persona ha una propria filosofia interiore, che però, a volte necessita di aiuto per essere resa esplicita e consapevole. Con un metodo che ricorda molto quello socratico, vengono poste una serie di domande, che porteranno il paziente a riflettere per giungere alle risposte conclusive.

Nel counseling filosofico è centrale il rapporto medico-paziente, che viene visto come un elemento fondamentale per poter sviluppare il discorso filosofico attraverso una modalità che si può definire dialettica.

Dato che i problemi che vengono affrontati appartengono alla vita quotidiana, e non risultano astratti e teorici, come spesso accade nella filosofia accademica, ne consegue che dal counseling filosofico emerge una filosofia pratica, funzionale a determinate situazioni, ed in grado di rispondere ai dubbi del paziente, attraverso una modalità di riflessione e di indagine.

Per poter accompagnare il paziente lungo questo percorso, è evidente che il medico stesso debba aver acquisito la capacità di riflessione filosofica e di elaborazione del pensiero acquisiti tramite training mirati.

Il medico filosofo deve essere prima di tutto filosofo di se stesso, deve quindi aver affrontato e rielaborato concetti essenziali dell'esistenza, con cui deve avere confidenza e familiarità. Spesso il medico ha una mentalità pragmatica, che tende ad affrontare in modo razionale e concreto i problemi dell'uomo. La realtà della pratica professionale non sarà mai così semplice e riduttiva, a meno che il medico non riesca ad eliminare emozioni e vissuti, divenendo strettamente "tecnico della salute", secondo quanto già prospettata da Jaspers in *Il medico nell'età della tecnica*. È quindi necessario promuovere una formazione personale che includa competenze non solo di tipo psicologico ma anche e soprattutto di tipo filosofico. La medicina, per la sua complessità e importanza, richiede che sia ben chiaro il senso ed il valore del suo agire e delle conseguenze che ne derivano, mettendo sempre al centro il bene dell'essere umano nella sua totalità. Il medico di oggi deve quindi ritornare ad essere in grado di curare il corpo ma anche l'anima, che ne è elemento inscindibile; deve riuscire a recuperare per il paziente, ma anche per la società, quel ruolo di saggezza

che storicamente gli appartiene; deve poter osservare il proprio agire tecnico sotto la luce del suo senso e significato profondo; deve quindi sempre di più riuscire ad essere, o ritornare ad essere, medico-filosofo.

Jaspers in *Il medico nell'età della tecnica* commenta così: "Il medico che si fa filosofo diventa pari a un dio. Con ciò non si allude a chi si limita a studiare filosoficamente, ma al medico che agisce, che è filosofo mentre, nel fluire della vita, facendo il medico, pensa secondo norme eterne".

Per ogni settore del sapere vale la regola che se i campi di studio sono naturalmente alleati e cercano di perseguire obiettivi comuni, il dialogo non può che dare come risultato in un giovamento per i singoli campi. Questa forma di dialogo può evocare i salotti europei di fine Ottocento, ma fortunatamente è anche quello che alcune università stanno riattualizzando attraverso i centri interdisciplinari.

Quella tra scienze naturali e scienze umane è una collaborazione intelligente, un dialogo, che si è dimostrato arricchimento attraverso l'interazione reciproca.

Il punto di forza è che possono apportare il proprio punto di vista su questioni essenziali della condizione umana.

Per poter maneggiare una conoscenza che può salvare o condannare per sempre un altro essere umano.

Maria Grazia Maimone

Filosofia e medicina: cielo e mare all'orizzonte.

“C'è sempre una gran mancanza nel cuore dell'uomo”, recita Leopardi. L'uomo è per natura un essere inappagabile, insoddisfatto, imperfetto; “nessuno oggetto illuminato dal Sole potrà mai soddisfare l'Io”, ci ricorda Fichte. La storia della filosofia, così come quella della letteratura, traboccano di pensatori e scrittori, talora medici prestati alla scrittura, che hanno analizzato la natura fragile, ambigua, contraddittoria, misera e vana dell'essere umano, riversando fiumi d'inchiostro nelle loro pagine: da Socrate a Pascal, da Nietzsche a Pirandello, da Ungaretti a Sartre, da T. Mann a Cechov e potremmo dilungarci all'infinito. Al centro della riflessione ci sono gli uomini, ci siamo noi, con le nostre emozioni, i nostri progetti, le nostre paure, i nostri perché. “Ove tende questo vagar mio breve?”, Dio esiste? L'anima è immortale? Perché la vita è anche dolore e sofferenza? L'uomo può scegliere di non vivere più o di non far più vivere? Interrogativi che solleticano la nostra mente. E così i campi di ricerca sfumano dalla teologia all'etica, dalla medicina alla filosofia. Confini sfumati, dilatabili, come quelli tra cielo e mare all'orizzonte in una mattina d'estate. Per T. Mann la medicina è una sfumatura dell'animo umano. La filosofia anima continuamente il quotidiano vivere umano, necessaria per l'agire, il pensare e il conoscere, espressione di ciò che l'uomo è nel suo più radicale manifestarsi. Fin dall'antichità, tra medicina e filosofia esiste un'interazione feconda, come si legge nelle parole di Ippocrate “il medico che si fa fi-

losofo è pari a un Dio. “Con ciò non si allude a chi si limita a studiare filosoficamente”, commenta Jaspers, “ma al medico che agisce, che è filosofo mentre, nel fluire della vita, facendo il medico, pensa secondo norme eterne”. In Grecia l’essere un buon filosofo richiedeva anche l’essere medico, dal momento che l’analisi cosmologica non poteva non contemplare le sfaccettature dell’animo umano; così come l’essere medico rimandava inevitabilmente allo studio della natura e dell’universo. Nel tempo, le due discipline si sono progressivamente separate: la medicina si è resa sempre più scientifica, allontanandosi dalla possibilità di mantenere una visione globale dell’essere umano. Così come la filosofia si è sempre più spinta verso teoria ed astrazione, perdendo il contatto con la realtà e la concretezza dell’esistenza. Nell’antichità era diffusa la visione sacrale del medico, la medicina interpretava la malattia come un castigo divino, oppure come conseguenza di forze demoniache che s’impossessavano dell’uomo. La medicina greca rimase intrisa di contenuti mistici e magici fino all’epoca di Ippocrate che, descrivendo l’arte medica, dimostrò che questa può guarire o attenuare le sofferenze con mezzi materiali. Con Ippocrate, quindi, nasce l’epistemologia medica e la medicina transita da antropologia filosofica a scienza dell’uomo. Galeno sosteneva che non si può essere un buon medico se non si conoscono logica, fisica ed etica, che trovano una perfetta sintesi nella filosofia. Per questo egli si considerava un filosofo, poiché la medicina non solo insegnava a conoscere il mondo naturale, ma consentiva a chi la praticava di esprimere le migliori qualità morali. Così nell’opera “Il Miglior medico” giustifica la sua convinzione, affermando che: “se ai medici è necessaria la filosofia per l’apprendimento iniziale e per il successivo esercizio, è chiaro che chi è un vero medico è sempre anche filosofo”. Seneca il filosofo ci consegna il ritratto del medico ideale: “il vero medico si è preoccupato di me più del dovuto; è stato in

ansia non per la sua reputazione ma per me; non si è limitato a indicarmi i rimedi ma li ha applicati con le sue stesse mani; è stato fra quelli che ansiosamente mi assistevano: di conseguenza io sono in obbligo ad un uomo simile non come medico ma come amico". "Senza la filosofia l'animo è malato, se anche il corpo è in forze". Per il filosofo francese Descartes, "tutta la filosofia è come un albero, di cui le radici sono la metafisica, il tronco la fisica, e i rami che nascono da questo tronco sono tutte le altre scienze, che si riducono a tre principali, cioè la medicina, la meccanica e la morale". Il filosofo idealista tedesco Schelling colloca la medicina, con la giurisprudenza e con la teologia, al centro del sistema dei saperi, riconoscendole il posto fondamentale nell'architettura delle scienze umane. Fin dalle sue origini, la filosofia si delinea come libera indagine razionale, speculazione disinteressata, critica, dubitativa e come meraviglia di fronte al mondo. La meraviglia muove il pensiero, dalla meraviglia germogliano nuove idee. La filosofia nasce dall'esigenza di superare l'incertezza e l'ignoranza che attanagliano l'uomo, allorquando la mitologia si rivela inadeguata a fornire risposte ai perché esistenziali insiti nell'esistenza umana. Talvolta, l'aforisma di un filosofo, o poche righe concise di un pensatore a noi caro, possono aiutarci a riflettere sulla nostra angoscia esistenziale, avviandoci nel contempo alla piena realizzazione della nostra esistenza. Pervasi da una grande forza comunicativa, questi pensieri, resistendo all'erosione del tempo, possono attenuare e mitigare il dolore della caducità. "Piccola e potente", "la parola comunica, persuade, calma la paura, lenisce il dolore e il pianto, attenua la rabbia, suscita gioia". Parole intense, intrise di significato, che almeno una volta nella vita si sono insinuate dentro di noi, riecheggiando nei momenti in cui riaffiorano la fragilità e la finitudine dell'uomo. Per Pascal l'uomo appare come un "mostro incomprensibile", che vaga in un "vasto mare" incerto e fluttuante, tormentato dalla propria incompren-

sibilità che tenta invano di penetrare, di risolvere. L'uomo è insieme miseria e grandezza, è "un paradosso di fronte a sé stesso" teso tra l'infinitamente grande e l'infinitamente piccolo, tra il tutto e il nulla. E ancora l'uomo come "docile fibra nell'universo", come "discepolo dell'angoscia", come "uno, nessuno, centomila". Il "so di non sapere" socratico ci ricorda che la conoscenza dell'uomo è limitata e che la vita è ricerca ineludibile, riflesso di un processo conoscitivo in continuo fieri e mai concluso. L'umiltà è imprescindibile nella ricerca filosofica. In filosofia si ricomincia sempre da capo; il filosofo ha il dovere di insinuare il dubbio che, nella sua componente feconda e produttiva, può aiutare a non fermarsi alle apparenze, scoprendo il velo di Maya che maschera l'essenza delle cose. Si potrebbe indugiare a lungo sulle tante, innumerevoli definizioni che i grandi pensatori del passato hanno dato della filosofia. Filosofia come la "regina del sapere", la "scienza delle scienze", la "scienza dei principi e delle cause prime", "ricerca infinita e mai compiuta". Socrate affermava che: "una vita senza ricerca non è degna di essere vissuta". Quindi filosofia come ricerca. Ma anche medicina come ricerca, come dialogo fecondo e attivo con il paziente, centro della relazione ipocratica. Medicina come domandare. L'anamnesi come momento fondamentale per poter raccogliere la memoria esistenziale del paziente, non solo quella fisiopatologica. Ricercare per conoscere la trama di emozioni ed esperienze che talvolta sottende uno stato d'animo. Il medico dovrebbe considerare non solo la malattia in sé, ma anche e soprattutto l'uomo-paziente, accogliendolo con lo sguardo, oltre che con le parole e la semeiotica clinica. Il medico come la "nottola di Minerva" fra le nebbie esistenziali, in grado di interiorizzare le vicissitudini umane, curare l'anima oltre che il corpo, divenendo, come lo definisce Gadamer, "guaritore ferito", capace di condividere con il paziente l'esperienza traumatica della malattia. Lo "spirito di finezza" di pascaliana memoria,

dovrebbe animare il *modus operandi* di ogni singolo medico. Un'efficace comunicazione medica richiede anche capacità di ascolto ed empatia, affinché il paziente percepisca nel clinico non solo l'intento a curare la malattia, ma anche l'interesse a prendersi cura dei suoi bisogni e delle sue angosce. Dovremmo imparare a guardare le persone dritte in faccia, senza indugio né timidezza, cogliendo un linguaggio ermeneutico in ogni volto. Ascolto anche di sé stessi. Come se solo dall'ascolto del nostro io più recondito, potesse emergere quell'autenticità che permette il dono di sé all'altro sofferente. Spazi interiori a noi stessi sconosciuti, che possono cambiare il nostro modo di vedere la realtà. Molte cose dipendono da come noi le guardiamo, da quale prospettiva. Platone definiva la medicina come "paidéia", sapienza pratica e teoretica, affine alla filosofia e alle scienze naturali, guida intellettuale per l'uomo nella sua completezza. Da qui l'esigenza di restituire alla medicina tutto il suo spessore umanistico e il suo orizzonte metafisico, in risposta ai mutamenti socio-culturali del nostro tempo. Le biotecnologie, infatti, nel loro ritmo accelerato degli ultimi decenni, sembrano aver smerigliato la relazione ippocratica medico-paziente, che appare sempre più indebolita, stravolta nei suoi principi fondanti, generando una profonda crisi dell'etica. La sensazione è che si stia sgranando la comprensione del singolo, che si stia creando uno scarto ontologico, una distanza percettiva tra la vita e la morte, tra la sofferenza e la malattia, che appare non più come possibile condizione dell'esistenza, ma unicamente come condizione negativa da contrastare. Platone spiegava che la vita è preparazione alla morte e che la vera essenza dell'uomo si coglie nell'immortalità dell'anima. Suggestiva, a tal proposito, la favola dei cigni, dove si narra che i cigni, consapevoli di dover morire, si rallegrano perché sanno di giungere presso il Dio Apollo, di cui sono servitori. Così innalzano un ultimo canto dolce, di congedo dalla vita. Gli uomini invece, temendo la morte, derido-

no i cigni, ritenendo che il loro canto sia un lamento di morte, non un canto di gioia. Questo mito ha una grande connotazione pre-cristiana. I cigni simboleggiano la rivelazione divina. Socrate è morto come i cigni, congedandosi dalla vita serenamente. L'uomo non sa perché sia nato, né quando e come morirà. Non sappiamo nulla. Il passo di Matteo recita: "Vegliate dunque, perché non sapete in quale giorno il Signore vostro verrà". La vita è un bene prezioso, immenso, inafferrabile, che sfugge alla nostra umana comprensione, così come incomprendibile e inafferrabile ci appare anche la morte. Penso che non ci si possa sottrarre alla vita, neppure quando questa s'infrange contro gli scogli del dolore e della malattia; nel contempo, credo che non si possa impedire la morte. "L'amore e la morte (...) da loro deriva la paura ed il più grande degli incantesimi", scrive T. Mann. Come suggerisce Papa Francesco: "Occorre un supplemento di saggezza, perché oggi è più insidiosa la tentazione di insistere con trattamenti medici che producono potenti effetti nel corpo ma, talora, non giovano al bene integrale della persona". "È dunque moralmente lecito", spiega il Pontefice, "rinunciare all'applicazione di mezzi terapeutici, o sospenderli, quando il loro impiego non corrisponda a quel criterio etico ed umanistico". "Non si vuole così procurare la morte, si accetta di non poterla impedire", scrive ancora Papa Bergoglio. L'importanza di queste parole è evidente. Questa differenza di prospettiva restituisce umanità all'accompagnamento del morire: non attivare mezzi sproporzionati o sospenderne l'uso equivale, infatti, ad evitare l'accanimento terapeutico, differendo dall'eutanasia, che si propone, invece, di interrompere la vita. Emerge una stridente dissonanza tra quella "legge morale" di respiro kantiano che pulsa dentro di noi e le nuove, spinose questioni etiche che vengono sollevate in campo medico. Hans Jonas scrive che: "è vero che il più antico fattore unificante di scienza e arte è stato proprio la medicina, essenzialmente votata

al bene del suo oggetto. Con lo scopo inequivocabile di combattere le malattie, guarirle, e alleviare le sofferenze, è stata finora eticamente indiscutibile e solo la sua capacità è stata di volta in volta messa in dubbio. Ma con i suoi nuovissimi potenti mezzi, la sua quota di utile nel generale progresso tecnico-scientifico, oggi si può prefiggere scopi che mancano di questa indiscutibile beneficenza e può perseguire anche quelli tradizionali con metodi che fanno sorgere dubbi etici". Jonas, quindi, evidenzia come lo sviluppo tecnologico degli ultimi decenni, insieme agli enormi progressi medici, abbia fatto emergere nuovi, gravi interrogativi morali. Non si può più neppure pensare una ricerca scientifica pura che non sia regolata da sempre più sofisticati strumenti tecnologici. In tal senso, la responsabilità morale dei medici e dei ricercatori diventa, oggi più che mai, grave e rischiosa. Ecco perché oggi non si parla più solamente di etica medica, ma si è introdotto anche il termine di bioetica. In una delle sue prime definizioni, la bioetica è "lo studio sistematico della condotta umana nell'area delle scienze della vita e della cura della salute, esaminata alla luce di valori e principi morali". Da allora il dibattito in ambito bioetico si è ulteriormente arricchito, alla luce del progresso straordinario delle biotecnologie mediche e della crescente attenzione nei confronti dei rapporti tra bioetica e diritto e tra bioetica ed educazione. Il diritto a decidere sulla propria vita suona retorico, parole come accanimento terapeutico, eutanasia, autodeterminazione, rimbalzano da un interlocutore all'altro, senza riuscire a raggiungere una nuova posizione ideologica comune. Quasi fosse un'utopia. A tal proposito, risuonano le parole di Galeano: "L'utopia è come l'orizzonte: cammino due passi, e si allontana di due passi. Cammino dieci passi e si allontana di dieci passi. L'orizzonte è irraggiungibile. E allora, a cosa serve l'utopia? Serve per continuare a camminare". Parole che volteggiano nell'aria come foglie d'autunno, prima di posarsi sul terreno della co-

scienza collettiva. Quali confini, allora, tra scienza e filosofia? Fin dove spingersi? Dove fermarsi? Di quanta filosofia ha bisogno la medicina? E così, in un valzer lento tra ragione e sentimento, tra scienza e *pàthos*, danzano idee, parole, incertezze, paure, sul terreno pericoloso della ricerca della verità etica. “Tale ricerca non è facile” riflette Papa Bergoglio, “e non sempre si raggiunge rapidamente un’armonica conclusione; essa richiede sempre umiltà e realismo”. L’apertura all’ascolto del Pontefice, la sua scelta di uno stile comunicativo chiaro e diretto al cuore della gente, sembrano aprire nuovi sentieri all’interno della bioetica cattolica e di quella laica. Fichte insegna che nella vita ogni ostacolo, ogni barriera, ogni impedimento che rallenta il passo, si supera cambiando prospettiva. Occorre compiere uno “*streben*”, critico e morale, per cambiare prospettiva. “Essere liberi è niente, divenirlo è cosa celeste”, recita il filosofo idealista. Libertà come continuo superamento di ostacoli, come proiettarsi oltre la siepe che “il guardo esclude”. In tal senso, ciò che conta veramente non è tanto l’aver superato l’ostacolo in sé, ma il come l’ostacolo è stato superato, quali sentieri, lunghi e tortuosi, sono stati attraversati. La vita come conquista, come lotta, come sacrificio, nella sua accezione più romantica. Sono tanti i sentieri che spesso non portano da nessuna parte. Alcuni sviano, altri s’interrompono. Occorre creare un ponte virtuoso tra tradizione e novità, nell’esercizio illuminato della ragione. “*Sapere aude*”, ammoniva Kant, abbi il coraggio di servirti della ragione. È necessario divenire uomini illuminati, in grado di saper pensare. Il pensare, infatti, non va dato mai per scontato, bisogna imparare a coltivare l’attitudine meditativa. Come afferma Descartes, se pensiamo esistiamo. Esistere non è sinonimo di pensare, ma è esattamente il contrario: “penso, dunque sono”. Per Pascal l’uomo è una canna pensante “la più fragile della natura” e la sua grandezza risiede nel pensiero. “Ben pensare”, scriveva il filosofo francese “è includere nella conoscenza og-

gettiva, la comprensione umana, il riconoscimento della complessità umana". Saper pensare per potere anche saper scegliere. La vita è una scelta, noi siamo le scelte che facciamo, come insegna Sartre. Siamo ciò che scegliamo di essere o di non essere, perché anche rinunciare è una nostra scelta, come ci ricorda Kierkegaard. È più comodo opporsi ai cambiamenti, adattarsi alle situazioni, invece di compiere uno streben per creare possibili alternative esistenziali. La possibilità è come una porta che si apre. "La porta è la parte più lunga del viaggio", dicevano i Latini. Tutto sta nella decisione di aprire o no la porta, nella scelta da compiere. Spesso la scelta non è semplice, specie se i problemi da affrontare sono insidiosi come quelli di natura bioetica, ma occorre comunque compiere una scelta, scegliere di scegliere, altrimenti si rimane fermi al bivio, "al punto 0". Mutuando il pensiero di Monsignore Nunzio Galantino, scienziati e politici dovrebbero prescindere dal caso specifico e ragionare serenamente, all'insegna della sapienza e della saggezza. "Sapienza come concerto di passione per la vita, di attenzione e di partecipazione", chiarisce il segretario generale della CEI. La scienza si dimezza, se viene meno la centralità della persona, materiale e spirituale, "misura di tutte le cose". L'etica deve nobilitare l'intelligenza, per poter affrontare la complessità della vita e distinguere tra coscienza intellettuale e coscienza morale, mantenendo, nel contempo, la loro inseparabilità. Come scrive Carlos Castaneda: "Ogni strada non è che una fra un milione di strade. Se in questo momento sentite di non doverla percorrere, non siete obbligati a farlo in nessun caso. Una strada è solamente una strada. Ogni strada deve essere osservata da vicino e deliberatamente. Provatela una volta, due, tre, quanto lo ritenete necessario. Poi ponetevi una domanda, ma solo a voi stessi. Questa strada ha un cuore? Se non ha cuore, è una strada sbagliata".

Antonio Bava

Riflessioni su quanto sia eticamente corretto prolungare la vita in pazienti cerebrolesi.

PROLOGO: PROGRESSI CLINICI; SPERANZE TERAPEUTICHE DOPO LESIONI CEREBRALI

In questa infermità il potenziale curativo delle moderne terapie Medico-Chirurgiche è di fatto sorprendente, come allo stesso tempo lo sono anche i problemi etici associati, nonostante progressi chiarificatori compiuti nell'ultimo decennio. Queste problematiche superano le sfide reali poste dalle Neuroscienze e propongono il ruolo della Scienza nella Società e gli intendimenti che possono promuovere o ritardare il trasferimento di nuove conoscenze nella pratica clinica. Un ostacolo chiave, ad esempio, è il finanziamento della Sanità e il modo in cui viene sostenuta la riabilitazione. Colpisce tuttavia un paradosso: da un lato la promessa terapeutica delle Neuroscienze, dall'altro i costi sanitari che limitano le possibilità di recupero del Paziente cerebroleso. Affermo che: "i cervelli recuperano secondo standard biologici, non secondo criteri finanziari".

Tenere conto dei tempi necessari per il recupero di un cervello neuroleso è proprio ciò che presuppone la "necessità medica", che detta la durata della riabilitazione e l'accesso ai programmi di trattamento delle lesioni cerebrali. Sebbene la "necessità medica" sia attualmente l'oggetto, come essa interesserà i Pazienti con

gravi lesioni cerebrali rimane poco chiaro. Infatti cosa fare per coloro le cui lesioni sono così neurologicamente complesse da coinvolgere i normali criteri di efficienza funzionale? Detto altrimenti, se in un Paziente ancora non comprendiamo come il cervello recupera da uno stato di coscienza minima, la riabilitazione va ridotta o fermata? I Pazienti che non “mostrano progressi” devono essere tolti dai programmi di riabilitazione? Questo non è un problema secondario. Da dati clinici recenti, risulta, infatti, che il tasso di errore diagnostico in Pazienti con lesioni traumatiche del cervello può di fatto essere alto, sino al 40 per cento. Pertanto, fino a quando non potremo “sondare” i cervelli dei Pazienti la cui attività motoria parziale o assente suggerisce una mancanza di coscienza, ma le cui neuroimmagini mostrano attivazioni potenzialmente coerenti con una capacità di generare il pensiero, il linguaggio e l’emozione, in assenza quindi di un supporto clinico adeguato alla riabilitazione e alla valutazione diagnostica, un cervello liminalmente cosciente può facilmente essere scambiato con un cervello non cosciente.

Sarà necessario, quindi, sviluppare nuove procedure che incorporino elementi della storia del Paziente, esami clinici e studi di *imaging* cerebrale ed EEG per meglio prevedere gli sviluppi prognostici futuri. Tali procedure richiederanno, tuttavia, la prova del miglioramento fisico. Ciò richiederà la formazione medica di Internisti e Geriatri operanti soprattutto in Strutture di cura per malattie croniche. Questi Medici spesso non sono generalmente formati per fornire valutazioni neurologiche o fisiatriche ma dovranno in futuro saperne di più sulla valutazione e la gestione dei Pazienti con disturbi della coscienza, in mancanza di Valutatori più esperti. Questa considerazione la facciamo perché, come si conosce, ci sono delle recenti evidenze scientifiche che suggeriscono come il cervello recuperi da gravi lesioni utilizzando processi, come la rigenerazione assonale, che si osservano in uno svi-

luppo neurogenetico normale. Anche se ciò rimane ancora in parte speculativo, sembra che il cervello faccia collegamenti riparativi similmente a come crea le connessioni neurali quando matura e si sviluppa naturalmente, durante la neurogenesi prenatale e postnatale.

Per il processo di un eventuale risviluppo neurale dopo lesioni cerebrali sarebbe richiesta pertanto una riconsiderazione teorica dei metodi e della quantità degli sforzi riabilitativi. Ma, in assenza di sostegno conoscitivo allo sviluppo delle neuroprotesi, i Pazienti identificati come coscienti rimarranno per sempre incapaci di tradurre i loro pensieri in parole, condannati a una vita di isolamento e di "prigione cognitiva". Pertanto, ogni "riforma" deve contrastare quegli ostacoli che si frappongono allo sviluppo di strumenti come la DBS (*Deep Brain Stimulation*) ed alle tecniche di *neuroimaging* che, possono entrambi servire come basi per scopi terapeutici / riabilitativi e diagnostici / investigativi. Queste protesi cliniche, tra l'altro, possono essere utilizzate sia per la ricerca scientifica di base sia a scopo terapeutico. Siamo in un momento fondamentale nello sviluppo delle Neuroscienze e la confluenza delle tecnologie dell'ingegneria clinica, dell'*imaging* e dell'informatica, rendono possibile oggi un progresso accelerato e sostanziale, con modalità non previste in passato. È un momento di progresso che potrebbe rappresentare una nuova "vocazione" delle Neuroscienze, tutto al servizio dei Pazienti neurolesi cerebralmente.

Questa possibilità non teorica potrà essere dimostrata per mezzo della DBS e delle tecnologie di riabilitazione neuroprotesica basate su *neuroimaging* funzionale, che avranno pertanto la capacità di "dare voce" a chi è privato dell'uso della parola susseguente a gravi lesioni cerebrali. Un obiettivo parzialmente conseguito è sempre il ripristino della comunicazione funzionale, sia nei casi

di Pazienti con lesioni cerebrali lievi che con quelli con gravi lesioni cerebrali.

Ma, a parte alcuni successi già raggiunti, è ancora presto per dare speranza a coloro che hanno gravi lesioni cerebrali. Forse l'argomento è prematuro? La Scienza che ripristinerà la "voce" dalle patologie cerebrali è ancora da sviluppare in larga parte ed i problemi tecnici e clinico-riabilitativi sono ancora molto complessi.

Nello Studio Clinico seguente, che viene presentato, questi saranno argomenti reali, che forse un po' allontanano da questo messaggio iniziale, pieno di speranze terapeutiche. I Pazienti di seguito descritti infatti sono quelli che si definiscono in una *condizione intermedia*: la Medicina e la Neurochirurgia ha salvato loro la vita ma Li ha lasciati solo parzialmente riabilitati, angosciando le loro Famiglie con questioni e soluzioni etiche per le quali Esse sono quasi sempre impreparate.

Primum non nocere
dal giuramento
attribuito ad
Ippocrate di Cos
(circa 460 a.C.)

ENCEFALOPATIA POST RADIOTERAPICA NELLE NEOPLASIE CEREBRALI PRIMARIE

Susseguenti e progressivi danni cognitivi e comportamentali da encefalopatia attinica in Pazienti con tumori cerebrali primitivi, operati e successivamente irradiati.

Parole chiave: radioterapia; tumori cerebrali; alterazioni neurocognitive; encefalopatia attinica; demenza vascolare; demenza post-radioterapica.

INTRODUZIONE ALLO STUDIO CLINICO

L'oggetto di questo Lavoro è quello di definire il ruolo dei danni cognitivi e comportamentali da irradiazione encefalica dopo la rimozione di tumori cerebrali primitivi; ossia esso riguarda le encefalopatie post-radioterapiche, che causano successivi fenomeni di demenza (1).

Infatti, le lesioni cerebrali indotte dalla *Radioterapia (RT)*, dopo intervento neurochirurgico per neoplasie cerebrali, sono diventate un problema emergente per il Medico. La radioterapia per i tumori cerebrali dopo l'intervento chirurgico può infatti alterare diverse funzioni cognitive e della vita quotidiana di una persona comune (2). Pertanto, in questo Studio vengono descritte le modificazioni neurologiche, le alterazioni cognitive e comportamentali prodotte dalla radioterapia nelle neoplasie primarie del cervello (3); viene inoltre dimostrato che l'effetto delle radiazioni sul

cervello ha una progressione dipendente dal tempo ma sempre collegata ad una ingravescenza in relazione alla dose totale di radiazioni somministrata (4)(5)(6)(7)(8)(9).

PAZIENTI E METODI

Sono stati seguiti 87 (76 esami effettivi) Pazienti (51,2 ± 7,3 anni d'età) affetti da neoplasie cerebrali primitive trattate neurochirurgicamente (10), che hanno subito una successiva radioterapia irradiante (Gruppo A). I Soggetti di controllo erano 90 volontari (Personale ospedaliero) con un'età media di 69,75 ± 2,34 (Gruppo B). Tutti i Pazienti sono stati sottoposti ad una valutazione standardizzata di riferimento che includeva una storia anamnestica dettagliata, un esame fisico e neurologico, test di laboratorio e valutazioni psichiatriche. Tutti i Pazienti sono stati seguiti per 12 mesi, con esami periodici. Le visite sono state programmate a 3, 6 e 12 mesi dopo l'inizio del trattamento radioterapico. Un esame neuropsicologico completo è stato eseguito in occasione della prima e dell'ultima visita. Lo Studio è stato condotto in conformità alla Dichiarazione di Helsinki ed alle raccomandazioni del Comitato dell'Università di Etica. Il consenso scritto di tutti i Partecipanti o dei loro Responsabili è stato ottenuto prima dello Studio. La funzione cognitiva globale è stata valutata usando il MMSE ad ogni visita (11). È stata anche valutata l'attenzione utilizzando il numero di risposte corrette nel *Digit Span* in avanti e indietro (12), il numero di sostantivi prodotti in una prova di tre minuti di parlato e fluidità semantica (13), il calcolo mentale e scritto (14), e l'*Apathy Score* in ogni visita (15).

Le analisi *statistiche* sono state eseguite usando il programma SAS, versione 16.0. Le modificazioni inter-Gruppo rispetto al Gruppo di riferimento sono state testate utilizzando il test di Wilcoxon. Le modificazioni da Gruppo a Gruppo, rispetto ai riferimenti sono stati testati utilizzando il test di "omogeneità margi-

nale". Tutti i Pazienti hanno subito una valutazione neuropsicologica: in particolare una settimana prima della Neurochirurgia e una settimana dopo la Neurochirurgia, mentre si svolgeva la RT. A 3, 6 e 12 mesi dopo la RT i Pazienti sono stati sottoposti a test neuropsicologici (16)(17).

RISULTATI

All'inizio, i Pazienti del Gruppo A hanno generalmente risposto negativamente rispetto a quelli del Gruppo B nella fluidità semantica, nel test del parlato e nel test *Digit Span* in avanti e indietro ($p < 0,05$). Non c'erano differenze significative tuttavia tra il Gruppo A e quello B nel calcolo mentale o nel comportamento cognitivo. *In poche parole, a 12 mesi dall'inizio della RT, sono stati studiati tre sottogruppi: 26 Pazienti, che avevano ricevuto basse dosi di radiazione (< 30 Gy; 1 Gy: 1 Gray = 100 rad); 30 (su 34) Pazienti (esaminati effettivamente) che avevano ricevuto una dose totale di radiazione tra 30-45 Gy; 20 (su 27) Pazienti (esaminati effettivamente) che avevano ricevuto una dose cumulativa di oltre 45 Gy e fino a 65 Gy.*

I Pazienti del *primo sottogruppo* presentavano differenze neuropsicologiche specifiche rispetto ai Soggetti normali, ma non presentavano differenze significative rispetto ai risultati iniziali, ad eccezione di un drammatico aumento dei punteggi correlati all'apatia. I Pazienti del *secondo sottogruppo* hanno manifestato una lentezza globale nei processi cognitivi. Ovviamente essi mostravano deficit cognitivi generali rispetto ai Soggetti normali: erano peggiorati anche rispetto al valore di riferimento ($p < 0,01$) nel MMSE, nella fluidità del parlato e semantica e nei punteggi dei test di analogia e apatia. Essi erano peggiorati leggermente nel calcolo mentale ($p < 0,05$), ma non nel test *Digit Span* in avanti ed indietro. I Pazienti del *terzo sottogruppo*, oltre alle disfunzioni cognitive, presentavano profondi segni di apatia e abulia cogniti-

va. Pertanto, tutti i Pazienti del Gruppo A sono peggiorati in modo significativo rispetto ai Soggetti normali in tutti i test cognitivi e nei punteggi legati al test di apatia ($p < 0,01$), confrontati anche con i valori di riferimento; inoltre, tutti i Pazienti hanno manifestato evidenti problemi di equilibrio statico e dinamico ed alterazioni nel cammino.

DISCUSSIONE

Questo Studio Clinico ha dimostrato che vi è un significativo effetto complessivo delle radiazioni sul cervello, oltre a quelli determinati dal tumore e dalle conseguenze chirurgiche. Questi effetti hanno un decorso dipendente dal tempo, in relazione alla dose totale di radiazioni (> 30 Gy), alla quantità della singola frazione e al volume irradiato del cervello (18). In particolare, i Pazienti con una dose totale di radiazioni > 45 Gy hanno mostrato profonde alterazioni cognitive e comportamentali. I Pazienti che hanno ricevuto una dose di radiazione totale nel cervello tra 35-45 Gy hanno mostrato una diminuzione delle funzioni esecutive e profonde alterazioni delle funzioni del lobo frontale, come l'attenzione focalizzata, il controllo mentale, l'intuizione analogica e il giudizio.

La ipotesi che si può proporre è che i disturbi cognitivi dovuti alla RT potrebbero essere provocati da un grave deterioramento dei *circuiti neurali frontali cortico-subcorticali che integrano e trattano il flusso di informazioni* provenienti da quelle aree corticali, in cui il processo cognitivo sembra "elaborato" e pianificato, verso i gangli basali, il talamo, la formazione reticolare ed il cervelletto, dove esso viene di norma continuamente rifinito ed eseguito (19)(20)(21). Oltre ai cambiamenti patologici nella connettività della sostanza bianca encefalica, le conseguenze neurocognitive della radiazione intracerebrale potrebbero essere mediate *anche*

attraverso lesioni vascolari (endoteliali), con conseguente ischemia e ipossia nelle aree subcorticali, come la regione ippocampale (22). Il numero dei Soggetti sopravvissuti al tumore è oggi sempre in crescita e le complicazioni a lungo termine dopo il trattamento dei tumori stanno diventando un grave problema per la Società. Considerando, in particolare, i tumori cerebrali, la Radioterapia può essere indispensabile per una prognosi discreta "quoad vitam" in casi specifici e ben selezionati di tumori cerebrali. Tuttavia, alla luce dei risultati di questo Studio Clinico, dal momento che la radioterapia può rappresentare un potenziale fattore causale aggiunto della disfunzione cognitiva del cervello, occorre tener conto dei problemi conseguenti ad una prognosi "quoad valetudinem". In conclusione, allora, potrebbe essere importante non tanto riempire la vita dei Pazienti di giorni, quanto riempire di pensieri ed affetti familiari i giorni che ciascun Paziente ha di vita.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE E VALUTAZIONI GENERALI DELLE CEREBROPATIE

I tumori cerebrali rappresentano circa il 2% di tutti i tumori nell'adulto (23). Essi hanno un'incidenza di 4-6 casi per 100.000 abitanti all'anno e sono più frequenti nei bambini. Nell'adulto si presentano con una maggiore incidenza tra i 40 ed i 60 anni. I tumori cerebrali sono rari nel giovane adulto tra i 15 ed i 24 anni, con un'incidenza annuale di 20 casi per milione. Nella casistica studiata, dal 1975 al 1998, la sopravvivenza a 5 anni nei bambini e nei giovani adulti affetti da questa neoplasia è risultata in aumento del 1,74% all'anno. Prendendo in considerazione la fascia di età che va dai 15 ai 19 anni, la percentuale di soggetti affetti si riduce allo 0,90% (23)(24). Negli ultimi tre decenni c'è stato un progressivo aumento dell'incidenza di tumori cerebrali e questo aumento non sembra attribuibile solo alla maggiore diffusione delle migliorate metodiche di *imaging* (TC e RM cerebrale) che consentono una diagnosi più accurata. Questo aumento è stato più rile-

vante nella fascia di età intorno ai 65 anni, dove l'incidenza è più che raddoppiata (25).

È un quadro patologico emergente, pertanto, che può avere un impatto sociale devastante per la popolazione interessata, anche a causa dei problemi diretti e indiretti derivanti dalla gestione post-chirurgica del Paziente.

Infatti, la percentuale di sopravvivenza è aumentata negli ultimi anni grazie al miglioramento delle cure e degli approcci assistenziali; ciò ha portato al risultato che il carico dei danni cerebrali cronici generati dalle cure può diventare un onere che agisce sul Paziente e su Chi se ne prende cura, per tutti gli anni destinati alla buona sopravvivenza dopo la malattia oncologica.

La Radioterapia associata, dopo l'asportazione di un tumore, contiene in sé, sia l'essenza della cura che la potenzialità del danno ulteriore. In altre parole, anche per la radioterapia encefalica, dovrebbe valere il concetto imperante nella Neurologia d'avanguardia e nella Neurochirurgia d'eccellenza, della cosiddetta "*tailored therapy*".

In questo contesto, lo sviluppo delle tecniche di Radioterapia ha prodotto un aumento delle procedure per la *prevenzione ed il contenimento* dell'encefalopatia attinica. L'uso pratico del modello radiobiologico del rilascio ponderato di energia ai tessuti esposti ha permesso di calcolare in via teorica, per ogni valore della dose stabilita per la cura, la misura della probabilità di complicanze rispetto al normale tessuto nervoso limitrofo al tumore (26).

Ma nella misura di un'applicazione "*wide-spread*" di questo sistema operativo, nella *Clinica di oggi ci troviamo ancora di fronte alle conseguenze della terapia radiante encefalica*. Quindi, in questo Studio che si presenta, è stato scelto di valutare l'impatto della radioterapia nel tempo, dopo la Neurochirurgia, sulle funzioni cognitive e comportamentali degli stessi Soggetti; ciò ha portato ad un

costante e preciso “*follow-up*” di circa 80 Pazienti, per più di un anno, dalla diagnosi alla fine della Radioterapia.

In sintesi i risultati dello Studio hanno dimostrato che la Radioterapia post-chirurgica crea alterazioni cognitive e comportamentali, senza apparenti correlazioni con il sito tumorale iniziale.

Lo Studio qui presentato ha infatti dimostrato inequivocabilmente che Soggetti esposti inoltre a dosi di radiazione più elevate avevano una probabilità di sviluppare danni cognitivi e comportamentali in quasi il 100% dei casi. Tale dato era direttamente proporzionale alla dose irradiante utilizzata. Si ricorda che la Popolazione clinica studiata è stata esposta solo alla radioterapia esterna, non associata alla chemioterapia ed a dosi di frazionamento convenzionale.

Il danno encefalico causato dalla radioterapia che è stato osservato non è correlato all’età, né alla “*brain reserve*”. È noto da studi precedenti che la radioterapia comporta maggiori possibilità di danno nei tessuti cerebrali danneggiati, come per esempio nel parenchima, con lesioni lacunari, con danni all’endotelio vasale, a causa di ipertensione arteriosa mal controllata. Sarebbe perciò ragionevole supporre che Soggetti più giovani e più sani “*ante quam*” la scoperta della lesione tumorale non dovrebbero essere suscettibili ai danni da radiazione, o, comunque in misura minore rispetto ai Soggetti anziani. Tuttavia, l’età media di larga parte della Popolazione clinica studiata è stata di circa 47 anni e tra i criteri di esclusione per l’inclusione nel Gruppo sono stati considerati patologie vascolari preesistenti o coesistenti, danni metabolici o da abuso di droghe, idrocefalo normoteso e patologie traumatiche con lesione del parenchima cerebrale.

Eppure, il risultato che è stato dimostrato, indica che vi è un danno da radiazione anche in questa fascia di età, e che tale danno è proporzionale sempre alla dose di radiazione somministrata.

Pertanto, questo Studio Clinico non ha considerato una Popolazione senile (27), e quindi una legittima estrapolazione potrebbe indicare che, a maggior ragione, un'età più giovanile potrebbe essere ulteriormente più vulnerabile e quindi più esposta al rischio di danno attinico, anche e probabilmente con dosi più basse rispetto a quelle utilizzate nello Studio (10).

Il concetto significativo, nel campo del deterioramento cognitivo, che qui si riprende, è pertanto quello della “*brain reserve*”: tanto questa è maggiore, tanto migliore è lo “*sprouting*” sinaptico, tanto migliore è la plasticità neuronale, tanto minore è il rischio di sviluppare un deterioramento cognitivo. Ciò è purtroppo non vero nell'ambito di questo Studio Clinico, dove è stata osservata una Popolazione con un *tasso di scolarizzazione molto alto*, pari a circa 18 anni di studio medi. Il danno cognitivo e comportamentale si è verificato, in misura equa, in tutti i Soggetti, proporzionalmente solo alla dose di radiazione assorbita. Quindi, la “*brain reserve*” si è dimostrata inefficace quale fattore protettivo sul danno da radiazione nei Gruppi studiati (10).

Il danno cognitivo e comportamentale riscontrato interessa prevalentemente *funzioni corticocerebrali frontali sottocorticali*: i dati prodotti indicano che, in misura equamente distribuita, vi sono pesanti alterazioni delle funzioni analogiche, attentive e di semantica, e modificazioni comportamentali quali apatia ed abulia, che, inequivocabilmente, si correlano bene con una sofferenza profonda dei circuiti frontali sottocorticali (28).

La localizzazione preferenziale anatomo-patologica del danno da radioterapia a livello encefalico avviene nella *sostanza bianca*; ciò dipende dalla selettiva vulnerabilità dei vasi arteriolari al fattore necrotizzante. Anatomo-patologicamente, il danno consiste in una necrosi arteriolare, con ialinizzazione diffusa della parete vasale, perdita della componente mio-intimale e obliterazione luminale. Una seria complicazione è l'occlusione delle *arterie perfo-*

ranti profonde, con conseguente sofferenza nei territori parenchimali corrispondenti; in più, un disturbo generalizzato della perfusione cerebrale, per alterazione della componente mio-intimale, determinerebbe alterazioni della riperfusione nei territori di confine tra i territori vascolari (28).

A maggior supporto del danno, istopatologicamente dimostrato, correlato alla sofferenza arteriolare della sostanza bianca, le complicanze cerebrovascolari si possano manifestare come danni di natura medio-severa a livello delle arterie extra- ed intra-craniche. Sono danni che si possono presentare a seguito di radiazioni alla testa, al cervello o al collo, con trombosi o stenosi delle arterie carotidiche, nella porzione extra-cranica.

È da sottolineare che le sindromi vascolari ora descritte sono di frequente indistinguibili rispetto a quelle convenzionali dovute ad arteriosclerosi (28).

In generale, sembrano esserci almeno *tre tipi distinti di danno* a livello delle pareti vasali. *La prima è la trombosi acuta*, che si presume essere data da danno precoce endoteliale, aggravato, oltre che dal danno radioterapico, dallo stato di ipercoagulabilità del sangue del Paziente con lesione neoplastica. *Gli altri due tipi di danno* sono di natura più tardiva. *Il primo è dato da un'arteriosclerosi accelerata*, che sopraggiunge in qualsiasi momento, dai primi 6 mesi fino a 10 anni dopo la radioterapia (ovviamente, gli eventi cerebrovascolari connessi a questo disordine mimano quelli da stenosi arteriosa vertebrale o carotidea). *La seconda (rara) alterazione* è data dalla *distruzione della lamina elastica interna dei vasi*, che produce irregolarità nella parete, alterazioni displastiche fibromuscolari o fibrosi franca dei vasi.

In egual modo il danno da radiazione ai vasi intracranici può produrre infarto o attacco ischemico transitorio (TIA). Queste complicanze hanno una tempistica di presentazione comune, di solito nell'arco di un paio di anni dalla radioterapia.

Il danno intracranico alle arteriole si ritrova, in egual misura, in un'entità clinica molto frequente, che è la *demenza vascolare sottocorticale*, infermità che viene considerata da molti Autori, come la forma più frequente di demenza nella Popolazione al di sopra degli ottant'anni. La patogenesi delle alterazioni della sostanza bianca resta, in questi casi, poco chiara, anche se l'età, l'ipertensione e la presenza di malattie cardiovascolari sono state identificate come potenziali fattori di rischio (29). Alterazioni periventricolari della sostanza bianca risultano correlate a demielinizzazione perivascolare e gliosi, aumento del liquido extracellulare e riduzione del numero e delle dimensioni degli assoni (29). Il substrato anatomico delle piccole alterazioni puntiformi della sostanza bianca corticale profonda che si osservano nelle immagini di RMN è rappresentato da lieve gliosi, demielinizzazione e dilatazione degli spazi periventricolari (29).

Il danno locale cerebrale estremo di tipo ischemico-vascolare della sostanza bianca nella *demenza vascolare sottocorticale* è l'infarto completo; quando si manifesta nella sostanza bianca esso si presenta come una lacuna, o una cicatrice gliale senza elementi neuronali funzionali. A differenza del danno nettamente delimitato nelle lesioni della sostanza grigia, l'infarto della sostanza bianca presenta una zona di transizione notevolmente più ampia, di incompleta distruzione tissutale, che si normalizza gradualmente verso la periferia. In tutte le direzioni, a partire dal centro di un infarto incompleto, c'è un numero sempre crescente di assoni mielinici, nuclei oligodendrogliali e astrociti non reattivi, che si avvicinano ai livelli normali. In molti casi, questa zona di transizione comprende un volume che supera di molte volte quello dell'infarto completo centrale.

Anche se in parte vitale, si tratta tuttavia di sostanza bianca danneggiata, che, *interrompendo le connessioni cortico-sottocorticali*, pre-

giudica la connettività neurale, la trasmissione sinaptica e quindi riduce, o rallenta, il funzionamento di integrazione neuronale.

La corteccia cerebrale e i nuclei sottocorticali sono in genere macroscopicamente risparmiati, e le alterazioni morfologiche sono paragonabili a quelle che circondano un infarto completo della sostanza bianca, eccetto per la regolare concomitanza di un'angiopatia arteriolare (29).

Nel caso di alterazioni diffuse senza infarti completi, c'è però una distruzione tissutale subtotale, che elimina in misura più o meno completa il sistema assonale delle fibre nervose, e quindi, il complesso *sistema associazionista-connessionista cortico-centroencefalico*.

Nell'ambito Clinico degli eventi ischemici e/o ipossici, e con l'associazione obbligatoria di un'arteriolosclerosi stenosante di tipo fibro-ialino, non amiloidosico, questa condizione è stata denominata *infarto incompleto della sostanza bianca*. L'infarto incompleto della sostanza bianca si verifica con maggior frequenza e rilevanza nel lobo frontale; ciò è verosimilmente legato all'*incremento dell'attività metabolica basale dei lobi frontali*, stimata pari a un 20-25% in più, rispetto agli altri territori cerebrali (29).

Tutti questi eventi si verificano con una certa frequenza, anche nella condizione di danno da radiazioni, ed i dati neuropsicologici ottenuti in questo Studio Clinico confermano questa conclusione.

Come si è riferito, le lesioni ischemiche della demenza vascolare sottocorticale colpiscono *essenzialmente il circuito sottocorticale prefrontale*, il che spiega le principali caratteristiche neurologiche cognitive, comportamentali e cliniche. Infatti, i circuiti neurali ad essere maggiormente interessati sono quelli prefrontali e frontali (29).

Tre di questi circuiti neurali, *connettono in parallelo*, rispettivamente, la corteccia prefrontale dorsolaterale, la corteccia orbitofrontale e il cingolo anteriore con alcune delle strutture nucleari sotto-

corticali (n. caudato, n. accumbens, globo pallido, talamo); danni a questi tre circuiti neurali, in particolare a quello cingolo-sottocorticale, potrebbero essere particolarmente rilevanti ai fini del quadro clinico, che si evidenzia, sia nella demenza sottocorticale che nell'alterazione propria del danno attinico.

È descritto in Letteratura che il circuito neurale d'uscita dalla corteccia cerebrale prefrontale dorso-laterale sembra maggiormente *implicato nei disturbi dell'umore*; quello d'uscita dalla corteccia cerebrale orbitofrontale potrebbe essere *coinvolto nei disturbi della personalità*, soprattutto irritabilità e disinibizione, mentre *l'apatia sarebbe spiegata* da un'alterazione della via nervosa cingolo-sottocorticale. Il circuito cortico-sottocorticale d'uscita prefrontale dorso laterale, ha anche la *funzione di mediare il richiamo alla memoria di nozioni* precedentemente apprese: sarebbero proprio le lesioni di tale struttura a produrre il deficit selettivo del richiamo mnesico, con acquisizione successiva relativamente conservata (29).

Tuttavia, l'alterazione cognitiva più significativa *nel deterioramento cognitivo vascolare sottocorticale*, non è il deficit di memoria, come sembra non esserlo nemmeno nelle forme da danno attinico. Più interessate patologicamente sono le procedure dell'elaborazione cognitiva, la capacità di astrazione, la categorizzazione e la semantica, l'attenzione e la concentrazione. Infatti, è la cosiddetta "*sindrome disesecutiva*" il cardine sintomatologico di questa realtà Clinica (29).

Con molta evidenza, proprio in quest'ottica, sembra coinvolto l'aspetto cognitivo-comportamentale, caratterizzato dalla perdita di interessi, dal ritiro sociale e dall'assoluta apatia ed abulia cognitiva. Accanto a questi deficit vi è una prolungata latenza nei tempi di risposta a domande o a comandi, che spesso, ad un osservatore impaziente e distratto, possono far ipotizzare un danno cognitivo ben maggiore di quello effettivo (29).

Dal momento che i lobi frontali della corteccia cerebrale sono precipuamente coinvolti nella demenza sottocorticale, ciò può giustificare la presenza della perdita delle funzioni esecutive e la coesistenza di alcuni aspetti delle *alterazioni comportamentali*.

Queste ultime rivestono una particolare ed altissima rilevanza, dato che sono esse stesse (e non la perdita cognitiva), la causa dell'istituzionalizzazione dei Pazienti con *danno da radiazione* (come nella demenza vascolare), dello scarso risultato della fisioterapia, del potenziale peggioramento dell'alterazione della deambulazione, con più facile avvio verso una sindrome da immobilizzazione, destino purtroppo comune dei Pazienti con danno da radioterapia.

RIFLESSIONI: TERAPIA NECESSARIA; ACCANIMENTO TERAPEUTICO; RUOLI DEL PAZIENTE E DEL MEDICO

La Radioterapia rappresenta un'ancora di salvezza per numerose patologie tumorali. Per tale motivo, la ricerca della fisica medica, la ricerca oncologica, la sperimentazione, devono procedere (ed implementare) quanto ottenuto fin ora, con l'acquisizione di nuove tecniche e nuove strategie, che ottimizzino la terapia antitumorale.

Ugualmente si devono prendere in considerazione, nel caso dei tumori cerebrali, i rischi associati alla terapia radiante, riflettere e ponderare le conseguenze di un "over-treatment", che può avere effetti devastanti sul piano cognitivo e rendere ulteriormente inabile un Soggetto, dipendente sempre da Persone vicine e costretto a letto, anche nel pieno di un suo potenziale vigore fisico.

Di nuovo, riflettiamo sul fatto che il numero di sopravvissuti ai tumori continua a crescere e che le complicazioni a lungo termine dopo il trattamento del tumore stesso stanno diventando un problema serio per la Società. Considerando poi i tumori cerebrali, la Radioterapia può essere indispensabile per una prognosi discreta "*quoad vitam*", in casi specifici e ben selezionati di tumori cerebrali. Tuttavia, alla luce dei risultati di questo Studio Clinico, dato

che la radioterapia può essere un potenziale fattore che provoca un deterioramento cognitivo del cervello, i conseguenti problemi di una prognosi *“quoad valetudinem”* devono essere presi in seria considerazione. *In conclusione, quindi, si ripete che può essere importante non tanto riempire di giorni la vita dei Pazienti, quanto riempire di pensieri ed affetti familiari i giorni che ogni Paziente ha di vita.*

Ma anche in questo caso, con questa osservazione, si pone la questione del perché sia importante “decidere come vorremmo morire” (30).

Si dice: *“facciamo di tutto per la nostra vita; vorremmo che fosse più facile, più completa, più felice e durasse anche il più a lungo possibile. Giusto, giustissimo. E della morte? Non ce ne occupiamo mai: ma, a pensarci bene, dopo essere nati, è forse il momento più importante della nostra vita. Certo il più difficile. Esso dovrebbe essere raggiunto con almeno una po' di autonomia, con le minime difficoltà possibili, con qualcuno che Ti spieghi cosa succederà: perché altrimenti i giorni od i mesi che precedono quel momento di vita finale saranno un calvario che annulla quasi tutto ciò che di buono è stato fatto anteriormente” (30).*

“Si vorrebbe morire con dignità e poter scegliere, almeno un po', come morire: idealmente a casa propria, nel nostro letto ed almeno essere in grado di “salutare” i nostri Cari dopo una vita trascorsa insieme.

Non è così, quasi mai.

Nelle settimane o nei mesi che precedono la morte, qui, come in una conversazione silenziosa con il Paziente, Ti privano di tutto, compresi i rapporti e gli affetti che hai passato nella Tua vita a costruire, e senza che qualcuno Ti chieda nemmeno un parere. Dal oggi al domani non decidi più, sei vulnerabile, affetto da una serie di difficoltà che non avresti mai pensato di dover affrontare quando stavi bene” (30).

Invecchiando, di qualcosa si deve morire, e se di volta in volta, grazie ai presidi terapeutici chiudiamo qualunque possibile via

d'uscita, avremo sempre più tumori e sempre più malati di Alzheimer. Anche con la demenza, tuttavia, l'organismo, riducendo l'omeostasi e l'"*élan vital*" ha il "suo" modo "quasi intelligente" per uscire di scena: non si deglutisce bene; ciò provoca una polmonite per aspirazione di materiale alimentare ovvero comunemente si muore, come una candela che si spegne lentamente. O meglio si moriva, ora non più. I Medici Ti fanno un buco nello stomaco e Ti alimentano in questo modo. Per la polmonite, se è grave, ci sono macchine che respirano per Te, ma devi essere sedato e Ti mettono un tubo nella trachea.

Così si finisce per spendere fino al 30 per cento del budget per la Sanità in Italia per gli ultimi sei mesi di vita di Persone molto malate o molto anziane, in stato vegetativo; *ma è, credo, un errore* (30). "È proprio così; ma le decisioni di fine vita non possono essere regolate dalla Legge, è una questione tra Te ed i Tuoi Medici ed i Tuoi Parenti e dovrebbero essere regolate dalla sensibilità e dal buon senso. Perché continuiamo a nutrire e idratare Persone in uno stato vegetativo permanente?

Ed i Parenti? A volte i Parenti non capiscono cosa stia succedendo, per quanto il Personale sanitario tenti di spiegarlo. Tutto succede poi spesso molto velocemente.

Così, i Familiari la maggior parte delle volte preferiscono non decidere, non se la sentono; è troppa la responsabilità, e si fidano delle conoscenze, della "*empatia*" e del buon senso dei Medici" (30).

In questo modo, ancora una volta, è la dedizione al giuramento Ippocratico che il Medico deve valutare, sostenere e *eludere*, con una decisione - spesso drammatica - dove, come non mai, si erge, in tutta la sua grandezza, la figura umana del Medico.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Taofeek, K.O., Arbiser, J., Zelnak, A., Shu, H.K.G., Shim, H., Robin, A.M., Kalkanis, S.N., Whitsett, T.G., Sahlia, B., Tran, N.L., Ryken, T., Moore, M.K., Egan, K.M., Olson, J.J., Current approaches to the treatment of metastatic brain tumours, *Nat. Rev. Clin. Oncol.*, 2014, 11: 203-222.
- (2) Asai, A., Matsutani, M., Kohno, T., Nakamura, O., Tanaka, H., Subacute brain atrophy after radiation therapy for malignant brain tumor, *Cancer*, 1989, 63: 1962-1974.
- (3) Klein, M., Heimans, J.J., Aaronson, N.K., Vander Ploeg, H.M., Grit, J., Muller, M., Postma, T.J., Mooij, J.J., Boerman, R.H., Beute, G.N., Ossenkoppele, G.J., VanImhoff, G.W., Dekker, A.W., Jolles, J., Slotman, B.J., Struikmans, H., Taphoorn, M.J., Effect of radiotherapy and other treatment-related factors on mid-term to long-term cognitive sequelae in low-grade gliomas: a comparative study, *Lancet*, 2002, 360: 1361-1368.
- (4) Peiffer, A.M., Leyrer, C.M., Greene-Schloesser D.M., Shing, E., Kearns, W.T., Hinson, W.H., Tatter, S.B., Ip, E.H., Rapp, S.R., Robbins, M.E., Shaw, E.G., Chan, M.D., Neuroanatomical target theory as a predictive model for radiation-induced cognitive decline, *Neurology*, 2013, 80: 747-750.
- (5) Cheung, M.M., Chan, A.S., Law, S.C., Chan, J.H., Tse, V.K., Cognitive function of patients with nasopharyngeal carcinoma with and without temporal lobe radionecrosis, *Arch. Neurol.*, 2000, 57: 1347-1352.
- (6) Hsiao, K.Y., Yeh, S.A., Chang, C.C., Tsai, P.C., Wu, J.M., Gau, J.S., Cognitive function before and after intensity-modulated radiation therapy in patients with nasopharyngeal carcinoma: a prospective study, *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.*, 2010, 77: 722-726.
- (7) Paleologos, N.A., Neurologic complications of radiation therapy and chemotherapy, *AAN*, 2000, 5FC.003: 126-151.
- (8) De Angelis, L.M., Delatore, J.Y., Posner, J.B., Radiation-induced dementia in patients cured of brain metastases, *Neurology*, 1989, 39: 789-796.
- (9) Vigliani, M.C., Sichez, N., Poisson, M., Delatore, J.Y., A prospective study of cognitive functions following conventional radiotherapy for supratentorial gliomas in young adults: 4-year results, *Int. J. Rad. Oncol. Biol. Phys.*, 1996, 35: 527-533.

- (10) Moretti, R., Torre, P., Antonello, R.M., Cattaruzza, T., Cazzato, G., Bava, A., Ukmar, M., Korczyn, A., Neuropsychological evaluation of late onset post-radiotherapy encephalopathy: a comparison with vascular dementia, *J. Neurol. Sci.*, 2005, 229-230: 195-200.
- (11) Folstein, M., Folstein, S., McHugh, P.R., Mini-Mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, *J. Psychiatr. Res.*, 1975, 12: 189-198.
- (12) Wechsler, D., A standardised memory scale for clinical use, *J. of Psychol.*, 1945, 19: 87-97.
- (13) Wechsler, D., Wechsler adult intelligence scale-R-Manual, Psychological Corp., New York, N.Y., 1981.
- (14) Paradis, M., Canzanella, M., Test per l'afasia in un bilingue: versione italiana, Erlbaum, Hillsdale, N.J., 1990.
- (15) Marin, R.S., Biedrzycki, R.C., Firinciogullari, S., Reliability and validity of the apathy evaluation scale, *Psychiatr. Res.*, 1991, 38: 143-162.
- (16) Tinetti, M.E., Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients, *J. Am. Ger. Soc.*, 1986, 34: 119-126.
- (17) Reisberg, B., Borenstein, J., Salob, S.P. et al., Behavioural symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment, *J. Clin. Psychiatry*, 1987, 48(S): 9-15.
- (18) Valk, P.E., Dillon, W.P., Radiation injury to the brain, *Am. J. Radiol.*, 1991, 156: 689-706.
- (19) Archibald, Y.M., Lunn, D., Ruttan, L.A., Macdonald, D.R., Del Maestro, R.F., Barr, H.W.K., Pexman, J.H.W., Fisher, B.J., Gaspar, L.E., Cairncross, J.G., Cognitive functioning in long-term survivors of high-grade glioma, *J. of Neurosurg.*, 1994, 80: 247-253.
- (20) Hoang-Xuan, K., Delatree, Jy., Poisson, M., Complications nerveuses de la radiotherapie, *Encycl. Méd. Chir., Neurologie*, Editions Scientifiques et Médicales, Elsevier SAS, Paris, 1997.
- (21) Mehta, M.P., Radiation therapy for malignant brain tumours, *AAN*, 2000, 2AC.003: 40-63.
- (22) Vinai, G., Tomé, W.A., Mehta, M.P., Why avoid the Hippocampus? A Comprehensive Review, *Radiother. Oncol.*, 2010, 97: 370-376.

- (23) World Health Organization Classification of Tumors, Pathology and Genetics: Tumors of the Nervous System, IARC Press, Lyon, 2000.
- (24) Carson, K.A., Grossman, S.A., Fisher, J.D., Shaw, E.G., Prognostic factors for survival in adult patients with recurrent glioma enrolled onto the new approaches to brain tumor therapy CNS consortium phase I and II clinical trials, *J. Clin. Oncol.*, 2007, 25: 2601-2606.
- (25) Werner, M.H., Phuphanich S., Lyman, G.H., The increasing incidence of malignant gliomas and primary central nervous system lymphoma in the elderly, *Cancer*, 1995, 76: 1634-1642.
- (26) Kulik, C., Mazurier, M., Lartigau, E., Probabilités de contrôle tumoral et de complications après radiothérapie: aspects méthodologiques, physiques et biologiques, *Cancer Radiother.*, 2002, 6: 155- 165.
- (27) Brandes, A.A., Compostella, A., Blatt, V. et al., Glioblastoma in the elderly: current and future trends, *Crit. Rev. Oncol. Hematol.*, 2006, 60: 256-266.
- (28) Moretti, R., (Ed.), Subcortical vascular dementia, NOVASCIENCE Publisher Inc. Ed., New York, 2006.
- (29) Moretti, R., Torre, P., Antonello, R.M., Pizzolato, G., La demenza vascolare: realtà cliniche, prospettive terapeutiche, identità biologiche, Aracne Ed., Roma, 2007.
- (30) Remuzzi G., La scelta, Sperling & Kupfler Eds., Milano, 2015.

Jacopo Vladimiro Leonardo Bertelli

I fondamenti etici della medicina.

L'ORIGINE ETICA DELLA MEDICINA

LA NASCITA DELLA MEDICINA COME AFFERMAZIONE DELL'ETICITÀ

Il dibattito attuale sulle possibilità fornite dall'uso delle nuove tecnologie in campo medico ci obbliga a fare, filosoficamente e storicamente, un grande salto indietro per comprendere le origini etiche di questa importantissima disciplina poiché solo attraverso la consapevolezza filosofica della scienza medica è possibile comprendere e rispondere agli importanti interrogativi sulla medicina contemporanea ed essendo la filosofia *scientia universalis* per definizione, in quanto fondamento razionale di tutte le scienze da cui è nato e si è sviluppato lo spirito europeo in tutta la sua concretezza, è proprio ad essa che è riservato questo gravoso quanto fondamentale compito. Dopo la crisi delle scienze europee, origine della crisi culturale e filosofica che ha attaccato l'umanità europea causandone il declino postmoderno nelle nuove e rinate forme del relativismo e del nichilismo, diviene necessario il recupero di quella razionalità teoretica tipica della scienza filosofica affinché l'umanità stessa possa risollevarsi dalla stanchezza e dal baratro nel quale è caduta negli ultimi due secoli.

Venendo all'oggetto di questo studio, ossia la medicina va detto che l'impossibilità di concepire la medicina senza la ragione teoretica era già presente in forma del tutto embrionale nella mitolo-

gia greca. Infatti la nota figura di Chrione (in greco antico: Χείρων, *Chéirōn*), il mitico centauro dalle svariate capacità, venne ritenuto dai greci come il primo medico nonché l'addestratore dei più grandi eroi greci, da Aiace ad Eracle e per questo considerato il più saggio dei centauri. Isaac Newton in *"Cronologia emendata sugli antichi regni"* definisce Chirone come "Astronomo pratico" nonché il primo a ricercare le costellazioni in Grecia. Le caratteristiche di questa figura mitica, tanto importante da comparire anche nel Faust di Goethe il cui ruolo consiste nel portare Faust dalla Sibilla Manto, ovvero l'abilità medica e la ragione mostrano, seppur su un piano puramente mitologico, come medicina e filosofia siano intimamente connesse e legata tanto che non si possa definire la medicina, sia in senso fondativo che pratico, senza partire dalla filosofia.

Come vedremo in seguito, la filosofia in quanto scienza rigorosa della conoscenza, per riprendere le parole di Husserl (*cfr.* Da "Filosofia come scienza rigorosa"), è la scienza teoretica fondativa per eccellenza da cui tutte le altre scienze dipendono e da cui storicamente derivano.

Ad ogni modo, affinché sia possibile tracciare con rigore questo rapporto inscindibile tra filosofia e medicina occorre analizzare il motivo che sta alla base della nascita della medicina e la sua intima necessità di costituirsi come sapere scientifico in funzione del bene dell'umanità.

"Critone, siamo debitori di un gallo ad Asclepio" (*cfr.* Da "Fedone" di Platone) questa invocazione al dio della medicina, istruito da Chirone, pronunciata da Socrate prima della morte va intesa come il ringraziamento del filosofo nei confronti della divinità la quale l'ha curato dalla malattia del vivere. Ma in quale senso va intesa questa malattia del vivere? Perché ritenere il vivere, inteso come serie di vissuti fenomenologici legati alla realtà empirica, un male da curare? Il Fedone di Platone, così come gli altri dialo-

ghi del filosofo di Atene, viene giustamente ritenuto il fondamento della metafisica occidentale, ossia di quella mentalità che ha permesso lo sviluppo dell'Europa come unità culturale e spirituale. Per questo motivo Giovanni Reale in *"Radici culturali e spirituali dell'Europa"* definisce la teoria delle idee platonica la *Magna charta della spiritualità europea* in quanto è proprio in essa che parte lo sviluppo dello spirito europeo costituendo la nascita della Ragione. È proprio con la nascita della ragione, ovvero della metafisica occidentale, che avviene la scissione tra il mondo delle idee e il mondo empirico. Platone stesso considerava il mondo empirico un regno della caduta dove l'uomo, cadendo dalla sua essenza ideale, finiva col corrompersi nella realtà materiale, per sua natura inferiore e volgare rispetto alla ben più pura realtà delle idee. Nel Fedro, il filosofo di Atene dice: «Le anime, pertanto, si accalcano e si urtano tra loro e, riempitesi di malvagità, perdono le ali e precipitano sulla terra dove si incarnano, dando avvio a un ciclo di reincarnazioni» (Platone, *Fedro*, trad. in Luciano Zamperini, *Platone. Un maestro del pensiero occidentale*, p. 90, Firenze, Giunti, 2003). Il mondo materiale, quello della natura, come dirà Leopardi secoli dopo, è una realtà malevola dove i limiti materiali privano lo spirito della sua infinità relegandolo alla determinatezza e all'impossibilità di realizzare perfettamente la sua idea (*εἶδος* "eidos"). L'uomo è un animale per sua natura tendente all'infinito, che aspira agli orizzonti e che anela al loro superamento, che brama l'impossibile e l'Assoluto ma è costretto ad esistere in una realtà che è proprio il suo contrario e insieme la sua forza oppositiva presente in lui e fuori di lui che lo ostacola e lo limita. Questo sentimento della limitazione da sempre nella filosofia occidentale è stato inteso come la natura stessa del male. Platone aveva posto un mondo delle idee in cui l'uomo poteva vivere nella sua essenza ideale in piena libertà contrapposto al mondo materiale in cui governa il male e l'uomo è limitato. Aristotele nella metafisica af-

ferma che il movimento stesso del divenire è dovuto alla privazione poiché il soggetto dalla condizione originaria d'imperfezione tende a quella assolutamente benevola della perfezione. E se fosse proprio l'esistenza di questo male originario ad aver portato alla nascita della medicina?

La medicina, fin dai suoi primi sviluppi, è nata per opporsi a determinate situazioni malevole come i malesseri e le malattie ovvero tutte quelle condizioni spiacevoli e mortali con le quali l'uomo ha sempre dovuto scontrarsi in funzione della propria sopravvivenza e data questa condizione possiamo tranquillamente identificare la nascita della medicina nell'affermazione di un'eticità volta al bene su una realtà volta al male. La medicina dunque nasce proprio dall'opposizione al male che opprime l'uomo il quale biologicamente si manifesta sotto le forme della malattia, dell'invecchiamento e della morte mentre psicologicamente nella frustrazione e insoddisfazione dell'animo umano il quale per sua natura è proteso all'infinito.

IL MALE NATURALE E LA RESISTENZA DELLA VOLONTÀ UMANA

Considerando la storia umana nel suo sviluppo fenomenologico, ossia nello sviluppo della storia mondiale stessa, risulta evidente il conflitto originario tra la natura e la volontà dell'uomo, opposizione insanabile che segna effettivamente tutto lo sviluppo umano tanto che si può affermare che la storia del progresso dell'uomo non è altro che l'uscita dalla natura intesa, come già la intese Hegel nella sua celebre Fenomenologia dello spirito, come l'alienazione (*Entäußerung* "Entausserung") dell'idea nell'altro ossia nella sua esteriorità. Ma tale uscita non è che un superamento. Il trapasso nel negativo che viene compiuto dialetticamente dall'idea dev'essere superato per la tensione che l'idea ha in sé di pervenire alla sua forma compiuta. La natura è il limite stesso nel quale l'idea chiusa nel soggetto razionale perde la sua libertà e si

sottomette alla necessità. Il conflitto tra l'uomo e la natura è dovuto alla contrapposizione tra la razionalità e la necessità della realtà la quale le si oppone non riconoscendo la validità di alcun suo ideale. È effettivamente nell'essenza delle due parti in conflitto che vediamo la necessità del conflitto stesso. La ragione di per sé libera, ossia fondata sulla correttezza delle proprie leggi in generale, non può che contrapporsi a una realtà fattualmente limitata e necessitata. Ma da cosa si origina questo conflitto dialettico? Come è facile ad intendersi, lo scontro dialettico tra la ragione umana e la realtà naturale è dovuto proprio alla natura di queste due unità contrapposte cosicché nel momento in cui la ragione si pone sul piano della dialettica storica come soggetto la natura è già il suo negativo, ossia il suo opposto, la sua forza contraria. Ma la contrapposizione si enuclea profondamente nell'etica poiché è in essa che i concetti di bene e male acquistano la propria fondatezza logica e ontologica ed è qui che la ragione avverte lo scontro decisivo con la natura. Già Leopardi aveva bene inteso come la comprensione razionale della sofferenza operata dalla ragione portasse la stessa a porsi nell'ottica di affrontarla e non accettarla giacché il male dinnanzi a ciascun essere razionale, il cui obiettivo è il bene nella sua manifestazione suprema e perfetta, diviene inaccettabile e fonte di conflitto. La storia umana si riconoscerebbe pertanto nella sfida al male, nella sfida alla natura e al limite ed è, dunque, la storia della realizzazione dell'idea dello spirito nella storia. Riprendendo il principio universale secondo cui tutti gli esseri tendono al proprio bene possiamo estendere tale idea al dominio degli esseri razionali nella sua forma propria e compiuta come tensione volitiva e titanica verso la perfezione, ideale sommo di qualunque bene possibile nonché insieme inclusivo di tutti i beni in generale nella loro concettualizzazione universale. È proprio nella tensione dell'uomo alla realizzazione dell'ideale della perfezione riconoscibile nell'ideale della divinità suprema,

ossia in quell'archetipo dell'Essere Supremo per come si è dato nelle religioni e nel pensiero filosofico, che si origina il conflitto poiché questa tensione viene costantemente limitata dalla necessità delle leggi fisiche e quindi è un freno, un attrito che impedisce allo spirito umano di realizzarsi compiutamente nella storia. Per questo motivo Hegel afferma che, affinché lo spirito si realizzi compiutamente nella sua idea in sé e per sé il momento della caduta nella natura, la quale è idea fuori di sé, dev'essere superato. Come Leopardi, e successivamente il biologo francese Jacques Monod, hanno dimostrato che la concezione scientifica della natura, la quale ci rivela effettivamente la sua realtà, ci porta a concludere che l'universo non solo non ha un piano benevolo per l'umanità ma esso è totalmente indifferente alla sorte della stessa cosicché se l'uomo desidera il suo bene deve adoperarsi da solo per ottenerlo. Il messaggio della Ginestra di Leopardi risulta quanto mai profetico specie ai giorni nostri, ossia che l'uomo deve impegnarsi tramite gli strumenti del progresso e della scienza per fronteggiare il male naturale opponendosi ad esso. In questa visione del compito della saggezza, il quale appare anche nell'ultimo monologo di Faust nella seconda parte della tragedia goethiana, si chiarisce perfettamente che ruolo ha avuto la medicina nello sviluppo della storia umana nonché il motivo del suo intimo sviluppo. La medicina si è sviluppata come contrasto, come avversione al male e attuazione del bene, col fine di eliminare la sofferenza dagli esseri viventi in virtù di un sentire etico quanto mai nobile e superiore. Nella medicina l'elemento dell'idealità è ciò che la costituisce: il fine pratico viene stabilito dal senso morale che non può accettare, razionalmente, l'esistenza del male e dunque, proprio in virtù di quella razionalità che permette di comprendere la realtà e di dominarla, gli si oppone con le sue forze. La medicina è espressione di quello scopo etico della sag-

gezza che da Platone a Husserl si è sviluppato nel pensiero occidentale.

LA MEDICINA COME OPPOSIZIONE AL MALE NATURALE. LA GUARIGIONE COME SUPERAMENTO DELLE LIMITAZIONI E LIBERAZIONE DAL MALE DELL'ESISTENZA

Riconoscendo quindi nella ragione la forma di opposizione al male naturale poiché volta al raggiungimento della perfezione, ossia del bene supremo, possiamo ritenere a giusto titolo la medicina come la scienza che si oppone praticamente a questo male. Per capire correttamente questo concetto dobbiamo rifarci all'etimologia della parola stessa "medicina" che discende dal greco antico "ἰατρούς" (*iatros* = *medico*) che a sua volta, secondo Chantraine, risale a *īāsthai* "guarire". Stando al dizionario "An Etymological Dictionary of Modern English" di Partridge *īāsthai* deriva dal protogreco *isaniō* e all'indoeuropeo *isniō* "inizio a muovermi, a scuotermi" da una radice *is/leis* che si ritrova anche nel sanscrito *is.an.yāti* "si eccita". Possiamo desumere da queste brevi definizioni etimologiche l'espressione "Movimento verso la guarigione" il quale va inteso come il processo che va dall'imperfetto al perfetto e, tenendo a mente gli affetti spinoziani di Letizia e Tristezza, possiamo riconoscere i tratti specifici del titanismo romantico tanto nel termine *Sturm und Drang* che in quello tipicamente faustiano di *Streben*. "Sturm und Drang" letteralmente "tempesta (o sconvolgimento) ed impeto" è fondamentale per capire l'essenza titanica che costituisce la scienza medica la quale, come già chiarito in precedenza, è volta al raggiungimento della perfezione poiché il suo unico obiettivo è l'eliminazione del male e della sofferenza. Difatti, nel concetto che definisce l'omonimo movimento tedesco v'è tutta l'essenza della guerra titanica contro la natura in funzione dell'affermazione dell'eticità superiore, dello spirito razionale che affronta il limite per superarlo e porre le

sue leggi realizzando la sua idea in sé e per sé. In questo senso il movimento per la guarigione va anche inteso come movimento per la perfezione. Infatti, nella volontà di perfettibilità la quale è, come riconosce Hegel in *Lezioni sulla filosofia della storia*, caratteristica tipica del progresso, v'è la matrice spirituale stessa che porta l'uomo ai suoi successi, ai suoi superamenti. La guarigione risulta superamento della malattia e anche eliminazione totale della stessa cosicché la vera guarigione si ritrovi unicamente nella perfezione, nell'impossibilità del male e nell'affermazione unica del bene. Vengono da sole le analogie col concetto di amore platonico poiché nella concezione platonica dell'amore tale sentimento equivale ad amare eternamente il possesso del bene da cui deriva, per il filosofo ateniese, il desiderio della sapienza, il principio di perfettibilità hegeliano. Da quanto detto possiamo osservare le analogie profonde e complesse che questo concetto della medicina da noi esposto ha con la nota e incommensurabile opera *Faust* di Goethe, caposaldo della letteratura romantica nonché uno dei suoi massimi prodotti. Infatti, possiamo vedere l'intero viaggio di Faust come una metafora della guarigione ripresa a piene mani dal pensiero greco e dal concetto di "cura dell'anima" espresso da Platone, riformulando il tema cristiano della salvezza che da concessione di Dio diviene affermazione della volontà e ragione umana sul cosmo intero e realizzazione del bene. Il viaggio del Faust è l'uomo che si eleva a Dio ma non si limita solamente a ciò, egli diviene Dio stesso realizzando la sua idea in sé e per sé intesa come compimento decisivo della ragione nel puro bene, come concretizzazione dell'Amore spirituale. Nel Simposio platonico Erissimaco pone una corrispondenza tra l'arte della medicina e l'amore, riconoscibile nel concetto di armonia poiché solo nell'ordine è possibile la pienezza della salute mentre il disordine porta con sé la malattia e la sofferenza. È importante questo discorso poiché l'amore diviene anche fonte di una cura per l'anima

dato che esso la libera dai limiti e dalle sofferenze che la opprimono. L'amore per Platone è la forza che eleva l'anima dalla sua condizione mortale portandola all'immortalità definitiva del suo essere. In una condizione malevola e dolorante come quella descritta da Leopardi solo l'Amore rappresenta la vera forza in grado di opporsi al male (*cfr. Amore e Morte*), l'unico vero potere contro ciò che opprime l'anima e le impedisce la perfezione. L'esperienza eroica di Faust è anche una ricerca dell'Amore spirituale, dell'Amore compiuto e del Bene supremo passando attraverso i più disparati conflitti dialettici che lacerano e coinvolgono la coscienza umana e il suo sviluppo. Il parallelismo tra la Fenomenologia hegeliana e il Faust di Goethe è evidente: la Fenomenologia è la storia della coscienza che via via si riconosce come Spirito e il Faust rientra a pieno titolo in questo processo.

La ricerca della guarigione attraverso la forza dell'Amore nel Faust si rende chiara fin dall'inizio quando innamoratosi di Margherita cerca di conquistarla. Ma l'amore per Margherita è un amore sensistico legato alla finitudine ed è, per dirla con le parole di Pausania nel Simposio platonico, un *Ἔρως* (*eros*) volgare legato all'Afrodite Pandemia (*Ἀφροδίτη Πάνδημος*) contrapposta all'Afrodite Urania (*Ἀφροδίτη Οὐρανία*) che è invece legata all'amore celeste per sua natura superiore. La personificazione dell'amore celeste nella vicenda di Faust è Elena il cui spirito viene recuperato dopo il lungo viaggio che egli compie fino alle Madri, le essenze primigenie delle cose, per poi unirsi ad Ella alla fine della Notte di Valpurga classica. Nello scenario dell'Arcadia, ripreso da Jacopo Sannazaro, l'unione tra Faust e Elena ovvero tra cultura tedesca e greca si completa e nel loro figlio Euforione, ricordando il discorso di Diotima fatto a Socrate sulla procreazione intesa come il prodotto dell'amore per la perfezione, trova l'elemento della sua eternità. Tuttavia alla morte di Euforione la coppia celeste si scioglie e Faust deve continuare il suo viaggio

verso la meta tanto agognata. È proprio al momento della morte di Faust ovvero al suo ultimo monologo in cui riconosce il fondamentale compito della saggezza ossia il dominio tecnico della natura in funzione del Bene universale per tutti gli esseri. Conclusione alla quale perviene anche Leopardi nella *Ginestra*, seppur in modo totalmente indipendente. La saggezza porta alla consapevolezza della realtà dell'uomo ma solo tramite questa consapevolezza è possibile usare il potere della conoscenza per eliminare il male opprimente. In questo punto della sua vicenda Faust giunge alla fine del suo percorso fenomenologico conclusosi con la salvezza eterna intesa come affermazione indiscussa del bene supremo con l'avvento dell'Eterno Femminile (*Ewigweibliche*) la forza dell'amore spirituale che trae verso l'alto tutti gli esseri portandoli a una suprema e gloriosa perfezione.

La medicina è dunque nata dall'opposizione al male naturale la quale si riconosce pienamente nell'amore eterno per il bene e nella volontà della realizzazione del suo dominio. La medicina è, per definizione la conoscenza posta al dominio del bene finalizzata alla realizzazione della sua idea nel mondo.

Ora concentriamoci sulle etimologie latine: il dizionario Ernout-Meillet fa risalire *medicus* a *medeor* "rimediare" e fa derivare questo a una radice indoeuropea *med* "meditare" (e, estendendo il significato, "giudicare il malato"), che si ritrova nell'antico islandese *midiur* "giudico", nel greco *mē'domai* "penso", dal gotico *mitan* e all'avestico *vī-mad* "medicina". Tra l'altro il sostantivo *mēd* si ritrova nel greco omerico *mē'dea* "pensieri", nell'armeno *mit* "pensiero", nell'antico irlandese *mát* "prezioso" e dall'antico tedesco *māz* "misura" messo in relazione col latino *modius*. Queste etimologie mostrano una corrispondenza interessante tra il pensiero e la medicina in quanto arte della guarigione (o del rimedio alle malattie) e possiamo in essa vedere il tema della cura dell'anima di Platone nonché l'ideale della *παιδεία* greca (dal greco *pâis*,

paidós [παῖς, παιδός] “ragazzo”) dal punto di vista mitico e sociale connessa al mito della *Kalokagathia* (καλοκαγαθία) da cui deriverebbe l’idea moderna della medicina riassunta nel motto, espresso da Giovenale (Satira X, 356), “*Mens sana in corpore sano*”. Questa concezione rivela il rapporto indissolubile e inscindibile tra pensiero e azione nella medicina, tra cura del corpo e cura della mente, dove la perfezione è veramente completa quando mente e corpo convivono nella medesima beatitudine intesa kantianamente come benessere completo indipendente dalle cause contingenti del mondo (*Selikgeit*). A tal proposito, Platone affermò nel *Timeo*:

«Chi si dedica alla ricerca scientifica o a qualche altra intensa attività intellettuale, bisogna che anche al corpo dia il suo movimento, praticando la ginnastica, mentre chi si dedica con cura a plasmare il corpo, bisogna che fornisca in compenso all’anima i suoi movimenti, ricorrendo alla musica e a tutto ciò che riguarda la filosofia, se vuole essere definito, giustamente e a buon diritto, sia bello sia buono.»

Il termine greco *καλοκαγαθία* si origina dalla sostantivazione di una coppia di due aggettivi: *καλὸς καγαθός*, (*kalòs kagathòs*), crasi di *καλὸς καὶ ἀγαθός* (*kalòs kai agathòs*), cioè “bello” e “buono” inteso come “valoroso in guerra” (significato fondamentale degli eroi omerici) e “in possesso di tutte le virtù” (cfr. N. Abbagnano, *Dizionario di Filosofia*). Il termine *καλὸς* non veniva inteso solo come bellezza estetica ma era un concetto strettamente legato a quello di *ἀγαθός* (buono) ossia la bellezza estetica era immagine del comportamento morale dell’uomo. Questa concezione greca del bello la ritroviamo anche nella *Critica del giudizio* di Kant dove, per il filosofo tedesco, il bello è “*simbolo del bene morale*”, significato che appare anche nel già citato *Faust* di Goethe nella figura

di Elena la cui bellezza non è solo estetica ma è anche rappresentazione di un bene superiore tale che il possesso della bellezza agognato da Faust è anche desiderio del possesso eterno del bene (Amore).

Un altro concetto importante relativo al moto verso la guarigione sopra espresso è il *φάρμακον* (*pharmakon*). Questo concetto vuol dire al tempo stesso veleno o medicina. A tal proposito, Platone nella Repubblica intese la menzogna come *pharmakon*, la “buona menzogna” il cui fine è giustificare tramite il mito la gerarchia tra gli uomini della società utopica descritta dal filosofo di Atene. Nell’elaborazione platonica del concetto di *pharmakon* esso viene inteso come mezzo negativo per giungere a qualcosa di benevolo. Nel concetto di *pharmakon* v’è tutta la potenza del passaggio nel negativo: Tale passaggio non è distruttivo ma fecondo poiché permette la comprensione del male e dunque rende possibile l’acquisizione del potere per distruggerlo. Questo concetto anticipa la farmacologia moderna e il concetto che sta dietro ai principi attivi dei farmaci che a volte per fare effetto devono indebolire il fisico per contrastare la malattia e favorire la guarigione. Il malato affronta dunque due dolori: Quello della malattia e quello della guarigione.

LA NASCITA DELLA MEDICINA E IL DISTACCO DELL’UMANITÀ DALLA SUA CONDIZIONE ORIGINARIA

Dopo aver riconosciuto che il concetto dell’Età dell’oro, seppur si possa apprezzare come mito nella genesi mimetico-poetica greco-romana e nordica, non ha mai trovato riscontro nella storia possiamo certamente affermare che la nascita della filosofia come acquisizione della capacità dell’uomo di indagare razionalmente i fenomeni e di riflettere su di sé, quindi la nascita stessa della scienza intesa come *Epistème* (dal greco *ἐπιστήμη*, composto dalla preposizione *epi-*, cioè «su», + il verbo *ἵστημι*, *histemi*, che signi-

fica «stare», «porre», «stabilire»: quindi, «che si tiene su da sé»), e la nascita della scienza medica abbiano portato l'uomo a distaccarsi dalla sua condizione originaria di povertà e miseria dovuta alla sua debolezza naturale e l'abbiano elevato alla sua natura di essere razionale. Mentre la filosofia forniva i metodi e i principi su cui fondare le scienze e indagare la natura, la scienza medica curava i mali dell'uomo portandolo a divenire sempre più forte rispetto alle malattie, sviluppandosi sempre di più in seguito al suo progresso. L'avvento della medicina ha dunque permesso all'uomo di proseguire nel suo progresso poiché gli ha concesso di superare i limiti che prima gli si opponevano, come la malattia ad esempio. Ma nel nostro tempo, dove il progresso scientifico-tecnologico fa progressi sempre più rapidi, le scoperte in campo biomedico anticipano diverse possibilità per il destino dell'uomo come la sconfitta dell'invecchiamento e il superamento dei limiti biologici. Queste nuove avanguardie e scoperte, però, richiedono che sopra di loro viga la filosofia poiché solo essa può dirigere il progresso verso il bene. Al contrario, senza di essa il progresso non riuscirà mai a giungere alla sua meta vera e propria e finirà ingabbiato nei meccanismi della produzione, del business sostituendo il benessere dei pochi a quello dei molti dimenticando la sua vera vocazione. Ciò lo vedremo in seguito.

LA MEDICINA QUALE SCIENZA FONDATA SULL'ETICA

Abbiamo chiarito come all'azione della medicina sia necessario porre il dominio dell'etica e in ciò la figura del centauro Chirone è stata d'aiuto per avere un'immagine chiara di ciò che questo concetto voglia dire, ma nel concreto non abbiamo ancora specificato quali fattezze deve avere tale etica e per quanto il motivo della sua necessità sia evidente è fondamentale descriverla.

L'ETICA E IL SUO VALORE NORMATIVO

L'etica è la scienza che si occupa di determinare il valore dei fatti, delle idee e dei comportamenti sulla base dei concetti universali di bene e male ed essa ricade sotto il dominio di quella ragion pratica di cui Kant trattò nella celebre opera "Critica della ragion pratica". A partire da questa premessa possiamo già desumere il suo carattere normativo poiché essendo l'etica una scienza deontica (ovvero che va oltre al mero valore ontico delle cose) il suo dominio consiste nella definizione di prescrizioni, principi universali che costituiscono il fondamento dell'etica stessa senza i quali questa importantissima disciplina non potrebbe affatto avere alcuna validità. A riprova di questa universalità necessaria basti pensare al fatto che i tentativi di fondazione relativistica dell'etica, come ogni fondazione che cerca di negare l'universalità in generale, siano crollati dinnanzi ai colpi della logica. L'etica sofisticata, fondata sul relativismo etico, nonostante gli spunti interessanti che ha offerto alla storia del pensiero occidentale era già caduta sotto le critiche di Platone e Aristotele i quali, tra l'altro, sono i padri dell'etica come scienza filosofica. Ogni fondazione che nega l'universalità cade inevitabilmente nell'autocontraddittorietà poiché si vede costretta ad assumere un presupposto (l'universalità) che nega il suo assunto principale (l'inesistenza dell'universalità). Provando semplicemente per assurdo si può vedere la realtà di questa contraddizione tipica di questo genere di fondazioni. Questo discorso non vale, però, per fondazioni come l'utilitarismo classico di Bentham e Mill il quale, seppur affermando valori universali di bene e male, considera l'applicazione dell'etica a situazioni relative (dunque non necessariamente generalizzabili) senza però contraddirsi poiché queste sono considerate a partire da principi universali che costituiscono il sistema formale dell'etica.

Affinché l'etica sia universale e rigorosa, ossia pienamente scientifica, è necessario che sia fondata sulla legge di Hume, legge metaetica formulata dal filosofo scozzese David Hume la quale sostiene l'erroneità di scambiare l'essere col dover essere (errore, ad esempio, compiuto dai giusnaturalisti che fondando la loro teoria dei diritti sul diritto di natura) se ciò non viene determinato a partire da una deduzione logicamente legittima. Hume nel suo *Trattato sulla natura umana* afferma:

«In ogni sistema morale in cui finora mi sono imbattuto, ho sempre trovato che l'autore va avanti per un po' ragionando nel modo più consueto, e afferma l'esistenza di un Dio, o fa delle osservazioni sulle cose umane; poi tutto a un tratto scopro con sorpresa che al posto delle abituali copule è o *non è* incontro solo proposizioni che sono collegate con un *deve* o un *non deve*; si tratta di un cambiamento impercettibile, ma che ha, tuttavia, la più grande importanza. Infatti, dato che questi *deve*, o *non deve*, esprimono una nuova relazione o una nuova affermazione, è necessario che siano osservati e spiegati; e che allo stesso tempo si dia una ragione per ciò che sembra del tutto inconcepibile ovvero che questa nuova relazione possa costituire una deduzione da altre relazioni da essa completamente differenti.» (David Hume, *Trattato sulla natura umana*)

Questa distinzione tra essere e dover essere si ha anche in Kant che nel suo sistema filosofico distinse la ragion pura da quella pratica poiché alla prima spetta il compito di conoscere la realtà (kantianamente il fenomeno) mentre alla seconda quello di fondare l'agire morali sulla base di norme universali. La differenza sussiste nella definizione di libertà intesa da Kant come un con-

cetto trascendentale non ammissibile per la ragion pura ma accettabile come principio per la ragion pratica giacché senza libertà, intesa come possibilità delle azioni della volontà in generale, non è possibile fondare un'etica regolativa basata su norme universali. Con l'ideale della libertà come agire razionale che coincide con l'autonomia della volontà (mentre l'eteronomia risulterebbe essere la deriva patologica della volontà) ritorniamo al conflitto dialettico tra natura e spirito, *ἔθος* (*ethos*) e *Φύσις* (*physis*), già esposto nei paragrafi precedenti da cui si può derivare la differenza logico-ontologica (nel senso dell'identificazione hegelohusserliana tra logica e ontologia) tra essere e dover essere.

Pertanto così come per Husserl la logica è scienza normativa per le scienze particolari in quanto fonda il loro metodo e i loro elementi costitutivi, così l'etica è la scienza normativa per qualunque agire pratico in generale comprese le conseguenze pratiche delle scienze.

L'etica si distingue fundamentalmente in due branche a partire dagli oggetti indagati: 1) Etica ontica; 2) Etica deontica. La prima branca si occupa di valutare gli oggetti appartenenti alla sfera dell'essere, dunque il suo campo è il giudizio del reale sulla base dei concetti universali di bene e male. La seconda, invece, è quella prescrittiva e il suo compito è quello di indagare e formulare i principi su cui fondare l'etica. È l'impostazione stessa dell'etica universale e rigorosa.

L'ETICA E LA TECNOLOGIA. COME DEVE RISPONDERE LA FILOSOFIA AGLI INTERROGATIVI LASCIATI DALLE NUOVE TECNOLOGIE?

In seguito ai moderni sviluppi della medicina, all'insorgere delle biotecnologie, dell'ingegneria genetica, delle ricerche sulla cura dell'invecchiamento e dei progressi dell'intelligenza artificiale nonché le applicazioni informatiche alla biologia (la cosiddetta

“bioinformatica”) hanno portato, oltre a una rivoluzione senza precedenti nella storia dell’umanità per quanto riguarda il progresso scientifico-tecnologico, una serie di interrogativi etici sulla legittimità dell’utilizzo di queste potenzialità. A tali interrogativi può rispondere solo la filosofia, come sopra abbiamo chiarito, poiché essa soltanto è la scienza universale per eccellenza il cui scopo teoretico è quello di fondare le scienze in generale mentre quello etico è definire i principi su cui fondare l’etica e l’agire volto al bene. Detto ciò, come risponde la filosofia a questi interrogativi? Per poter valutare questa risposta occorre tener a mente a quali interrogativi ci stiamo riferendo. Generalmente il problema relativo alla legittimità dell’uso delle tecnologie sopra menzionate si basa su tre punti:

- 1) Se l’uso di queste tecnologie porterà a conseguenze spiacevoli (vedi i timori relativi all’Intelligenza artificiale);
- 2) Se è etica la sperimentazione relativa a queste tecnologie in funzione del loro progresso dato che, specie per i progressi della biotecnologia e della medicina, la sperimentazione su esseri viventi è ancora necessaria;
- 3) Se l’uso di queste nuove tecnologie con l’avanzare del tempo non tolga all’uomo ciò che lo rende più umano.

Riguardo al primo interrogativo va detto che ogni tecnologia deve ricadere sul dominio dell’etica poiché essa gestisce tutti gli aspetti della vita pratica in ambito normativo definendo i principi universali sulla base dei quali fondare l’agire in generale. È corretto dire che la tecnologia non solo è mossa da finalità etiche (superare la condizione malevola in cui vive l’uomo) ma il suo utilizzo deve corrispondere ai principi universali dell’etica. Il problema dell’uso delle tecnologie in generale non sta nelle stesse, le quali sono mezzi sottoposti a un fine, ma nella loro gestione etica e nella finalità che si decide di stabilire loro. Affinché non vi siano problematiche relative all’uso di queste tecnologie è neces-

sario imporre la finalità etica del bene nel suo concetto universale sul loro utilizzo imponendo i principi etici che definiscono logicamente questo concetto e le norme morali volte al suo conseguimento. Nell'etica ogni azione è finalizzata al bene, pertanto le scienze sottoposte ad essa nel loro uso pratico devono anch'esse perseguire il bene. La problematica dunque si riduce a un discorso filosofico-politico dove la questione è la determinazione di una legislazione politica adeguata e funzionale per amministrare l'uso corretto di queste tecnologie. L'esistenza di tali potenzialità tecnologiche non è un male di per sé dato che esse se usate correttamente permettono all'umanità di superare le condizioni ancora malevole che la opprimono, come la malattia, la povertà, l'insoddisfazione, la morte e l'invecchiamento superamento che risulterebbe essere impossibile senza i prodigi della scienza e della tecnica ma cadrebbe nella stessa impossibilità di attuazione se non vi fosse un'etica razionale e rigorosa a indirizzare la tecnologia verso il bene.

Riguardo alla tematica 2) va chiarito in che misura l'etica, consapevole del fatto che non le corrisponde il dominio su tutto data la natura stessa del mondo e la differenza tra *is* e *ought* chiarita da Hume, possa accettare il male effettivo della realtà e sulla base di quale criterio fondare questa accettazione o, per meglio dire, utilizzo del male in funzione del bene. Essendo l'etica il campo dell'agire razionale ovvero delle azioni razionali che hanno come fine il bene nella sua forma più assoluta essa deve agire sempre e comunque razionalmente eseguendo dunque l'azione più razionale possibile data una certa situazione. L'etica dunque deve far fronte ai limiti della sua attuazione, limiti dati dal conflitto dialettico tra idea e natura che abbiamo chiarito sopra poiché se tale conflitto non vi fosse essere e dover essere coinciderebbero e le norme etiche sarebbe uguali alle leggi fisiche cosicché il bene dominerebbe su tutto l'universo come legge universale e assolu-

ta. Ma dato che così non è e l'etica non dispone ancora dei mezzi per la sua realizzazione ultima e perfetta è necessario che essa punti all'azione più razionale possibile che non necessariamente è la più giusta o la più benevola in assoluto. Già Machiavelli, distinguendo il dover essere e l'essere necessario del Principe, aveva inteso come per quanto il Principe debba essere virtuoso e buono spesso a causa della variazione della realtà e delle situazioni è costretto, dunque sottoposto alla necessità, ad eseguire azioni che escono dal campo del bene. Anche Kant aveva notato l'impossibilità di realizzare un'etica universale nei suoi scopi ultimi nella realtà naturale chiarendo che solo nella libertà della volontà e non nella necessità causale fosse possibile una morale universale perfettamente completa nell'ideale del Sommo Bene. Chiariti questi concetti si può dire che, come diceva Machiavelli, l'etica possa accettare di compiere il male se e solo se esso è necessario per il raggiungimento di un bene oggettivo e quantificabile in quanto tale.

In tal senso, tornando ora all'argomento principale, se la sperimentazione è oggettivamente necessaria, dunque è impossibile con un certo fine non farne uso o adoperarla in qualche modo, per il progresso scientifico-tecnologico allora sul piano etico va adottata ma solo se motivata dal fine del bene. Infatti, al di fuori del campo del bene tutte le azioni sono illecite e solo nella loro teleologia volta al bene possono acquisire dignità morale. Tuttavia, sulla base del principio di razionalità che domina e definisce l'intera etica, la sperimentazione dev'essere eseguita secondo procedure fondate su principi etici, pertanto non deve peggiorare i danni (ammesso che ci siano) più del dovuto e deve fare in modo di preservare l'incolumità dei soggetti sottoposti. La strada più etica, comunque, su questo tema è la ricerca di metodi differenti in modo tale da ottenere risultati uguali senza però sottoporre esseri viventi a sperimentazioni rischiose.

L'interrogativo 3) rappresenta una delle paure più comuni al giorno d'oggi. È il timore che s'instaura quando un intero paradigma sociale e comune viene soppiantato da uno nuovo, fondato su nuove possibilità e nuovi orizzonti. Da che mondo e mondo i superamenti di paradigma, siano essi filosofico-scientifici o culturali, hanno sempre portato un forte timore dovuto alla grande incertezza che si avverte dinnanzi a qualcosa di completamente nuovo tanto che ci si sente smarriti e non si sa come porsi dinnanzi ad esso. In questo meccanismo del timore dell'incertezza anche le nuove frontiere mediche e le innovazioni tecnologiche che le seguono ricadono giacché esse non solo hanno fornito lo scenario di un futuro prossimo ma hanno anche portato con sé nuove scoperte che rischiano di eliminare le convinzioni di tutta l'umanità circa alcuni temi come la morte o la vecchiaia ormai solidificate nella coscienza umana da millenni. Ad esempio, le ricerche sull'eliminazione del processo di invecchiamento sviluppate a partire dal lavoro di Aubrey de Gray sui radicali mitocondriali da cui poi nacque la *SENS Foundations*, hanno suscitato fin da subito nella mente delle persone una forte repulsione verso di esse. Esattamente come il concetto d'immortalità sviluppato a partire dalle nuove ricerche sull'ibridazione uomo-macchina, sull'eliminazione delle malattie e sull'inversione del processo d'invecchiamento si è attirato le critiche di una presunta denaturalizzazione dell'uomo come se con queste ricerche e con queste tecnologie si stesse compiendo la disumanizzazione dell'essere umano. È una critica che, nonostante le apparenze, è facilmente confutabile. Riprendendo gli argomenti esposti nella prima parte, l'ideale al quale l'uomo tende è la perfezione coincidente con il bene supremo e tutte le sue opere sono finalizzate al raggiungimento di quell'obiettivo. In che modo, dunque, le nuove tecnologie rappresenterebbero una forma di disumanizzazione dell'uomo? La tecnologia è la capacità umana al servizio dello

scopo supremo del bene. Essa ha il compito di plasmare il mondo sulla base di quel dominio pratico dovuto alle conquiste della conoscenza che Husserl pone a fondamento dello spirito europeo (*cfr.* *Crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*) e finché mantiene queste caratteristiche sue proprie riconoscendo le sue matrici ideali non dovremmo mai temere una disumanizzazione dato che l'obiettivo di pervenire alla perfezione è tipicamente umano e semmai la forza della tecnologia adoperata a questo scopo porterebbe l'uomo ad essere umano per davvero, in sé e per sé, completando la sua idea. La vera disumanizzazione, il pericolo effettivo che va temuto, non risiede nella tecnologia la quale, come già chiarito in precedenza, è uno strumento sottoposto alla finalità di uno scopo, ma nell'avvento del nichilismo che annulla il valore e riduce l'uomo a un'ombra di sé stesso facendogli scordare la sua intima missione, gettandolo in un abisso tanto profondo da cui poi risalire risulta essere arduo.

CONCLUSIONE

Dopo la crisi delle certezze di fine Ottocento, l'avvento dell'irrazionalismo di matrice nietzscheana, il ritorno in auge del nichilismo e del relativismo e gli sconvolgimenti devastanti delle due Guerre Mondiali la profondità della filosofia europea, pregna di quei valori che hanno fondato la civiltà, è venuta sempre meno dinnanzi ai colpi di un regresso culturale che ha segnato la contemporaneità che prende il nome di postmoderno. Inoltre, l'acuirsi dello scientismo a livello accademico ha portato a considerare la filosofia come mera chiacchiera perdendo di fatto tutti i frutti che essa ha da offrire e ciò ha decisamente intaccato in senso negativo la cultura portando le scienze a uno specialismo acritico privo di quell'universale che, dalla nascita della filosofia e della scienza in poi, costituisce l'insieme di tutte le conoscenze.

Non è dei progressi della tecnica che dobbiamo temere ma della continua nichilizzazione e relativizzazione in cui l'umanità sta cadendo nella nostra epoca.

È necessario dunque, se vogliamo che queste conoscenze e nuove tecnologie siano un bene per l'umanità e non un male, ripristinare la tradizione filosofica occidentale e riprendere quel corpus di idee e fondamenti, di valori e principi e tramite essi ricostruire la ragione europea dando un nuovo volto all'Europa. Così facendo rinascerà l'umanità e con essa la ragione universale.

Giampaolo Ghilardi

Dalla medicina personalizzata al personalismo filosofico. Un itinerario possibile?

PREMESSE EPISTEMOLOGICHE

La medicina sin dai suoi albori ha avuto uno statuto scientifico disciplinare complesso, tale da non potersi dire scienza a pieno titolo, non avendo un oggetto universale come proprio obiettivo, ma neppure un'arte in senso specifico, non essendo una pratica del tutto sganciata da un sostrato teorico. Aristotele definì il problema in questi termini: «Ciò che rientra nel campo della prassi e dell'utile non ha nulla di stabile, come non lo ha nemmeno ciò che rientra nel campo della medicina. E se i discorsi in universale hanno queste caratteristiche, il discorso sui casi singoli mancherà anche più di precisione, infatti il discorso sul caso singolo non rientra in nessuna arte né in alcuna serie di precetti, ma è necessario, sempre, che chi agisce prenda in esame ciò che riguarda l'occasione presente, proprio come si dà nel caso della medicina e dell'arte del pilota»⁶.

Questa definizione compare nell'Etica a Nicomaco, che può essere considerata per molti versi la magna carta dell'etica occidentale, all'interno del I libro nel paragrafo più epistemologico dell'opera, dove il filosofo di Stagira spiega il valore tipologico di

⁶ ARISTOTELE, *Etica Nicomachea*, II, 1104a 4-9, trad. it. a cura di C. Natali, Editori Laterza, Bari, 2003, p. 51.

questo genere di discipline, quanto rigore cioè sia legittimo attendersi dalle scienze pratiche, di cui la medicina è un modello, e aggiunge: «è proprio infatti di colui che è istruito cercare il rigore in ciascun genere tanto quanto la natura della cosa lo ammette, poiché fa la stessa impressione sia accettare che un matematico faccia discorsi persuasivi sia pretendere che un retorico faccia dimostrazioni»⁷.

Secondo le categorie aristoteliche, dunque, l'assenza dei requisiti di precisione e universalità, se da una parte impedisce che la medicina possa definirsi scienza in senso teoretico speculativo, dall'altra però non ne pregiudica la appartenenza al novero delle scienze pratiche e come tale gode di uno statuto epistemologico particolare. Anzitutto resta nell'ambito delle scienze, vale a dire di quel tipo di conoscenza causale tipica del sapere scientifico, essa indaga infatti le cause dei fenomeni connessi con salute e malattia. In secondo luogo il suo oggetto, la salute, può e deve essere definito tanto in sede teorica quanto nella sua applicazione pratica, tenendo presente che è all'applicazione pratica che tutto l'edificio conoscitivo della medicina tende e che pertanto la definizione teorica è funzionale a questa.

Poste queste premesse, si valuterà ora se e in che misura le importanti novità di metodo e di contenuto che oggi la medicina sta attraversando costituiscano un mutamento sostanziale del suo statuto e che implicazioni filosofiche e morali eventualmente se ne possano trarre.

MEDICINA PERSONALIZZATA O DI PRECISIONE

Era il venti gennaio del 2015 quando il Presidente Obama, nel corso del suo tradizionale discorso sullo stato dell'Unione, lanciò la *Precision Medicine Initiative*, vale a dire un ambizioso progetto

⁷ ARISTOTELE, *Etica Nicomachea*, I, 1094 b 22 - 1095 a 2.

di codifica dei dati clinici sensibili: «inteso ad accorciare i tempi per la cura di malattie come cancro o diabete, e dare a tutti l'accesso alle informazioni personali che occorrono per mantenere noi e le nostre famiglie in buona salute»⁸. Questa attenzione trovò poi risonanze in altre aree geografiche quali Europa⁹ e Asia dove nel 2016 si è tenuta l'assemblea medica mondiale (*WMA Declaration of Taipei on ethical considerations regarding health databases and biobanks*)¹⁰.

In cosa consiste "precisamente" questa medicina personalizzata o di precisione? Il termine "*personalized medicine*" fa la sua comparsa nella letteratura scientifica nel 1998 ad opera di Kewal K. Jain¹¹ e copre una vasta area delle scienze biomediche: in prima istanza la farmacogenomica, ma comprende altresì la medicina molecolare, la genetica, la metabolomica e diverse altre. Si può dire che questo modello di medicina si sviluppa parallelamente e in conseguenza all'esplosione delle cosiddette *omics*, vale a dire di quelle scienze, tendenzialmente di matrice biologica, che sono state suscettibili di trattamento informatico. La bioinformatica è il modello di queste nuove configurazioni disciplinari.

⁸ Cfr. FraDKIN JUDITH E, HANLON MC, RODGERS GP, NIH Precision Medicine Initiative: Implications for Diabetes Research, in *Diabetes Care*, 2016 Jul; 39 (7), pp. 1080-4. [Traduzione mia].

⁹ Cfr. Commission Staff Working Document, *Use of 'omics' technologies in the development of personalised medicine* <https://ec.europa.eu/research/health/pdf/2013-10personalisedmedicineen.pdf> (consultato il 10 novembre 2017) Ad oggi la medicina personalizzata costituisce uno degli obiettivi fondamentali di Horizon 2020, il Programma Quadro europeo che finanzia i progetti per la Ricerca e l'Innovazione dell'Unione Europea fino al 2020. Cfr. SPAGNOLO A., Medicina personalizzata e medicina centrata sulla persona, in *Medicina e Morale*, 2017/4, pp. 433-437.

¹⁰ Cfr. www.wma.net (consultato il 10 novembre 2017).

¹¹ Jain Kewal K., *Can personalized Medicine Survive?*, Decision Resources Inc., Waltham, Massachusetts 1998. Dello stesso autore si può vedere anche il più aggiornato *Textbook of Personalized Medicine*, Springer, New York 2015.

La medicina personalizzata dunque nasce all'interno di quella "rivoluzione" culturale e concettuale portata avanti dall'impiego massiccio dei cosiddetti *big-data*, cioè dallo studio di grandi quantità di informazioni, calcolabili solo con l'ausilio dei moderni computer. Qual è il vantaggio di questa nuova forma di analisi computazionale? Davvero un aumento nella forza del calcolo può costituire una differenza qualitativa significativa?

In effetti le nuove possibilità calcolistiche poste in essere dai moderni calcolatori permettono una definizione di dettaglio, di precisione, che prima era sconosciuta, ma soprattutto permettono la gestione di informazioni che per propria natura si modellano su numeri altrimenti ingestibili, come appunto sono le informazioni di tipo genetico.

Non è però questa una situazione del tutto inedita nel panorama biomedico: la medicina aveva già incontrato i grandi numeri nel suo recente passato, l'epidemiologia è una branca specifica e ben definita delle scienze biomediche e si sviluppa sull'analisi statistica delle ricorrenze patologiche nelle diverse popolazioni. È affatto interessante notare che con il suo avvento mutò anche il paradigma di medicina, dando origine a quella che oggi va sotto il nome di *Evidence Based Medicine*¹², vale a dire la medicina basata sulle prove di efficacia.

Allo stesso modo in cui l'epidemiologia mutò il modello di medicina e conseguentemente di pratica clinica, non più basata solo sull'osservazione diretta e l'anamnesi, ma sulle linee guida prodotte dai *clinical trials* realizzati secondo precisi protocolli, la digitalizzazione della medicina contemporanea con l'apporto delle diverse *omics* sta mutando nuovamente il modello, centrandolo ancor più sul profilo genetico molecolare del paziente (reale o futuro) e spostando l'attenzione dalla malattia per così dire *in actu*

¹² SACKETT DAVID L., Evidence based medicine: what it is and what it isn't, *BMJ*, 1996, 312, pp. 71-72.

exercito alla sua prevenzione, diventando così appunto medicina preventiva.

È utile notare come in questo mutamento anche l'oggetto della medicina subisca un sottile ma decisivo slittamento: la salute passa dall'essere un bene da ripristinare, ove possibile, ad essere un bene da preservare. Può sembrare una differenza di poco conto, ma ad uno sguardo attento si vede che mutano i referenti in un certo senso, infatti un conto è curare i malati, un altro i sani, affinché non divengano malati. L'oggetto è sempre la salute, ma nella prima fattispecie è vista come bene da ristabilire, nella seconda come bene da non perdere.

L'avvento di questa nuova capacità analitica, reso possibile dalla rivoluzione industriale cosiddetta 4.0, vale a dire dalla potenziata capacità di elaborazione di informazioni ed il loro utilizzo predittivo in ambito sanitario è salutato unanimemente come un progresso scientifico e conoscitivo indubbio, e in effetti non si può negare che poter elaborare un accurato profilo genetico e molecolare comporti benefici reali sia per il paziente, che si vede somministrare cure definite "*target therapy*", ovvero configurate sulle sue specificità biologiche, minimizzando quindi le possibilità di collateralità molto spesso inaccettabili, sia per il medico, che ha a propria disposizione strumenti molto più efficaci tanto per la diagnosi, anche preventiva, quanto per la terapia.

Occorre comunque precisare che questi vantaggi teorici sono ad oggi ancora poco concreti, nel senso che la ricerca ha cominciato da poco il cammino per giungere ai risultati ipotizzati dal modello, ma le previsioni sono quelle di una medicina preventiva notevolmente più efficace, in grado cioè di anticipare a seconda dei profili genetici riconosciuti morbidità e patologie in tempi utili per poterle trattare, quando non addirittura prevenire *in toto*.

MODELLI DI MEDICINA A CONFRONTO

Come notato poco sopra, l'avvento dei grandi numeri unitamente alle nuove tecniche di computabilità ha già importato un mutamento significativo nel modo di fare medicina, passando da una medicina che si svolgeva per lo più in ambulatorio a quella che si sviluppa per lo più in laboratorio, o quanto meno sotto la vigile sorveglianza dei *trials*. Le stesse nozioni di oggettività ed evidenza scientifica sono mutate in tal contesto, diventando molto più probabilistiche di quanto prima non fosse. Del resto è quasi inevitabile che, se il modello teorico è quello epidemiologico, per propria natura stocastico, anche la sua applicazione rifletterà questa natura. L'evidenza cessa di essere ciò che di primario risulta all'osservazione, perde cioè la sua natura empirica, per diventare l'esito di complessi "processi" di valutazione. Vale la pena notare che *trial*, il termine adottato in letteratura per descrivere appunto i sistemi di scrutinio sulle fasce di popolazione campionate, è un concetto mutuato dal vocabolario giuridico, un processo appunto al termine del quale si guadagna l'*evidence*, che non è più quindi ciò a partire da cui inizia il movimento razionale, ma il termine a cui si perviene alla fine del processo di osservazione. Osservazione essa stessa che non è più un'azione individuale, ma il risultato di un sistema di campionatura e analisi dei dati molto articolato. Queste rapide considerazioni servono a indicare la misura del mutamento occorso nella medicina, ma soprattutto nella scienza e nella filosofia ad essa contigua. I concetti di evidenza, evidenza scientifica e osservazione sono infatti comuni tanto alle scienze sperimentali *tout court* quanto e a maggior ragione alla filosofia della scienza, che ne ha sviluppato l'analisi in questi anni proprio a partire dalla risemantizzazione che hanno subito nella pratica scientifica.

Sotto il profilo più strettamente filosofico è possibile notare un apparente paradosso, non privo di conseguenze per l'ultimo "pa-

radigm shift"¹³ che la medicina sta attraversando e di cui si dirà tra poco, vale a dire come la *evidence based medicine*, nata dalla necessità di accertare in modo più scientifico l'efficacia di molte delle proprie istanze¹⁴, ovvero dal bisogno di radicarsi più profondamente nel mondo empirico, di cui le *evidence* dovrebbero essere il marchio di distinzione, si sia invece svincolata dall'esperienza intesa nel senso classico, per abbracciare un modello tutto sommato molto più vicino al razionalismo che non all'empirismo verso cui tendeva. In fondo l'*evidence* frutto dei *trials* è un'evidenza molto più "*theory laden*"¹⁵ di quella ottenuta dalle sensate esperienze e necessarie dimostrazioni di galileiana memoria.

La medicina personalizzata compie un passo ulteriore lungo il cammino di ridefinizione dei propri impliciti epistemico-metodologici.

Se l'epidemiologia ha portato i grandi numeri nella cornice della relazione medico paziente, importando concetti come incidenza, probabilità, varianza sul tavolo del medico, e rendendo il paziente "statistico", da osservare cioè attraverso la lente delle mediane a cui si ritiene dovrebbe appartenere secondo gli studi di popola-

¹³ Utilizzo la nozione di *paradigm shift*, di chiara ascendenza kuhniana, non però nel senso in cui lo adottava Thomas Khun nell'ormai classico *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, vale a dire come modelli di scienza indipendenti e incommensurabili gli uni con gli altri, ma nel senso originario del concetto di paradigma, e cioè di modello esemplare in parziale discontinuità con quello precedente, da cui si distanzia, ma in sostanziale continuità di referente, secondo la tesi del realismo come viene esposta ad esempio da AGAZZI EVANDRO, *Varieties of Scientific Realism, Objectivity and Truth in Science*, Springer, Cham (CH) 2017.

¹⁴ Tra le ragioni rassegnate dai fautori del metodo "*evidence based*" si trovano la ratifica dell'efficacia dei farmaci, studiati con i *trial* cosiddetti in doppio cieco, per discriminare l'efficacia reale dal possibile effetto placebo; lo studio della predittività dei segni patognomonic; l'affidabilità di specifiche pratiche cliniche sia diagnostiche che terapeutiche. Cf. MCGEE STEVEN, *Evidence-Based Physical Diagnosis*, Elsevier, Philadelphia 2017.

¹⁵ Il concetto del carico teorico nell'osservazione è stato elaborato da NORWOOD RUSSEL HANSON in *Patterns of Discovery, An Inquiry Into the Conceptual Foundations of Science*, Cambridge University Press, Cambridge 1958.

zione, la medicina personalizzata ha portato i grandi numeri all'interno del paziente stesso, che ora viene studiato non più o non solo attraverso i dati epidemiologici ma alla luce del suo profilo genetico opportunamente mappato ed analizzato.

Si può osservare una sorta di parabola epistemologica interessante: dapprima l'uomo viene studiato in sé, al letto del paziente e la medicina in qualche modo si appaia all'antropologia; poi (omettiamo per brevità di analizzare gli altri diversi cambi di paradigma occorsi nella storia della medicina) viene studiato a partire dal proprio genere di appartenenza, sui grafici degli statistici, l'epidemiologia appunto; da ultimo viene studiato secondo la sua configurazione specie-specifica più caratteristica, al microscopio elettronico. Volendo usare un'immagine, potremmo descrivere questa traiettoria come uno spostamento dall'utilizzo prima dell'occhio, poi del cannocchiale, e quindi del microscopio. Abbiamo cioè delle variazioni di grado nella messa a fuoco dell'organo visivo per calibrare "meglio" l'oggetto a fuoco: il paziente.

Quali le conseguenze epistemologiche di questo nuovo impianto sostanzialmente radicato sul profilo genetico molecolare dell'essere umano? Se la nozione di evidenza con i suoi addentellati è stata prima l'oggetto della risemantizzazione pratico medica, ora in gioco viene messa (ancora una volta) la nozione di causalità. A partire dal 2011 infatti si è rimessa mano all'opera di modernizzazione della tassonomia delle malattie su base genetico molecolare, sostituendo progressivamente la precedente sistemizzazione su base sintomatologica.

Occorre una certa familiarità con la letteratura medica per cogliere che, quando si tocca il tema del "sintomo", si sta parlando di causalità in medicina. L'originaria nozione di sintomo infatti, custodendo nella propria radice etimologica (σύν, insieme e πίπτω, cado) il fenomeno dell'occorrenza, ovvero del succedere di due

eventi correlati, di cui il sintomo costituisce il polo visibile, implica naturalmente un legame di ordine causale tra due enti. Mentre prima, secondo la sintomatologia classica, si definiva la patologia a partire dagli effetti sintomatici che questa generava, oggi ci si propone di farlo a partire dalle cause genetiche che la provocano. Con questa nuova classificazione si superano diverse ambiguità classificatorie e soprattutto si guadagna in precisione, poiché gli stessi effetti sintomatici possono essere causati da diverse cause patogenetiche, mentre il dettaglio genetico molecolare è molto più preciso ed esclusivo nel tracciare il profilo patogeno dei pazienti.

Vale la pena considerare, senza però la possibilità di sviluppare ulteriormente il discorso, che la nozione di causalità adottata in questo genere di analisi è affine alla causa materiale aristotelica, la meno nobile se si vuole delle quattro indicate dal Filosofo, infatti al ruolo centrale giocato dalla genetica oggi si accosta quello non meno importante, anche se meno facile da studiare, dell'epigenetica nell'eziopatogenesi.

MEDICINA PERSONALIZZATA, ERGO PERSONALE?

Tenterò ora un primo bilancio etico di questa nuova forma di medicina, non concentrandomi tanto sulle eventuali disparità relative alle possibilità di accesso a questo genere di cure/prevenzione, le analisi genetico molecolari sono ad oggi molto costose e questo costituisce un vincolo oggettivo per la loro fruibilità da parte dei pazienti, e d'altra parte la medicina digitalizzata, che è il prerequisito strutturale per questo nuovo modello, richiede una disponibilità di dati personali sempre più larga per poter funzionare con margini di esattezza accettabili. Sono questi temi senz'altro di rilievo etico e per nulla scontati nell'attuale dibattito di etica medica, ma ritengo siano secondari rispetto alla

natura stessa della medicina che viene in un certo qual modo ridisegnata da questo nuovo approccio.

La tentazione infatti di vedere una precisione così maggiorata, una definizione così specifica sul paziente addirittura a livello molecolare, come una personalizzazione della medicina è forte ed in effetti è stata abbracciata da molti, nondimeno esistono delle perplessità su questa identificazione che vanno rassegnate.

Anzitutto il dibattito interno ai medici che sempre più si stanno orientando nel rinominare questo nuovo corso delle scienze biomediche sotto la categoria di medicina di precisione anziché personalizzata. Meritano di essere riportate alcune delle ragioni per cui si sta decidendo consapevolmente di abdicare alla seconda definizione a favore della prima; scrive Alla Katsnelson a riguardo: «personalizzata implica la prospettiva di sagomare ogni trattamento sulle esigenze di ciascun singolo paziente. Il che è ciò che in medicina si fa ogni giorno, e d'altra parte è un'inesattezza sostanziale»¹⁶.

Nel glossario adottato dalla NIH (*National Institute of Health*) nel 2011 sulla nuova tassonomia delle malattie, cui si è fatto riferimento poco sopra, viene detto: «La medicina di precisione si riferisce all'adeguamento dei trattamenti medici alle caratteristiche individuali di ogni paziente. Questo non significa letteralmente la creazione di medicine che siano uniche per il paziente, ma piuttosto la capacità di classificare gli individui in sottogruppi di popolazione suscettibili a diversi tipi di malattie, nella malattia o prognosi delle malattie che possono sviluppare, o nella risposta ad uno specifico trattamento. [...] Sebbene il termine medicina personalizzata sia pure usato per indicare questo significato, questa definizione può essere forviante perché potrebbe suggerire un trattamento individuale per ogni singolo paziente. Per questa ra-

¹⁶ Cfr. KATSNELSON ALLA, *Nature Medicine*, 19 (3), 2013, p. 249. [Traduzione mia].

gione la commissione pensa che il termine medicina di precisione sia preferibile a quello di medicina personalizzata per riferire il significato inteso in questo report»¹⁷.

Questa precisazione è importante, si spiega infatti come la personalizzazione non sia in effetti uno stare più vicino al paziente, ma piuttosto un miglioramento nella classificazione del suo sottogruppo epidemiologico. Vale a dire che è stato aumentato, per restare nell'immagine adottata precedentemente, il potere di risoluzione dello strumento classificatorio, ma il genere di azione non muta: si è sempre alla ricerca di "caratteristiche individuali", più precise se si vuole, ma non personali.

Il tema della personalità e della medicina di orientamento personalista è molto diverso da questa nuova possibilità tecnoscientifica. Anzitutto l'aggettivo personale, riferito alla medicina, di norma indica la relazione medico paziente, quella relazione cioè che è spesso stata spersonalizzata proprio per la crescente distanza che il ricorso alle tecnologie diagnostiche attuali istituisce. Non è infrequente imbattersi in medici che, assorti nella lettura/studio della cartella clinica o dei referti di laboratorio, non guardano neppure più il paziente, prescrivendogli i trattamenti dedotti da quei dati.

Per descrivere questo stato di fatto Bernard Lown già più di vent'anni orsono scriveva nella prefazione ad un suo libro di successo dal titolo programmatico, *The lost art of healing*, che: «Non passa giorno senza che vi sia un qualche significativo avanzamento in Medicina. Molte malattie un tempo incurabili oggi lo sono. La gente è in genere più longeva e più in salute. Eppure

¹⁷ Committee on A Framework for Developing a New Taxonomy of Disease, *Toward Precision Medicine, Building a Knowledge Network for Bio-Medical Research and a New Taxonomy of Disease*, The National Academies Press, Washington 2011, p. 125. [Traduzione mia].

l'insoddisfazione dei pazienti nei confronti dei medici raramente è stata più acuta»¹⁸.

Tra i fautori della medicina di precisione come elemento di positività all'interno del rapporto medico paziente c'è chi sostiene che in questo nuovo modello di medicina definito *N-of-1 trials* (a significare che il paziente è ora l'unico oggetto di trials, non più uno tra molti *N-of-many*) i pazienti non sono più come cavie in batteria, il cui coinvolgimento nello studio servirà solo alle generazioni future, ma al contrario l'efficacia dei risultati ottenuti sarà reale per il paziente in carne ed ossa qui ed ora. In buona sostanza quindi l'unicità di ogni paziente sarebbe così rispecchiata a riconosciuta in una medicina non più basata su mediane statistiche estranee per molti versi al malato, ma fondata sulle caratteristiche individuali di ciascuno¹⁹.

Questa linea argomentativa a mio avviso fallisce nel distinguere tra caratteristiche individuali e personalità. Senz'altro una maggior precisione classificatoria è un progresso scientifico e conoscitivo utile e importante, d'altra parte questa maggior sensibilità al dato biologico molecolare in nessun modo personalizza nel senso di rendere più personale il rapporto di cura con il medico, che infatti può rimanere distante e distaccato dal proprio paziente allo stesso modo che se utilizzasse un qualsiasi altro filtro diagnostico.

L'equivoco che giace al fondo di questa ambiguità lessicale: medicina personalizzata, ergo medicina personale, sta nel diverso referente semantico. Nella medicina cosiddetta personalizzata infatti la personalizzazione è sempre una caratteristica biologica, è di fatto un nuovo sistema di categorizzazione più fine, ma pur sempre riduzionistico e formale. Il che è perfettamente legittimo

¹⁸ LOWN BERNARD, *The Lost Art of Healing*, Houghton Mifflin Company, Boston 1996, p. xi. [Traduzione mia].

¹⁹ Cfr. SCHORK NICHOLAS J., *Nature*, 520, 30 aprile 2015, p. 611.

all'interno di un paradigma scientifico che consapevolmente utilizza le riduzioni per finalità conoscitive, così come ad esempio è legittimo studiare la biologia anche alla luce della fisica, mentre sarebbe scorretto sostenere che la prima sia esauribile nei termini della seconda.

Ora, la medicina personalizzata o meglio detta di precisione è sempre una riduzione metodologica, legittima all'interno del proprio perimetro epistemologico, ma molto diversa dalla sfera personale, che per definizione non sopporta riduzioni di qualsivoglia natura.

Si è detto infatti poco sopra che l'aggettivo personale, o meglio ancora la medicina di orientamento personalista, trova nel rapporto tra medico e paziente il proprio luogo d'elezione, ad essere personale è quindi la relazione tra due esseri umani, uno sofferente e l'altro in grado, forse, di lenire se non curare quelle sofferenze. La qualità personale di questa relazione sta senz'altro anche nella competenza professionale, che è arricchita dalle nuove metodologie diagnostiche terapeutiche della medicina di precisione e senza la quale semplicemente non si potrebbe avviare il rapporto di cura, ma si trova primariamente nella disponibilità da parte del medico alla presa in carico del malato che gli si presenta con i propri problemi.

L'insoddisfazione di cui parla Lown tra pazienti e medici è principalmente dovuta all'assenza di questo elemento personale, non all'assenza di competenza tecnica da parte dei dottori di oggi, che sono probabilmente più bravi e informati dei loro predecessori, ma senza quel tratto personale che in effetti non viene insegnato, ammesso che lo possa essere, nei corsi universitari²⁰.

²⁰ In effetti in medicina, proprio come spiegava Aristotele discutendo delle scienze pratiche, l'apprendistato vero e proprio si guadagna sul campo, con la *praxis*, per questo le scuole mediche sono sempre state centrali nell'educazione medica e il rapporto allievo-maestro consacrato a partire dal giuramento di Ippocrate.

Per questa ragione ritengo sia un equivoco raccogliere la moderna medicina personalizzata sotto la categoria del personalismo *sic et simpliciter* o come un arricchimento del rapporto personale tra medico e paziente. Per dare a Cesare quel che è di Cesare, occorre dire che la medicina personalizzata è (o quanto meno promette di essere, il tempo giudicherà) un utile ed efficace strumento diagnostico terapeutico nelle mani del medico, il quale potrà servirsene più o meno adeguatamente a seconda della sua competenza tecnico scientifica, eventualmente aiutandolo ad instaurare un rapporto di cura personale con i propri assistiti, ma non perché si sia affidato alla medicina personalizzata sotto il profilo genetico, quanto piuttosto perché anche grazie ad essa ha aiutato i propri pazienti a superare problemi legati alla loro salute psico-fisica.

L'idea di persona, da cui deriva l'aggettivo personale di cui si sta ragionando, è complessa e dai significati stratificati che vanno dalla letteratura greca, alla teologia, alla filosofia, al diritto, passando per diverse tradizioni, ed esubera i limiti di questo lavoro rassegnarne la ricca storia²¹, ma quello che può essere detto, senza addentrarsi troppo nella sua definizione, è che ha a che vedere con la nozione di volto (*πρόσωπον*, *prosopon*), da cui deriva in prima istanza. Ci si potrebbe dunque chiedere quale sia lo strumento più adeguato per incontrare un volto: il microscopio elettronico, il "telescopio" epidemiologico, o l'occhio umano?

Se si concorda nel ritenere che la risposta migliore sia l'occhio, vale a dire un altro volto, allora si comprenderà anche dove si trovi la qualità personale della medicina e in che modo tutto sommato possa prescindere dagli strumenti di indagine di cui si doterà, sebbene non sia indifferente alla sua natura di scienza pratica la sua capacità di risolvere problemi concreti e dunque la sua efficacia.

²¹ Sul tema si può vedere, MELCHIORRE VIRGILIO, *L'idea di persona*, Vita e Pensiero, Milano 1996.

CONCLUSIONI

Dopo questo rapido *excursus* tra gli ultimi modelli di scienze biomediche e le considerazioni sull'inopportunità di leggere la medicina personalizzata come medicina personale *tout court*, vorrei valutare se e a quali condizioni la medicina (a questo punto) di precisione possa contribuire allo sviluppo di un'*ars curandi* di impianto personalistico, vale a dire pensata e praticata per l'uomo nella sua dimensione personale, relazionale.

Per argomentare questo punto occorre anzitutto comprendere come debba essere una medicina di questo genere, cosa significhi cioè per la pratica medica essere ad impianto personalistico.

Con questa locuzione si intende una medicina che riconosca anzitutto la dimensione personale del malato, la sua irriducibilità ontologica a qualsiasi altro dominio scientifico. Riconoscere ad una persona questo statuto significa appunto che ogni "taglio formale" con cui si indagherà il paziente e la sua malattia, sia questa *evidence based medicine*, o medicina di precisione, o qualsiasi altra forma investigativa, non esaurirà la sua natura personale, che eccede il livello biologico.

La medicina personalista²², se è lecito usare questo sintagma, è quindi quella disciplina che è in grado di integrare tanto il metodo scientifico moderno, in tutte le sue variazioni, con l'intelligenza della persona che ci sta di fronte. Una scienza personale, che non significa soggettiva o arbitraria, sarà chiaramente orientata alla verità dei fenomeni sotto scrutinio, ma avrà un'idea di oggettività più ampia, in cui rientreranno ad esempio anche l'esperienza e il vissuto del paziente, ciò che di lui possono riferire i familiari, il personale paramedico, e tutto quanto possa con-

²² Sebbene non sia un autore *stricto sensu* personalista, è utile sul tema della conoscenza scientifica e personale il lavoro di POLANYI MICHAEL, *Personal Knowledge, Toward a Post-Critical Philosophy*, Routledge, London 2005.

tribuire a ricostruire, per quanto possibile, la realtà della persona malata che abbisogna di cure.

Questo modello conoscitivo sta già cominciando a codificarsi in linee guida in ambito medico. È stato pubblicato recentemente negli Stati Uniti prima (2015) a cura della *Food and Drug Administration* e in Italia poi (2016) da parte dell'*Agenzia Italiana per il Farmaco* l'"*Outcome Assessment Compendium*" vale a dire un'istruzione sui modi di valutare gli effetti di determinati trattamenti; la novità di questa nuova griglia valutativa è stata l'introduzione di più osservatori rispetto agli effetti (*outcome*) attesi, così che il giudizio sugli effetti dei trattamenti sarà una composizione tra quanto visto (*assessed*) dai medici, dal paziente, dai familiari e dal personale paramedico.

Questa procedura, pur con i limiti di ogni procedura, introduce un'idea di oggettività meno positivista e più intersoggettiva. Si può discutere se l'intersoggettività sia di per sé un segno di maggior "personalità" del trattamento, e probabilmente non è condizione sufficiente, occorrerebbe poi intendersi sul senso dell'intersoggettività stessa, cosa che esubera i limiti di questo lavoro, ma quello che vale la pena sottolineare è lo slittamento di paradigma (ancora una volta) che è avvenuto: da un'idea tutto sommato semplicistica di effetto come prodotto chimico fisico, ad una di effetto come composto delle valutazioni di quanti si occupano a vario titolo del malato, su cui l'effetto deve essere misurato. Si passa cioè da un'idea di causalità mono-parametrica ad una multi-parametrica.

Per concludere, la medicina come si disse in esordio, è una disciplina complessa che si avvale delle scienze e dei diversi metodi che queste adottano secondo una razionalità pratica propria. Le scienze mutano con l'evolvere delle tecnologie che le affiancano (ormai *ab intra*, il connubio scienza e tecnica, se mai lo è stato, oggi senz'altro è un fenomeno costitutivo del plesso scientifico), e

questi mutamenti si riflettono in altrettante differenze nel modo di fare diagnosi e terapie. Il tema che è stato oggetto di analisi in queste pagine, la medicina di precisione, ha permesso di vedere in che modo la scienza abbia modificato/stia modificando il mondo delle scienze bio-mediche, consentendo al contempo di vedere i riflessi filosofici di questa nuova impostazione.

Si è potuto cioè apprezzare lo slittamento “razionalistico” che le scienze bio-mediche stanno importando nell’edificio scientifico, che fino a poco tempo fa amava definirsi “*data driven*” oppure “*evidence based*” vale a dire solidamente ancorato all’esperienza, mettendo in ombra l’aspetto teorico della costruzione del dato. Del resto il fenomeno della digitalizzazione sempre più pervasiva necessariamente aumenta la già massiccia mole di calcolo nel modo di fare scienza; questa curvatura computazionale è un fenomeno noto nella storia della scienza, almeno dai tempi di Leibniz, ma si potrebbe risalire al periodo dei *calculatores* medievali e su su, *mutatis mutandis*, alla tradizione pitagorica in buona parte confluita in Platone.

Questo nuovo panorama epistemologico non necessariamente risulterà più favorevole sotto il profilo etico dell’esercizio della professione, ma neppure più ostile. Si è visto che la medicina personalizzata non fa rima con medicina personale, ma può essere un utile strumento per una pratica più personale della medicina, può essere cioè un invito a seguire il monito lanciato da Sir William Osler, allorché ricordava ai propri studenti di valutare: «non quale malattia ha una persona, ma quale persona ha una malattia», e per “persona” chiaramente non si intende il sottogruppo genetico molecolare ma appunto quell’unico essere umano bisognoso di cura che sta dinnanzi al proprio medico.

La filosofia viene dunque sollecitata da questi sviluppi nelle scienze bio-mediche e dalla pratica clinica a sviluppare ancor più da una parte i temi epistemologici dell’oggettività scientifica, del

ruolo della teoria nella costruzione dei “dati” e dell’appropriatezza conoscitiva; dall’altra i temi etici della persona, dei rischi del riduzionismo, delle virtù della conoscenza e della sua trasmissione.

Ma forse, e questo credo sia il contributo/sollecitazione più significativo che deriva alla filosofia dalla medicina contemporanea, l’impegno più urgente per il filosofo oggi è quello di ripensare l’agire scientifico alla luce del suo carattere personale. Occorre cioè discutere quell’idea, retaggio di un positivismo duro a scemare, per cui l’attività scientifica debba essere disincantata, svolta rigorosamente in terza persona, dove il camice bianco sarebbe il segno di un’asettica distanza tra lo scienziato e il proprio oggetto. Il tema della medicina personalizzata, e ancor più della necessità della medicina di farsi più personale, ha se non altro il merito di rilanciare questi contenuti che, se adeguatamente studiati, possono riconciliare l’uomo di scienza con la propria attività, non più estraniante per definizione, ma al contrario partecipativa ed accorata per natura.

Marco Prastaro

Fisionomia della mente: eziologia, epistemologia ed anatomo-escatologia della noesi.

Da sempre, l'uomo ha incentrato il cardine della propria ricerca intorno alle verità irrisolte che permeano l'universo. Nella Grecia ante-sofistica, i primi filosofi avevano additato nelle forze elementari della natura la causa primigenia che anima e plasma la sostanza del creato, osservandone il comportamento nel suo implacabile divenire.

Nondimeno, Talete – dottissimo tra gli eruditi, “*primus inter pares*” tra i Sette, precursore insigne del pensiero occidentale – schiudendo alla propria dottrina molteplicità di sentieri, era già uso magnificare l'intelletto, quale scrigno di una conoscenza superiore. Con acume insueto, Talete aveva presagito come la natura, e con essa le sue potenze, non fossero che inezie allorché commisurate alla velocità del pensiero umano. Non nella natura, dunque, bensì nell'uomo – come il vissuto di Socrate eloquentemente testimonierà – si cela la risposta agli arcani su cui l'universo intero poggia. Alla mente, infatti, appartiene un'attitudine unica, interdetta a qualsiasi altro ente: l'introspezione, donde l'apoftegma: “*γνῶθι σαυτόν*” (“conosci te stesso”). Attraverso la riflessione sul sé, all'uomo è concesso approcciare proattivamente gli eventi futuri. Tale consapevolezza, in estrema analisi, è il valore aggiunto che maggiormente diversifica e separa due tra le figure più eminenti tramandate dal Mito:

ad Epimeteo, cui stoltezza e passionalità fatalmente ricusarono prudenza e discernimento, si contrappone, con fiera autorevolezza, Prometeo, “colui che agisce previa meditazione”, amico sincero dell’uomo.

La mente umana compendia un microcosmo le cui possibilità abbracciano un dominio invero insondabile nella sua immensurabilità. A lungo si è disquisito circa la sua esatta ubicazione, i suoi confini, i suoi limiti, la sua funzione; tutti quesiti probabilmente tesi a non avere pareri risolutivi. Malgrado tuttora non siano appieno svelate le effettive virtù ingenite alla mente dell’uomo, è quantomeno palese che essa sia perspicua estrinsecazione della dinamicità olistica che coinvolge e vivifica la fitta compagine sinaptica delle reti neurali; dalle cui reciproche interazioni sublima l’ecpirosi della potestà intelligibile: la sola adatta a divellere i misteri che la natura in sé ghermisce.

La filosofia, con il suo metodo, che nel dubbio incensa la capacità di trascendere ogni argomento altrimenti insoluto, a buon diritto si colloca quale scienza emblematica, idonea ad interpretare la natura ed i suoi segreti. Eppure, anche la filosofia vacilla di fronte all’imperscrutabilità che avviluppa la natura della mente umana, in grado di rendere il suo fruitore così addentro dissimile ad ogni altra creatura. Come? Arduo fornire una risposta unica ed unicamente esaustiva. Sintetizzando, tuttavia, potremmo asserire che essa coaguli ed avvalori l’intricato complesso dei contenuti intellettuali e spirituali che dirigono la condotta pratica dell’individuo (cfr. Dante: “Amor che ne la mente mi ragiona”). Così intenso, così profondo è il legame che vincola la mente, entità pura, alla materia umana, fatta di sostanza corporea!

L’aporia circa il costrutto mente-corpo è vetusta almeno quanto l’origine della gnoseologia. Nel Fedro, Platone pone in essere un’allegoria poderosa, imperniata sulle prerogative dell’anima: l’auriga, vale a dire la mente, stringe le redini, il raziocinio, per

domare i sentimenti, i cavalli, in un lavoro articolato ed incessante:

«Si raffiguri l'anima come la potenza d'insieme di una pariglia alata e di un auriga. Ora, tutti i destrieri degli dèi e i loro aurighi sono buoni e di buona razza; invece, non ugualmente validi sono quelli degli altri esseri. Innanzitutto, per noi uomini, l'auriga conduce la pariglia; poi, dei due destrieri, uno è nobile, buono e di buona razza; l'altro, invece, è tutto il contrario ed è di razza opposta. Nel nostro caso, quindi, il compito di siffatta guida è davvero difficile e penoso». Platone, Fedro, 246 a-b

Codesta concezione simbolica presta il fianco ad interessanti elaborazioni psicoanalitiche: l'Io, al pari del cocchiere, adempie al suo ruolo di guida in quanto sorretto dalla complementarietà tra l'Es (la parte istintiva e libidica dell'inconscio, simile agli irruenti stalloni che trainano la biga) ed il Super-Io (la struttura etico-morale di riferimento, cioè le redini che saldamente l'auriga cinge in mano).

Platone identifica l'attività mentale, nella sua guisa più pura, con la noesi, cioè l'inclinazione a carpire la pienezza delle cose avvalendosi della mera intuizione, in antitesi alla dianoià, fautrice della conoscenza razionale discorsiva. Parimenti, in Aristotele assistiamo ad un'esaltazione dell'intelletto umano, garante designato della comprensione dell'*archè*, che è primordio e meta di ogni natura.

Nel tentativo di superare il classico dualismo mente-corpo, Cartesio propone una nuova frattura diadica, individuando una *res extensa* solo idealmente affrancata da una *res cogitans*. Le due sovrastrutture, infatti, avrebbero a ricomporsi nell'epifisi, ghiandola responsabile della modulazione del ciclo nictemerale.

Se ostico appare cogliere l'afflato che alimenta il fuoco dell'attività mentale, non così è tentare di localizzare le macroaree nodali in cui essa può essere esaminata. Già McLean aveva postulato un'organizzazione gerarchico-funzionale in seno alla neuroanatomia comportamentale, segmentando l'encefalo in tre zone basilari, cui collimano altrettante indoli; distinguiamo così un cervello di rettile, uno di paleo-mammifero, un altro, infine, di mammifero evoluto.

- Il cervello rettiliano, evolutosi circa 300-400 milioni di anni fa, consiste fundamentalmente di tronco encefalico e nuclei della base. Esso presiede ai processi legati alla sopravvivenza. Tale sezione dell'encefalo pone la comunicazione sociale in forma di sfida, dando vita ad atteggiamenti di predazione, territorialità, accoppiamento e riproduzione.
- Il cervello paleo-mammaliano, evolutosi circa 250 milioni di anni fa, è abitualmente assimilato al sistema limbico. Esso costituisce il centro emozionale dell'organismo. Tale regione dell'encefalo è auspicce del transito dalla vita solitaria dei rettili a quella sociale e relazionale tipica dei mammiferi.
- Il cervello neo-mammaliano, infine, evolutosi circa 5 milioni di anni fa, è formato del neopallio, che media i processi mentali superiori. Grazie alla corteccia, particolarmente sviluppata nell'uomo, è possibile pianificare e programmare i comportamenti. Sue peculiari espressioni sono: introspezione, ponderazione, immaginazione, concettualizzazione, significazione.

Le configurazioni cerebrali dianzi esposte hanno un'intelligenza, una memoria ed uno schema incedente dedicato, sebbene non autonomo. I sistemi motivazionali propri dei livelli rostrali (paralimbici e neocorticali), infatti, sostengono i sistemi vitali dei livelli caudali (rettiliani e limbici), senza però invalidarli ovvero sostituirli. Come lo stesso McLean ebbe a scrivere: "non si sottolineerà mai abbastanza che questi tre tipi fondamentali di cervello pre-

sentano fra loro grosse differenze strutturali e chimiche. Eppure, devono fondersi e funzionare tutti e tre insieme come un cervello uno e trino. La cosa straordinaria è che la natura sia stata capace di collegarli fra di loro e di stabilire una qualche sorta di comunicazione dall'uno all'altro".

Qualsiasi la prospettiva da noi adottata, non possiamo prescindere dal ravvisare, analizzando la mente, i tre naturali aspetti di cui essa consiste:

- 1) Emotività, facente capo prevalentemente al cervello rettiliano, dominata dalle pulsioni orniche, come per Achille, piè veloce.
- 2) Affettività, sinossi della reciprocità funzionale tra neopallio e sistema limbico, simboleggiata dall'amore, come per Enea, il pio.
- 3) Raziocino, appannaggio della corteccia associativa multimodale, personificato dall'ingegno, come per Ulisse, dalla mente politropa.

Poiché è compito disagevole profilare organicamente i termini e le funzioni proprie dell'attività mentale, non appaia peregrino ragionare, a scopo esegetico, sul suo opposto patologico/semasiologico. Solo così, per logica inversa, avremo forse chiara nozione dei costrutti ad essa connotati. In conflitto con l'opinione comune, non la schizofrenia costituirebbe il "negativo" della matrice mentale, bensì la demenza; infatti, mentre la schizofrenia, distorcendo i confini dell'esperito, imporrebbe alla mente una "dimensione altra" in cui erroneamente dimorare, i disturbi dementigeni, sofisticando le connessioni neurali, lederebbero fino ad annullare la psicobiologia dell'individuo.

In un'ottica che spinge, con impeto appassionato, verso le differenze sostanziali intrinseche al concetto di "medicina di genere", le demenze, dal DSM V ribattezzate "disordini neurocognitivi", identificano forse il paradigma più facondo di "patologia di spe-

cie”, giacché, devastando le facoltà mentali, derubano l’uomo della sua qualità più peculiare: l’intelletto.

Le demenze costituiscono una classe pleomorfa di patologie, avente quale denominatore comune una progressiva involuzione delle facoltà mentali precedentemente acquisite, donde scaturisce una significativa menomazione socio-relazionale.

La malattia di Alzheimer configura l’archetipo delle patologie dementigene, essendo, da sola, responsabile di oltre il 50% dei disordini neurocognitivi. In nessun’altra categoria sindromica è possibile riscontrare un coinvolgimento così serrato e penetrante del tessuto neurale, tale da snaturare non già le funzioni mentali, bensì la mente in ogni sua funzione. La malattia di Alzheimer, infatti, ha in sé la chiave di volta dell’ermeneutica semantica e semeiotica del termine “demenza”. La particella “de”, antecedente la radice “mens”, ha valenza sottrattiva, non già difettiva, poiché indica volontarietà nell’atto di spogliare la mente della sua proprietà più singolare, acquisita attraverso l’esperienza: la memoria, “il sentire di aver sentito”, citando Hobbes. D’altronde, l’etimo di mente è da ricondurre ad “ἀναμνησκω”, verbo greco con significato di “rimembrare”.

Nonostante sia ormai acclarata l’importanza sottesa alla funzione mnesica, è invece opportuno sottolineare il ventaglio composito che le neuroscienze cognitive le hanno recentemente conferito. A livello concettuale, pertanto, sarebbe più consono parlare di “memorie” piuttosto che di “memoria”. Particolarmente colpita, nelle prime fasi della malattia di Alzheimer, sono l’*on-going memory* e la memoria prospettica. L’evoluzione della sindrome ricalca i postulati formulati dalla legge di Ribot: dapprima, il processo degenerativo interessa la memoria anterograda (con la memoria episodica maggiormente compromessa rispetto a quella semantica); quindi, anche quella retrograda.

Fenomenologicamente, la formazione dell'engramma – la traccia mnesica stoccata nel magazzino dei ricordi – segue un percorso a tre tappe:

- 1) *Encoding* (decodifica), massimamente svolto dall'ippocampo, per mezzo del circuito di Papez.
- 2) *Storage* (immagazzinamento), fase in cui l'engramma, appena costruito, raggiunge il deposito neopalliale.
- 3) *Retrieval* (richiamo), processo fluido ed iperdinamico, in cui si attinge ai ricordi precedentemente acquisiti.

La malattia di Alzheimer distrugge primariamente l'*encoding*, sgretolando il cuore anatomico del sistema mnemogenico: l'ippocampo.

Principali fattori di rischio sono: età, genotipo APO E4, familiarità, sesso, cardiopatia, traumi cranici; infine, una bassa scolarità, fenomeno direttamente proporzionale al concetto di "riserva sinaptica".

L'esordio è prevalentemente senile, con le donne più colpite rispetto agli uomini, con netta prevalenza delle forme sporadiche rispetto a quelle geneticamente determinate.

L'eziopatogenesi è da ricondurre alla formazione di placche senili e di grovigli neurofibrillari. I primi, derivano da un anomalo clivaggio proteolitico della glicoproteina transcellulare APP. I secondi, noti anche come "*tangles*", sono aggregazioni intracellulari di proteine tau iperfosforilate, che ostacolano l'attività endoneuronica, modificando il traffico molecolare all'interno della cellula nervosa.

Macroscopicamente, la malattia di Alzheimer, nella sua fase conclamata, consta di una rarefazione globale del manto neopalliale, esito della degenerazione neuronale. Nessuna delle tre cortecce – donde l'attività mentale trasuda – è risparmiata dalla malattia; lentamente ma inesorabilmente, la progettualità creativa, che si

giova della valentia mnesica per allestire e modellare, dal passato, un futuro ad essa più congeniale, si affievolisce.

Semeiologicamente, oltre al deficit di memoria, la malattia di Alzheimer riconosce un incipiente disorientamento spaziotemporale, cui si embrica la frantumazione delle abilità strumentali: agnosia, afasia anomica ed aprassia, sono tra le manifestazioni neurologiche più precoci ed imponenti, con consequenziale disfacimento dei rapporti sociali ed interpersonali. Mutuando Kant, la malattia di Alzheimer demolisce ogni dinamica appercettiva tesa alla formulazione nomotetica di giudizi a priori, deformando alfine le sovrastrutture neurali preposte alle capacità logico-analitiche e di sintesi.

Nella malattia di Alzheimer si creano, dunque, i presupposti perché sussista un cervello senza mente, venendo meno gli attributi precipui che le sono conformi: apprendimento, logica, pragmatismo finalistico, linguaggio, simbolismo ed astrazione.

La mente è vera entelechia della materia cerebrale, nonché epifania del principio divino che alberga costitutivamente nell'animo umano. Come i fotoni che realizzano un raggio di luce, così la materia cerebrale ha in sé tutte le sfumature cromatiche. Al prisma mentale compete l'ufficio di coglierle, enuclearle ed utilizzarle, onde piegare a sé, senza mai vessare, le vette indomite della natura. Tale visione fu profusamente illustrata in "la creazione di Adamo", allorché Michelangelo sintetizzò ed elevò l'incontro sublime tra corporeo ed empireo, tratteggiando, con mano ferma e fermezza di spirito, il primo *trait d'union* fra teleonomia ed escatologia. L'indice puntato, immagine della potestà creatrice, nonché il volto di Dio, figurazione di onnipotenza, non a caso ricadono internamente alla cornice del lobo prefrontale, sede elettiva di ogni raffinata speculazione metacognitiva.

Concludendo, quale disposizione originale custodisce la mente, che – nell'uomo soltanto – esterna orgogliosa la sua foggia più

adamantina e compiuta, avvezza ad asservire gli enigmi che la natura tenta, invano, di occultarle? Presumibilmente, senza oltre importunare le neuroscienze, il privilegio di apparecchiare un finale alternativo all'apologo di Buridano.

Tatiana Repina

La medicina tra scienze naturali e scienze umane.

Primum vivere, deinde philosophari

in primo luogo
vivere, poi filosofare
(anonimo)

La medicina si unisce molto alla filosofia e alla natura. Le opinioni dei filosofi sull'influenza dello stato d'anima e del "life style" (filosofia di vita) sulla salute corporea dell'essere umano hanno un valore sempre più forte per i medici di oggi. I filosofi, a loro volta, cercano di capire da dove deriva ogni singola malattia. Certamente, non si può paragonare il lento pensiero di un filosofo con le veloci e puntuali azioni di un medico. Un esempio illustrativo – la pratica di un chirurgo: a volte egli ha a disposizione soltanto un attimo per prendere una decisione, e il ritardo può costargli la vita del paziente. La medicina può essere definita come una pratica precisa e veloce. La filosofia, invece, usa il metodo del pensiero: a volte per comprendere una cosa o un'altra o per cambiare lo stile di vita, l'essere umano impiega degli anni...

Accade sempre più spesso che i medici scienziati facciano le ricerche sul nostro passato molto lontano nel quale la cura del corpo con la forza del pensiero era legatissima alla cura pratica del corpo. Il cambiamento del nostro stato d'anima e del nostro modo di vedere la vita può influenzare sulla nostra salute fisica, sulla guarigione da una malattia. Nella vita quotidiana questo tema

sta diventando sempre più frequente e discusso nella medicina. Detto in altre parole, la filosofia di vita di ogni singola persona rispecchia la sua salute. Ogni medico prima di tutto dovrebbe essere un buon psicologo. È quasi impossibile far guarire completamente il corpo umano senza una parola positiva rivolta all'anima del paziente.

Nella medicina tradizionale ogni essere umano è visto come unico e irripetibile appunto per la sua unica visione mentale, la sua filosofia di vita che si differenzia da tutte le altre. Di questo argomento si trattava già nelle opere di Ippocrate, Aristotele, Avicenna.

“La filosofia è la medicina dell'anima, perché solo lei è in grado di far comprendere ciò che è bene e ciò che è male” (Plutarco). A questo proposito vorrei parlare dello yoga: lo yoga come uno stile di vita e il legame tra la salute mentale e quella corporea. È più antico metodo di crescita personale del mondo. Gli antichi possedevano una profonda comprensione della natura umana e di tutto ciò di cui l'uomo ha bisogno per vivere in armonia con sé stesso e con ciò che lo circonda. L'azione, le emozioni e l'intelligenza sono le tre forze che muovono il “veicolo corpo”. Per consentire uno sviluppo integrato, queste tre forze debbono essere in equilibrio. Indubbiamente, praticare lo yoga è benefico per i muscoli, ma anche per lo spirito, perché questa è più che una ginnastica o una filosofia, ma è un modo di vivere. Lo yoga può essere descritto come un approccio che enfatizza delle pratiche per prevenire e sanare patologie di diverso tipo (eccoci il legame con la medicina), può invece essere una disciplina spirituale: in questo caso il praticante ha come meta principale il raggiungimento dell'auto realizzazione. Alcuni lo praticano per lo sport, perché rinforza e tonifica il corpo, gli altri come terapia, perché aiuta a far passare il mal di schiena. È utile per rilassarsi, perché aiuta ad abbattere lo stress e a distrarre la mente dai pensieri fissi. Oggi giorno lo

yoga è diventato così diffuso grazie agli innumerevoli benefici alla salute che è diventato quasi impossibile non conoscere qualcuno che lo pratica. “Il ritmo del corpo, la melodia della mente e l’armonia dell’anima creano la sinfonia della vita. (B.K.S. Lyengar).

Ma si nota che ai corsi partecipano gli allievi che hanno già superato una certa età e purtroppo sono poco frequentati dai giovani. Sarebbe, invece, utile cercare di trasmettere ai giovani i principi di una disciplina antica di cinque mila anni, magari inserendola nelle scuole italiane come, per esempio, una disciplina sportiva, senza ovviamente fare agli allievi più piccoli i discorsi troppo pesanti sulla respirazione, meditazione ecc. (i quali loro faranno fatica a capire) accontentandosi della base... Lo yoga, filosofia complessa, unisce insieme il corpo e l’anima, i muscoli e lo spirito. Quelli che lo praticano (io l’ho praticato per ben poco) assicurano che esso cura l’ansia, la depressione, la scoliosi. Potrebbe essere una buona medicina per molti mali...

Il rapporto tra la medicina e la filosofia è inseparabile. Ma sicuramente anche le scienze naturali sono fondamentali per la medicina, perché comprendono lo studio degli aspetti fisici, chimici e biologici della Terra e delle varie forme di vita, uomo incluso. Queste scienze contengono tutti i materiali scientifici dedicati allo studio della natura. E quando parliamo della guarigione, essa non è qualcosa di artificiale, ma è il recupero appunto di un qualcosa che è naturale come la salute. La medicina può essere descritta non come una scienza a sé, ma più come l’arte di applicazione nella vita reale delle conoscenze e le teorie che ci offrono tutte le altre scienze. La medicina non potrebbe esistere senza le scienze che studiano l’essere umano e la società. Il medico deve avere le conoscenze fisiche, chimiche e molecolari dei processi patologici, dei vari approcci terapeutici utili per la guarigione del paziente. Inoltre, bisogna essere consapevoli delle potenzialità

dello strumento linguistico quale modulatore di concordi e di conflitti tra il paziente e il dottore. In effetti, non esiste quasi nessuna attività umana che non abbia che fare con la lingua. In questo senso la linguistica è una scienza che si sviluppa in varie direzioni, e, di conseguenza, ha vari indirizzi. La linguistica si occupa delle funzioni, la natura e le regole del linguaggio umano. Parlando della medicina e la linguistica, è indispensabile menzionare la cosiddetta neurolinguistica, cioè lo studio delle precondizioni neurologiche allo sviluppo ed uso del linguaggio. Neurolinguistica studia anche le patologie linguistiche, il sistema nervoso, i malfunzionamenti linguistici che comprendono gli errori di pronuncia tipici, disturbi del lessico o della sintassi, incluse le patologie mentali. Il linguaggio medico a sua volta è un linguaggio particolare, tecnico-scientifico che possiede delle caratteristiche che lo distinguono da qualsiasi altro linguaggio specialistico... I rapporti fra la letteratura e medicina si sono fatti sempre più intensi. Ricordiamo la battuta di uno studioso Simon Leys: “A pensarci bene, dovendo scegliere tra i due dottori che avessero un’uguale qualificazione medica, credo che preferirei fidarmi di quello che abbia letto Čehov”. Tanti medici erano diventati gli scrittori famosissimi, tra cui Čehov, Bulgakov. Questo ci porta a pensare che sia la medicina, che la letteratura provano un forte interesse verso la personalità di un personaggio: uno scrittore vero e un dottore vero provano un amore sincero per l’essere umano.

Alle Università i futuri medici fanno una buona cultura umanistica e usano i personaggi dei romanzi per capire, interpretare e raccontare la psicologia dei malati. Ma anche i protagonisti degli scrittori delle epoche diverse erano i dottori.

Inoltre, è interessantissimo il rapporto tra la medicina e la psicologia scientifica. La scienza dello psichismo esplora i due grandi domini delle cosiddette funzioni “cognitive” (percezione, apprendimento, intelligenza, memoria, linguaggio), la vita affettiva

(emozioni, personalità, motivazioni, pulsioni) e i meandri della follia. È chiaro che la medicina e la psicologia hanno un legame fortissimo. Come è stato già detto prima, ogni medico dovrebbe essere un buono psicologo. Ma anche ogni psicologo ha bisogno delle conoscenze nel campo medico. Prima la psicologia era prevalentemente una disciplina teorica ma nella vita odierna essa si sta man mano trasformando in una scienza piuttosto pratica. Difatti, i medici sono sempre più attenti alla psiche umana nel curare delle malattie fisiche. Gli psichiatri sostengono che la maggior parte della nostra stanchezza deriva dai fattori psichici ed emotivi. Che genere di fattori emotivi stancano oggi, per esempio, un lavoratore medio? Certamente non la gioia e la contentezza ma sono la fretta, la sensazione di inutilità, l'ansia, le preoccupazioni intrinseche, le emozioni negative compresse a rendere un lavoratore vulnerabile all'influenza e a fare venire il mal di testa. Sono le emozioni a generare la tensione nervosa e a nostra conformazione mentale ha degli effetti pressoché incredibili perfino sulle nostre condizioni fisiche.

Quando va via ansia, l'ipertensione e gli scossoni emotivi, si riduce la stanchezza. Lo stress continuo porta a diverse malattie. Ecco perché le ricerche psicologiche diventano sempre più interessanti per i medici, e le scoperte della psicologia hanno un forte peso per la medicina. Ricordiamo il famoso potere terapeutico della parola e dei pensieri... Tra i pensieri utili e i pensieri negativi la differenza è questa: i primi sono costruttivi; i secondi portano solo alla tensione e al collasso nervoso. Adesso ormai si può trovare centinaia di articoli su internet e nei libri dedicati al tremendo potere del pensiero. Questo tema sta diventando sempre più diffuso. Ma cambiare il proprio modo di pensare è molto più difficile di assumere una medicina, questo processo potrebbe impiegare degli anni. Però sappiamo come gli uomini possono trasformare la loro vita e possono bandire l'ansia e vari tipi di malat-

tia soltanto modificando i loro pensieri. Quanti di noi eravamo entrati nello studio di uno psicologo con il terribile mal di testa, con il peso sullo stomaco, con le gambe che tremavano, depressi e, magari, piangendo? E dopo una sola seduta siamo diventati più sereni, più allegri, avendo tolto lo stress di dosso. Lo psicologo lavora con i nostri pensieri, i quali hanno un immenso potere sul nostro organismo e nostro spirito. Il legame tra la medicina e la psicologia è molto più forte di quello che pensiamo noi.

Prima ho parlato della possibile utilità dell'inserimento dello yoga come una disciplina vera e propria nelle scuole. Così come lo yoga, potrebbe anche essere utile inserire le varie tecniche di rilassamento e altre discipline che aiutano a trovare l'equilibrio interiore e stare bene con sé stessi. Ora cerco di spiegare meglio cosa intendo.

Finché siamo piccoli, va tutto bene. Sentiamo il supporto dei nostri genitori e dei maestri, abbiamo poche responsabilità e il sole ci splende tutti i giorni. Non appena iniziamo a diventare grandi, la situazione cambia. Emotivamente fragili, impreparati, ci accorgiamo che in realtà non siamo così pronti per affrontare la vita per com'è. A volte ci manca quel fondamento emotivo, le conoscenze del tipo come gestire lo stress e le proprie emozioni, come imparare a riposarci prima di essere stanchi, come affrontare certe paure e far uscire parti di noi che purtroppo rimangono in un angolo nascosto dentro, ma sono lì ed hanno bisogno di uscire.

In Italia osserviamo, per esempio, molti casi di vari omicidi, tra cui tanti sono quelli dove i fidanzati con una anima fragile uccidono le loro fidanzate magari poco serie. Ad agosto ho letto un articolo che parlava di un altro caso ancora: "L'uomo, 34 anni, avrebbe strangolato la giovane durante una lite, poi ha vagato con il suo corpo accasciato sul sedile fino a quando non si è presentato al comando della Stradale. La vittima aveva 21 anni ed era una collega di lavoro dell'omicida. Un parente: "Suo padre

era molto preoccupato per quel fidanzato molto geloso". Eccovi gli uomini emotivamente instabili che non sanno gestire la rabbia, la gelosia, gli scatti di ira e che magari seguono l'impulso, facendo fatica di acquisire una attitudine mentale diversa.

Tra l'altro gli italiani sono famosi in tutto il mondo come il popolo dei mammoni. Questa è una bellissima caratteristica da una parte, ma dall'altra parte, se manca una certa educazione profonda della personalità di ogni singolo individuo, se uno fin da bambino non impara a gestire la propria vita da solo, ad essere forte, ad esprimere le emozioni compresse, a non lasciarsi turbare dalle inezie che dovremmo disprezzare e trascurare, a come smettere di agitarsi per le cose che si trovano al di là del nostro potere d'intervento ecc., sarà difficile parlare dello sviluppo intero della persona. E quindi, osserveremo le anime deboli profondamente ferite dei fidanzati che uccidono le loro amiche poco brave e gli uomini che dopo i 40 anni fanno fatica di costruire una loro vita privata fuori dalla casa familiare e addirittura si suicidano o vanno in depressione e si ammalano se la vita li separa dalla famiglia. A volte, invece, la sola cosa da fare è sapere spostare il fuoco della lente attraverso la quale vediamo il mondo esterno. Ma questo diventa un compito difficile se in passato nessuno ci ha insegnato come gestire le situazioni complicate e nessuno ha lavorato con la nostra anima per prepararla per la vita, per renderci più forti e di conseguenza più sani. Invece, molti di noi sono più forti di quello che pensiamo. Possediamo delle risorse segrete a cui magari non abbiamo mai saputo rivolgersi...

In questo mondo tutto è collegato. È necessario, dunque, designare la competenza del medico non esclusivamente come un insieme delle conoscenze tecnico scientifiche e quindi un sapere, ma anche come un saper essere (la conoscenza della vita in generale, capacità di relazione) e come un saper fare (la pratica terapeutica, la comunicazione). Per una formazione completa, al modello

biomedico va allora aggiunto quello umanistico: metafisica, antropologia, etica, psicologia.

“La medicina ha fatto così tanti progressi, che ormai nessuno è sano” (Aldous Huxley). Ma, nello stesso tempo, tante battaglie contro molti mali sono già state vinte. Purtroppo, la guerra contro il cancro non è mai stata, ne sarà mai, una guerra facile. Questo male sembra di avere risorse illimitate. Che cosa ci aiuterebbe a guarire in futuro con fiducia e coraggio? Ci vorrà sicuramente un approccio molto complesso. Oltre alle terapie più innovative, i farmaci più promettenti, occorre garantire la qualità e la riproducibilità delle ricerche in campo biomedico, chimico, psicologico, della farmacologia medica e in molti altri campi, prevenendo (sottolineo) rigorosamente la cattiva condotta scientifica, adottando tutte le misure necessarie per ottenere dei migliori risultati dell’attività dei ricercatori di tutto il mondo. Qui trovo un forte legame tra la medicina e la cultura. Questo problema del cancro è internazionale, quindi bisogna affrontarlo a livello mondiale, comprendendo l’importanza dell’unità, della qualità e dell’intensità delle ricerche. Ho letto che L’Italia è priva di qualsiasi linea guida sull’integrità scientifica e che la cattiva condotta scientifica non viene sanzionata in nessun modo. Ma, nello stesso tempo, L’Italia è piena di talenti e dei risorsi, forse mancano solo l’organizzazione e la motivazione. Quasi quotidianamente i mass media in Russia (seguo costantemente le notizie sulle scoperte scientifiche) comunicano qualche nuova scoperta degli scienziati italiani avvenuta grazie alla ricerca.

Magari sarebbe utile stimolare sempre l’apparato amministrativo e rafforzare i fattori stimolanti e i finanziamenti per favorire le attività consistenti nel raccogliere ed erogare fondi a favore del progresso della ricerca oncologica. Finanziare la ricerca scientifica vuol dire dare una possibilità all’umanità intera per trovare una risposta più rapida a malattie gravi ancora incurabili. In ogni ca-

so, occorre agevolare il meccanismo delle ricerche a livello mondiale collaborando con altri paesi al fine di combattere le malattie serie. La ricerca scientifica in campo medico ha un ruolo fondamentale.

Le scienze sono tutte collegate tra di loro. I collegamenti possono essere molteplici e il confine tra le scienze della natura e scienze umane è molto sfumato: si intrecciano sempre o in un modo o in un altro. La medicina è presente in ambiti giuridici con la medicina legale o quella forense. Ci sono varie medicine alternative che utilizzano metodiche differenti da quelle della medicina scientifica. Queste pratiche terapeutiche sono chiamate alternative perché la loro validità non è stata stabilita scientificamente, e quindi si scostano dalla medicina. L'origine delle malattie è nell'uomo e non fuori dell'esso, ma le influenze esterne agiscono sull'intimo e fanno sviluppare le malattie. E le scienze umane e le scienze naturali ci possono essere d'aiuto per capire l'origine delle varie patologie e di trovare le possibili soluzioni per combatterle. E, credo e spero, non è poi così lontano il giorno della loro scoperta.

Luigi Cogolo

La medicina tra scienze naturali e scienze umane.

SUL SIGNIFICATO DELLA MEDICINA

L'origine del termine "medicina" è controversa. La derivazione latina da *medeor* allude a un significato originario di "provvedere", "prendersi cura", "rimediare" – verbi dai quali si sarebbe poi sviluppato il significato di "curare". Più interessante l'etimologia greca, secondo la quale il termine apparterebbe a una famiglia di verbi che indicano le attività di "darsi pensiero", "prendersi cura", intese come espressioni di un atteggiamento generale del "custodire" o "proteggere". Nella forma media del verbo *medomai* è presente un significato che in un certo modo chiarisce le modalità attraverso le quali si esercita la protezione: il ponderare, il meditare, il prendere in considerazione. Un significato analogo ha anche il verbo *iaomai* – "curare", "sanare" – da cui *iatros*, "colui che cura", e *iatrike techne*, "arte medica". Così i due concetti vengono a essere insieme declinati nell'accezione della semantica: la "simpatia/empatia" del "curare/sanare" e l' "arte/tecnologia", il punto dove le scienze umane si confrontano con le scienze naturali.

Si vengono a definire due dimensioni: la medicina clinico-pratica, come scienza applicata, una tecnica, scienza che deriva da altre scienze, che contempla l'agire medico dedicato a ripristinare salute; la medicina nella sua dimensione teorica, che pensa la malattia come fenomeno da interpretare e codificare.

Ippocrate è il primo a indirizzare la medicina su un sentiero scientifico: il suo pensiero muove da una prima riflessione epistemologica confrontandosi con i paradigmi della sua stessa epoca, venendo a rappresentare così il precursore della medicina moderna, quella che permette di distinguere una ricerca oggettiva da un discorso metafisico o religioso, basato sul puro pregiudizio.

Nel mondo dove veniva a mancare ogni principio di metodologia empirica, il medico era filosofo; lo certificava Galeno quattro secoli dopo Ippocrate: *“Optimus medicus sit quoque phlosophus”*. E l’antico aforisma doveva mantenere per intero il suo valore nel Medioevo, quando il medico era detto “fisico-filosofo”, e nel Rinascimento, quando il suo sapere e il suo agire erano armonicamente inseriti in una *philosophia naturalium rerum* – la definizione di scienza del tempo – dove la “filosofia della natura” era comprensiva della natura umana e il “microcosmo” dell’uomo era in simmetria e simpatia con il “macroantropo” dell’universo.

La *iatrike technè* diventa dunque una pratica basata su scienze e che opera in un mondo di valori. È in altri termini, una tecnica con un suo proprio sapere conoscitivo e valutativo, e differisce dalle altre tecniche perché il suo oggetto è un soggetto: l’uomo.

Dopo questo spartiacque storico, la razionalità medica non attribuisce più senso alle connessioni fra gli stati del corpo e concetti quali il peccato, le corrispondenze armoniche, le impurità rituali.

La nuova medicina non nasce solo da nuove scoperte empiriche che si accumulano: si tratta di un orientamento complessivo dello sguardo e del linguaggio, all’interno del quale le scoperte, le osservazioni, gli esperimenti possono avvenire e assumere significato. Il corpo e la sua interiorità si aprono a una descrizione materialistica, abbandonando i sistemi simbolici e le connotazioni etiche ed estetiche alle quali erano legati. Così come si esprime

Foucault: “*la malattia si stacca dalla metafisica del male a cui, da secoli, era apparentata*” (Foucault, 1968).

Quel che conosciamo sono i fenomeni, gli accidenti, il *come* la realtà si comporta, che infine significa come viene interpretata attraverso le formule del metodo. La medicina (come metodica della cura e come speculazione del fenomeno malattia) si basa sugli apporti della scienza che rappresentano delle formule. La medicina si presenta in un polimorfismo di accezioni specialistiche e si dicotomizza nella doppia branca: terapeutica, rivolta alla cura/assistenza dove è privilegiata la componente pragmatica; speculativa, rivolta alla definizione gnoseologica della malattia, dove insiste sull’apporto di scienze naturali e umane nel contempo.

L’analisi storica, anche evenemenziale, descrive l’evoluzione ideologica e tecnologica insieme fino al presente, nel particolare la modificazione concettuale del passaggio – non semplice e lineare – dalla valutazione qualitativa a un sistema quantitativo.

Rimane la pregnanza del fatto che l’uomo, il *sapiens* antropologico, analizza e interviene su sé stesso – l’oggetto è il corpo –, interpreta le percezioni del sé usando la metodologia della scienza che lui stesso ha creato.

PENSARE IL CORPO

Il corpo è stato e continua a essere un argomento dibattuto in filosofia. L’esperienza soggettiva suggerisce una percezione del corpo da parte del cervello – da quella parte del cervello che recepisce ed elabora le sensazioni – qualcosa come riferibile: *io- ho-un-corpo* e *io-sono-il-mio-corpo*.

La prima proposizione stabilisce la separazione tra *io* e *corpo* e quest’ultimo diventa oggetto dell’*io*, che, discrezionalmente, lo può gestire e curare: il corpo di un essere umano vivente, dunque, sente, immagina, pensa e manipola sé stesso. Questa è *yatri-che techne*.

L'idea che il corpo – quello oggetto dell'*io* – sia un puro organismo materiale, una struttura alla quale non è riconducibile la coscienza di essere quel corpo e, più in generale, il pensiero, riemerge ogni volta che si abbraccia una visione dualistica e si colloca una funzione superiore al di là della realtà sensibile: il corpo viene distinto da entità chiamate *anima*, *spirito*, *mente*, *psiche*, alle quali apparterebbero, in particolare, le capacità conoscitive e gli orientamenti morali.

Ciò può accadere per adesione consapevole a una concezione religiosa o filosofica dualista, oppure per quegli automatismi del linguaggio che riflettono tanto una cultura millenaria quanto la profonda ambiguità del nostro quotidiano sentire di *essere-un-corpo* e, insieme, di *avere-un-corpo* con il quale sembra di non coincidere del tutto.

Senza entrare nel merito di quanto è stato dissertato sul dualismo *soma versus psiche* (da Platone a Cartesio a Spinoza agli attuali neurobiologi), a differenza di *anima* e *spirito* la parola *mente* ha acquisito nel tempo una connotazione più neutra rispetto a implicazioni religiose o filosofiche, configurandosi negli ultimi decenni come oggetto complessivo di indagine delle scienze cognitive. Va ammesso nei fatti che finora nessuna forma di *fiscalismo* filosofico o scientifico è riuscita a render conto dell'esistenza della coscienza in sé (D.J. Chalmers, 1986; E. Boncinelli, 2017).

Da oltre un secolo si suppone che il cervello crei e aggiorni continuamente una qualche rappresentazione del corpo di cui fa parte, della sua posizione nello spazio, dei suoi movimenti. Per indicare questo ipotetico disegno, agli inizi del Novecento è stato usato il termine di *schema*. Varie osservazioni cliniche di fenomeni singolari sono state usate come *esperimenti di natura* e hanno ispirato congetture e modelli teorici.

L'ipotesi elementare di un'unica mappa cerebrale del corpo è stata presto superata da modelli sempre più articolati e compositi.

Ma l'espressione *schema corporeo* ha avuto fortuna ed è tuttora in uso soprattutto nei lavori neurofisiologici e neuropatologici nei quali è spesso, ma non sempre, preferita a *immagine del corpo*.

Il corpo, attraverso gli organi di senso e il cervello, percepisce il mondo esterno e lo riconosce come *altro-da-sé*, ma percepisce anche sé stesso in quel modo e si riconosce come *corpo-proprio* in uno spazio.

La rappresentazione del corpo è stata talora confusamente compresa nel concetto di *cenestesi* o *cenestesia* (comune sensazione), sviluppato tra la fine del Settecento e l'Ottocento. La parola è stata usata, e lo è ancora, sia in medicina che in filosofia, per indicare la percezione complessiva del proprio corpo che deriva dalla mescolanza di sensazioni diverse provenienti da pelle, muscoli, articolazioni, visceri, ed è accompagnata da un senso generale di benessere o malessere. In filosofia il termine è stato impiegato anche per indicare la consapevolezza del sé corporeo, base della coscienza di sé (D.J Chalmers, 1986; E. Boncinelli, 2017).

Édouard Brissaud (1895), neurologo, psichiatra, diede del concetto di *cénesthésié* una descrizione ancora attuale: ne parlò come di "una specie di sentimento vago del nostro essere, un senso della vita, a tratti cosciente a tratti inconscio, che è la risultante di tutte le sensibilità intime, la somma degli avvertimenti periferici dei nostri stati organici". Sulla cenestesi così intesa influiscono malattie, ma anche emozioni e affettività, condizioni che vengono descritte alcune in termini biologici altre in termini psicologici. Quello della cenestesi, resta un concetto vago, contenendo, già nel nome, l'ipotesi importante di una integrazione – a livelli e con modalità non precisate – di contributi sensoriali e affettivi diversi.

Le neuroscienze rappresentano lo studio scientifico del cervello e del suo funzionamento: si tratta di un complesso di discipline, con la neurobiologia in testa, ma con contributi pure della lingui-

stica, dell'antropologia dell'informatica e della riflessione filosofica.

Negli ultimi decenni, grazie anche ai progressi delle tecniche di visualizzazione cerebrale, è diventata una scienza centrale per la comprensione dei rapporti *cervello-funzioni cognitive-comportamenti, in stato di salute e malattia*. Gli strumenti attuali che consentono di *vedere* il cervello mentre esegue dei compiti sono vere *finestre sulla mente* paragonabili all'introduzione del telescopio negli studi astronomici al tempo di Galileo (B. Butterworth, 2003).

L'evoluzione ci narra che il cervello umano è il risultato di un processo che ne ha triplicato le dimensioni iniziali nell'arco di due o tre milioni di anni. E nella complessità acquisita potrebbe render ragione sia della potenza che della fragilità del nostro sistema nervoso, dell'intelligenza della specie *homo sapiens* e, insieme, della sua vulnerabilità.

Le cellule nervose sono circa cento miliardi e sono collegate tra loro da cento o forse mille trilioni di connessioni sinaptiche organizzate in un numero elevatissimo di reti neurali la cui configurazione è *dinamica*, cambia istante per istante a velocità dell'ordine di millesimi di secondo, in funzione dei compiti, come programmazione ed esecuzione dei movimenti, ricezione ed elaborazione di sensazioni ed emozioni. Ed è *plastica*, per consentire di fissare alcuni mutamenti nei circuiti nervosi per un tempo più o meno lungo, per esempio quelli relativi alla memoria e ai processi di apprendimento. Le funzioni sono ancora in larga misura ignote e in particolare, non molto si sa della supposta rappresentazione cerebrale del corpo. Infine è in questi contesti che viene a essere prodotto il pensiero, l'attività *cogitans* – artefice di cultura che contempla scienza, filosofia e arte, e responsabile delle istanze emozionali –, da cui il *soggetto* che recepisce l'esterno, lo interpreta e interreagisce. Ecco perché la complessità rende il cervello

il nostro organo più specifico ed enigmatico, l'unicità dell'essere umano.

Il senso comune abitua a pensare a noi stessi come composti di un corpo, di una mente e di una rete di rapporti sociali, a considerare queste tre sfere come autonome e separate l'una dall'altra. Il corpo è qualcosa di materiale, un oggetto del mondo naturale che ci appartiene, o in cui ci sentiamo rinchiusi: in quanto entità fisica è descritto oggettivamente dalle scienze naturali, e la sua cura è compito della medicina, appunto, naturalisticamente fondata. Concepiamo invece la mente come un'entità immateriale, racchiusa in una parte definita del corpo, nella quale risiede la nostra intima essenza individuale. La mente, che pur essendo "nostra" potremmo non conoscere, esserne cioè almeno in parte inconsapevoli, è oggettivamente descritta dalla scienza psicologica.

Infine c'è la sfera dei rapporti sociali, dove "persone" (nell'immaginario, menti ospitate dai corpi) già interamente costituite si rapportano tra di loro: questo è l'ambito descritto e studiato dalla sociologia e dalla politica.

Nella prospettiva antropologica il rapporto tra queste tre sfere – mente, corpo, relazioni sociali – è complesso, e implica reciproche influenze e sconfinamenti. Nel merito si potrebbe affermare che il corpo e la mente non sono già dati prima e indipendentemente dalle relazioni sociali, si costituiscono attraverso di esse, in specifici contesti storico-culturali. La "cultura" è appunto il tessuto connettivo tra queste sfere della vita umana. Ciò significa che non è possibile comprendere il corpo e la mente senza riferimento ad aspetti sociali, politici e culturali: questo è il nucleo concettuale dell'antropologia medica.

La medicina ha sempre tentato di comprendere le relazioni tra processi psichici, sintomi e malattie del corpo. Lo ha fatto in modo empirico e spesso ideologico oppure con metodi scientifici

come si propone, da qualche decennio, la psicosomatica. Tuttavia, al di là degli arrangiamenti eclettici e delle pratiche empiriche multidisciplinari, giganteschi dilemmi scientifici, teorici ed etici, restano aperti.

SU MALATTIA E SALUTE

Il punto di vista specifico assunto dalla filosofia della medicina (ambito di indagine nato come branca autonoma dalla riflessione filosofica) – collegata alla filosofia della biologia, alla bioetica, alle *medical humanities*, ma distinta da queste – è una rigorosa analisi dei fondamenti, degli strumenti concettuali e delle metodologie della medicina scientifica.

Argomento fondamentale della riflessione filosofica sulla medicina è la caratterizzazione di *salute* e *malattia*, che è possibile concettualizzare in modi diversi, con implicazioni diverse: *in primis* si pone il quesito se sia possibile definire la salute sulla base della malattia o viceversa.

Canguilhem affermò la difficoltà nella definizione della salute essendo l'anormalità a far nascere l'interesse teoretico per la normalità, perciò nella conclusione del saggio "*Il normale e il patologico*" riaffermò la centralità della malattia nella definizione dei concetti di salute e di normalità: "*È innanzitutto perché gli uomini si sentono malati che vi è una medicina*" (G.Canguilhem, 1998)

Finalizzata a intervenire sulla condizione dei corpi, attraverso una modificazione del loro andamento "naturale", la medicina si configura come un'azione diretta alla *physis*, un'espressione dell'indisponibilità ad accogliere il compiersi di processi che riguardino gli organismi umani rettificando a loro vantaggio ciò che altrimenti seguirebbe un andamento giudicato anomalo. Questa attitudine generale può essere colta con molta chiarezza attraverso una distinzione che è concettualmente alla base della pratica medica, vale a dire la differenza tra fisiologia e patologia.

L'assunto implicito in tale distinzione è che *fisiologico* – cioè conforme alla *physis* – sia non ciò che si sviluppa spontaneamente, come effetto e conseguenza di processi “naturali”, ma piuttosto a un concetto di “salute” astrattamente definito, come adeguatezza a un modello universale costruito artificialmente. È il motivo per cui si curano le affezioni della vecchiaia, il logoramento/depauperamento che, pur fisiologico nella temporalità, è considerato malattia, quasi un paradigma nuovo per la struttura biologica che si autoconserva a oltranza.

Il compito assegnato alla medicina, fin dai suoi esordi, coincide dunque con il tentativo di ricondurre sistematicamente il *patologico* al *fisiologico*, dove tuttavia la *physis* a cui il fisiologico si riferisce non è la natura nella sua libera estrinsecazione, ma una nozione di salute convenzionalmente stabilita. Diventa questo il fine della *iatrike techne*, piegare la *physis* ai parametri che le convenzioni della comunità scientifica considerano quali indicatori di uno stato di buona *salute*.

Il riconoscimento, sia soggettivo che pubblico, dello stato di malattia dipende da molte variabili, di carattere sia culturale sia socio-economico. La biomedicina rappresenta una cornice di misurazione e valutazione diagnostica più o meno universale (anche se vi sono variazioni di area e di scuola nella sua pratica); essa si trasforma però in pratica sociale associandosi con differenze di vario ordine riguardanti gli sfondi culturali, i rapporti di potere, l'appartenenza etnica, di classe, di generazione e di genere. Stabilire la norma, il limite che separa la *salute* dalla *malattia*, dipende almeno in parte da questi aspetti. E i tentativi di stabilire definizioni universali della salute, come quella posta nel 1948 dall'Organizzazione mondiale della Sanità (*stato di completo benessere, fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia o infermità*), può avere un valore solo normativo.

Il problema della definizione di *malattia* s'intreccia con il dibattito sull'elaborazione dei *modelli delle malattie*, sulla loro capacità di descrivere, classificare, spiegare, prevedere, e sul rapporto tra i modelli generali e i casi particolari affrontati in ambito clinico. I modelli devono essere in grado di fornire una rappresentazione astratta e semplificata della patologia, che tenga in considerazione le caratteristiche rilevanti dell'organismo, inteso come un'organizzazione di sistemi su più livelli.

La variabilità e complessità dei fenomeni indagati hanno sollevato interrogativi inediti, inducendo, tra l'altro, un ripensamento dei termini del dibattito tra riduzionismo e antiriduzionismo, dei concetti di teoria e legge scientifica, del carattere dei modelli esplicativi e predittivi. La proposta di approcci *ibridi*, in grado di integrare concezioni differenti, è uno degli esiti felici dell'incontro tra epistemologia e medicina. Tra questi si ricordano forme di pluralismo esplicativo e di pluralismo causale: proprio in virtù delle molteplici anime delle scienze mediche, della loro vocazione insieme teorica e pratica, dei progressi e dei cambiamenti che possono verificarsi nella concettualizzazione e rappresentazione delle malattie, risulta necessario il ricorso a una molteplicità di concetti esplicativi e causali rivolti alla ricerca di base, alla diagnosi, alla cura e alla prevenzione.

Nella pratica vengono ad articolarsi tre livelli su cui si esprime lo stato di malattia: l'esperienza di dolore del "paziente" – *illness* –, secondo l'etimologia del termine, della persona che soffre; i suoi tentativi di comunicare e di descrivere linguisticamente la sua esperienza – *sickness* –; la condizione biologica del corpo – *disease* – (M.C. Amoretti, 2015). La medicina – quella che chiamiamo moderna, "scientifica", occidentale, ufficiale, quella dell'OMS – articola questi tre piani assegnando priorità a quello biologico, il *disease*, che può essere descritto e compreso oggettivamente attraverso i saperi delle scienze naturali.

Questa prospettiva si viene consolidando progressivamente nel corso del XVIII secolo, soppiantando precedenti saperi medici pre- o proto-scientifici. In questi ultimi il piano cruciale di articolazione tra osservazione del corpo, esperienza del dolore e linguaggio non era naturalistico ma *significativo*: poggiava cioè su sistemi simbolici, visioni metafisiche, principi morali e religiosi. Non che nelle medicine pre-scientifiche mancasse l'osservazione del corpo: ma segni e sintomi erano interpretati come indicatori di un livello più profondo di ordine e disordine, nascosto e formulabile solo attraverso costruzioni simboliche. Un esempio è la concezione rinascimentale del corpo: come un microcosmo che rispecchia ed entra in risonanza con il macrocosmo in un sistema di rapporti armonici tra elementi e forze in cui l'equilibrio presenta la salute e la dissonanza la malattia.

Quello che viene a configurare la nuova medicina è che essa non nasce solo da nuove scoperte empiriche che si accumulano. Si tratta di un orientamento complessivo dello sguardo e del linguaggio, all'interno del quale le scoperte, le osservazioni, gli esperimenti assumono significato. Il corpo e la sua interiorità si aprono a una descrizione materialistica abbandonando così i sistemi simbolici e le connotazioni etiche ed estetiche alle quali erano legati. Quel determinismo biologico, sostenuto al tempo stesso dal sapere medico e dalle istituzioni sanitarie dello Stato, diviene fattore egemone. E questo rende difficile per il senso comune accettare l'idea che corpo, salute malattia possano rappresentare campi culturali.

MEDICINA ESTREMA

Nel trapianto d'organo si configura la concezione estrema dell'attività medica. La struttura biologica malata (del corpo) che non è più suscettibile di terapia viene sostituita con una struttura uguale: si presenta il problema dell'acquisizione (espianto) della

struttura sostitutiva che viene prelevata da un altro corpo. L'espianto d'organo – regolato da normativa giurisprudenziale – può avvenire dal corpo integro di un donatore che comunque manterrà intatte le sue funzioni di vita (è il caso di espianto di un organo doppio come il rene o di una parte di organo di cui può essere asportata una sezione come il fegato) o da un corpo la cui attività è limitata alle funzioni vegetative essendone stata dichiarata la morte cerebrale. La morte cerebrale (su cui si pronuncia un'apposita commissione) – nello specifico la mancanza documentata di attività cerebrale – significa di base l'assenza della coscienza, l'elemento che si pone significativo per la dignità di vita. Di necessità l'espianto degli organi – a esclusione dei casi sopraccitati dove il donatore manterrà integre le sue funzioni vitali – contempla la fine anche delle funzioni vegetative del donatore, la morte estesa a tutto il corpo.

Dal tipo di azione, che in ambito antropologico assume interpretazione di atto cannibalico (il nutrimento – nel merito l'organo – che passa da un corpo a un altro della stessa specie), sorgono problematiche nel campo della medicina per la definizione dei parametri dell'assenza di coscienza, dell'etica e della religione non solo, ma anche nel campo del sociale relativamente alla distribuzione degli organi, infine di carattere filosofico sul significato stesso della vita intesa come struttura biologica cosciente.

La struttura biologica *cogitans* ha dignità e diritto alla vita, la struttura biologica *non cogitans* ne è priva e viene a configurarsi come serbatoio di organi/tessuti a disposizione della *cogitans*. È il momento dove viene coniugato un privilegio, quello del *cogitans* sul *non cogitans*, mentre a entrambi appartengono le funzioni vitali del sangue che scorre, del cuore che pulsa, dei polmoni che respirano, del metabolismo che è attivo, rimanendo la disparità della finzione cerebrale.

MEDICINA E SCIENZE

La definizione di “medicina”, come riportata nella espressione di sintesi dizionaristica “*Scienza che si occupa delle malattie, della loro cura e prevenzione*” (Sabatini Coletti, 2010) riferisce direttamente al lemma lo status di scienza, includendo la specifica, che parcellizza il contenuto del termine, nelle fasi specialistiche dello studio delle malattie, della applicazione terapeutica, della prevenzione (clinica? epidemiologica? ambientale? sociale?).

Si pone il problema epistemologico per la medicina quale collocazione in ambito scientifico; inoltre il suo integrarsi, nell’evoluzione storica, con la chirurgia – già considerata attività manuale priva di cultura speculativa intellettuale, pur richiedente di supporto tecnologico – ha contribuito a configurarne ancor più l’aspetto polimorfo di *iatrike techne*.

La medicina è dunque disciplina che si può definire “composita” per la varietà argomentativa, spaziando sia in contesti di pertinenza sia delle scienze naturali sia delle scienze umane/sociali: il corpo nella sua *physis, res extensa* – direttamente soggetta alle leggi della fisica –, e in aggiunta la galassia mente, *res cogitans*, con l’attività del pensiero e la sfera emozionale, dove sono presenti valenze qualitative, improbabili oggetto di indagine empirica.

Le scienze umane, cui viene riferito il termine *soft*, a livello epistemologico non applicano *in toto* la metodologia delle scienze naturali, definite *hard* in quanto corpo di conoscenze logicamente organizzate a definire leggi. Nel merito le scienze umane sono discipline che studiano l’individuo come essere sociale, ovvero come essere che, inserito in una società, partecipa ai suoi processi di origine, di sviluppo e di cambiamento, da qui l’accezione anche di scienze sociali. Nelle scienze umane l’oggetto di ricerca non è costituito dalla quantità, bensì da aspetti qualitativi, dove l’uso della matematica non è applicabile alla pari dello studio di un fenomeno fisico: non esiste una legge scientifica che spieghi la per-

sonalità dell'uomo, le origini della cultura umana o dei fenomeni affettivi, mentre esiste una sola legge che spiega la velocità dei corpi fisici nello spazio in termini matematici.

Una spiegazione del divario tra le due tipologie di scienze è relativa al fatto che a livelli sempre più elevati di organizzazione la materia presenta il fenomeno dell'*emergenza*, proprietà non deducibile da quella della materia allo stato più elementare (M. Marsonet). Così per la biologia, e in particolare per le scienze del comportamento umano e per le scienze sociali, venendo a negarsi la possibilità di *riduzione* di leggi o teorie di una specifica scienza a quelle di un'altra. Ne deriva il carattere *non teorico* delle leggi delle scienze sociali, in quanto formulate in maniera induttiva da regolarità riconosciute nei dati sperimentali e non derivate da leggi teoriche, al contrario una teoria della fisica configura un sistema di leggi teoriche ed empiriche formulate con connessione deduttiva.

Nei fatti, in un approccio ermeneutico lo scopo delle scienze sociali si configura con un fatto di *comprensione*, rimanendo la *spiegazione* l'obiettivo di quelle naturali.

Nel merito, si pone il problema epistemologico della medicina quando si consideri l'attribuzione di criteri empirici su cui formulare delle leggi nella descrizione dei fenomeni relativi al corpo umano nella sua complessità.

Il corpo umano è *fabrica* di alta complessità, considerato per la sua specificità al vertice della scala biologica. E sull'aspetto biologico, sul significato biologico delle strutture, anche le più semplici si assume il problema alla base. Il fenomeno della vita biologica trova spiegazione per lo più nelle dottrine creazionistiche o in costruzioni filosofiche che ammettono entità metafisiche, dove la scienza, come intesa nel contesto culturale occidentale, è spettatore.

Gli individui possiedono corpi e sono entità fisiche sottoposte alle leggi della fisica, strutture biologiche complesse, ma la complessità, che nel percorso temporale si è espressa verticalmente, rende i loro comportamenti tali che non sembra possano essere adeguati alle leggi della fisica.

Le modalità comportamentali vengono studiate e interpretate nell'ambito delle scienze definite sociali, l'osservazione condotta sulle azioni interdipendenti degli esseri umani. Al fine di formulare leggi-postulati per questo tipo di fenomeni, il modello di studio viene mutuato dalle scienze empirico-naturali per l'essenzialità della rappresentazione. Dunque il modello della speculazione fisica, adattato allo studio dei fenomeni sociali, dovrebbe configurarsi in un *empirismo sociale*, materia che descrive un contesto dalle caratteristiche del tutto peculiari rispetto al mondo della fisica. Una indefinita molteplicità di variabili sono proprie della complessità della struttura biologica, e gli esseri umani, al vertice, agiscono secondo una specificità che trova il suo riferimento nella *res cogitans*, definizione delle attività mentali. Il "comportamento manifesto" diventa oggetto di studio – *comportamentismo* – laddove la *mente*, *l'attività di pensiero*, la *sfera emozionale*, quando non suscettibili di indagine empirica conformandosi nelle espressioni individuali, rimangono nell'indecifrabilità.

Tutto ciò ha per la medicina conseguenze molto importanti. U. Galimberti, nell'introduzione di un noto saggio di Jaspers, scrive:

«Se lo statuto dell'uomo non è lo statuto della cosa, se il suo "comportamento" non è un "movimento" analogo a quello delle cose naturali, la medicina che accostasse l'uomo con le metodiche positive delle scienze della natura spiegherebbe dei fatti, ma non comprenderebbe dei significati, l'umano resterebbe fuori della sua portata, perché un fatto, spogliato del suo

significato, è per definizione in-umano. [...] Il fatto non è in grado di esprimere da sé il suo significato. Significare è indicare qualcosa che trascende il fatto, e che si scopre non analizzando le modalità con cui il fatto accade, ma il senso a cui il fatto rinvia. Per questo fatti fisiologici, considerati in sé stessi, ci sono, ma non significano nulla» (K. Jaspers, 1991).

La posizione della medicina, che appartiene alla sfera culturale antropologica, è relativa all'ambito sociale, dovendo comunque operare su strutture sottoposte alle leggi della fisica: è l'individuo che opera all'equilibrio della propria omeostasi, a mantenere le variabili fisiologiche entro i limiti determinati di variazione: la *res cogitans* che agisce sulla *res extensa*, rimanendo il rapporto tra *res cogitans* e *res extensa* fatto indefinito. Questo pone la problematicità della sua collocazione nelle scienze.

Francesco Paolo Colacioppo

La medicina tra scienze naturali e scienze umane.

La sala di aspetto di un ambulatorio medico e la porta che la divide dal luogo dell'incontro con il malato o la porta di casa che accoglie il medico nel luogo di vita del malato stesso, costituiscono lo scenario di un'antica rappresentazione in cui si rinnova in maniera quasi magica il tentativo di affrontare il "male" attraverso il dialogo di un uomo con un suo simile.

La rappresentazione della visita medica, come un tempo veniva denominata (mettendo in evidenza l'atto "pro-attivo" del medico nei confronti del malato, ossia l'atto del recarsi – presso il letto del paziente nella sua casa), che proponiamo come "*incipit*" di queste riflessioni sulla questione della medicina, vuole evidenziare il problema più urgente della gestione della salute nell'era post-moderna che viviamo, ossia la relazione medico-paziente. Solo se si parte da questo nucleo comunicativo che vede come fondamentale il rapporto tra due uomini (il medico e il malato), si può sperare di risanare la frattura che li divide in una sorta di "scissione nucleare" con relativa deflagrazione che si manifesta ad esempio con le derive della medicina difensiva o di quella "amministrata" non rispondenti alla domanda di salute e insoddisfacenti nel contesto sociale in cui operano.

Partiamo quindi adottando un metodo di analisi della situazione utilizzando la metafora del metodo clinico che prevede:

1. La formulazione di una **diagnosi** (cosa accade oggi in questa particolare tipologia di rapporto tra uomini che è la relazione medico-paziente);
2. La proposta di un **suggerimento terapeutico** (indicando una possibile via di risoluzione del processo patologico che mina l'alleanza tra medico e malato);
3. ipotesi di **prognosi** (delineando un possibile scenario futuro della questione medica).

1. LA DIAGNOSI

Partiamo quindi cercando di definire gli attori di questo incontro. Il medico e il malato. Se non è difficile (almeno in apparenza, ma vedremo invece che lo è) a definire la figura del medico, ancora più difficile è definire quella del malato. Il malato, in base ai mutevoli paradigmi scientifici e ai vari contesti sociali che si sono susseguiti nel processo storico, è stato definito come *paziente* (mettendo in particolare risalto il sentimento di fragilità ed evocando un atteggiamento empatico nei suoi confronti), come *utente* (in osservanza dei nuovi precetti della sanità amministrata ed economicista), come *consumatore* di servizi sanitari (come emerge nell'attuale contesto di mercato della salute). Naturalmente a fronte di definizioni sempre più utilitaristiche e de-personalizzanti vi sono anche alcune definizioni "umanistiche" che definiscono il malato *persona*. Tuttavia preferisco chiamare il malato: "il *malato*"; cercando così di mettere fuori gioco le definizioni economicistiche e smantellando le coperture palliative umanistico-spirituali che potrebbero farci perdere di vista la realtà. La realtà appunto. Ma la realtà di cosa? L'uomo malato che mi siede di fronte (o giace accanto) cosa/chi è? È "*oggetto*" di indagine scientifica o è "*soggetto*" sfuggente al tentativo oggettivante del medico? È a mio avviso: *mistero*. Complessità che si incarna in una individualità per certi versi insondabile, irriducibile a moda-

lità standard di indagine. Vi è in altri termini una distanza ontologica che separa l'analista dall'analizzando, simile alle dinamiche conoscitive familiari tipiche del principio di indeterminazione della fisica quantistica. Di fronte al malato quindi l'atteggiamento del medico dovrebbe essere quello di un cauto indietreggiamento: il medico consapevole della propria "ignoranza", conscio dell'arroganza della tecnica oggettivante, dovrebbe iniziare a tacere, porsi in ascolto dell'uomo malato che gli è di fronte che in un'ottica ermeneutica rappresenta il testo da interpretare. Ma sul modo di cambiare le cose si dirà più avanti trattando del tema della "terapia". La questione di chi sia il malato rimanda alla questione di chi sia il medico, perché la definizione dell'uno è strettamente collegata alla definizione dell'altro. Il medico è espressione della società in cui oggi viviamo, ossia della società della tecnica. È la Tecnica che "crea" il medico e l'"Apparato" nel quale è iscritto e segna la relazione con il malato e con tutto quello che lo circonda. Il Mondo della Tecnica ha da tempo soppiantato la Ragione filosofica che a sua volta aveva cancellato il Mito. Il mondo che appariva un tutt'uno coerente con la narrazione mitica perde, con l'avvento del Logos, la sua immagine onirica, il sostegno dell'Invisibile, affidandosi dapprima alle acrobazie della Ragione (portando all'estremo il tentativo di forzare il pensiero verso la Soluzione) e poi, fallendo miseramente e cadendo dal volo pindarico, ripiega e rimpicciolisce fino al microcosmo biochimico-molecolare che trova le nuove certezze nell'infinitamente piccolo. Il medico passato tra le definizioni di *stregone*, *medico-filosofo*, ha preso le sembianze di *medico-scienziato* sposando definitivamente lo spirito positivista (o meglio neopositivista) nell'età della Tecnica che viviamo oggi. A cosa assistiamo quindi oggi nelle austere camere di ospedale (e sempre meno nelle case)? I luoghi della cura accolgono i *corpi-korper* (ossia quelli oggetto dell'anatomia patologica e della strumentazione

tecnologica) e non i *corpi-leib* (ossia i corpi vissuti), considerando solo i primi degni di indagine e accettati dalla logica del sistema oggettivante della tecnica, lasciando fuori i secondi, troppo ingombranti e inadeguati per la medicina della tecnica. Con questa operazione la medicina della tecnica ripropone l'antico errore cartesiano separando il corpo dall'anima, despiritualizzando il corpo, reso mera *sostanza* da indagare con meticolosa analisi scientifica e ponendolo come unico interlocutore nella dinamica pseudo-dialogica analista-analizzando. Alternativo a tale approccio è lo sguardo fenomenologico antropologico-esistenziale che legge il testo dell'uomo malato con occhio libero da rigidi condizionamenti scientifici e cerca di cogliere il vissuto con atteggiamento empatico. Ma questa è tutta un'altra storia. Dopo il tramonto delle narrazioni moderne si è caduti nella palude del relativismo post-moderno nel quale l'idea di verità è venuta a mancare crollando sulle sue fragili fondamenta e consegnandoci ad un'epoca del *quasi*:- ipotesi quasi-vera o quasi-falsa, epoca del "si fa", dell'omologazione, dell'uguale, dello standard, delle linee-guida, ossia l'epoca del *pressappoco*. Ciò ha dato l'ultimo colpo alla credibilità del medico che si trova spiazzato da un lato dalle visioni organizzative il più delle volte limitative della sua libertà e dall'altro dalle esigenze sempre più circostanziate della società che gli chiede il massimo delle prestazioni con il minimo delle risorse, in onore alle vigenti idee dell'efficienza e dell'efficacia (nozioni figlie di un vocabolario distante dall'arte medica). L'atteggiamento (pseudo-) scientifico attuale tende inesorabilmente a ridurre il malato ad una variabile di quantità che rientra o meno nei valori medi degli standard di variabilità. Oggi seguendo questa ottica riduzionista, si riduce la condizione dell'essere-malati a essere-numeri; questo atteggiamento si può riscontrare dall'interpretazione dei parametri di laboratorio (es.: la glicemia) all'analisi delle condizioni psichiche (con la valuta-

zione delle funzioni cognitive attraverso i test psicometrici). Il ricorso alla logica numerica è naturalmente funzionale alla possibilità di manipolazione dei dati e delle condizioni patologiche cui è “ridotta” la condizione dell’essere-malati. Se ciò risulta necessario e funzionale per la ricerca scientifica, tale approccio si mostra sempre più inadeguato alla prassi clinica. Non si tratta di negare la necessità di un approccio scientifico del medico nei confronti del malato ma si deve riconoscere anche l’insufficienza di tale approccio, ad esaurire nella scienza, l’unica via di conoscenza dell’essere-malato. Si ripropone quindi il consueto contrasto dialettico tra scienze della natura e scienze umane. Tale processo ha sempre previsto una “sostanza” fisica oggetto di indagine delle scienze naturali e una “sovrà-sostanza” campo di indagine da parte delle scienze umane. Tale scissione ha prodotto parecchi problemi nella prassi medica, specie in quelle discipline che indagano la psiche come storicamente la Psichiatria. È propriamente nell’ambito delle varie correnti psichiatriche nelle quali in maniera più forte e aspra si è svolto il dibattito che ha contrapposto i “biologisti” (che vedono nella psiche una “espressione biochimica”) contro gli “ambientalisti” (che vedono invece nell’inconscio, nella famiglia e in generale nelle relazioni la genesi delle manifestazioni psicopatologiche). La corrente filosofica che ha indagato il *mind-body problem* ci ha fornito molte indicazioni a tale proposito e ha soprattutto messo a nudo tutte le insufficienze degli approcci dualistici che prevedono la separazione di corpo e mente con la separazione delle scienze che se ne occupano, arrivando così a far emergere la “schizofrenia” di tale approccio separatista. Ma anche queste precisazioni di ordine metodologico non riescono, a mio avviso, a scardinare il paradigma *scientista* e quello *culturalista*. Nemmeno i tentativi per una ricomposizione dell’uomo attraverso le vie della psicosomatica possono essere utili al progetto di riforma del rapporto medico-paziente. Infatti a questo

pur lodevole approccio viene a mancare ad esempio l'accento della componente sociale, necessario a contestualizzare la relazione medico-paziente nell'ambiente comune che circonda la relazione e la determina nel suo significato. Ed è proprio qui la difficoltà: ossia la necessità di mettere nell'algoritmo diagnostico tutte le variabili della relazione medico-paziente: il corpo del paziente, la sua psiche, il contesto sociale in cui opera, lo sfondo antropologico, la tipologia di medico, il sistema sanitario in cui si opera, l'economia, la società, il contesto storico e finanche le variabili ancora più difficili da studiare come la filosofia/ideologia dominante del tempo e le prospettive socio culturali a volte inimmaginabili. La variabile *contesto* ad esempio dà ragione della estrema differenza della relazione medico-paziente che si svolge in un'unità intensiva di rianimazione (dove ci si confronta quasi esclusivamente con la dimensione della corporeità oggettiva) rispetto all'approccio che si instaura tra medico e paziente affetto da demenza, con il quale si deve stabilire un rapporto dialogico in cui è soprattutto il mondo cognitivo e affettivo e quindi del vissuto, della soggettività ad essere indagato. Parimenti importante è anche il mondo che circonda la relazione tra medico e paziente a condizionarne la qualità: l'attuale mondo occidentale avanzato impone le sue regole economiche anche in ambito sanitario dove si assiste alla predominanza della dimensione della "struttura" economica sulla "sovrastuttura" culturale e subordinando le esigenze e le necessità dei pazienti alla sostenibilità economica del loro soddisfacimento.

Siamo giunti così alla descrizione di un quadro che assomiglia ad una rappresentazione teatrale in cui elementi di farsa si mescolano a quelli di una tragedia. I protagonisti della rappresentazione, ossia il medico e il malato, sono costretti a seguire un canovaccio scritto da autori *altri* che impongono una sceneggiatura improntata a vocaboli presi a prestito dal mondo dell'economia e che si

inscrivono perfettamente al sentire comune dell'efficientismo tecnologico che mette in secondo piano il mondo dei vissuti. Da questo vincolo tecnologico e tecnocratico non si esce se non rivendicando un nuovo sentire, una nuova idea di medicina e, ancora più necessaria, una nuova idea di medico.

2. LA TERAPIA

Innanzitutto per concepire la possibilità di formulare un'ipotesi di soluzione del problema della *questione della medicina* oggi, bisogna capire la necessità di una rifondazione ontologica. Bisogna quindi essere consapevoli dell'entità del problema, capire che la medicina, come oggi è praticata, porterà verso un'insoddisfazione sempre più crescente in considerazione del fatto che è oramai prioritario solo il vincolo economico che condiziona negativamente ogni libera scelta del medico. Cruciale quindi a questo punto è ridisegnare la gerarchia con le priorità dei problemi e dei ruoli, rimodulando i processi, partendo dalla rifondazione dell'*uomo-medico* e riallacciando il legame con l'*essere-malato*, tenendo presente l'ecosistema sociale in cui è inserita tale particolare relazione. Per cominciare partirei dal concetto di osservazione medica, da quello che è stato definito l'occhio clinico e che riformulerei nella formula di: *sguardo medico*. Per sguardo intendo non solo l'utilizzo della vista intesa quindi come attività sensoriale visiva ma sguardo inteso come percezione attenta e discreta di ciò che *accade-presso*, ossia presso l'essere-malato. Tale sguardo non può esaurirsi nella decodifica dei segnali oggettivi della patologia (gli esami di laboratorio alterati, un'immagine sospetta alla TAC, un punteggio alterato di una scala di valutazione) ma deve immergersi nel mondo che ci *accade-presso*, con la ingenuità priva di pre-giudizi scientifici colmi di ansia classificatoria in nosologie preconfezionate. In altri termini bisogna dare tempo al malato di far emergere il disagio fisico-psichico-sociale nel suo *essere-presso*,

così che questo possa *accadere* di nuovo davanti a noi. Immagino una riproposizione della maieutica socratica nella quale a “partorire” è l’essere-malato. Per permettere l’epifania del patologico non bisogna avere fretta; certi processi avvengono in maniera spontanea e mal si adattano ai brevi tempi preordinati di una vista medica standard. Il presentarsi dell’emergenza del disagio può essere osservata anche in occasione di esami strumentali-pretesto: ad esempio nel corso dell’esecuzione di un esame ecografico; la connessione tra medico e paziente simbolicamente potrà essere rappresentata dalla sonda ecografica che “magicamente” connette il mondo dello sguardo medico con quello dell’essere-malato. Il pretesto dell’esame ecografico congiunge i due mondi e li fa partecipi di un destino comune che ha come scopo la conoscenza del “male”. L’essere-malato rimanda all’idea appunto di “male” con tutto il carico simbolico che porta con sé. Nell’atto dello sguardo medico bisogna fare i conti con la possibilità dell’incontro con il male, il negativo, il contingente. La fragilità dell’essere-malato si manifesta con un deficit, una malfunzione, con il *non poter-essere*, con il negativo. La contingenza ci fa fare i conti con il negativo che è insito in noi in quanto enti. La sfida della malattia che minaccia il nostro benessere rimanda ad un significato più profondo: la possibilità del negativo nel seno del positivo, della morte dentro la vita, del non-essere nell’essere. Per certi versi si ripresenta come un’ombra il concetto Parmenideo dell’Essere che tutto comprende, e che vede nel susseguirsi degli eventi degli enti in divenire (come il passaggio dalla salute alla malattia) una semplice *doxa*, apparenza, illusione. Non è facile per nessuno, sia esso malato o medico, accettare l’idea del divenire che si concretizza nell’invecchiare, nell’ammalarsi, nel morire. Assistiamo ad un’epoca che ha cancellato la morte, con un’opera di rimozione tanto gigantesca quanto fallimentare nel raggiungere l’obiettivo di riuscire nell’impresa della sua negazione. Nelle

corsie di Ospedale è diventato difficile comunicare la diagnosi grave o addirittura la morte avvenuta di un paziente ai suoi familiari perché con questo atto viene catapultata la morte all'interno della loro vita reale, il negativo nel contesto del positivo, del *vivente per sempre*, dell'immortale, del mondo dell'illusorio *vitale*.

Un altro esempio di "scacco" dell'*esserci* Heideggeriano nel mondo della vita è rappresentato da quella che è diventata l'epidemia silenziosa del "male oscuro", della Depressione, che cancella le persone nel loro *essere per la vita*. L'interpretazione che ne dà la psichiatria nosografica e biologista appare deludente: non è credibile pensare che il disturbo depressivo sia principalmente l'espressione di una carenza biochimica (carenza di serotonina, di noradrenalina) e che quindi il rimedio sia un supporto molecolare dei neurotrasmettitori carenti (gli antidepressivi agiscono come agenti serotoninergici e/o noradrenergici). Non è possibile rimuovere tutto il corposo bagaglio autobiografico che comincia dal vissuto infantile, così fortemente intriso di dinamiche inconscie, fino a giungere agli assiomi dell'attuale società della prestazione che fanno sentire il soggetto non all'altezza, smarrito dalla pressante logica competitiva e consumistica che tiene in vita la società *liquida*. Siamo alla resa finale di una società fondata sulla *vita attiva*, che ha visto protagonista l'*homo faber*, e della sua idea che misura il senso della vita in base al *quantum* prodotto e accumulato. Siamo alle soglie di un'epoca che dovrà necessariamente invertire la rotta passando dalla direzione del *fare* a quella del *pensare* o meglio ancora del *meditare*. Trovo cruciale questa conversione nell'economia del rapporto medico-paziente. Se si continuerà a giocare tale partita in termini di medicina "attiva" perderemo l'occasione di una rinascita della medicina stessa come attività "passiva", ossia ricettiva, comprensiva, meditativa. Gli ambulatori medici prima di svolgere l'attività di punti erogatori di risposte cliniche e tecnologiche alle domande di salute dovranno

cominciare ad essere luoghi di ascolto dove lo sguardo medico avrà il compito di accogliere il dolore e in senso ampio la contingenza nella sua varia e molteplice espressione. I luoghi della cura dovranno essere sempre più luoghi aperti alla elaborazione del lutto e dell'accettazione dell'essere-malati, della presa di coscienza da parte del malato del comune destino dell'essere mortali che lo accomuna a tutti gli uomini e allo stesso medico che si prende carico del suo fardello bio-psico-sociale minacciato nella sua integrità dalla condizione di malattia.

Per superare l'impasse dell'impervio confronto con il negativo bisogna lavorare alle radici dell'essere-medico, bisogna probabilmente rifondare l'idea stessa di medico facendo riferimento a saperi altri. Mi riferisco alla necessità di assemblare in una unità coerente da un lato la formazione scientifica del medico, che deve fondare il suo procedere clinico osservando le regole di un sapere epistemologico rigoroso fondato sul metodo della verificabilità, e dall'altro la sensibilità umanistica che matura con l'esperienza del fare e del rigore morale. Non ritengo decisivo per il medico sposare una specifica scuola epistemologica (sia essa basata sul falsificazionismo Popperiano o all'opposto libera di fluttuare nel marasma di una anarchia metodologica feyerabendiana); resta invece imprescindibile utilizzare il metodo scientifico nelle modalità più consone alla formazione del medico e al contesto sociale del suo operato. Ma a questo bisogna aggiungere altro che non può essere semplicemente e genericamente un approccio umano o un riferimento al malato come persona. Bisogna pretendere di più. Bisogna osare di più. I filosofi cosiddetti Presocratici secondo la lettura di Giorgio Colli hanno rappresentato gli ultimi Sapiienti prima della venuta dei Filosofi ossia degli Amanti (*Filo-*) della Sapienza (*-Sofia*). I Sapiienti hanno qualcosa in più dei *Filo-sofi* perché non "seguono" la Sapienza ma la posseggono. La grandezza di Omero o di Parmenide rispetto a Platone sta nel fatto

che i primi hanno sentito la voce della Verità (utilizzando il *Pathos*) mentre l'ateniese l'ha ricercata, perseguita, inseguita (utilizzando il *Logos*). Jaynes postulando l'idea del crollo della mente bicamerale e quindi l'origine della coscienza ha gettato un ponte tra le neuroscienze e la genesi della sapienza greca: i sapienti dell'antica Grecia e ancora prima i saggi orientali "utilizzavano" come dominante l'emisfero cerebrale destro (regno del *Pathos*) e così erano in sintonia con il mondo degli Dei e dell'immaginario, del sogno, dell'invisibile, mentre da Socrate in poi è diventato dominante l'emisfero sinistro (luogo del *Logos*) con il progressivo avanzare della Ragione. Parlare oggi di sapienza, nell'epoca nella quale si intravede come prossima l'era in cui il medico verrà "assistito" nella diagnosi e nella terapia da cervelli elettronici con software dedicati e addirittura sostituito nel proprio ruolo da un robot, può apparire sconcertante. Ma lo sconcerto è lo stesso sentimento che riempie il cuore del curante e del malato di fronte allo *scandalo* della malattia, della sofferenza e della morte. Bisogna rifondare la prassi medica dedicandosi ad arti ormai perdute come quelle dell'ascolto (che trova nella compilazione dell'anamnesi il momento cruciale), di una nuova semeiotica attenta non solo ai segni del corpo ma ai significati dei volti. I volti parlano anche in silenzio. Sono i volti della sofferenza, della tenerezza, del disagio, dello smarrimento, della paura, della vertigine, dell'abisso. L'abisso appunto, l'*Ab-grund*, il *senza-fondamento*, il topos più rappresentativo dell'uomo di questa epoca, ancor più dell'uomo nella condizione dell'essere-malato. L'assenza di fondamento rende la condizione della vita precaria e fragile nella sua essenza. L'*essere-gettato nella situazione* tipica dell'esserci diventa ancora più abissale in considerazione del fatto che anche il "ci" risulta de-situato in un luogo senza coordinate precise, in una condizione di liquidità esistenziale, in un luogo senza spazio e in un tempo relativo. Così disorientato l'uomo e in particolare

l'essere-malato (ossia l'uomo nella sua intrinseca e inevitabile potenziale evoluzione negativa dell'essere *per la morte*) resta sospeso in un non-luogo come in un bozzolo atemporale, in una situazione che tende inesorabilmente ad avvicinarsi a quella della pre-nascita, alla vita intra-uterina, ossia l'uomo nella condizione di malato sente la morte come in una reminiscenza platonica nel profondo abissale della sua memoria remota di essere unicellulare immerso in un nulla atemporale, partecipe del Tutto indistinto come lo *Sfero* di Plotino o l'*Essere* di Parmenide. I saperi *altri* cui in precedenza facevo accenno sono quindi da ritrovare negli scrigni della sapienza greca o nella ricerca di un Levinas che "legge" nel volto dell'altro il Totalmente-Altro ossia Dio. Il volto del malato che ci *sta-presso* non richiede solo la nostra attenzione come pagina di un testo da interpretare per arrivare alla diagnosi ma significa anche qualcosa che va oltre il pensabile, il "logico". Il volto dell'essere-malato esige da me un impegno morale che mi obbliga a prendermi cura di lui senza motivazioni "logiche" ma semplicemente mi dice: "*prenditi cura di me*". L'interlocutore del medico, il volto del malato, è qualcosa di più di un malato, è un *mistero metafisico*. E come tale richiede da parte dell'uomo-medico una attenzione particolare, un ascolto speciale: l'essere-medico di fronte al volto dell'essere-malato è come in uno specchio che da un lato riflette la propria condizione di anti-Narciso (il medico vede nel malato l'immagine riflessa della propria condizione di mortalità) e dall'altro intravede oltre lo specchio la condizione abissale che rimanda al totalmente Altro, al Dio, all'Invisibile che non riesce più a vedere e stenta a percepirla il profumo.

3. LA PROGNOSI

Siamo ora giunti al momento di poter ipotizzare una previsione dello scenario futuro, parimenti alla condizione di malattia che dopo la fase diagnostica e terapeutica ci pone di fronte il proble-

ma di formulare una prognosi. Con un certo grado di probabilità si può prevedere che il binomio dialettico medico-paziente tracci due solchi sul terreno del tempo: da un lato la ricerca scientifica (l'apparato tecnico) continuerà nel perseguire il mito prometeico di sfidare gli Dei e dare all'uomo sempre più strumenti per modificare il divenire manipolando gli enti; dall'altro si dovrà necessariamente auspicare lo sviluppo di una ricerca multidisciplinare che abbraccia le scienze psicologiche, sociologiche, antropologiche, filosofiche e teologiche nello sforzo di cercare di dare un senso alla relazione medico-paziente e permetterne uno sviluppo dialettico. Si può facilmente immaginare la difficoltà di comunicazione tra gli attori delle due culture: la scientifica e l'umanistica. Se l'una aspira alla soluzione dei problemi attraverso la "cosalizzazione" (rendere "cosa") dell'uomo riducendolo appunto a "oggetto", l'altra per converso si spinge fino a prospettare una svolta "mistica" della relazione interumana. Se non si trova un interprete che permetta di far comunicare i due linguaggi ci sarà incomprendimento perenne con conseguenze disastrose i cui effetti sono già presenti ai nostri occhi con insoddisfazione generale che affligge sia gli operatori della salute che i fruitori dei servizi sanitari. La difficoltà di comprensione nasce dal "peccato originale" cartesiano ossia dalla separazione della *res extensa* dalla *res cogitans*; tale scissione dell'uomo ha comportato anche la separazione delle scienze delle due "res" allontanandole l'una dall'altra con conseguenze che si concretizzano ad esempio nella gestione "separata" dei due ambiti con metodologie e strategie di azione differenti e non comunicanti. Appare quindi palese l'inadeguatezza del medico di fronte alla complessità del malato che esige un approccio multidisciplinare e multiculturale: in fondo è stato formato "solo" per gestire il corpo del malato in una ottica meccanicistica, non è in grado di comprendere l'essere-malato nella sua complessità. Per migliorare la qualità del rap-

porto medico-paziente e dell'apparato della medicina nella sua globalità bisognerebbe trasformarlo rifondando la medicina in maniera "rivoluzionaria". Non si può pensare di riformare la medicina con le "riforme" che agiscono solo sui contenitori, bisogna agire modificando i contenuti, le prassi mediche, i presupposti filosofici che sono alla base dell'agire medico. Se la medicina resterà mera tecnica dei corpi assisteremo ad una progressiva degenerazione di tutto il sistema della salute. Solo se la medicina farà lo sforzo di alzare lo sguardo dal *corpo-cosa* e trovare *l'altro presso di sé* ci sarà la possibilità di una rinascita con il ritrovamento del senso del proprio agire. L'atto medico ritroverà il senso originario quando sposterà il suo sguardo dallo specchio di Narciso al volto dell'altro che riflette l'immagine della condizione di vulnerabilità e allo stesso tempo rinvia ad un senso ulteriore, del *totalmente Altro* appartenente alla sfera inconoscibile dell'*Onnicomprensivo*, alla sfera dell'Essere.

Andrea Grieco

La medicina tra scienze naturali e scienze umane.

Il titolo di questo elaborato contiene al suo interno una forza evolutiva di straordinaria attualità, tanto che sono fermamente convinto che la Medicina potrà tornare ad essere al servizio dell'Uomo che soffre, solo se ritornerà a chiedere il contributo della Filosofia, per ripensare sé stessa e i propri paradigmi. Mi spingo oltre... dovrà esserci un esame, nel percorso formativo del medico, di Filosofia della Medicina, nel quale il futuro medico possa strutturare una capacità investigativa delle realtà che si troverà ad affrontare, a partire dal senso del proprio essere medico, della propria visione della malattia e della salute, del "dove e come" spingere la sua voglia di essere di aiuto al proprio prossimo. La Filosofia insegna a cambiare i *paradigmi* dell'arte medica. *Paradigma*, dal greco antico, *paradeigma*=modello, può essere definito come la cornice di riferimento concettuale condivisa da una comunità di scienziati, la quale fornisce loro problemi e soluzioni nell'ambito della totalità delle modalità interpretative (percezioni, pensieri e valori) della realtà studiata.

Trasferito in ambito medico, significa che i fenomeni biologici vengono valutati con chiavi interpretative nuove e differenziate, in modo da giungere ad una integrazione, la più ampia possibile, degli stessi, e quindi avvicinarsi alla verità, diagnostica e terapeutica.

Nello svolgimento di questo elaborato, spero di poter dare al lettore l'idea di come un atteggiamento di tipo filosofico, aperto al

perché, al come, al da dove ed al verso dove, delle cose osservate e delle scelte terapeutiche fatte, sia fondamentale per dare fluidità di pensiero applicato alla soluzione dei problemi di salute ed alla ricerca di modi sempre nuovi atti a mantenere in benessere/salute, le persone.

Nella Storia della Medicina, si è portato avanti un tentativo continuo di cercare nel sempre più piccolo l'origine delle malattie: si è così arrivati alle cellule ed alle alterazioni della respirazione endocellulare, dei processi energetici e metabolici come fattori primi di ogni malattia. Questo è vero per quelle malattie che hanno una genesi primitivamente cellulare. In Medicina "primitivo", si potrebbe tradurre con "...che inizia da lì". Ora, un processo patologico, non è mai primitivo alle cellule, perché prima di arrivare alle cellule, un processo patologico passa dal Sistema Nervoso, dal Sistema Immunitario e dalla matrice extracellulare (che è l'insieme degli spazi compresi fra cellula e cellula. Quindi, quando si dice che un virus o un batterio o una tossina sono responsabili di una certa malattia, in realtà non si dice una cosa corretta, perché chi è veramente responsabile della malattia è l'incapacità del nostro Sistema Immunitario e dei nostri sistemi di difesa in generale e di disintossicazione, a far fronte all'aggressione, chimica o virale o batterica o tossica o neuro-indotta che sia. Mi soffermo su quest'ultima parola "neuro-indotta": ci sono malattie che non nascono da una causa esterna precisa o meglio non è possibile riscontrare un nesso di causa-effetto o un nesso temporale con una causa esterna. Ad esempio: contraggo una brutta influenza; l'influenza non nasce "brutta", lo diventa per come impegna il mio organismo; inizialmente c'è un virus influenzale appartenente ad un certo ceppo, che vuole entrare nelle mie cellule per installarsi come ospite sgradito ed in esse trovare la sua "casa"; il mio Sistema Immunitario si attiva, il mio sistema di difesa neurale si attiva, creando la condizione clinica che poi uno

chi amerà “brutta influenza”, per l’intensità dei sintomi reattivi con i quali si esprime questo tentativo di difesa. Guarisco, dopo un paio di settimane, dai sintomi che hanno sancito la diagnosi clinica di influenza: febbre, malessere generale, sintomi respiratori e/o gastrointestinali, cefalea, indolenzimento muscolare fino al dolore, stanchezza, nausea, vertigini, disappetenza ecc. Trascorrono alcune settimane in cui, pur definito “guarito”, dal medico curante, sento che la condizione di “guarito” mi va stretta, nel senso che continuo a sentirmi stanco, indolenzito, un po’ triste, disappetente, con difficoltà digestive, alitosi ed a volte febbricola. Non c’è più l’influenza... da quella sono guarito; ma, allora, perché non sto ancora bene? La risposta è semplice e complessa, nello stesso tempo: perché il mio Sistema Nervoso Periferico non ha dimenticato quella aggressione virale ricevuta poche settimane prima e si è attivata una iperfunzione del Sistema Vegetativo Ortosimpatico. Questo, essendo quella parte del Sistema Nervoso Autonomo o Vegetativo che ha azione vasoattiva, quando va in ipertono, vasocostringe capillari, venule e linfatici. Ecco che allora, la matrice extracellulare, si blocca, e gli acidi che vengono continuamente prodotti dalle cellule come conseguenza del loro metabolismo, iniziano a ristagnare, inducendo una risposta infiammatoria che facilmente si cronicizza. Cosa vuol dire che “non ha dimenticato”? “Non dimenticare”, in questo caso vuol dire non tornare allo stato originario precedente all’aggressione, in cui ci si sentiva bene, in cui c’era equilibrio nelle varie funzioni biologiche. I malesseri che assillano il malato nella fase acuta possono evolvere in disturbi residuali, che hanno una base biologica ben precisa: la memoria disfunzionale presente nei circuiti neurali del Sistema Nervoso Periferico e l’acidosi della matrice extracellulare...

I concetti di memoria disfunzionale e di acidosi della matrice extracellulare sono oggetto di mie ricerche da alcuni decenni e mi

hanno portato a definire il concetto innovativo di *salute bioelettrica* e *benessere alcalino*. Sviscerare i meccanismi che sottendono a questi livelli di salute, mi ha permesso di fare chiarezza su moltitudine di forme cliniche considerate “da depressione” o “funzionali”, che in realtà nascondono ben precise alterazioni fisiopatologiche: un esempio per tutte, la sindrome fibromialgica, cui ho dedicato un libro, e l’acidosi sistemica, oggetto anch’essa di un altro mio libro.

Queste considerazioni permettono di entrare in contatto con l’utilità di un atteggiamento filosofico applicato alla Medicina ed in particolare qui al significato dei sintomi: i sintomi non vanno considerati espressione statica, temporalmente agganciata alla malattia acuta, ma una espressione di difese biologiche messe in atto dall’organismo per difendersi da una aggressione. I sintomi, se vengono considerati solo fastidi di cui sbarazzarsi quanto prima, non potranno svolgere quel ruolo fondamentale di guida alla ricerca delle vere cause della malattia. La loro soppressione indiscriminata, li trasforma spesso in memorie disfunzionali e stati di acidosi della matrice extracellulare, che portano alle cosiddette malattie croniche.

Della Filosofia, alla Medicina manca anche quella attenzione all’Uomo che da sempre è oggetto di indagine della speculazione filosofica. Infatti, proprio in questo momento storico, la Medicina sembra aver perduto in modo inesorabile, quella dimensione umana, di Scienza della cura, di relazione medico-paziente, di luogo privilegiato di solidarietà umana e terreno fertile e preparatorio di un altruismo ora definibile “d’altri tempi” (gratuito e carico di *patos*, di passione per l’altro, che soffre), che l’ha caratterizzata per molto tempo. Infatti l’essenza fondante della Medicina ruota, o dovrebbe ruotare, attorno al valore semantico della parola *cura*, che vuol di dire “amministrare”, “farsi carico” degli affanni e delle sofferenze altrui.

Per *cura* si intende anche il trattamento medico, la “terapia” (*sana-tio* nella terminologia di Galeno e Celso, grandi medici della Latinità) e la “cura” (o *curatio*). Nel nostro linguaggio attuale, abbiamo il “prendersi cura” (*to care* in inglese) ed il “curare” (*to cure* in inglese). La valenza del curare, del guarire, si è via via sempre più dissolta, rimanendo quella del semplice “trattare”, di pari passo col venir meno del “prendersi cura” della persona. “Mi fa male la gola”, dice il paziente... il medico prescrive anti-infiammatori e antibiotici rimanendo seduto nella propria poltrona e negandosi così non solo alla relazione medico-paziente (fatta di dialogo, anamnesi, visita, prescrizioni e di un “Si accomodi sul lettino, che la visito”, che sta sempre più scomparendo dagli ambulatori medici), ma anche alla relazione umana con l’altro, nella quale la vicinanza corporea è indispensabile. “Mi avvicino a te per mostrarti il mio desiderio di esserti di aiuto”... questo dice il corpo del medico che si avvicina al proprio paziente. Infatti, l’essenza di una comunicazione non risiede tanto nelle parole, bensì nel cosiddetto *para-verbale* (timbro, tono, volume della voce) e “corporeo”, cioè posizione del corpo, postura, movimenti, mimica facciale. Se non vado incontro con il corpo a qualcuno, manifesto il mio disinteresse a entrare in una relazione paritaria e solidale, con l’altro.

Oggi la Medicina è diventata sintomo-centrica... non è più persona-centrica. Non si chiede “Come posso esserti utile?”, ma “Che sintomi hai?”. Questo passaggio ha richiesto anni di emarginazione progressiva da quell’atteggiamento filosofico che ogni Scienza dovrebbe avere, compresa la Medicina. Questa è infatti Scienza Naturale applicata allo studio della Biologia umana, in funzione della garanzia della miglior vita possibile per gli individui e la società, che il loro insieme va a costituire.

La Medicina è Scienza Naturale che studia l’uomo nella sua oggettività di essere biologico, regolato da leggi condivisibili con il

resto del Creato; tali leggi sono di natura fisica, chimica, biochimica, bioelettrica, bioelettromagnetica; ma nello stesso tempo valorizza l'uomo come un essere complesso fatto di corpo, mente e anima. La Medicina deve, con urgenza, tornare ad interrogarsi sul senso e scopo del suo esistere. Questo interrogarsi sul senso delle cose, sulla direzione che prendono le nostre azioni, i nostri studi, è tipico della Filosofia. Senza la Filosofia, si scade in un meccanismo fatto di pragmatismo sterile, consuetudini aprioristiche, assenza di umiltà e chiusura verso il nuovo che avanza. Ci sono meccanismi nell'uomo che possono essere studiati in modo oggettivo, perché fanno parte del mondo fenomenologico; ci sono però aspetti del vivere umano, ed in particolare della malattia, dove gli attuali criteri del concetto di malattia non permettono di eradicare la sofferenza dalla vita delle persone. La Medicina ha bisogno dell'aiuto dei filosofi: primo, perché i filosofi, essendo per loro natura degli osservatori della realtà, sono in grado di cogliere aspetti del nostro vivere che altri non sanno cogliere; secondo, perché i filosofi sono per loro natura un po' visionari, ed hanno quindi la capacità di anticipare il futuro, di vedere e poi raccontare ciò che accadrà; terzo perché i filosofi conoscono bene il valore della parola, del *logos*.

“In principio ci fu il Logos”. Così le Sacre Scritture sanciscono l'inizio del mondo. La parola è figlia del pensiero e con esso si può identificare. Il pensiero è la funzione portante di quella caratteristica peculiare nel mondo animale, che appartiene solo all'essere umano: la ragione. Dalla ragione scaturisce la Scienza. Seguendo questo percorso logico, il rapporto Religione-Scienza appare scontato. Papa Ratzinger, “papa emerito”, nel celebre discorso di Regensburg, afferma che “ogni azione compiuta dall'Uomo, senza l'aiuto della ragione, non è nel Disegno di Dio”. Per converso, ogni azione compiuta con l'aiuto della ragione, è nel Disegno di Dio.

Tralascio i risvolti personalistici di questa affermazione, che si collocano nell'intimità della persona, dove si definisce il personale rapporto con la fede che ognuno di noi ha. Ne estrapolo la similitudine che viene implicitamente ricordata fra parola, ragione e Disegno di Dio (e quindi fra Dio e la sua creatura, l'Uomo).

La Scienza è attività della ragione; la Filosofia è Scienza della parola; la Filosofia della Medicina fa parte delle Scienze che si servono della parola, attraverso cui Dio porta avanti il suo Disegno. C'è un afflato di divinità nell'uso che della parola si deve e si può fare.

Le grandi idee innovative, che i filosofi hanno spesso offerto, sono un po' come un ritorno dal futuro... gli innovatori vedono ciò che accadrà, e lo raccontano prima che accada. In quanto visionari, i filosofi sono anticipatori del tempo che verrà, e sono quasi sempre inascoltati, per lo meno dalla loro generazione. Ciò vale per la Filosofia ma anche per le Scienze in genere. Infatti, come recita un aforisma che riporto all'inizio di uno dei miei libri: "Una nuova teoria viene sempre, prima accolta con indifferenza, se non con diffidenza e rifiuto; poi comincia ad essere condivisa ed in seguito accettata come verità scientifica: nel frattempo, almeno una generazione è già passata". Il filosofo, è troppo avanti, rispetto ai suoi contemporanei, per essere capito con facilità, tanta è la novità che portano i suoi assunti. D'altronde, tutte le innovazioni, in qualunque campo del sapere umano, sono state sempre precedute da intuizioni e quasi "racconti" di un tempo che sarà. La Medicina, secondo alcuni autorevoli studiosi, non è una Scienza in senso stretto. Se lo fosse, rientrerebbe a pieno diritto nelle Scienze Naturali, che sono una delle due branche della Scienza, insieme alle Scienze Umane. Le Scienze Naturali studiano la Terra e l'Universo in tutte le sue espressioni vitali, animate ed inanimate; esse tentano di spiegare ciò che accade nel mondo che ci circonda. La Scienza cerca spiegazioni, e lo fa sia per scopi pratici

sia per pura curiosità intellettuale dello scienziato. I *perché* cercano spiegazioni, ed ogni atteggiamento filosofico è terra dei *perché*. Le spiegazioni scientifiche sono tali perché, come affermato negli anni Cinquanta dal filosofo americano Carl Hempel, creatore di una teoria chiamata “Legge di copertura” della spiegazione, le spiegazioni scientifiche devono avere una struttura logica, fatta di premesse seguite da conclusioni.

Se mancano i *perché*, se manca l’uso della logica, le spiegazioni scientifiche si dissolvono in un pragmatismo che può diventare terra di conquista di interessi che nulla hanno a che vedere con la Scienza, anche se sono mascherati da spiegazioni scientifiche.

Di esempi, a spiegazione dell’inquinamento delle spiegazioni, che dovrebbero essere scientifiche, ma che scientifiche non lo sono più, se ne possono fare tanti. Tutte le volte che le indagini scientifiche, in Medicina, si focalizzano più su conclusioni che sembrano pre-stabilite rispetto alle indagini, che su una analisi disinteressata e onesta dei fatti, in netto contrasto con la Legge di copertura (rigorosamente a struttura logica), si arriva a conclusioni che incentivano uso/abuso di farmaci o di esami diagnostici.

Prendiamo, a scopo esemplificativo, la questione colesterolo. Molti studi correlano la ipercolesterolemia con un aumentato rischio di malattia cardiovascolare di tipo ischemico-infartuale. Tale rischio viene correlato ad una colesterolemia che sia superiore a 190 mg/dl.

Diciamo subito che quando l’osservazione di un fatto oggettivo è falsata dalla intenzione dell’osservatore (che vuole trarre certe conclusioni a tutti i costi) e dalla limitatezza del campo di analisi, le conclusioni non sono mai vicine alla verità; un esempio estremo: l’ultima giovane donna, nel diciassettesimo secolo, in Inghilterra, fu mandata al rogo perché sospettata di stregoneria in quanto mentre tirava su i calzoncini al proprio bambino, tuonò!

I messaggi che i medici e l'opinione pubblica ricevono (i primi soprattutto attraverso gli informatori scientifici che rappresentano aziende produttrici di statine, classe di farmaci ipocolesterolemizzanti; la seconda grazie ai consigli del proprio medico o degli articoli su riviste dedicati alla salute o della pubblicità televisiva di integratori alimentari anti-colesterolo) sono di tale intensità da aver creato, nell'immaginario delle persone, una correlazione diretta fra iper-colesterolemia (da 190 mg/dl in su) e malattia cardiaca ischemica. Questo ha allontanato da ciò che è davvero importante per prevenire le malattie cardiovascolari: una adeguata idratazione, una alimentazione sana, una regolare attività fisica, il controllo del sovrappeso, il mantenimento di una pressione arteriosa normale, il controllo della glicemia, la dissoluzione della rabbia e dell'aggressività soprattutto se repressi. Ad una meta-analisi dei rapporti colesterolo-infarto del miocardio, salta all'occhio che la gran parte degli infartuati, non ha colesterolo alto. Inoltre, cinquanta-sessant'anni fa, la colesterolemia ritenuta normale era 260 mg/dl... e le malattie cardiovascolari avevano una diffusione insignificante rispetto ad oggi... Oggi che ampie porzioni della popolazione adulta sono sotto trattamento anti-colesterolo (dieta-statine-riso rosso fermentato), le malattie cardiovascolari sono in progressivo aumento.

Il medico-filosofo si chiede:

- poiché il colesterolo serve per formare ormoni, neurotrasmettitori cerebrali, muscoli (compreso il muscolo cardiaco), connettivi, derma, e membrane cellulari (comprese quelle dei neuroni), tutti (bambini, adulti, anziani, uomini, donne) abbiamo bisogno delle stesse quantità di colesterolo, a prescindere dall'età e dalla attività fisica o intellettuale svolta?
- abbassare artificialmente la colesterolemia che ognuno di noi deve avere, può far vivere con meno ormoni, neurotrasmettitori cerebrali, muscoli, connettivi, derma e membrane cellula-

ri sane, tutte cose che servono per preservare la salute e la protezione dalle malattie

- La HMG-CoA reduttasi, che è l'enzima epatico che sintetizza colesterolo, viene inibito dalle statine, dal riso rosso fermentato e dal colesterolo assunto con gli alimenti. Meno colesterolo alimentare introduco, più il mio fegato produce colesterolo. L'unico ormone che stimola la HMG-CoA reduttasi è l'insulina. Innalzano l'insulina, la frutta, la verdura zuccherina (esempio carote, pomodori, barberosse ed altre), la pasta ed il pane (i farinacei in genere), i dolci. Quindi, più l'alimentazione è povera di colesterolo, più può aumentare la produzione epatica del colesterolo; più mangio carboidrati, più il fegato produce colesterolo. Il colesterolo alimentare incide solo per il 10-15, massimo 20%, della colesterolemia; l'80% della colesterolemia è prodotta dal fegato per attivazione della HMG-CoA reduttasi.

Pur senza commentare questi dati, il lettore si sarà già fatto una idea precisa di quanto importante sia ragionare sul senso di ciò in cui crediamo, sui luoghi comuni, sulle informazioni accettate aprioristicamente da parte della Medicina corrente.

La Medicina non studia solo l'uomo e le sue malattie, adottando i soli criteri delle Scienze Naturali, ma tale studio dovrebbe essere, perché attualmente non lo è, portato avanti anche con i criteri delle Scienze Umane.

Per spiegare meglio questa mia affermazione, faccio un breve promemoria di cosa siano le Scienze Naturali e le Scienze Umane (o Sociali).

Le Scienze Naturali sono una delle due branche della Scienza, che comprendono lo studio degli aspetti fisici, chimici e biologici della Terra, dell'Universo e delle varie forme di vita, Uomo incluso.

Le Scienze Sociali, comprendono le interazioni fra gli esseri umani, comprendendo lo studio della Economia, del Diritto, della Po-

litica, dell'Antropologia, della Demografia, della Storia, della Geopolitica, della Psicologia, della Criminologia, e per ultima, ma non ultima della Filosofia. La sinonimia che spesso viene conferita agli aggettivi "umane" e "sociali", è a mio avviso una forzatura che genera confusione: Scienza Umana è lo studio dell'uomo nelle sue espressioni psicologiche e spirituali, nonché relazionali, e quindi, per estensione, sociali; Scienza Sociale propriamente detta, è lo studio degli aspetti sociali del vivere umano (come il Diritto, l'Economia, la Storia ecc.), ma non l'Uomo in particolare.

La identificazione fra Scienze Umane e Scienze Sociali ha portato ad uno spostamento del baricentro della Filosofia verso le Scienze Sociali, allontanandola dalla sua precipua collocazione di ponte di collegamento fra Scienze Naturale e Scienze Umane. La Filosofia sta in mezzo alle due, offrendo quella linfa vitale che viene dalla sua capacità investigativa sul senso della vita con tutto ciò che di essa fa parte. La Filosofia indaga anche il senso della Medicina, come arte del guarire e ispira le Scienze Naturali, con indagini portate avanti con criteri scientifici, del mondo fenomenologico, del mondo che appare, del mondo che può essere esplorato con i sensi.

Prima di andare avanti nella mia riflessione, vorrei chiedermi "Che cos'è la Filosofia?". Rispondere a questa domanda è "condicio sine qua non", per rispondere ad una seconda domanda: "Perché la Filosofia è così importante per la Medicina?".

Filosofia è parola tradotta spesso con "amore per la saggezza"; per alcuni è il contrario, è "saggezza dell'amore", in riferimento alla sua essenza di ricerca della verità nella inter-soggettività, nello scambio, nel dialogo.

La Filosofia cerca il senso delle cose, il significato condiviso delle nostre azioni, del nostro vivere, del nostro agire.

Un breve inciso sull'importanza dei significati condivisi.

Definire i termini nel loro significato, condividerne l'essenza, trovare un punto di accordo sul senso da dare alle varie definizioni, è fondamentale per sviluppare un dialogo che non sia un monologo fra sordi. Sui dialoghi incombe sempre il rischio che ognuno dei soggetti partecipanti dia un significato personale, non condiviso dagli interlocutori, alle varie parole utilizzate, soprattutto quando si tratta di astrazioni. Una imprecisione terminologica che viene spesso attuata, riguarda un procedere fondamentale della mente umana: la reificazione.

Il verbo *reificare* dal latino "*res facere*", cioè "rendere cosa, oggetto", fa riferimento ad un processo mentale, ma che è in primis un processo linguistico, con cui trasformiamo parole e concetti di per sé astratti, in cose concrete. Le parole *amore, compassione, patria, ansia, depressione*, e così via, sono reificazioni, tentativi di rendere oggetti descrivibili in quanto tali, quelle che sono solo pure astrazioni. Si potrebbe dire che ciò che posso tenere in mano, come una mela, non è una reificazione; ciò che non posso tenere in mano o toccare, come la rabbia, la paura, la tristezza, la felicità, l'amore, è una reificazione, una astrazione. L'amore, l'ansia, la rabbia, ad esempio, non sono oggetti di cui posso dire "Ce l'ho o non ce l'ho"; sono descrizioni di un dinamismo relazionale (amore) o di sensazioni di eccesso di vigilanza (ansia), o di tensione fisica associata ad un certo volto (rabbia)... quindi possono essere modificate. Possiamo così viverle riconoscendo loro un dinamismo che aiuta non essere sopraffatti. Se si soffre per amore, per l'ansia o per la rabbia, ricordiamoci che stiamo soffrendo per delle astrazioni. Non diciamo "Ho l'amore o non ho l'amore"... diciamo a noi stessi un più leggero "Mi sento o non mi sento in una relazione di amore con te". L'anti-reificante più efficace è l'uso frequente del "forse", avverbio di modalità utilissimo a conferire valore dubitativo alle cose, rendendole incerte: il dubbio rilassa, la certezza irrigidisce e crea tensione, forse.

L'azione anti-reificante del "forse" come espressione di dubbio, risiede nel fatto che permette di non disperdere quelle energie inutili che devono sostenere le affermazioni categoriche o le stesse reificazioni. "Questa cosa così!"... che fatica il caricare di energia questa affermazione! "Mi sembra (o forse) questa cosa è così" ... quanto è più rilassante!

La Filosofia è educazione all'uso migliore possibile della ragione, come premessa indispensabile alla realizzazione di un mondo etico, dove rispetto, altruismo, solidarietà, etica dei comportamenti, siano il cuore del vivere sociale.

La Filosofia è per sua natura donatrice di libertà: non obbliga a seguirla, ma invita a riflettere sui suoi assunti.

La Filosofia condivide con la Scienza, l'amore per il sapere, l'amore per il reale.

La Filosofia è studio dell'Uomo, dei suoi valori, della sua dimensione spirituale (in questo caso è Medicina dell'anima... attraverso di essa si può fare diagnosi di disagio esistenziale e si può somministrare la cura).

Il filosofo ha una sua visione del mondo e la indica. Il vero filosofo non parla soltanto del suo "Sistema", lo vive, lo sperimenta su se stesso, lo mostra agli altri. Il vero filosofo è coerente: c'è coerenza fra parole e vita.

Il filosofo si pone grandi domande, sul senso della vita, sulla Scienza della Natura, sulla vita degli uomini... ogni filosofo è un visionario, che fa un ritorno dal futuro per spiegare il mondo che sarà, quando gli uomini avranno acquisito piena consapevolezza del loro vivere.

La Filosofia è ricerca, indagine, esplorazione, curiosità che si fa impegno a ragionare, studiare, fino a raggiungere lo stadio ultimo della conoscenza/competenza, che è l'intuizione.

La Filosofia è ontologia, cioè ricerca dell'essere, del fondamento di ciò che esiste e di come esiste... si muove alla scoperta del sen-

so profondo di ogni essere reale, del senso dell'esistenza, delle relazioni fra l'io ed il mondo.

Perché pochi sono filosofi? Perché fare il filosofo richiede coraggio e grande attenzione per il mondo ed una qualità di ancor più difficile reperimento: la capacità di anticipare il futuro attraverso una analisi visionaria della realtà. Il filosofo inoltre ha una qualità che manca a molti: il coraggio di condividere le proprie idee, di esporle al "pubblico ludibrio", cioè alle critiche di professionisti della critica, incapaci di ascoltare (ne sono triste esempio lo scambio di opinioni e idee politiche, nei talk-show dedicati alla Politica... contesti nei quali spesso il guazzabuglio e l'offesa reciproca sono i veri protagonisti).

CHE COS'È LA FILOSOFIA DELLA SCIENZA?

Semplificando al massimo, è l'analisi dei metodi di indagine utilizzati nelle varie Scienze. Ci si aspetterebbe che questa indagine venisse portata avanti dagli stessi scienziati e non dai filosofi. In realtà la prospettiva filosofica appare essere la migliore forma di investigazione degli assunti che stanno alla base della pratica scientifica. Gli scienziati non riescono a compiere una investigazione profonda dei criteri che ispirano le proprie ricerche, semplicemente perché troppo impegnati nel fare, nel ricercare, nell'osservare, nel dedurre. È come se l'atteggiamento sperimentale risultasse antitetico a quello investigativo.

La Filosofia della Scienza mette in discussione assunti che gli scienziati danno per scontati. Questo non accade per un preciso atto decisionale da parte dello scienziato, finalizzato a non esaminare e giudicare la bontà e l'utilità dei propri assunti: semplicemente non ha una mente programmata a farlo... lo scienziato non è in genere educato ad essere anche filosofo. Quindi il ruolo del filosofo diventa cruciale nel mantenere la prerogativa della Scienza di essere anche un atto umano concretamente utile... e

questo a fronte del mutare delle conoscenze scientifiche. Senza una visione filosofica delle Scienze, queste rimarrebbero chiuse all'interno di recinti interpretativi della realtà che, col tempo, diventerebbero spazi sempre più angusti, al punto da arrivare a bloccare il progredire delle conoscenze scientifiche. È come se il filosofo aiutasse lo scienziato ad essere più fluido e flessibile nel suo approccio alla ricerca. Potremmo dire che la Filosofia applicata alle Scienze, le riporta a quella umiltà intrinseca che la rendono passibili di messa in discussione continua dei suoi principi ispiratori. Il filosofo si chiede quale sia la spiegazione migliore, ricercando quelle che vengono chiamate "interferenze verso la spiegazione migliore" (ISM).

Vediamo adesso un esempio pratico in ambito medico.

Tutti gli ipertesi arteriosi mangiano molto sale. Tu mangi molto sale e pertanto sei iperteso. Questo è un ragionamento deduttivo. Poiché molti ipertesi mangiano tanto sale, la pressione alta è causata dall'aumentata ingestione di sale. Questo è un ragionamento induttivo. Vediamo ora possibili ISM.

Sul ragionamento deduttivo: "Perché esistono individui che mangiano molto sale ma non sono ipertesi?".

Sul ragionamento induttivo: "Esiste solo l'aumentata ingestione di sale come causa di ipertensione?".

Lo scienziato si chiede il "come" delle cose; il filosofo si chiede il "perché".

Lo scienziato trae conclusioni che vive in modo acritico, non riuscendo spesso a vedere la "trave nel suo occhio".

Il filosofo della Scienza è un critico per vocazione, uno che cerca il "pelo nell'uovo" per trovare punti deboli (ma anche di forza) in una teoria scientifica, in una prassi scientifica, in un paradigma dato per scontato aprioristicamente. Egli indaga la natura dei concetti e delle affermazioni scientifiche e come utilizza gli stru-

menti in suo possesso per raggiungere una conoscenza sempre più approfondita della realtà.

NECESSITÀ DI UN NUOVO PARADIGMA IN MEDICINA (LA FILOSOFIA IRROMPE NELLA MEDICINA)

Ogni Scienza necessita, per rendersi terreno fertile di nuove acquisizioni, di cambiamenti dei modelli di riferimento, cioè del paradigma o dei paradigmi che ne sono alla base.

Il cambio di paradigma, si rende necessario a far compiere alle Scienze periodici “salti quantici” sulla loro potenzialità di spiegazione e interpretazione dei fenomeni naturali. Il “salto quantico” è metafora mutuata dalla Fisica Quantistica, dove un elettrone che ruota attorno al nucleo dell’atomo, lungo una orbita ben precisa, passa bruscamente ad un’altra orbita, emettendo un *quantum* di energia, detta *fotone*. Il “salto quantico” è un cambio improvviso, brusco e repentino di un paradigma, che porta ad un nuovo livello di comprensione della realtà.

Pensiamo, solo per fare un paio di esempi, alla Teoria della Evoluzione di Charles Darwin o alla scoperta dei batteri come causa di malattia. Nel 1859, nel suo libro *L’origine delle specie*, Darwin sovvertì l’dea fino allora ammessa come scientifica, che le diverse specie animali fossero state create separatamente da Dio, in accordo con l’insegnamento del libro della Genesi della Sacra Bibbia. Darwin parlò per la prima volta di *selezione naturale*, attraverso la quale specie ancestrali, sviluppandosi attraverso il passaggio di caratteristiche ereditarie, generano individui sempre più adatti a vivere nell’ambiente in cui si trovano. Oggi la Epigenetica conferma in pieno questi assunti di Darwin, esaltando l’importanza degli adattamenti che il nostro corpo mette in atto per meglio vivere. Quindi la evoluzione appare come la ricerca, da parte della Natura, della miglior forma biologica possibile, per quella determinata specie, in rapporto all’ambiente in cui si trova

a vivere. La teoria di Darwin è la pietra angolare della visione biologica moderna.

Un altro grande cambiamento di paradigma in Biologia è avvenuto nel XX secolo con la scoperta dei batteri da parte di Pasteur, punto di partenza per la successiva scoperta degli antibiotici e milioni di vite salvate.

Trasferito in ambito medico, cambiare paradigma significa che i fenomeni biologici vengono valutati con chiavi interpretative nuove e differenziate, in modo da giungere ad una integrazione, la più ampia possibile, degli stessi, e quindi avvicinarsi alla verità, diagnostica e terapeutica.

FILOSOFIA DELLA CURA

Ogni disquisizione sui rapporti fra Filosofia e Medicina parte dal definire il concetto di malattia, sicuramente non univoco, complesso e passibile di più definizioni. Questa labilità dipende dal fatto che esso integra tre livelli di analisi:

- uno oggettivo, legato alle espressioni biologiche e mediche della malattia, in inglese *disease*
- uno soggettivo, rappresentato dal mondo percettivo e psicoemozionale del malato, in inglese *illness*
- uno sociale, connesso ad aspetti economici e socioculturali, in inglese *sickness*

Un esempio che tocchi i tre livelli: viene diagnosticata una artrite reumatoide (livello oggettivo), per i dolori articolari, con malessere e stanchezza (livello soggettivo), con la necessità di terapie biologiche molto onerose per il Sistema Sanitario Nazionale, e pertanto i criteri di ammissione alla fruizione di queste sono molto rigidi a causa della scarsità di risorse economiche di copertura della spesa (livello sociale).

Disease fa quindi riferimento agli aspetti fisiologici e fisiopatologici che determinano lo stato di sofferenza della persona.

Illness riguarda gli aspetti più personali della risposta alle alterazioni organiche, come cioè la persona sofferente si racconta la sua malattia: dolore, stanchezza, malessere, sono definizioni su cui ci possono essere ampie variazioni soggettive. C'è chi definisce "dolore", sensazioni che altri definirebbero "fastidio"; c'è chi tocca l'identità, nel descrivere le proprie sensazioni ("Sono tanto stanco"), con la tendenza ad assolutizzare e implicitamente ad aggravare; c'è chi rimane su un piano più superficiale di valutazione ("Mi sento un po' stanco"), con la tendenza a relativizzare e minimizzare.

Sickness comprende gli aspetti sociali, la rilevanza relazionale ed economica di una malattia. Pensiamo alla difficoltà di gestione sociale di malattie come ritardi mentali (magari con espressioni di violenza auto ed etero-espressa, con rischio di autolesionismo e aggressività verso altri) o le malattie degenerative croniche del Sistema Nervoso, nella loro fase terminale di non-autosufficienza, come la sclerosi multipla o il morbo di Parkinson.

I tre livelli espressivi della malattia sono entità fluttuanti: cinquant'anni fa la colesterolemia ammessa come normale era fino a 260 mg/dl mentre oggi è 200 mg/dl (*disease*), la Fibromialgia (come i sintomi da colpo di frusta o la cefalea cronica o l'ansia, ad esempio), viene considerata da alcuni una malattia vera e propria, da altri una forma di depressione (*illness*); in alcune società l'obesità è considerata una malattia, in altre una condizione espressione di opulenza e potere sociale.

La definizione corrente di salute è relegata alla mera assenza di alterazioni oggettivabili o di laboratorio (gli esami del sangue) o per *imaging* (tutto il mondo che ruota attorno alla Radiodiagnostica): si perpetra un "tradimento" di quella definizione di salute data dall'Organizzazione Mondiale della Salute, nel 1948. Se uno lamenta malessere, stanchezza, "dolore dappertutto" e se gli esami sono negativi (cioè non rivelano alcunché di alterato), per il

medico non si è malati, ma solo un po' caratterialmente difficili, scontenti a oltranza e lamentosi per scelta. Spesso la relazione col proprio medico si conclude con frasi rassicuranti (che però non mitigano la sofferenza interiore del malcapitato) o con una pacca sulla spalla accompagnata da un "Mangia e bevi e non ci pensare", cui fa eco il "Non ti manca nulla, di che ti lamenterai non si sa!", dei parenti stretti e degli amici.

Definire il concetto di malattia non è esercizio filosofico opzionale: è fondamentale per capire come poter aiutare chi soffre. Se si sbaglia la definizione di malattia, si sbaglia l'approccio operativo rivolto alla cura della persona.

Il modello biomedico corrente vede quindi la salute (*health*) in negativo, come assenza di malattia. In questo senso non ammette gradazioni, ma un "tutto o nulla": essere malati corrisponde ad avere una o più malattie; essere malati vuol dire non essere in salute. Essere in salute vuol dire, nel contesto medico attuale, avere gli esami entro i range di variazione considerati normali: è un approccio alla salute dove la centralità non sembra averla la persona come sofferente da aiutare a ritrovare la gioia di vivere, ma come una entità utile in quanto consumatrice di farmaci. Un esempio per tutti, che si ricollega alla già ricordata colesterolemia, è il seguente. Il colesterolo serve per formare ormoni, partecipa alla costituzione delle membrane cellulari e si trova nella placca aterosclerotica. Quando viene indicata una colesterolemia consigliata sotto i 200 mg/dl, si è mai sentito fare una distinzione fra un giovane ventenne atletico e attivissimo, o un anziano novantenne confinato in una sedia, a giornata? Entrambi hanno bisogno dello stesso colesterolo?

Nel lontano 1948 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definì la salute, nella sua Costituzione, come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consta solo di assenza di malattia o infermità".

L'aspetto positivo della salute (come completo benessere fisico, mentale e sociale) è pressoché totalmente assente dagli ambulatori medici. La domanda imperante è "Che sintomi hai", e non "Come ti senti, e dove vorresti essere aiutato per sentirti bene?".

La stessa Psichiatria o la Psicoterapia, che pure si occupano del mondo psicoemozionale della persona, non hanno a cuore il benessere emozionale della persona ma solo l'assenza di sintomi: ansia, angoscia, allucinazioni, idee ossessive, ricerca o rifiuto compulsivo del cibo, ecc.

Le due domande hanno implicazioni totalmente differenti. La prima porta a usare il sintomo per impostare una terapia sintomatica a valenza palliativa; la seconda stimola un atteggiamento investigativo su come poter strappare il paziente alle sue sofferenze per ridargli la gioia di vivere con atti rivolti a questa.

La povertà di conoscenze sui meccanismi che stanno alla base della salute, porta a non considerare degne di attenzioni tutte le situazioni vaghe... stanchezza, stati di apprensione continua, senso di infelicità, senso di gonfiore, dolori diffusi, "fite" fugaci sparse, tendenza ad ingrassare, che pure intaccano pesantemente il senso di "completo benessere fisico, mentale e sociale". Sono tutti sintomi e percezioni che possono essere spiegati e curati, in un approccio che si occupi del terreno biologico da bonificare e risanare.

Occorre rimettere la persona al centro delle attenzioni della Medicina.

CONCETTO DI MALATTIA

La malattia, nella Medicina, è un insieme di sintomi e segni aventi una origine (eziologia) ben precisa, di tipo virale, batterico, tossico, fisico.

La diagnosi è l'attribuzione di una etichetta ad un insieme di sintomi e segni ben precisi, una sorta di catalogazione utile al fine di trovare la terapia più appropriata.

“Terapia” vuol dire “trattamento dei sintomi attraverso cui la malattia si esprime”, senza alcuna valenza curativa, di guarigione (fatta eccezione per molte espressioni acute, di pertinenza della Medicina d'urgenza e della Rianimazione, ove i farmaci si sostituiscono o pongono rimedio a funzione autoregatorie acutamente insufficienti tanto da dare collasso cardio-circolatorio o situazioni di shock e pericolo per la vita).

È un approccio malattia-centrico, dei problemi di salute.

Nella impropriamente detta “Medicina Complementare” (o Alternativa o Integrativa o Naturale) la malattia, è un insieme di sintomi che vengono considerati espressione di disfunzioni multiple (psichiche, nervose, ormonali, immunitarie): si tratta di un approccio paziente-centrico.

Al di là delle malattie acute, dove i successi sono significativi in una prospettiva terapeutica che porti alla guarigione vera, nelle malattie cronic-degenerative il modello medico di *sintomi-diagnosi-terapia di controllo dei sintomi*, non funziona, non ridà il vero benessere. Quando una persona vive assumendo cinque, dieci fino a venti farmaci al giorno, non sa più chi è, ha perso se stessa definitivamente: sa chi è, con la interazione del suo corpo biochimico modificato dall'azione biochimica di tanti farmaci. Mediamente, solo circa un quarto dei pazienti esce da uno studio medico con una diagnosi. Nel 75% dei casi i sintomi lamentati, non rientrando in entità cliniche etichettate con un nome-malattia, sfuggono alla diagnosi.

Quando interviene la malattia, essa è espressione della perdita della innata capacità di autoregolazione: in qualche ambito della vita dell'organismo, cellulare, biochimico, ormonale, neurotrasmettitoriale, neurovegetativo, bioelettrico o psichico, si crea una

disarmonia, una insufficienza, una carenza, un eccesso, un blocco. Noi possiamo, o aspettare di vivere una condizione di malattia, agendo poi per correggerne e minimizzarne le conseguenze o agire in modo da prevenirla. In Medicina si parla di prevenzione, ma lo si fa in modo troppo poco convinto. La Medicina è ancora oggi incentrata sulla malattia; la Medicina del futuro sarà sempre più una Medicina della salute, che saprà dare qualità e non solo quantità (in termini di anni) alla vita.

Dal momento che non ci si preoccupa di mantenere in equilibrio l'organismo, quando comparirà la malattia, ciò che sembrerà più utile fare, sarà sopprimere i sintomi attraverso cui la malattia si esprime. "Se scompaiono i sintomi, non ho più la malattia": questa è una convinzione diffusa, che è frutto della confusione fra espressioni di difesa (i sintomi) ed essenza della malattia. In un raffreddore, l'essenza della malattia non sono gli starnuti, la rinite, la lacrimazione nasale, i dolori, bensì l'incontro del nostro organismo, col tramite del Sistema Immunitario, con il virus del raffreddore.

La Medicina isola sintomi, li riunisce in sindromi e li ricolloca nei vari organi ed apparati: c'è un fegato malato, un midollo osseo che non funziona bene, una ghiandola che non secerne adeguatamente ormoni: ci sono parti di un tutto che si ammalano. Domanda: "In un tutto in cui ogni parte svolge un compito imprescindibile per le altre parti, come è possibile parlare della patologia di una sola parte? Può esistere una parte che si ammali isolatamente? È logico pensare che chi vuol curare una parte che si ammala, la consideri in modo isolato, come disconnessa dalle altre parti? La risposta è "No!". Un esempio: un fegato in disfunzione, non è un organo malato, ma una funzione intestino/fegato in cui una parte mostra i più evidenti segni di sofferenza. Il fegato può soffrire non perché abbia una patologia primitiva ("primitiva" vuol dire che inizia e si sviluppa i quell'organo) ma perché

una aumentata permeabilità della muscosa intestinale vi fa arrivare troppe tossine non gestibili dal fegato in termini di loro neutralizzazione, con conseguente danneggiamento del parenchima epatico stesso (“parenchima” è il tessuto proprio e differenziato secondo certe funzioni, proprie di un certo organo). La Fisiologia umana ci dice che ogni parte del corpo umano è funzionale a tutte le altre parti; esiste una interconnessione fra i vari organi ed i vari apparati che, peraltro, è indispensabile alla nostra vita: senza interconnessione fra organi ed apparati non potremmo vivere.

Questa interconnessione, trascurata da molti, viene messa al centro del ragionamento clinico quando il medico si trasforma in medico-filosofo, e comincia ad interrogarsi sulle proprie certezze. Una malattia non è un oggetto, per cui posso dire: “Ce l’ho o non ce l’ho”; è vero, nel linguaggio corrente si dice “Ho questa malattia”, ma non è corretto, perché prima di poter dire “Ho questa malattia”, uno in realtà quella malattia ce la può avere già, solo ancora in una fase detta sub-clinica, cioè senza sintomi percepibili.

Una malattia è un processo, un divenire di meccanismi biologici già di per sé in continuo divenire, un mutare continuamente: semmai la malattia denota un blocco parziale di questo divenire. Quando la malattia viene diagnosticata, è come se si facesse una foto istantanea, una fotografia di qualcosa che si muove continuamente. La diagnosi, come la intendiamo, cioè una sorta di etichetta da appiccicare sul petto di quel paziente, non tiene conto di questo “prima” e questo “dopo” quella foto istantanea. Questo misconoscimento non è cosa da poco, perché se congelo il divenire di un processo, fissandolo in quell’attimo in cui lo osservo, perderò l’interesse verso ciò che c’era prima e ciò che ci potrebbe esserci dopo. Se di una malattia non studio il suo “prima”, non cercherò con mente aperta ed ampiezza di vedute ciò che l’ha provocata: mi accontenterò di trovare la sua causa in un virus, in

un batterio, in una anomalia biochimica, ma non saprò andare oltre, ponendomi ulteriori domande sul perché quell'organismo non abbia saputo far fronte a quella aggressione esterna o interna. Se di una malattia mi preoccupo solo di attuare il trattamento, che è quasi sempre solo sintomatico, questo stesso trattamento diventerà lui stesso il congelatore della malattia. I farmaci infatti, da una parte si sostituiscono alle funzioni stesse dell'organismo, rendendole sempre più bloccate, inibite (ad esempio, se assumo degli ormoni, inibirò la capacità dell'organismo di produrre quegli stessi ormoni; quando interromperò l'assunzione di questi ormoni, avrò una ripresa da parte dell'organismo nella produzione di questi ormoni, ma questo non sempre accade), dall'altra, a seconda del tipo di farmaco, potranno creare una sorta di intossicazione cronica.

Una Medicina che voglia veramente essere di aiuto a chi soffre e di stimolo alla ricerca dei migliori stili di vita, deve avere dell'essere umano una visione integrata, filosofica nel suo atteggiamento di fondo.

La integrazione fra corpo, mente e spirito, come unica premessa in grado di dare strumenti realmente curativi in mano a chi voglia curare, è desumibile da quanto detto fino a qui. Purtroppo, ancora oggi, si cerca prevalentemente l'organicità della malattia, cioè un danno tissutale originato da una causa precisa (microbica, ormonale, metabolica, genetica, tumorale, carenziale ecc), relegando il "funzionale" alla sfera psicologica. Questa distinzione fra funzionale ed organico era ammissibile in epoche remote, nel Medioevo della Medicina, quando non si sapeva niente di biochimica, microbiologia, genetica, e soprattutto di matrice extracellulare, Psiconeuroendocrinoimmunologia ed equilibri bioelettrici. Il non vedere un "organo" alterato, con qualche esame "del sangue" o radiologico o neurofisiologico o biochimico, nega di per sé, secondo una concezione tutt'ora diffusa, l'esistenza stessa del-

la malattia propriamente detta; finché la malattia non dà segni o di laboratorio o diagnostici strumentali, non viene considerata “seria”. Oggi sappiamo che la malattia è sempre funzionale, quantomeno nelle fasi iniziali. Cioè la malattia, nella sua fase iniziale, non è dimostrabile con nessuno degli strumenti diagnostici di cui si serve la Medicina, perché essenzialmente essa è, in fase iniziale, espressione di una perdita di comunicazione fra cellule e cellule, organi ed organi, apparati ed apparati. Questa comunicazione è in mano a circuiti nervosi ed alle connessioni sinaptiche (zone giunzionali fra un nervo e quello successivo, dove l’impulso elettrico passa da un neurone all’altro). Il termine “funzionale”, attribuito ad una malattia, dovrebbe riferirsi a quella fase della malattia in cui la perdita di comunicazione fra due o più parti dell’organismo, è ancora in grado di regredire con una certa facilità, rimettendo in dialogo fra loro i vari organi. Nella pratica medica corrente, invece, il termine “funzionale” è andato assumendo la valenza di malattia leggera, quasi psicogena, tanto da non richiedere una attenzione particolare.

Lo studio della Fisiologia, quando interroga sé stessa, la sua essenza, quando diventa cioè Filosofia della Fisiologia, si struttura in due approcci: uno, detto *teleologico*, ed uno *meccanicistico*. L’approccio teleologico indaga la *funzione* di un evento fisiologico ed il suo “perché”. In altre parole si prende atto della presenza di una data funzione, la si descrive, e ci si chiede quale sia il suo fine, il suo ruolo nell’economia generale dell’organismo. L’approccio meccanicistico si concentra sul “come” di un sistema, sul processo, sul meccanismo con cui una certa cosa avviene. Faccio un esempio: lo studio della respirazione, nella prospettiva teleologica si concentra sulla sua funzione di ossigenazione dei tessuti; in una prospettiva meccanicistica, si indaga grazie a quali meccanismi i polmoni riescono ad ossigenare i tessuti.

Benché *funzione* e *meccanismo* sembrino essere due facce della stessa medaglia, e quindi sempre associati, in realtà è possibile studiare processi, particolarmente a livello cellulare e subcellulare, senza capire la loro funzione nella vita di un organismo. Man mano che la conoscenza biologica diventa più complessa, gli scienziati a volte sono così impegnati nello studiare i processi biologici, che omettono di fare un passo indietro e di guardare al significato di questi processi per le cellule, per gli apparati o per l'Uomo in toto. Uno dei ruoli della Fisiologia è quello di integrare *funzione* e *meccanismo* in un quadro coerente.

Chi studia i processi fisiologici può compiere, quindi, questo errore: studiare fenomeni fisiologici in modo parcellare, perdendo la visione del tutto. Questa visione parcellare, a porzioni più o meno piccole, degli eventi fisiologici, può far perdere il senso ed il significato dell'insieme, che non è dato semplicemente, o meglio, semplicisticamente, dalla somma delle parti, ma dalla loro continua e dinamica interazione, incessante nel tempo, perché indispensabile a quel più grande processo che chiamiamo "vita". La perdita della visione d'insieme, è tanto più grave, quanto più ci si sposta sul versante della cura.

Strettamente connesse alla Fisiologia è la Fisiopatologia, che studia i meccanismi fisiologici alterati che sottendono alle malattie, e la Patologia generale, che studia le cause ed i meccanismi con cui le malattie si determinano. Anche nell'ambito dello studio della Fisiopatologia e della Patologia generale, le domande possono essere due: "perché" un determinato evento, considerato patologico, accada (approccio teleologico); e "come" esso si realizzi (approccio meccanicistico). L'organismo malato, è tale per uno scopo, che è quello di ripristinare un corretto funzionamento del sistema: la malattia, quell'insieme di sintomi e segni cui diamo un nome preciso che chiamiamo "diagnosi", non è un evento di per sé negativo o dannoso... di negativo e potenzialmente dannoso

c'è l'aggressione virale o batterica o tossica o traumatica ecc. che l'organismo ha subito; la malattia è la risposta che l'organismo dà per difendersi e per tornare alla salute. In questa logica, ogni malattia ha in sé il seme della risoluzione, della guarigione, qualora la lotta che l'organismo mette in atto per difendersi, abbia esito positivo. Questo è il motivo per cui, una ricerca ed una soppressione indiscriminata dei sintomi, che configurano una certa malattia, lungi dall'essere la "cura", si concretizza di fatto in un sistema di soppressione; ciò che viene soppresso, nelle cure, che in realtà cure non sono, sono i sintomi. Cosa sono in realtà i sintomi? Essi sono segnali fisiopatologici di risposta infiammatoria e/o immunitaria. Se identifico i sintomi nella malattia stessa, farò quello che fanno la maggior parte dei farmaci "anti-": una soppressione di sintomi che però altro non sono che espressione di meccanismi di difesa messi in atto dall'organismo. Ecco perché le cosiddette "terapie", non sortiscono quasi mai effetti curativi ma solo palliativi, di accompagnamento di una cronicità che proprio la "terapia" favorisce, indebolendo la risposta infiammatoria ed immunitaria, i due principali sistemi difensivi.

Un medico, un terapeuta in genere, per risultare veramente efficace nella azione curativa, dovrebbe essere in atteggiamento filosofico, dovrebbe avere la volontà di comprendere: "perché" un certo evento patologico sia accaduto, "come" l'organismo si sia trovato in quell'evento patologico (quali meccanismi fisiopatologici siano implicati) e "dove" intervenire per ripristinare una corretta autoregolazione e guarigione.

Per concludere, ritengo che oggi ci sia una emergenza/urgenza: ritrovare l'umiltà come valore fondante di ogni Scienza, per rimettere al centro l'Uomo, e non il sapere in quanto tale. La Filosofia aiuterà le Scienze, e la Medicina in particolare, a ritornare ad essere orientate alla ricerca della miglior vita possibile per il genere umano, superando quel rischio alla autoreferenzialità, alla

autocelebrazione che rende fine a sé stessa una ricerca, uno studio, un progetto scientifico.

Tommaso Langiano

L'ambivalenza costitutiva della medicina.

Sin dalle sue origini, la medicina è stata connotata da elementi di ambivalenza. La caratterizzazione dei mitici personaggi a cui l'invenzione della medicina è fatta risalire, le proprietà insieme curative e nocive del farmaco, la differenziazione fra l'attività chirurgica e l'attività medica, la difficoltà di classificare la medicina fra le scienze dello spirito o fra le scienze della natura, come scienza o come tecnica: sia alla sua origine, sia nel corso di tutto il suo sviluppo, nella medicina sono riscontrabili motivi di ambivalenza, sicché si può ritenere che l'ambivalenza sia una caratterizzazione costitutiva della medicina.

L'ambivalenza è presente già nelle origini mitiche della medicina; nell'età classica si manifesta nell'essere la medicina al confine fra le scienze poetiche e le scienze pratiche; nei suoi successivi sviluppi, la medicina è sempre più connotata dall'ambivalenza fra la dimensione relazionale-umanistica e la dimensione tecnica.

L'impetuoso sviluppo tecnologico della medicina contemporanea non ha affatto ricomposto la divaricazione fra la dimensione tecnica e la dimensione relazionale: al contrario, ha accentuato quell'ambivalenza fino a configurare il rischio di una vera separazione fra le due dimensioni e tradizioni della medicina.

L'ORIGINE DELLA MEDICINA E DELLA SUA AMBIVALENZA

I termini medicina e medico derivano dal latino *mederi*, a sua volta derivato dal greco *medeo*, che ha il significato di prendersi cu-

ra²³. Dalla radice indo-europea *med/mod* derivano anche il greco *medomai* (meditare) e il latino *meditari*, ma anche il latino *modus* (misura). L'attività medica nasce come prendersi cura nel senso di pensare all'altro, preoccuparsi per l'altro.

Presso gli Egizi il medico era chiamato *sunu* dalla radice *sun* che significa soffrire²⁴: il medico era l'uomo di chi soffre, colui il quale partecipava all'esperienza di sofferenza del paziente.

Del resto, assistere, *ad-sistere*, significa letteralmente stare accanto. Umberto Curi²⁵ sostiene che “alla radice dei termini medico e medicina ritroviamo un'attitudine che non coincide immediatamente con un'azione, con un intervento su qualcuno, ma che piuttosto allude a una disposizione interiore, caratterizzata da uno stato d'animo di interesse per l'altro. Medico è dunque colui che istituisce una relazione, connotata dalla sollecitudine per la condizione altrui. La medicina è perciò un'attività relazionale nella quale sono coinvolti almeno due soggetti”.

La medicina nasce con una caratterizzazione eminentemente relazionale, ove il prendersi cura si realizza con la sollecitudine e l'attenzione, ben prima che con la tecnica. Tuttavia, negli sviluppi successivi della medicina, la tecnica si sovrappone fino a prevalere sull'attitudine relazionale. La storia della medicina si caratterizza come il costante riproporsi di un'ambivalenza costitutiva che assume differenti forme ma non è mai stata risolta.

Già il mito fondativo della medicina presenta numerosi elementi di ambivalenza. Figlio di Apollo e di Coronide, Asclepio fu estratto ad opera di Ermete dal ventre della madre già uccisa da Apollo perché lo aveva tradito. Allevato dal centauro Chirone, che gli insegnò la medicina e la caccia, Asclepio divenne così abi-

²³ L'Etimologico, Le Monnier, ver. 1.0.0

²⁴ G. Cosmacini, *Il mestiere di medico. Storia di una professione*. Raffaello Cortina Ed., Milano, 2000, p. 12

²⁵ U. Curi, *Le parole della cura*. Raffaello Cortina Ed., Milano, 2017, p. 30

le nel curare i malati che Atena gli donò due fiale contenenti il sangue della Gorgone Medusa: il sangue estratto dal lato sinistro della Gorgone aveva potere curativo; il sangue estratto dal lato destro era mortale. Asclepio fu ucciso con una folgore da Zeus poiché resuscitava i morti e quindi privava Ade dei suoi sudditi. In seguito, Zeus diede nuova vita ad Asclepio e lo collocò fra le stelle²⁶.

Il mito di Asclepio associa ripetutamente la morte e la vita: il neonato e la madre già morta; il sangue della Gorgone che può dare la vita o la morte; la morte di Asclepio per mano di Zeus e la sua rinascita; Asclepio che è punito con la morte perché resuscita i morti; Chirone (simbolo ambiguo in sé perché metà uomo e metà cavallo) insegna ad Asclepio sia il modo di guarire con la medicina, sia il modo di uccidere con la caccia. L'ambivalenza del sangue della Gorgone è paradigma dell'ambiguo potere del farmaco, che è tanto più efficace quanto più comporta dei rischi.

Il mito ci consegna, quindi, la medicina come arte intrinsecamente ambivalente.

L'AMBIVALENZA DELLA TERAPIA

La tensione fra la dimensione tecnica e la dimensione relazionale della medicina si evidenzia anche nel suo momento fondamentale: la terapia. Il termine greco *therapeia* significa originariamente servizio: "colui che si assume la *therapeia* nei confronti di un altro si pone totalmente al suo servizio ascoltandolo. (...) Il percorso tecnico è l'applicazione di un'attitudine più generale, la quale non si risolve dunque nel prestare cure, perché include una molteplicità di altre espressioni, accomunate dalla volontà di essere al servizio"²⁷.

²⁶ R. Graves, I miti greci. Longanesi, Milano, pp. 155-159

²⁷ U. Curi, cit., p. 53

Del resto, il corrispettivo latino di *therapeia, cura* significa anzitutto interesse, preoccupazione per qualcuno.

Il progressivo prevalere della dimensione tecnica, il predominio dello strumento materiale nel rapporto di cura, la valutazione del risultato dell'azione medica esclusivamente attraverso i metodi biologici hanno sempre più oscurato tutte le altre espressioni di essere al servizio: la determinazione dell'efficacia dell'azione medica neppure prevede di misurare gli aspetti non puramente biologici del prendersi cura, non considera né misura – salvi rari casi – la qualità della relazione tra il medico e il paziente, la dimensione affettiva del prendersi cura.

“L'espressione *therapeia* non implica affatto che i medici dominino la loro arte nel momento in cui trattano il malato. Ciò che viene suggerito è piuttosto la subordinazione e la distanza nel rapporto con il paziente. Il dottore è colui che *non ha nulla da dire*, ma dal quale ci aspettiamo un servizio di soccorso. Per parte sua il medico sa di doverci dare questo aiuto e si aspetta la collaborazione del paziente”²⁸.

La terapia come servizio e la sua dimensione dialogica sono oscurate dalla dimensione biologica: a dominare l'azione terapeutica è il ripristino della normalità dei parametri biologici.

“E tanto più valente sarà quel terapeuta che saprà svolgere la sua funzione tecnica nella forma più *a-patica*, evitando quel coinvolgimento emotivo/affettivo che potrebbe offuscare o compromettere la sua capacità di *curare*”²⁹.

²⁸ H.G.Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Ed. Milano, 1994, pp. 137-138

²⁹ U. Curi, cit., p. 59

LA MEDICINA FRA LE SCIENZE DELLO SPIRITO E LE SCIENZE DELLA NATURA

L'ambivalenza costitutiva della medicina si riflette nella difficoltà di classificarla come scienza e fra le scienze.

Ciò che caratterizza, secondo Gadamer, le scienze della natura è la possibilità di "riconoscere delle uniformità, regolarità, conformità a leggi che rendano possibile la previsione di singoli fenomeni e processi"³⁰.

Per questi aspetti, la medicina è classificabile fra le scienze della natura: la fisiopatologia e l'epidemiologia consentono di identificare conformità a leggi biologiche e di effettuare su base probabilistica previsioni sulla salute dei singoli e delle popolazioni. Queste previsioni sono servite e servono per individuare ed attuare strategie preventive e/o terapeutiche al fine di migliorare la salute dei singoli e delle popolazioni.

D'altro canto, la variabilità biologica individuale e l'influenza degli aspetti psicologici e relazionali sulle condizioni di salute differenziano fortemente i fenomeni oggetto di studio della medicina da quelli oggetto di studio delle scienze fisiche e rendono le previsioni sui fenomeni biomedici suscettibili di variabilità spesso rilevanti: da questo punto di vista, la medicina è assimilabile alle scienze dello spirito, per le quali, secondo Gadamer, "l'evento singolo non serve semplicemente a convalidare una legge, che poi ridiscendendo alla pratica, renda possibile la previsione. L'ideale di questa conoscenza è invece piuttosto di capire il fenomeno stesso nella sua irripetibile e storica concretezza"³¹. Capire ciascun paziente "nella sua irripetibile e storica concretezza" è presupposto fondamentale delle cure mediche.

Questa ambivalenza della medicina che la rende per alcuni aspetti assimilabile alle scienze della natura e per altri alle scienze del-

³⁰ H.G. GADAMER, *Verità e metodo*. Bompiani, Milano, 2000, p. 31

³¹ *ivi*, p. 33

lo spirito, è un riflesso dell'estrema complessità del binomio salute-malattia. Appiattare o semplificare questa complessità non è possibile, né auspicabile.

La medicina contemporanea si è lasciata assimilare – non avendone del tutto le caratteristiche – alle scienze della natura. Il suo distacco dalle scienze dello spirito, dai metodi di lavoro e dalle idee guida delle scienze dello spirito ha subordinato nei comportamenti clinici la dimensione antropologica e relazionale alla dimensione tecnica e tecnologica. In quel distacco e in quella subordinazione sono ravvisabili alcune delle ragioni della crisi della medicina contemporanea.

Gadamer fa risalire la separazione fra scienze della natura e scienze dello spirito al 17^o secolo: questa contrapposizione è riferibile all'adozione da parte delle scienze della natura del metodo induttivo fondato sulla verifica sperimentale.³² Gadamer ritiene che la principale differenza fra le scienze della natura e le scienze dello spirito sia costituita dalla generalizzabilità degli eventi singoli. Le scienze della natura consentono di formulare delle leggi generali, perché sono fondate sul procedimento induttivo e quindi il singolo evento ha senso in quanto consente la validazione di una legge e la formulazione di previsioni. Le scienze dello spirito non consentono la formulazione di leggi generali, in quanto il singolo evento non è l'ennesima conferma di una legge, ma è un fenomeno specifico e irripetibile, che va studiato per sé al fine di comprendere "come è potuto accadere che esso sia qual è"³³.

D'altro canto, le scienze della natura richiedono che dall'esperienza singola ci si innalzi ad un piano di generalizzabilità delle esperienze singole, che consenta la costituzione di un "attendibile patrimonio stabile di conoscenze empiriche"³⁴.

³² *ivi*, p. 369 (nota 5)

³³ *ivi*, p. 33

³⁴ *ivi*, p. 463

Le scienze dello spirito sono legate all'esperienza della vita, della singola vita ed al suo contenuto di "sofferenza e doloroso scontro con la realtà".

Non è semplice classificare la medicina contemporanea in questo schema: la medicina è fondata sul procedimento induttivo e tenta di formulare delle leggi a partire dall'osservazione ripetuta dei fenomeni; tuttavia, le leggi della medicina non hanno il rigore e la certezza delle leggi fisiche, ma hanno natura probabilistica e convivono con non rare eccezioni. È plausibile che questa relativa debolezza delle leggi a cui si ispirano i comportamenti medici sia connessa all'estrema complessità dell'organismo umano, che non è caratterizzato da comportamenti lineari (variabilità biologica): per questo, le certezze raggiunte in laboratorio non sono automaticamente trasferibili alla cura dei pazienti. In biomedicina, infatti, si distingue la "*efficacy*" (efficacia teorica, misurata utilizzando il trattamento in prove sperimentali) dalla "*effectiveness*" (efficacia concreta, verificata nelle modalità abituali dei trattamenti). È ben noto che la "*efficacy*" e la "*effectiveness*" non coincidono mai: lo scarto fra questi due valori è uno dei principali problemi, concettuale ma anche operativo, della medicina attuale.

Quindi, in medicina il singolo evento (il "*caso clinico*") non può essere considerato materia di generalizzazione, bensì è un fenomeno specifico e irripetibile, come avviene per i fenomeni che sono oggetto delle materie dello spirito. A tutto ciò va aggiunta la dimensione relazionale del rapporto di cura, con le sue variabilità e imprevedibilità, che rende ancora più arduo oggettivare e standardizzare i contenuti della medicina.

Pur con tutte queste difficoltà, anzi proprio per queste complessità e difficoltà, tentare di chiarire se gli statuti epistemologici della medicina siano assimilabili a quelli propri delle scienze della natura oppure a quelli delle scienze dello spirito non è uno sforzo accademico, ma può essere utile per riflettere sulla crisi che ormai

caratterizza tutti i sistemi sanitari contemporanei ed è soprattutto manifesta nella crescente divaricazione fra le risorse impiegate ed i risultati prodotti: il ritmo di crescita delle risorse assorbite dai sistemi sanitari, infatti, non è correlato in modo diretto e proporzionale al grado di miglioramento dei risultati prodotti.

L'ambivalenza, secondo Gadamer, caratterizza la medicina sin dalle sue origini, in quanto essa non risultava classificabile come una "*téchne*". Il medico greco si distingueva nettamente da stregoni e guaritori magici, ed anzi era considerato un uomo di scienza, in quanto la sua arte era fondata sull'osservazione della relazione tra causa ed effetto³⁵. Tuttavia, la "*téchne*" si colloca alle soglie di ciò che definiamo scienza, ma non è propriamente scienza, in quanto è "una forma peculiare di sapere pratico (...) connessa con la realizzazione di un'opera (*ergon*)"³⁶. Nell'ambito della medicina non si produce nulla di concreto, di materiale: "L'essenza della medicina consiste invece nel fatto che la sua capacità di produrre è in realtà una capacità di ristabilire"³⁷.

Mentre la scienza moderna, caratterizzata soprattutto dalla capacità di produrre, più che a colmare le lacune della natura, è orientata a modificarla, trasformarla e persino sostituirla con forme artificiali, la medicina cerca di ripristinare l'equilibrio naturale, alterato dalla malattia. "Nell'ambito delle scienze moderne la medicina rappresenta una singolare unità di conoscenza teoretica e di sapere pratico, una coesione che non può essere intesa come applicazione della scienza alla prassi. Dunque consiste in un genere speciale di scienza pratica di cui nel pensiero moderno si è smarrito il concetto"³⁸.

³⁵ H. G. Gadamer, Dove si nasconde la salute, cit. p. 38

³⁶ *ivi*, p. 40

³⁷ *ivi*, p. 40

³⁸ *ivi*, p. 47

Nella lettura del Fedro di Platone e nel confronto che in esso viene sviluppato fra retorica e medicina, Gadamer trova rafforzata l'esigenza che le cure mediche non siano limitate all'ambito fisico-biologico, ma tengano conto della persona nella sua complessità e totalità: "La malattia, ossia la perdita dell'equilibrio, non si riferisce soltanto ad un fatto medico-biologico, bensì anche ad un avvenimento biografico e sociale. Il malato non è più la stessa persona di prima. Viene meno. Si trova escluso dalle sue normali condizioni di vita. (...) Il medico deve guardare oltre l'oggetto specifico del suo sapere e della sua capacità pratica, se vuole essere un vero medico. Di conseguenza la sua posizione consiste in una difficile via di mezzo tra una vita professionale che non comporta un diretto interesse per l'uomo e un impegno umano. (...) Oltre al "caso" in cura egli deve, infatti, considerare l'uomo nella situazione complessiva della sua vita. Anzi deve riflettere anche sulle conseguenze che il suo agire può provocare sul paziente"³⁹.

Dunque, le considerazioni di Gadamer sono riassumibili in due proposizioni di particolare rilevanza per spiegare cosa stia avvenendo nella medicina contemporanea:

- La medicina si differenzia sostanzialmente dalle altre scienze, poiché queste sono finalizzate a trasformare la natura, a dominarla a fini produttivi, mentre la medicina è (o dovrebbe essere) orientata a ristabilire l'equilibrio naturale compromesso dalla malattia.
- L'azione della medicina non può essere limitata alla dimensione biologica, ma deve considerare anche le dimensioni relazionali e sociali dell'uomo.

³⁹ *ivi*, p. 50

UN TENTATIVO DI RICOMPOSIZIONE: LA MEDICINA NARRATIVA

Nella medicina contemporanea l'ambivalenza è sempre più risolta con il predominio della dimensione tecnica e tecnologica ed il conseguente inaridimento della sua dimensione antropologica e relazionale.

“I racconti, reticenti o prolissi, dei malati venivano considerati molto spesso inutili o comunque meno utili dell'esame obiettivo: due minuti ben spesi a esaminare il malato valevano più di due ore passate ad ascoltarlo (...) La pratica clinica dell'auscultazione con lo stetoscopio e dell'ascoltazione del vissuto del paziente cedeva sempre più il passo alle radiografie e alle analisi di laboratorio (...) L'indirizzarsi alla malattia più che al malato faceva sì che il mestiere di medico perdesse gran parte del suo aspetto relazionale, in passato risolutivo di molti casi che non richiedevano né un vero e proprio esame clinico, né un'autentica terapia farmacologica. Con il trasformarsi ulteriore dell'approccio, cioè con il diventare quest'ultimo sempre più tecnologico e specialistico, l'accostamento simpatetico del medico al malato tendeva man mano ad allentarsi. Calandosi in questa o in quest'altra specialità, la medicina clinica tendeva a mutarsi da mestiere globale, ricco di antropologia quanto di tecnologia, in tecnologia settoriale, mirata su questo o quell'organo dell'organismo diviso. (...) Mentre il medico si avvicinava sempre più alla realtà fisiopatologica della malattia per mezzo dell'apparato tecnologico di cui disponeva, questo stesso apparato allontanava sempre più la realtà antropologica del malato dall'attenzione e considerazione del medico”⁴⁰.

La disumanizzazione si è realizzata anche, anzi prima di tutto, nella ricerca medica: “i modelli di studio adottati dalla ricerca medica, se da un lato appaiono statisticamente molto stabili, dall'altro sono intollerabilmente lontani dai fenomeni complessi

⁴⁰ G. COSMACINI, *Il mestiere di medico*, cit., p. 138

che sono chiamati a descrivere”⁴¹. Dai modelli di studio sono pressoché sistematicamente eliminate le dimensioni personali, soggettive.

La tecnica e la tecnologia hanno colonizzato anche l’organizzazione dei luoghi di cura, spersonalizzandoli, inaridendoli, irreggimentandoli. Ecco come un oncologo americano ha recentemente descritto il suo vissuto della vita ospedaliera. “È uno dei guai degli ospedali: tutto ha una data, un orario, un momento prestabilito, si tratti della somministrazione dei farmaci, del giro di visite, di cambiare le lenzuola o persino di raccogliere le urine in recipienti graduati. Non solo chi è curato, ma anche chi cura è vittima della mancanza di spontaneità. Ripensandoci, mi rendo conto di aver vissuto per un anno, forse due, come un essere umano e, nello stesso tempo, come un dispositivo cibernetico che passa da una *subroutine* alla seguente. Un giorno era sostituito da un altro organizzato allo stesso modo, scandito dallo stesso ritmo.”⁴²

Un interessante tentativo di reazione alla deriva tecnicistica della medicina contemporanea è ravvisabile nel movimento culturale sviluppato da parte di alcuni gruppi del mondo medico e infermieristico con la denominazione di *Medicina narrativa*. Questo orientamento è finalizzato sia a dare nuovamente spazio alla soggettività del paziente, alla sua parola, che è stata progressivamente sostituita dalle indagini di laboratorio, sia a restituire spazio alla parola del medico, in gran parte ormai sostituita dagli automatismi dei referti.

Del resto, già Platone definiva la medicina disciplina dei discorsi:

⁴¹ G. Bertolini et al, La comorbidità e l’agire medico: il caso degli ipottrattamenti nella cura del tumore della mammella. *Epidemiologia e Prevenzione*, 1994, 18: 56-64

⁴² S. Mukherjee: *Le regole della cura. La medicina è un racconto*. Rizzoli, Milano, 2016, p. 28

“Ma la medicina, appena citata, rende capaci di parlare e pensare sui malati?

Necessariamente.

Quindi, anche la medicina, sembra, si occupa di discorsi.

Sì.

Nello specifico, di quelli sulle malattie?

Assolutamente”⁴³

Ristabilire l'equilibrio naturale alterato dalla malattia richiede non soltanto competenze tecniche, ma anche relazionali: la medicina narrativa interpreta le relazioni fra esseri umani quali scambi di narrazioni e ritiene, pertanto, essenziale per un efficace rapporto di cura che il medico sia in grado di interpretare le narrazioni del paziente. Il paziente per la medicina narrativa è un testo, che può, anzi deve, essere interpretato.

L'esordio della Medicina narrativa risale alla fine degli anni Novanta del secolo scorso. Più volte è stato sottolineato il parallelismo cronologico fra lo sviluppo della Medicina Narrativa (MN) e della *Evidence Based Medicine* (EBM), che è la forma più rigorosa di medicina ancorata alle prove scientifiche: per taluni, tale coincidenza riflette una forma di reazione all'eccesso di tecnicismo che la EBM manifesta; per altri, proprio il raggiungimento del più rigoroso statuto scientifico ha consentito alla medicina di aprire i propri orizzonti anche alla narrazione.

L'elemento caratterizzante la Medicina narrativa è la piena assunzione del punto di vista del paziente nella relazione di cura: “il mondo del malato è completamente diverso da quello del medico ed è a quest'ultimo completamente sconosciuto. Quando il medico dà un nome alla malattia (ad esempio, ipertensione, diabete, artrosi) ha in mente con chiarezza il quadro clinico corri-

⁴³ Platone, *Gorgia*, Einaudi, Torino, 450 a

spondente, gli interventi necessari, la terapia, la prognosi. Il paziente invece colloca queste diagnosi nella sua storia personale e nella sua cultura: ne risulta che il diabete o l'ipertensione di cui parla il medico sono assolutamente diversi dal diabete o dall'ipertensione del malato; il fatto che portino lo stesso nome diventa addirittura fattore confusivo"⁴⁴.

La sfida che caratterizza la Medicina narrativa consiste nel trasformare un rapporto tipicamente squilibrato e asimmetrico, qual è quello fra il medico (che possiede tutte le conoscenze tecniche, tutta l'autorevolezza che ne deriva e possiede anche la soluzione ai bisogni del paziente) ed il paziente (della cui condizione di subordinazione è espressione persino il nome) in una relazione paritaria e collaborativa: l'equilibrio naturale alterato dalla malattia può essere realmente ristabilito soltanto se le competenze tecniche del medico e la conoscenza di sé e dei propri problemi che sono posseduti solo dal paziente sono messi insieme, equiparati, integrati.

Gadamer (ben prima, ovviamente, dell'origine della Medicina narrativa) utilizza un'immagine straordinariamente evocativa, l'uso della sega da giardiniere: "quando uno tira, l'altro segue e l'intero movimento che guida la sega compone un *Gestaltkreis*, in cui i gesti delle due persone si fondono nel fluire di un moto ritmico e uniforme"⁴⁵.

Mentre sono sempre più frequentemente avvertiti e descritti i gravi limiti della deriva tecnicistica della medicina, non si può affermare che il movimento della Medicina narrativa abbia ancora prodotto evidenti controtendenze. Un articolo pubblicato nel 2005 sulla rivista ufficiale dei medici americani⁴⁶ riproponeva la

⁴⁴ G. BERT, *Medicina narrativa*. Roma, 2007 p. 9

⁴⁵ H.G. GADAMER, *Dove si nasconde la salute*, cit. p.46

⁴⁶ R. Campo: "The medical humanities", for lack of a better term, *Journal of American Medical Association (JAMA)*, 2005, 294: 1009-11

necessità di un radicale cambiamento di indirizzo nella pratica della medicina, ma rilevava che nessun reale cambiamento si era ancora ottenuto. “Sappiamo intuitivamente che il modo in cui la medicina è pensata e praticata è semplicemente errato: l’umano è stato sostituito da una scienza senz’anima e da un’economia arida. (...) Le principali difficoltà a praticare la medicina in un’epoca sempre più dominata dai vincoli economici, dalla *hybris* tecnologica, dalle differenze multiculturali sono state descritte dalla letteratura medica. Tuttavia, la conoscenza di queste difficoltà non è stata finora sufficiente ad impedire che il lavoro medico fosse guidato, invece che dal desiderio di alleviare le sofferenze, dalle priorità finanziarie e tecniche.”

Entità non quantificabili come l’empatia difficilmente possono essere descritte e studiate con i metodi scientifici; le attività caldegiate dal movimento della medicina narrativa non si prestano alla rigorosa randomizzazione di un trial clinico, né sono descrivibili con le classificazioni nosologiche attualmente in uso per descrivere le prestazioni mediche. Con ragione, Campo sostiene che nulla potrà cambiare nelle attuali modalità di erogazione delle cure mediche se non cambierà profondamente l’insegnamento della medicina, “in modo che ogni corso durante la scuola di medicina, ogni turno durante il tirocinio, ogni corso di aggiornamento sia ripensato e riconsiderato attraverso la lente delle *humanities*”⁴⁷.

Nel titolo stesso del suo libro dedicato alla medicina, Gadamer evidenzia il carattere elusivo della salute, che è nascosta perché non ne abbiamo consapevolezza se non quando la perdiamo con la malattia. Egli sottolinea, inoltre, che la medicina moderna con il ridurre la salute al rispetto di standard biometrici l’ha resa ancora più nascosta. “La salute non è precisamente un sentirsi, ma è un esserci, un essere nel mondo, un essere insieme agli altri uo-

⁴⁷ Ivi.

mini ed essere occupati attivamente e gioiosamente dai compiti particolari della vita. È però nelle esperienze contrarie che viene alla luce ciò che è nascosto⁴⁸. Se la medicina è ristabilimento dell'equilibrio naturale dell'uomo e se la naturalità dell'uomo è anzitutto relazione con gli altri, è il dialogo l'elemento fondamentale dell'azione del medico: "Il dialogo controlla la dimensione decisiva di ogni attività medica, non solo psichiatrica. Il colloquio conferisce un carattere umano alla relazione tra due persone fondamentalmente diverse: il medico e il paziente"⁴⁹.

Sono queste le posizioni dalle quali è nato il movimento della Medicina narrativa con l'obiettivo di conferire piena centralità all'incontro del paziente con il medico e di creare una nuova alleanza fra la dimensione tecnico-scientifica e la dimensione antropologico-relazionale, in modo che nessuna delle due prevalga più sull'altra.

Può sembrare contraddittorio richiedere al medico più tempo e più attenzione alla parola del paziente allorquando la necessità di contenere l'entità delle risorse impegnate dai sistemi sanitari è ormai predominante e totalizzante. Eppure è necessario e possibile. Possibile soprattutto se si riesca a utilizzare in maniera diversa le risorse già assorbite dai sistemi sanitari. Sono ormai disponibili rigorose prove scientifiche le quali dimostrano che una quota rilevante delle prestazioni tecnologiche utilizzate in sanità sono inappropriate e quindi inutili ai fini dei risultati di salute.

È il rapporto dialogico, e quindi narrativo, fra il paziente ed il medico la tecnologia più efficace ed appropriata di cui disponiamo. Le leggi statistiche, in particolare il teorema di Bayes, dimostrano che l'attendibilità dei test diagnostici è tanto più elevata quanto più è attendibile l'ipotesi clinica di partenza. E l'ipotesi clinica di partenza non può che derivare dal colloquio con il pa-

⁴⁸ H.G.Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, cit. p. 122

⁴⁹ *ivi*, p. 122

ziente e sarà naturalmente tanto più attendibile quanto più ricco ed effettivo sarà quel colloquio. Un oncologo lo ha definito “sapere iniziale”: “Il sapere iniziale di cui parlo è qualcosa in cui i medici della vecchia scuola eccellevano, e che è spesso trascurato dalla medicina delle nuove tecnologie. Il sapere iniziale è ciò che è in gioco quando il vostro medico, invece di ordinare l’ennesimo ecocardiogramma o chiedere un test da sforzo, vi sente il polso o domanda se i vostri piedi si sono gonfiati. (...) Il passato è la miglior guida del futuro.”⁵⁰

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Considerare criticamente il predominio della tecnologia nella medicina contemporanea non significa, ovviamente, misconoscere i risultati che la medicina tecnologica ha conseguito nella cura di molte malattie. I risultati conseguiti possono essere mantenuti, anzi radicalmente migliorati, se della tecnologia si facesse un uso più saggio, meno dominante, riconoscendo che è necessario individuare i limiti nell’impiego delle tecnologie biomediche e che il rapporto di cura non può essere sostituito dal ricorso alle macchine.

L’introduzione dei ventilatori meccanici nella prima metà del secolo scorso costituì una vera rivoluzione terapeutica, che consentì di mantenere in vita i pazienti affetti da problemi respiratori acuti e gravi per il tempo necessario al ristabilimento dell’autosufficienza cardio-respiratoria. Quella tecnologia funzionava egregiamente come ponte verso la guarigione. L’utilizzo di tecnologie simili in pazienti affetti da gravi patologie croniche e terminali, senza alcuna possibilità di recuperare condizioni indipendenti di vita, ha prodotto un numero crescente di pazienti dipendenti totalmente dalle macchine, la maggior parte dei quali

⁵⁰ S. Mukherjee, cit. p. 62

non abbandonerà più il letto dell'ospedale: il ponte verso la guarigione è diventato un ponte verso nessun luogo. Studi recenti documentano che quanto più sono accurate le informazioni che i pazienti ricevono in merito alla loro prognosi ed alle opzioni di cura, tanto minore è la probabilità che essi scelgano l'opzione tecnologica.⁵¹ L'uso "obbligatorio" e sistematico delle tecnologie aggressive è diventato la norma nella cultura medica ("se è possibile, è necessario"), ma questo imperativo tecnologico non sembra corrispondere ai bisogni primari dei pazienti.

Una strategia utile al superamento della divaricazione fra la dimensione tecnica e la dimensione relazionale-antropologica della medicina può essere rappresentata dal crescente protagonismo del paziente nella relazione di cura e dalla sua partecipazione effettiva al processo decisionale. Soprattutto nei paesi anglosassoni, la medicina sta vivendo un vero cambio di paradigma: l'assistenza sanitaria orientata al valore ("*value driven healthcare*") è fondata su due idee guida: gli esiti delle cure sono molto più importanti del volume di prestazioni prodotte e, quindi, il prezzo delle cure non può essere determinato soltanto dai costi di produzione, ma anche dalla utilità per il paziente delle prestazioni erogate; i valori del paziente sono altrettanto importanti degli esiti biologici delle cure.

Quindi, le decisioni mediche devono essere guidate dall'integrazione fra le prove scientifiche ed i valori dei pazienti: il paziente deve partecipare al processo decisionale e gli esiti delle cure devono essere valutati anche in base ai valori ed alle preferenze del paziente.

Recentemente, la rivista scientifica dei medici inglesi ha proposto un modello di riferimento per favorire la partecipazione attiva dei pazienti al processo di cura; i contenuti principali di quel mo-

⁵¹ J. N. Zitter: How the rise of medical technology is worsening death, <http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20171101.612681/full/> 6 novembre 2017

dello sono i seguenti: dedicare almeno i primi due minuti di ogni visita all'ascolto del paziente; condividere con il paziente ogni decisione; valutare gli esiti delle cure insieme ai pazienti.

Massimo Scanarini

Le implicazioni filosofiche della medicina.

È noto come molti temi filosofici abbiano acquisito aspetti nuovi alla luce dei progressi delle neuroscienze e come medici e biologi sentano la necessità di ricorrere alla filosofia per rispondere a quesiti emergenti dalla ricerca scientifica che non trovano risposta per la loro valenza metafisica o etica. La medicina è e rimane una scienza della natura e allo stesso tempo una scienza antropologica. La malattia è non solo un fenomeno biologico, ma anche un fenomeno psichico, sociale e spirituale; di qui la necessità di un orizzonte filosofico di riferimento. La medicina si colloca in una affascinante posizione di confine tra natura, scienza e arte, in realtà senza appartenere a nessuno di questi ambiti.

Un tema importante di valenza scientifica e nello stesso tempo filosofica riguarda l'identità della persona umana. Ancora non esiste una neuroscienza cognitiva del senso di sé, ma il vero problema è questo: indipendentemente dalle correlazioni mente-cervello, possediamo funzioni interiori di cui si possa dire che non rappresentano un epifenomeno del cervello? Esiste una realtà metafisica soggettiva che va separata dall'oggettività della mente?

C'è altro o siamo soltanto il nostro cervello? I progressi delle neuroscienze e della genetica molecolare stanno modificando i fluttuanti confini dell'identità personale e ci propongono nuovi interrogativi: per esempio se una persona in coma "irreversibile" e mantenuto artificialmente in vita, in assenza di attività cerebrale,

sia ancora da ritenere persona umana o essere vegetativo. È giustificato attribuire la coscienza ad un cervello anziché ad una persona intera? Se è possibile chiedere ad un paziente di rispondere sì o no con il suo cervello ad una domanda neutra, è lecito chiedergli anche se vuole continuare a vivere in quelle condizioni? E quale valore legale può avere una risposta positiva o negativa data in condizioni nelle quali è legittimo sospettare una non piena capacità di intendere e di volere in un cerebroleso? Il concetto di Stato Vegetativo (SV) è stato introdotto per la prima volta nel 1972 (Jennet e Plum, Lancet 1972). Questa condizione è stata sempre descritta attraverso criteri negativi: mancanza di coscienza di sé, mancanza di attività motoria intenzionale, assenza di linguaggio verbale, incontinenza sfinterica.

I pazienti in stato vegetativo appaiono supini, con gli occhi aperti ma senza contatto con gli altri e con l'ambiente, possono muovere la testa e gli arti ma solo in modo automatico e afinalistico. Ancora oggi suscita interesse e discussione la dissociazione fra stato di vigilanza e stato di consapevolezza o di coscienza. La condizione di consapevolezza prevede l'attività dei neuroni della corteccia cerebrale; questi neuroni sono un'aggiunta recente dal punto di vista evolutivo e formano circuiti che modellano la nostra facoltà di pensare, quindi di essere consapevoli. Negli strati più profondi della corteccia cerebrale troviamo invece i neuroni del sistema limbico, che condividiamo con altri mammiferi. Il sistema limbico conferisce una carica affettiva o emotiva alle informazioni che ci arrivano dai sensi. Da notare che il sistema limbico, benché funzioni per tutta la vita, non matura (in analogia con i neuroni della corteccia cerebrale); questo è il motivo per cui anche da adulti reagiamo agli stimoli in arrivo come da bambini (come avviene per la paura del buio). I neuroni che per lo più non si moltiplicano dopo la nascita, ma restano gli stessi, hanno la nostra stessa età: tale longevità contribuisce a spiegare come mai, dentro di

noi, ci sentiamo praticamente gli stessi a dieci come a settant'anni. In altre parole, l'"io" che emerge dall'infanzia vive in un corpo che, pur subendo come la mente importanti trasformazioni nel corso di un'intera vita, mantiene la continuità spazio-temporale propria di una unità individuale: c'è un unico corpo che cambia nel tempo. Inoltre, la personalità e la mentalità di una persona possono mantenersi inalterate anche se il corpo subisce gravi deformazioni. Di conseguenza, l'identità di una persona sembrerebbe meglio definita utilizzando un criterio psicologico anziché un criterio somatico, in accordo con la tradizione filosofica iniziata da Cartesio. Se l'identità è legata più alle caratteristiche psicologiche che a quelle del corpo, è allora possibile ricondurla direttamente alla struttura e al funzionamento del cervello? Si ripete la stessa domanda: c'è altro o siamo soltanto il nostro cervello? La continuità dell'individualità soggettiva può essere confutata con l'osservazione che il suo decadimento, nel corso della vecchiaia, proverebbe che essa è proprio un prodotto del cervello, poiché da una certa età in poi c'è una graduale perdita di neuroni. È vero che l'efficienza mentale tende a declinare progressivamente con l'invecchiamento, in presenza di alterazioni involutive specifiche, oppure nel morbo di Alzheimer, nell'anestesia, nello stato di coma, nei gravi disturbi vascolari, sotto l'effetto di farmaci psicoattivi o di droghe, ma sono altrettanto vere alcune considerazioni: vi sono casi di genialità senile che non si spiegherebbero con la perdita neurale (il campo dell'arte è pieno di esempi, come Michelangelo, vedi la Pietà Rondanini, Donatello, Goya, Picasso, Virgilio Guidi, che a novant'anni dipinge i suoi quadri più belli, Andrea Camilleri). Il problema della coscienza di sé è indipendente dall'invecchiamento perché può esserci modificazione della correlazione soggetto-ambiente, ma è molto difficile che il soggetto perda la percezione di sé e l'identità psichica. Posso non ricordare

la storia quotidiana della mia vita ma non l'appartenenza a me che ho di me stesso, nella continuità storico-esistenziale del mio corpo-mente. Non può non esserci interazione mente-cervello, ma non è facile sostenere che ciò concerni l'integrità della soggettività o tutta la soggettività, fatta eccezione dei casi in cui vi sia un danno cerebrale. Ma possiamo essere sicuri che il soggetto non viva una diversa soggettività?

La crisi di identità coinvolge in pieno anche la medicina.

Nonostante i progressi bio-tecnologici e terapeutici, che hanno comportato innegabili benefici per la salute, oggi assistiamo a una crescente disumanizzazione delle strutture sanitarie, a una crisi molto evidente del rapporto medico-paziente, a un aumento delle malattie iatrogene, alla comparsa di nuovi e pressanti quesiti di natura etica legati alla nascita e alla morte. Una visione neo-umanistica della scienza medica appare oggi-momento storico di smarrimento ideologico individuale e collettivo-come una risorsa irrinunciabile per ridare pienezza di valori anche ideali alla professione medica. È anche imperativo migliorare la comunicazione che risulta deficitaria in ambito sanitario: la comunicazione in medicina è soprattutto capacità di ascolto, oggi difficile per la stressante velocità dei contatti umani (spesso solo virtuali in quanto mediati dal web). Bisogna recuperare il tempo indispensabile, ritornare alle componenti umanistico-filosofiche da sempre presenti nel sapere medico. L'introduzione della cosiddetta "*Evidence-Based Medicine*" ha portato nella pratica clinica un maggiore rigore metodologico che si avvale del trasferimento dei risultati della ricerca scientifica all'attività clinica, per aiutare il medico a scegliere la migliore terapia disponibile e il paziente a prendere decisioni più informate.

Tuttavia l'EBM si basa su dati statistici considerati come prove apodittiche, ma sappiamo che i dati statistici possono essere uno dei modi più efficaci per mentire. Nell'attuale cultura post-

moderna prevale un'idea di verità convenzionale piuttosto che un'idea di verità dimostrata, senza dimenticare la provvisorietà delle verità scientifiche.

Al tema dell'identità si affianca un altro argomento della medicina, sempre molto coinvolgente e dibattuto non solo in termini scientifici: il tema della morte e la sua valenza filosofica.

La nostra civiltà occidentale ha una ridotta familiarità con la morte, si rassegna malvolentieri all'angoscia determinata dalla sua attesa, ne teme l'interferenza con le attività dei viventi, interferenza che destabilizza i sentimenti del benessere e del successo.

Quando l'avere prevale sull'essere, non c'è più posto per la morte, perché la morte si oppone al profitto, rappresenta qualcosa di assurdo e di sconveniente in una società basata sull'accumulo dei beni e sul progresso. Ciò che la nostra attuale società sogna è di vivere in un eterno presente. La morte rimane prima di tutto un fenomeno biologico. Fino alla fine degli anni '50 e per i millenni precedenti dell'umanità, la morte era data dall'arresto cardio-respiratorio. Negli anni '70, con l'apertura dei reparti di Rianimazione nei quali si iniziava a trattare in modo intensivo i pazienti con gravi lesioni cerebrali, è stato introdotto il concetto di "morte cerebrale", cioè di morte del paziente anche a cuore battente. L'attuale definizione di morte cerebrale (morte della persona), universalmente accettata anche da un punto di vista etico, consente il prelievo degli organi a scopo di trapianto.

Ma quale morte cerebrale? Perdita di tutte le attività cognitive con perdita anche dell'autonomia neuro-vegetativa, cioè dell'autonomia del respiro. In altre parole, il paziente morto cerebralmente è un soggetto che per respirare è macchinadipendente, per danno irreversibile non solo della corteccia ma anche del tronco cerebrale.

Sta facendosi strada una definizione di morte cerebrale più estensiva, che vorrebbe comprendere la perdita irreversibile delle ca-

pacità cognitive a livello corticale, con il mantenimento dell'autonomia del respiro. Questa nuova definizione aprirebbe però scenari inquietanti, già da tempo esistenti in tema di morte assistita ed eutanasia. Sappiamo con certezza che l'esperienza cosciente è interamente generata all'interno del cervello, ma non siamo in grado di estrarre dal cervello un dato neurale della presenza di coscienza. Questo dato si traduce ancora oggi in una elevata incidenza di diagnosi errate in pazienti che non sono in grado di comunicare; ma non possiamo non riconoscere la coscienza e la sofferenza, là dove sono presenti. È questa una sfida per la ricerca biomedica attuale.

Il nostro tempo sembra caratterizzato da un'assenza del pensiero e da una caduta generale della tensione morale. Se non si rimette al centro della quotidianità l'etica dei comportamenti, i diritti dei soggetti più deboli e, soprattutto, il valore dei valori, cioè la dignità della persona, assisteremo allo smarrimento individuale e collettivo nel deserto ideologico della "realtà virtuale".

Nella nostra civiltà occidentale sta nascendo una sorta di opposizione alla medicina tradizionale. L'obiettivo principale dell'essere medico è guarire o almeno migliorare la qualità della vita. Tutto questo si appanna se il paziente ha la sensazione di essere soltanto un numero, un organo malato e non una persona che soffre. Questa medicina solidale e umana ha prima di tutto come tramite la parola, scintilla del divino che è dentro di noi ("in principio era il Verbo"), della quale è compagno fedele e sollecito l'ascolto. L'esperienza, scriveva Goethe, corregge l'uomo ogni giorno. In questo senso, ogni giorno, nella pratica medico-chirurgica, è necessario avere l'attitudine alla verifica continua, allontanando l'eccessivo positivismo e la mentalità scienziata, secondo cui ciò che è tecnicamente fattibile diventa per ciò stesso eticamente ammissibile.

È oggi indispensabile fondare un nuovo paradigma esistenziale, far prevalere la filosofia dell'Essere sulla cultura dell'Avere che continua a dominare la mentalità contemporanea. Lo scenario della patologia moderna è molto cambiato rispetto al recente passato delle certezze. L'invecchiamento demografico ha sconvolto le attese dell'epidemiologia, oggi dominata dalle patologie croniche, degenerative e disabilitanti. L'allungamento della vita è un fenomeno epocale e in particolare nel nostro paese, dove l'anziano chiede giustamente di non essere considerato un malato necessario: "*Senectus ipsa morbus*", visione non ancora obsoleta quando l'invecchiamento è vissuto solamente come perdita o declino o assenza o progressiva mancanza di autosufficienza, quindi inesorabile dipendenza dalla famiglia e/o dalla società. La variabilità dell'anzianità oscilla dai sani ai sopravvissuti, cioè a quella categoria di anziani che hanno superato gravi malattie ma restano in condizioni di salute molto precarie.

Sempre a proposito di invecchiamento cerebrale è opportuno sottolineare che il nostro cervello ha due peculiarità fondamentali:

- a) una forte plasticità, alla base delle grandi capacità vicarianti
- b) la ridondanza: riduzioni della popolazione neuronale anche estese (traumi, ischemie, emorragie) non modificano la capacità operativa del cervello nel suo insieme.

Queste due caratteristiche anatomo-funzionali sono ben presenti anche nel cervello senile. Nella nostra civiltà occidentale viene impiegato principalmente l'emisfero sinistro, specializzato nei processi logico-matematici, nel linguaggio e nell'astrazione; nelle civiltà orientali, invece, viene impiegato molto di più l'emisfero destro specializzato nell'orientamento, nella memoria visivo-spaziale, nella sensibilità estetica in senso lato. Un giocatore di scacchi è in grado di utilizzare entrambi gli emisferi per codificare le informazioni (quindi il gioco degli scacchi è certamente da consigliare anche e specialmente invecchiando).

Pazienti con gravi deficit del linguaggio, per danno dell'emisfero sinistro, possono mantenere le proprie capacità musicali o pittoriche. Al contrario, lesioni dell'emisfero destro possono compromettere totalmente la capacità di espressione artistica in ambito musicale o pittorico, in assenza di danni di rilievo a carico del linguaggio. Esistono anche casi nei quali la capacità di espressione artistica compare dopo un deficit cerebrale, forse per una facilitazione paradossa da lesione di aree cerebrali prima inibitorie. Scriveva Kierkegaard: "creando potevo guarire, creando ritrovavo la salute. Fu proprio la malattia il fondo di tutte le spinte creative."

Nell'unione dei compiti di scienza e filosofia risiede la condizione essenziale che rende oggi possibile la conservazione dell'idea di medico. Medico e malato si trovano uniti da un legame prevalentemente umano, non scientificamente fondato. Il medico, ora, non è più un semplice tecnico, né un'autorità, ma un'esistenza per un'esistenza, un essere umano transeunte insieme a un altro essere umano transeunte (Karl Jasper).

Oggi si è venuta a creare una discrepanza tra ciò che la gente chiede alla medicina e ciò che essa è in grado di dare.

Per questo la medicina oltre che scienza umana deve essere e rimanere rigorosamente scientifica. Ciò che deve interessare lo scienziato – scrive Karl Popper (1934) – è la conoscenza problematica, la crescita della conoscenza, la scoperta.

Non il possesso della conoscenza, della verità irrefutabile, fa l'uomo di scienza, ma la ricerca critica, persistente e inquieta della verità. La ricerca è anche e soprattutto la modestia del dubbio. Ricerca è tensione continua verso la conoscenza dell'ignoto e verso il perfezionamento delle terapie già note.

La letteratura, le scienze figurative, la musica, ci parlano in continuazione della ricerca, da quella demoniaca di Faust, di Don Giovanni e del capitano Achab, a quella di Proust e di Don Chi-

sciotte a quella più avventurosa e fantastica di Ulisse, a quella sublime di Leonardo o di Galileo. La ricerca è amore per la cultura e per il libro, come fece Catone che prima di togliersi la vita, si ritira nella sua stanza e legge il Fedro di Platone.

La ricerca è amore per la bellezza del mondo:” I medici, studenti a vita, devono avere l’umiltà di imparare da tutti, dai colleghi e soprattutto dai malati. Essi, i malati, narrandoci la propria malattia, ci insegnano la medicina, soprattutto quella di oggi (da Lorenzo Bonomo, *Recenti Progressi in Medicina*, 95, 1, 2004).

Ciò che sta emergendo nel quadro generale della ricerca biomedica è l’immagine dell’uomo molecolare, cioè di un uomo i cui mutamenti molecolari costituiscono tutto ciò che vi è di rilevante nel suo essere malato, l’invasione quasi universale della genetica come settore dello studio biologico, spinge a una unilateralità interpretativa e a una semplificazione estrema dei fenomeni biologici. A contrario l’uomo rappresenta una realtà molto più complessa: il problema di fronte al quale si trova la medicina ruota intorno al termine “persona”. Oggi il malato non si riconosce nel corpo-molecolare che la scienza medica descrive, la malattia non è più soltanto l’effetto di una causa, ma si identifica con il significato di un evento. In altri termini il compito del medico è anche quello di aiutare il malato a dare un senso ai fenomeni patologici che lo interessano: il medico ha il dovere di comprendere e di instaurare con il paziente una comunicazione esistenziale che oltrepassa ogni terapia (di qui le principali implicazioni filosofiche della medicina).

L’attuale crisi economica coinvolge naturalmente anche la medicina che sta vivendo una crisi di identità. Nonostante i notevoli progressi bio-tecnologici e lo straordinario affinamento dei mezzi diagnostici e terapeutici che hanno comportato innegabili benefici per la salute collettiva, oggi assistiamo a una crescente disumanizzazione delle strutture sanitarie, a una crisi evidente del rap-

porto medico-paziente, a un aumento delle patologie iatrogene, alla comparsa di nuovi e pressanti quesiti di natura etica. Nel disagio esistenziale della nostra società, travolti da un continuo flusso di informazioni e di consumismo imposto dai media, abbiamo traghettato la medicina delle malattie alla medicina dei desideri: la potenzialità di benessere psico-fisico è diventata più pressante del bisogno di assistenza, nel clima attuale di avanzato esaurimento del senso religioso della vita e di quello laico della politica. È bene ribadire che non abbiamo diritto alla salute, abbiamo diritto alla cura, la cura migliore possibile.

Il rapporto medico-malato, rapporto bidirezionale, paritario e solidale ha come tramite la comunicazione, le cui caratteristiche sono la chiarezza, l'appropriatezza del linguaggio, la tempestività (il messaggio giusto nel momento giusto), la responsabilità e la condivisione: da questi connotati deriva la qualità relazionale della comunicazione, che non sempre coincide con la qualità percepita. La deriva legale di molta medicina nasce proprio dalla scarsa qualità relazionale della comunicazione medico-paziente.

Per quanto concerne la iatrogenesi, è notorio come la medicina la conosca almeno dal IV secolo a.C.: "*primum non nocere*", principio attribuito a Ippocrate. Tuttavia il termine è comparso nell'uso comune solo da pochi decenni, dopo che molti danni iatrogeni sono stati compiuti. Oggi malattie o solo disturbi transitori sono diventati frequenti perché la cura non tiene sufficientemente conto degli effetti collaterali.

Decenni di avanzate tecnologie-oggi anche robotiche-non hanno ridotto la frequenza degli errori medici. Ma ci manca la cultura dell'errore, anzi l'errore tende a essere subito colpevolizzato e questo atteggiamento, più moralistico che etico, ha sottratto all'errore medico la sua forte valenza educativa. Da un'ottica filosofica la vera medicina deve essere la medicina della razionalità; una medicina riduzionistica diventa nella migliore delle ipotesi

tecnicamente efficiente, ma perde sul versante dell'umanità. Una medicina olistica recupera sul versante dell'umanità ma può perdere sul versante dell'efficienza tecnica nella cura della malattia. Nelle *Leggi*, ultima sua opera incompiuta, Platone afferma che esistono due specie di quelli che si chiamano medici: "i medici degli schiavi e i medici degli uomini liberi".

Spiega Platone che il medico degli schiavi "cura gli schiavi andando in giro", non parla col malato e nessuna ragione di ciascuna delle malattie di quegli schiavi nessuno di tali medici dà o ascolta; gira frettolosamente per la città col desiderio di massimizzare il suo guadagno; è come un tiranno per il paziente, perché gli dà farmaci senza spiegare alcunché; è come un sofista per la filosofia. Il medico degli uomini liberi cura quasi sempre le malattie e le studia, le tiene fin da principio sotto osservazione, come vuole la natura, dando informazioni allo stesso paziente e agli amici, e insieme egli impara qualcosa dai malati e, per quanto è possibile, ammaestra il malato stesso; interroga il paziente e i suoi amici sulla vita che è solito condurre; non prescrive farmaci se prima non ha convinto il paziente; il medico vero fa conoscere l'uomo di dentro. Questa distinzione è anche oggi preziosa per i medici moderni: spetta a loro scegliere se vogliono essere medici degli schiavi o degli uomini liberi, spetta a loro tracciare il sentiero per la ri-umanizzazione della medicina, tenendo sempre presente che la salute rappresenta uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e non solo la mancanza di malattia. La comunicazione resta ancora uno strumento essenziale per la promozione della salute.

L'insoddisfazione dei pazienti per l'insufficiente comunicazione dei medici ha un peso maggiore rispetto all'insoddisfazione per la competenza tecnico-scientifica: il rapporto umano medico-paziente resta insostituibile. Tra le cause di una comunicazione inefficace vanno considerate l'uso di un linguaggio troppo tecni-

co e/o la disparità culturale fra chi comunica e chi ascolta, tenendo presente che la comunicazione medico-paziente è sempre gerarchica e quindi asimmetrica. Credo che oggi, in presenza di una comunicazione sempre più virtuale, sia indispensabile la riaffermazione della parola. Se la realtà presente significa scrivere tweet o SMS e ricevere informazioni solo dalla televisione senza verificare se l'informazione sia vera o manipolata, allora è necessario percorrere il tempo in senso inverso, fuggire da una cultura imperniata sulla rapidità della comunicazione (prevalentemente visiva) e tornare al ritmo lento del linguaggio parlato e scritto, in ultima analisi tornare alla parola.

“Il medico può guarire con i farmaci, il coltello, le parole” (Esculapio).

Corrado Sfacteria

La medicina tra scienze naturali e scienze umane.

Il termine scienza in senso etimologico sta a significare conoscenza. In senso generale tutta la conoscenza, compresa quella immediata di ogni giorno, che costituisce lo stesso contenuto dell'esperienza di vita.

In senso più ristretto e più preciso ci si riferisce a un insieme di conoscenze particolarmente vagliate e logicamente ordinate.

Con questo non si afferma la distinzione radicale tra conoscenza comune e conoscenza scientifica, perché anzi questa non è che l'ampliamento e la rigorizzazione di quella.

L'antichità classica guardava unitariamente a tutto il sapere, come si veniva realizzando, sia mediante l'osservazione sia mediante il ragionamento.

Tra filosofia e medicina, pur nella loro differenza disciplinare, è presente fin dall'antichità un profondo intreccio; lo dimostrano, ad esempio, i filosofi che hanno utilizzato metafore mediche per esprimere le loro riflessioni e molti furono loro stessi medici poiché questi due "saperi" si trovano ad essere tra di loro complementari essendo incompleto studiare il corpo umano e agire su di esso senza conoscere "chi è l'uomo", essendo la medicina il complesso delle attività che intervengono a favore del sofferente strettamente legate con l'espressione dello spirito umano.

È del tutto evidente che azzardare risposte a queste domande presuppone una precisa concezione della medicina e, quindi, richiede una specifica filosofia della medicina.

Tale filosofia può essere intesa in molti modi: è infatti possibile concepirla come un'analisi epistemologica del sapere medico, oppure come un'analisi dell'agire medico e, in queste accezioni, può essere avvicinata rispettivamente alla filosofia della biologia oppure alla filosofia della tecnica medica.

Altri, però, hanno concepito la filosofia della medicina come una filosofia che affronta il problema dell'uomo nel suo complesso, cioè della persona umana e da questo punto di vista la filosofia della medicina inevitabilmente si viene configurando come un tipo particolare di antropologia.

Inoltre è necessario considerare che qualsiasi riflessione che tratti della medicina non può non tener conto dello svolgersi del pensiero filosofico, di quello biomedico e del loro concreto realizzarsi nelle varie istituzioni della sanità.

Sotto questo aspetto, quindi, la filosofia della medicina, pur mantenendo una propria identità concettuale, non può non avvalersi degli studi storici che da un lato descrivono l'avvicinarsi delle teorie medico scientifiche e dall'altro espongono le opinioni dominanti nelle diverse epoche.

Aristotile fa riferimento alla medicina in varie opere parlando del rapporto fra questa e la filosofia come pure diede ampio spazio alla anatomia e alla fisiologia e considerò Ippocrate " un grande medico non per statura ma per talento".

Trattando della salute e della malattia si chiede quali scienze se ne debbono occupare e mostra un coordinamento tra i medici ed i filosofi affermando che la maggior parte dei filosofi, partendo dall'esame delle realtà naturali, affrontano poi le questioni di medicina, mentre i medici che praticano il loro lavoro con finalità filosofiche, incominciano i loro studi dall'esame della natura e traggono da lì i principi per l'azione terapeutica.

Dal III secolo a.C., soprattutto per merito di Erofilo e Erasistrato, la medicina modificò prospettiva poiché si pose al centro di essa

il problema della salute, cioè la comprensione dello stato naturale della persona.

L'arrivo, a Roma, di alcuni medici greci venduti come schiavi, diede l'avvio della medicina ufficiale.

E, con il trascorrere del tempo, vari medici greci divennero famosi e fu concessa loro la libertà aprendo la strada alla progressiva grecizzazione della medicina romana.

Galeno fin da giovane, a Pergamo, città culturalmente vivace, ebbe una precoce preparazione in filosofia che in seguito intersecò con quella medica.

Egli sosteneva che non si può essere un buon medico se non si conoscono logica, fisica ed etica, cioè l'insieme dell'autentica filosofia.

Galeno sviluppò, a Roma, caratteristiche medico scientifiche nuove espresse nel suo progetto di rifondazione complessiva del sapere medico.

Fu definito dall'imperatore Marco Aurelio: "primo fra i medici" ma "unico tra i filosofi".

Galeno, infatti, si considerò un filosofo poiché la medicina non insegnava a conoscere il mondo naturale, ma nel suo esercizio consentiva a chi la praticava di esprimere le migliori qualità morali.

Sulla base dell'osservazione clinica e dell'esperienza anatomofisiologica, Galeno struttura il ragionamento diagnostico: l'ampiezza e la vitalità dell'opera di Galeno, che si presentò come il restauratore della dignità del medico, rifondò la medicina unificando l'epistemologia entro un quadro teoretico platonico-aristotelico permeato di religiosità.

Il suo sapere globale, in grado di accogliere in sé le punte avanzate del sapere scientifico, filosofico e letterario rimase punto di riferimento per più di mille anni.

Il medioevo è stato carente di un sistematico progresso della conoscenza, pur senza svalutare la natura umana né quella della vita.

Nel medioevo si accettò il principio, anche, della concezione unitaria del sapere, desunto dall'antichità classica, secondo cui ogni distinzione fra le varie discipline era interna alla filosofia ritenuta il sapere perfetto.

Il "sapere medico" si trasferì anche in Oriente mentre in Occidente si istituirono vari luoghi di cura.

La teoria che guidò la medicina medioevale fu quella dei quattro "umori corporei" che dominò l'arte medica occidentale per vari secoli.

La medicina del medioevo fu essenzialmente pratica basata sull'insegnamento diretto e sull'uso di terapie consacrate dalla tradizione.

Aveva rivolto prevalentemente la sua attenzione all'aspetto soprannaturale della vita.

Le esigenze scientifiche di Alberto Magno e Ruggero Bacone, come il naturalismo di Ockham, non riescono a caratterizzare la speculazione medioevale che resta aderente dogmaticamente alla fisica aristotelica e alla cosmologia tolemaica.

Nel XII secolo si verificò la nascita ufficiale delle Università: prime fra tutte quella di Bologna e di Parigi.

Da ricordare il ruolo ricoperto dalla Scuola Medica Salernitana che molti ritengono la più importante istituzione medica d'Europa dell'epoca e il prototipo delle moderne università.

L'Umanesimo e il Rinascimento, che, in fondo, sono due momenti di un unico movimento, hanno in comune alcuni caratteri fondamentali: affermazione del valore e della dignità della natura umana; libera indagine della natura fisica senza i limiti imposti dalla autorità di Aristotele e senza interferenze della autorità religiosa nel campo della ragione e della esperienza.

In questo senso, può dirsi benissimo che il naturalismo costituisca l'anima dell'Umanesimo e del Rinascimento; naturalismo del primo che ha come oggetto la natura integrale umana; naturalismo del secondo che ha come oggetto la natura fisica.

Duplici naturalismo, che in fondo è uno solo, in quanto la natura umana, esaltando sé stessa, esalta il creato e in quanto nell'indagine della natura fisica e nella conoscenza del mondo si attua la potenza dei mezzi conoscitivi dell'uomo, il possesso che l'umana ragione e l'esperienza acquistano della realtà circostante. Umanesimo e Rinascimento, come momento della cultura, rappresentano una verità perenne nella storia dell'umanità.

Le esigenze e i problemi dell'età moderna vi hanno la loro prima formulazione o almeno la loro radice.

Il problema speculativo della diversità fra conoscenza scientifica e conoscenza filosofica cominciò a porsi con questa nuova logica contrapposta a quella aristotelica e fondata sull'esperienza.

Questa logica si affermò tra il XVI e il XVII secolo grazie alla teoria del "Metodo" elaborata da filosofi e, in particolare, da Francesco Bacone e Cartesio.

Il problema del metodo segna l'origine della scienza moderna e di una nuova impostazione del problema della conoscenza.

Abbandonato il principio dell'autorità aristotelica e accettate come sorgenti della conoscenza l'esperienza e la ragione, la ricerca metodologica si rendeva urgente.

Il nuovo metodo per Francesco Bacone è "l'induzione sperimentale".

Intuendo il potere che la scienza offre all'uomo sulla creazione, concepì il sapere come mezzo per realizzare il dominio dell'uomo sulla natura, convinto che la verità sia progressivamente svelabile.

Perciò sostenne e difese la rivoluzione scientifica, proponendo un metodo di conoscenza della natura che possiamo definire appun-

to “scientifico” e privilegiò il metodo induttivo, fondato sull’esperienza e criticando sia l’ideale del sapere magico-alchimistico che la filosofia tradizionale.

Cartesio è ritenuto l’iniziatore del pensiero moderno e del metodo razionalistico.

Contro il principio d’autorità aristotelica che aveva dominato la cultura del medioevo egli rivendica l’autonomia della ragione umana che è in grado di giungere alla verità senza ricorrere a fattori soprannaturali.

Respingendo il patrimonio di conoscenze generalmente accolto, offrì un nuovo metodo di ragionamento con base la matematica che unisce il criterio dell’evidenza intuitiva con il rigore della deduzione. Riferendosi a questa convinzione, nell’opera “Il discorso su metodo”, enunciò quattro fondamentali regole euristiche, regole cioè che concernano la ricerca filosofica o scientifica:

- 1) l’evidenza, cioè la chiarezza e la distinzione di ogni contenuto del pensiero;
- 2) l’analisi, per la quale ogni problema va risolto nelle parti più semplici;
- 3) la sintesi, che passa dalle conoscenze più semplici a quelle più complesse;
- 4) l’enumerazione, cioè la revisione del processo compiuto con l’analisi e la sintesi.

Nel secolo XVIII, noto per la “rivoluzione demografica”, la salute pubblica acquisì notevole rilievo con l’istituzione del “medico condotto”, con la pratica della vaccinazione e introducendo la quarantena.

Ma anche la medicina assunse nuove connotazioni ben riassunte dal medico e anatomo-patologo francese Bichat: “sezionare in anatomia, sperimentare in fisiologia, seguire il decorso della malattia ed effettuare un’autopsia in medicina”.

L'illuminismo getta le basi della cultura e della società contemporanea, ma nell'antitesi col "preteso oscurantismo" nel Medioevo, nel processo inesorabile alla tradizione, manifesta la sua ignoranza quasi totale della cultura medioevale e la insufficienza a rendersi conto del valore insopprimibile della tradizione stessa di quel che, morto, era da eliminare e di quanto, vivo, da conservare, innovato.

Figlio della nuova scienza sperimentale, artefici, per il metodo, Galilei e Bacone, e per le scoperte, ancora Galilei e Pascal, Copernico, Keplero e Newton e del razionalismo cartesiano, sotto l'influenza del Bayle, del Locke e del Wolff, presuppone dogmaticamente, nonostante l'intransigenza critica, che l'ordine del mondo naturale e umano obbediscano a leggi meccaniche fisse che la ragione ha il dovere di scoprire per dominare il meccanismo universale e realizzare il progresso e il benessere dell'umanità.

Già qui i due aspetti contrastanti: la fiducia nei poteri della ragione e dell'esperienza e lo scoramento di fronte all'immensità della natura, governata da ferree leggi, non sempre volte al meglio.

Il primo motivo discende dalla malintesa concezione rinascimentale dell'uomo come "microcosmo", centro dell'universo e dal concetto baconiano di "scienza", come mezzo di potenza e di dominio.

Il successo dell'Illuminismo non si può spiegare senza tener conto del grande influsso delle scienze naturali e del diffuso scetticismo, che, almeno fin dal secolo precedente, aveva iniziato la progressiva scristianizzazione della società.

Il pericolo era stato avvertito dal Pascal che rivendicò le "ragioni del cuore" di fronte a quelle della "ragione" e progettò una nuova apologia del Cristianesimo, adatta a "persuadere" i miscredenti del suo tempo, che contestavano l'incrollabilità delle leggi mo-

rali e la verità assoluta dei dogmi e andavano in cerca di verità nuove.

Le scienze ne offrivano una: la gran legge della gravitazione universale del Newton, scoperta con i soli mezzi naturali dell'osservazione e della ragione, capace di governare la vita universale; infatti era stata sufficiente a fondare le scienze fisiche come autonome e infallibili.

L'illuminismo è sicuro di trovare un principio universale, immutabile ed infallibile come quello della gravitazione, capace di spiegare e dominare qualsiasi forma di umana attività.

Per gli illuministi il modello dell'umanità è "il filosofo pratico", artefice della futura felicità degli uomini che sostituisce il santo, il cavaliere, l'onest'uomo ecc., modelli di altri tempi, e in cui la borghesia trova la sua consacrazione.

Pontefice massimo della nuova "religione" dei lumi è Francesco Maria Arouet, Voltaire, vangelo la *summa totius naturalis scientiae*, *l'Encyclopédie*.

Un posto a sé occupa, nella cultura del secolo, Gian Giacomo Rousseau, il maggiore pensatore del Settecento francese.

Il personalissimo ed indipendente illuminismo rousseauiano, con i suoi concetti antilluministici di sentimento, coscienza e natura, antitetici a quelli di ragione, scienza e civiltà ha già qualcosa di romantico, quasi l'alba di una nuova forma di cultura.

Del resto, tutto l'illuminismo, nonostante il suo razionalismo, l'antitradizionalismo e l'antistoricismo, con le sue contraddizioni, ansie e smanie di riforme, contiene elementi che preparano il suo superamento nel Romanticismo.

Ciò vale maggiormente per l'illuminismo tedesco, che ha una sua particolare fisionomia.

In Italia le idee illuministiche ebbero larga diffusione e tale influenza servì a legare la nostra cultura a quella europea.

Il filosofo Immanuel Kant con *“De medicina corporis”* si rivolge alla pratica medica, al benessere psicofisico e al rapporto fra mente e corpo che per alcuni è sotteso all’intera sua filosofia sulla trascendenza.

Secondo Kant *“Il filosofo e la filosofia”* si occupano di quanto di spirituale vi è nel male fisico.

Il medico, dal canto suo, pur indagando la malattia da una prospettiva differente ovvero analizzandone le cause *“materiali”*, deve tener conto della complessità psicologica dell’essere umano. La teoria del metodo costituì l’argomento del successivo dibattito epistemologico, pervenuto nel XVIII secolo, della tesi positivista della conoscenza scientifica come unica forma di conoscenza possibile e sviluppatosi oggi nel contrasto fra chi sostiene il valore oggettivo, assoluto e sovra storico della verità scientifica e chi, al contrario ne asserisce la natura relativa e storicamente condizionata.

Per Kant la conoscenza è sintesi di una forma a priori e di contenuto a posteriori: se manca uno di questi due elementi non c’è più conoscenza, ma o una forma vuota o un contenuto cieco.

Ora l’incondizionato non ci è dato da alcuna esperienza, pretendere di conoscerlo con le forme a priori dell’intelletto è far funzionare nel vuoto queste ultime dato che manca loro un contenuto.

Kant parla di Idee della ragione pura.

L’unità originaria delle scienze, legata all’autoritarismo aristotelico dell’unità nella scienza filosofica, dovette cedere il passo a discipline singole che andarono gradatamente specializzandosi.

Dalla filosofia alla medicina, dalla biologia alla sociologia si è giunti all’attuale pluralità di campi di studio.

La stessa parola *“Scienza”* subì un’ulteriore specializzazione col riferirsi in modo particolare alla matematica e alla ricerca intorno ai fenomeni della natura, quando grosso modo nella seconda me-

tà del Seicento, cominciò a sostituire l'altro termine di filosofia naturale, che predominava sulle partizioni della filosofia, talora ancora usato nel senso di complesso delle scienze naturali, giungendo infine a designare le discipline sperimentali ed esatte contrapposte a quelle umanistiche, benché oggi si tenda, coerentemente con la riflessione ottocentesca, a recuperare il termine anche in relazione con le discipline che si occupano dell'uomo e della società in cui vive e, più in generale, con tutte quelle le cui metodologie cerchino di avvicinarsi a quelle delle discipline scientifiche.

In realtà la scienza medica si realizza, anche, sviluppando i concetti espressi dai principali rami delle scienze naturali e delle scienze umane per renderle applicabili alle sue finalità di completezza culturale finalizzata all'applicazione delle tecniche d'indagine per la cura del malato.

Alcune scoperte in campo medico influiranno anche sul pensiero del secolo XIX.

Virchow scoprì la derivazione delle cellule da altre cellule e la possibilità di riscontrare a livello cellulare le lesioni provocate dalle malattie.

Mendel incominciò l'identificazione delle "leggi della genetica".

Comte, filosofo e sociologo, è identificato come il fondatore del "positivismo" e per contraddistinguere il suo pensiero coniò il termine sociologia che inizialmente chiamò "Fisica sociale", un settore disciplinare che basava la conoscenza sociale su prove scientifiche tratte da osservazioni non influenzate dalla metafisica.

Un contributo allo sviluppo della sociologia si deve a Anthony Giddens che lega la sociologia allo studio delle istituzioni proprie delle società avanzate o industrializzate e delle condizioni di trasformazione di tali istituzioni, nate da due grandi processi di trasformazione: Rivoluzione Francese e Rivoluzione Industriale.

La sociologia si modella sulle scienze naturali, realizzando il reciproco condizionamento tra individuo e società.

La conoscenza delle scienze naturali è importante per la scienza medica.

Biologia, chimica, fisica, scienza della terra sono i principali rami della scienza naturale in comune con la scienza medica.

Biologia è lo studio scientifico delle cose viventi, compreso lo studio della loro struttura, origine, crescita, evoluzione, la funzione e la distribuzione.

Obiettivamente considerando le tendenze della biologia moderna, deve essere riconosciuto che sul terreno concreto e pratico della ricerca scientifica i biologi oggi procedono tutti sulla medesima via, applicando i metodi fisici e chimici e indagando le analogie tra le forze operanti nei viventi e quelle del mondo fisico.

Chi può disconoscere i risultati dell'energetica biologica?

Chi può non ammirare tutte quelle ricerche che, nate coi soli metodi biologici, come quelle riguardanti i capitoli dell'endocrinologia, della vitaminologia e delle competizioni vitali, hanno condotto, in tempi recenti, alla sintesi degli ormoni, delle vitamine e degli antibiotici?

Che la biologia sia la base fondamentale della patologia, e quindi della medicina, è cosa oggi ovvia e riconosciuta.

La vita è un continuo adattamento tra condizioni interne e condizioni esterne: continuamente l'equilibrio vitale è turbato e continuamente viene ripristinato e tutti i fenomeni vitali sono rappresentati da questa tendenza a ritrovare l'equilibrio mediante fenomeni regolativi, morfologici e fisiologici; ma se questo equilibrio viene turbato oltre certi limiti, viene a cadere lo stato biologico normale e se nella funzione e nella struttura dell'organismo si manifestano deviazioni considerevoli oltre i limiti di oscillazioni fisiologiche, allora si inizia lo stato di malattia.

Ma anche nella malattia si riscontrano sempre fenomeni adattivi con cui l'organismo tende sempre, fin che può, a ripristinare l'equilibrio turbato, poiché le funzioni normali degli elementi cellulari tendono a conservarsi o ripristinarsi secondo le leggi fondamentali cui essi obbediscono nello stato normale. In confronto allo stato di salute presentano diversità di grado e di modalità.

Non esistono cellule patologiche, nel senso attribuito in altri tempi a questa denominazione, cellule proprie esclusivamente di certi organi ammalati ed affatto indipendenti dalle cellule normali, ma tutti gli elementi degli organi ammalati non sono altro che gli elementi normali, più o meno profondamente modificati, o sono derivati dagli elementi normali per proliferazione.

Sono questi concetti che riassumono il rinnovamento della patologia, come fu iniziato da Virchow che appunto stabilì che le alterazioni morbose debbono ricondursi ad alterazioni delle funzioni cellulari.

La chimica è una branca delle scienze naturali che si occupa della composizione delle sostanze, nonché le loro proprietà e le reazioni.

Si tratta dello studio della materia e delle sue interazioni con l'energia e sé stessa. Oggi un certo numero di discipline presenti sono diversi rami della chimica.

Chimica fisica è un termine usato comunemente, insieme all'analogo fisico chimica, per designare quel complesso di nozioni che si riferiscono ai numerosissimi fenomeni chimici che non si possono interpretare correttamente senza l'intervento di adeguate conoscenze di fisica.

Sebbene in un linguaggio scientifico rigoroso si tenda a tenere distinti gli obiettivi perseguiti dalla chimica fisica e quelli oggetto della fisico chimica, si può affermare che in ogni caso essi costituiscono insieme gli argomenti di una materia veramente interdisciplinare, anche perché il progredire delle conoscenze sulla costi-

tuzione della materia, e quindi su quella delle molecole, degli atomi e dei nuclei, ha reso ormai impossibile la netta distinzione che si tendeva originariamente a mantenere fra fisica e chimica, quando si definiva la prima come scienza che si occupa delle proprietà generali della materia, indipendentemente dalla natura chimica di questa, e la seconda come scienza che, almeno inizialmente, si occupava invece della costituzione qualitativa e quantitativa dei vari composti, valutando in base ai risultati sperimentali le diverse possibilità degli elementi semplici di combinarsi fra loro.

L'interesse che la chimica fisica presenta dal punto di vista della biologia e della medicina deriva dal fatto che moltissimi sono i fenomeni fisici e chimici ad un tempo che si svolgono negli organismi viventi; basti ricordare l'importanza che hanno per la biologia i fenomeni di superficie (adsorbimento, tensione superficiale) e i fenomeni osmotici (osmosi e pressione osmotica) e l'ufficio che, sempre nei fenomeni biologici, è svolto dagli ioni (elettrofisiologia, elettrolisi) ed elettroliti (concentrazione idrogenionica), d'altra parte, come l'equilibrio colloidale, di essenziale importanza per il normale metabolismo, possa essere alterato da numerosi fattori, essenzialmente chimico fisici.

Molte sono, infine, le applicazioni terapeutiche che si ricollegano a fenomeni chimico fisici; basti pensare alle azioni fotochimiche delle radiazioni luminose ed ultraviolette e a quelle che stanno alla base dell'azione biologica delle radiazioni ionizzanti di maggiore energia.

Fenomeni chimico fisici accompagnano pure le applicazioni delle correnti elettriche fatte a scopo terapeutico e diagnostico (elettrodiagnostica, elettroterapia).

Non meno importanti sono, d'altra parte, i metodi d'indagine biochimica i cui fondamenti si ritrovano nella chimica fisica (conducibilità elettrica, crioscopia, cromatografia, ebullioscopia, elet-

troforesi, concentrazione idrogenionica, osmosi e pressione osmotica, polarografia, potenziometria, strutturistica, tensione superficiale, viscosità).

La Fisica è una branca della scienza naturale, che è associata con lo studio delle proprietà e delle interazioni di tempo, spazio, energia e materia.

La parola “fisica” significa etimologicamente (gr. *phísichè*) scienza della natura.

Una più approfondita spiegazione del significato del termine è assai difficile da dare in breve, anche perché tale significato è cambiato molto sensibilmente nel corso dei secoli.

I cambiamenti accidentali e temporanei che si manifestano nei corpi non viventi, il passaggio dell’acqua dallo stato liquido a quello solido o di vapore, lo stato elettrico dei corpi, la meccanica, l’idrostatica e l’idrodinamica, l’acustica, la termologia, l’ottica, l’elettrologia, la meteorologia.

I fronti sui quali la conoscenza fisica così detta pura sta attualmente avanzando sono essenzialmente tre: quello delle particelle elementari, l’astrofisica con tutte le sue nuove implicazioni di carattere cosmologico e la biofisica il cui obiettivo ideale è la riduzione ai principi generali della fisica delle scienze biologiche.

Per quanto riguarda il rapporto della medicina con le scienze umane appare chiaro che si può avere una vera scienza degli esseri umani solo quando avremo smesso di pensare che l’uomo è una eccezione rispetto al resto della realtà e ha bisogno dell’apporto culturale di scienze speciali quali quelle umane.

Oggi si intravede una scienza degli esseri umani in continuità con le scienze della natura e si vede anche che la componente culturale e storica dell’uomo può e deve rientrare in questa scienza degli esseri umani in continuità con le scienze della natura.

Le discipline che studiano gli esseri umani hanno difficoltà ad accettare questo perché temono di perdere la loro autonomia e di

essere inghiottite dalle scienze della natura, come se l'autonomia delle discipline scientifiche fosse una cosa importante per la scienza e le divisioni disciplinari non fossero in contrasto con una realtà che è fatta di fenomeni diversi ma tutti collegati tra loro, per cui spesso la spiegazione dei fenomeni studiati da una certa disciplina sta nei fenomeni studiati da un'altra disciplina.

È più logico ammettere che non esiste nessuna discontinuità tra scienze naturali, fisiche e scienze storico-interpretative e umane se non nelle paure degli scienziati sociali di venire inghiottiti in quelle fisiche e naturali.

La medicina (*mederi*= curare) non solo studia i processi morbosi ma applica anche provvedimenti atti a prevenirli e curarli.

Alla base della scienza e coscienza del medico è fondamentale avere ben chiaro il concetto di malattia e la sua evoluzione significativa, che ha formato un diverso concetto di salute e di malattia.

Gli anglosassoni hanno due termini per definire la malattia: *disease* e *illness*, con il primo intendono riferirsi al versante biologico, ai meccanismi che determinano la malattia e regolano la cura, con il secondo all'alone sociale e culturale che l'accompagna e riguarda sia l'insieme delle credenze e speranze del paziente, che del terapeuta e del gruppo che li circonda.

Queste due aree di significati sono complementari e interdipendenti nella riuscita di una terapia.

A questi termini se ne aggiunge un terzo, *sickness*, che indica uno stato più incerto del precedente, es. mal di mare, mal di cuore, uno stato rispetto al quale l'analisi antropologica considera le dimensioni del discorso e del comportamento del malato e della medicina.

I principi etici di medicina e filosofia, contenuti nel giuramento di Ippocrate sono rimasti in buona parte inalterati anche nella carta

Europea per l'Etica medica approvata nel giugno del 2011 a Kos, patria di Ippocrate.

La versione attuale del giuramento recita come segue: “Consapevole dell’importanza e della solennità dell’atto che compio e dell’impegno assunto, giuro di esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento rifuggendo da ogni indebito condizionamento; di perseguire la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell’uomo e il sollievo della sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale ogni mio atto professionale, di curare ogni paziente con uguale scrupolo e impegno ,prescindendo da etnia, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica e promuovendo l’eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario, di non compiere mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte di una persona, di astenermi da ogni accanimento diagnostico e terapeutico, di promuovere l’alleanza terapeutica con il paziente fondata sulla fiducia e sulla reciproca informazione nel rispetto e condivisione dei principi cui s’ispira l’arte medica, di attenermi nella mia attività ai principi etici della solidarietà umana contro i quali, nel rispetto della vita e della persona, non utilizzerò mai le mie conoscenze a disposizione del progresso della medicina; di affidare la mia reputazione professionale esclusivamente alla mia competenza e alle mie doti morali; di evitare, anche al di fuori dell’esercizio professionale, ogni atto e comportamento che possano ledere il decoro e la dignità della professione; di rispettare i colleghi anche in caso di contrasto di opinioni; di rispettare e di facilitare il diritto alla libera scelta del medico; di prestare assistenza d’urgenza a chi ne abbisogna e di mettermi, in caso di pubblica calamità, a disposizione dell’autorità competente; di osservare il segreto professionale e di tutelare la riservatezza su tutto ciò che mi è confidato, che

vedo o che ho veduto, inteso o intuito nell'esercizio della mia professione o in ragione del mio stato."

È incompatibile con il giuramento d'Ippocrate intraprendere una attività sociale diversa dalla scienza medica?

Il sistema sanitario italiano si basa di fatto sul modello biomedico ed è un sistema essenzialmente pubblico, basato sul principio di offrire a tutti l'assistenza necessaria, e quindi, l'accesso egualitario per tutti alle prestazioni e all'erogazione dei servizi che riguardano la salute.

La salute come diritto fondamentale dell'individuo è, oggi, tuttavia, al centro di un ampio dibattito e non solo per i costi che questo comporta, ma anche perché alla spesa non corrisponde una pari efficacia; vi sono disuguaglianze dovute a condizioni di vita e di lavoro che un sistema sanitario fortemente medicalizzato egualmente non riesce a colmare, poiché si tratta di distribuire oltre che utilità (prestazioni, cure, assistenza fino al ripristino delle condizioni di salute del paziente ecc.) anche opportunità.

Oggi la medicina è obbligata a ridiscutere i suoi criteri di priorità tra diritto e utilità.

D'altra parte, alla salute si fanno rientrare anche i discorsi sugli stili di vita, il rispetto per l'ambiente che sollecitano interventi preventivi e promozioni informative.

I sistemi di welfare sono stati messi in discussione anche per le loro contraddizioni e lo stesso stato sociale necessità di profonde trasformazioni.

In chiave di speculazioni attuali della filosofia in medicina è lecito richiamare il pensiero di alcuni autori.

Karl Jasper, filosofo e psichiatra tedesco, fondatore secondo molti dell'Esistenzialismo moderno, per lungo tempo insegnò all'università di Heidelberg, occupandosi dello smarrimento dell'umanità del medico. Secondo Jasper il medico ha rinunciato

all'umanità, da qui l'insoddisfazione tanto dei malati quanto degli stessi medici.

La soluzione è che il medico divenga "sapiente" ritrovando la sua umanità, riscoprendo l'idea di medico indicata da Ippocrate: "*iatròs philosophos isotheòs*".

Per questo Jasper s'interroga se la scienza medica può ignorare la filosofia e giunge alla conclusione che pur nelle rispettive autonomie le due scienze necessitano l'una dell'altra.

La scienza medica è indispensabile alla filosofia perché "soltanto la conoscenza di questa via impedisce che un'altra volta si affermi, in modo poco chiaro e soggettivo, che nella filosofia sia possibile la conoscenza obiettiva delle cose, che ha invece la sua sede nella ricerca metodicamente esatta."

Ma anche la filosofia è importante per la medicina perché "fa presa sulle scienze in modo tale da rendere realmente presente il loro senso proprio".

La filosofia che vive nelle scienze dissolve il dogmatismo che appare sempre di nuovo nella scienza stessa ma soprattutto la filosofia diventa garante consapevole dello spirito scientifico contro l'ostilità della scienza.

Hans Jonas, filosofo e storico, si dedicò alla filosofia della natura e all'etica.

Per quanto riguarda la filosofia della natura dichiara nell'opera "Organismo e libertà: verso una biologia filosofica" la finalità che vuole raggiungere: ridare all'unità psicofisica della vita il posto del tutto teoretico che ha perso a partire da Cartesio a causa della divisione del mentale dal materiale.

Il secondo filone di interesse riguarda l'etica.

Una delle sue opere più importanti fu "Tecnica, medicina ed etica, prassi del principio di responsabilità" nella quale ricercò un fondamento etico per la civiltà tecnologica.

La sua istanza si concretizzò nella “filosofia della responsabilità” comprendendo le enormi possibilità che la scienza dispone.

Dunque, il filosofo, interpreta l’etica come vita vissuta e responsabilità dell’uomo per l’uomo individuando come finalità del discorso etico l’esistenza futura dell’umanità.

Georges Canguilhem, medico epistemologo e docente di storia e filosofia delle scienze alla Sorbona, fu il fondatore di una “epistemologia storica” e storico della medicina.

La sua opera fondamentale fu “il normale e il patologico” ma fu autore di moltissimi articoli apparsi in varie riviste.

Partendo dalla medicina, propose riflessioni sullo stato epistemologico di questa ma anche, e soprattutto, su questioni che riguardavano il fenomeno umano, convinto della necessità di un’etica e di una politica che riservassero attenzione alle trasformazioni in atto.

Affermò la difficoltà nella definizione della salute essendo l’anormalità a far nascere l’interesse teoretico per la normalità, perciò nella conclusione “il normale e il patologico” riaffermò la centralità della malattia nella definizione dei concetti di salute e di normalità: “È innanzitutto perché gli uomini si sentono malati che vi è una medicina”.

Ricerca, inoltre, i motivi dell’allontanamento della medicina dall’uomo; la graduale eliminazione nella conoscenza delle malattie del riferimento alle situazioni vissute dai malati non è soltanto il frutto della colonizzazione della medicina da parte delle scienze fondamentali e applicate avviata ai primi dell’Ottocento, ma è anche il frutto dell’attenzione interessata, in tutti i sensi della parola, che più o meno nello stesso periodo le società di tipo industriale cominciano a riservare alla salute della popolazione operaia o, per parlare come gli altri, alla componente umana delle forze produttive.

Edmund Pellegrino, bioeticista, esperto in scienze umane, docente in prestigiose università americane e preside della *“The Catholic University of America”*, fu presidente del *“Consiglio di Bioetica del Presidente”* con George W. Bush. Scrisse nel 1970 sulla opportunità di una riflessione filosofica a tutto campo in ambito medico seguendo quattro filoni: Filosofia e medicina, Filosofia nella medicina, Filosofia della medicina e Filosofia medica.

Definì la Filosofia della medicina: *“una riflessione critica sulla materia della medicina, su contenuto, metodo, concetti e presupposti peculiari della medicina in quanto medicina”*.

Il motivo di questa necessità sorge dal constatare che la medicina non è riducibile alle scienze da cui trae alimento, essendo finalizzata non alla conoscenza in quanto tale, ma alla cura di esseri umani. L’epistemologia intesa, quindi, come riflessione intorno ai principi e al metodo della conoscenza scientifica.

La filosofia è una attività conoscitiva che tende a risolvere in sistemi coerenti i problemi fondamentali dell’esistenza e della realtà.

Un aspetto delle implicazioni della medicina come scienza umana con la filosofia è rappresentato dalla diffusione delle norme e delle conoscenze atte a mantenere lo stato di buona salute dell’individuo e della collettività, creando nella popolazione una coscienza sanitaria con lo strumento della educazione sanitaria. In campo internazionale l’Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) ha sostenuto nel suo atto costitutivo la necessità dell’educazione sanitaria affermando che *“un’opinione pubblica illuminata e una collaborazione attiva da parte del pubblico sono d’importanza fondamentale per il miglioramento della salute delle popolazioni”*.

Il titolo secondo della Costituzione della Repubblica Italiana recita all’art. 32 primo comma *“La repubblica tutela la salute come*

fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti"

Ma come diffondere le norme e le conoscenze?

In realtà una cultura sanitaria è un insieme strutturato di conoscenze specialistiche dotate di un valore non solo teorico o contemplativo, ma anche politico e, soprattutto pratico che trova un ostacolo, specie in Italia, a causa del lungo predominio di tendenze idealista in filosofia e nelle scienze umane

Fra le implicazioni filosofiche della medicina acquista rilevanza la volontà di dare completezza alla stessa concezione della salute a partire dalla definizione dell'OMS secondo la quale la salute non è solo assenza di malattia ma uno stato di benessere psico-fisico, mentale e sociale dell'individuo (art. 1 della Carta costitutiva dell'OMS, 1946)

Nell'ultimo trentennio l'interesse per un approccio antropologico alla tematica salute/malattia si è ampiamente diffuso in ambito internazionale, e l'antropologia medica è divenuta una delle più importanti specializzazioni antropologiche, articolandosi in una varietà di orientamenti e di approcci, sia per quanto riguarda i settori di lavoro che le prospettive epistemologiche.

L'antropologia medica è il prodotto di una molteplicità di voci e di esperienze; suo scopo è coniugare e far interagire la medicina "regno di razionalità e di scienza naturale" con la visione fondamentale storicistica dell'antropologia, secondo la quale "tutta la conoscenza è culturale e relativa a un'epoca e a una prospettiva storica".

In senso generale tutta la conoscenza, compresa quella immediata di ogni giorno, che costituisce lo stesso contenuto dell'esperienza di vita.

Gli antropologi sottolineano a grandi linee che questo stato si realizza all'interno delle variabili storico-culturali di un determinato gruppo.

La medicina occidentale ha attuato la separazione tra la malattia come evento e il malato che vive quell'evento come suo costruendo la malattia come una devianza dallo star bene e la cura come cura di un pezzo del corpo, mentre l'individuo vive la malattia interrogandosi sulle sue cause e ricercando un senso, che non è riconducibile alla sfera dell'individuale ma del sociale e del culturale.

L'antropologia medica intende, pertanto, riprendere alla luce di queste interpretazioni la problematica salute/malattia.

Da un punto di vista teorico l'antropologia medica ha allargato il suo orizzonte a comprendere non solo la concezione della salute/malattia nel suo rapporto con il contesto storico-culturale ma anche l'analisi dei complessi rapporti tra pratiche, significati e saperi del corpo e salute/malattia, quindi includendo nel suo ambito l'antropologia del corpo, della sofferenza, delle emozioni, in rapporto con il contesto più ampio, sia ambientale che storico-culturale.

Per quanto riguarda le società occidentali, le problematiche della salute e dei sistemi di cura stanno assumendo un interesse sempre più crescente, dato che le nostre società sono diventate sempre più multiculturali e multietniche.

In conseguenza di queste trasformazioni, l'antropologia medica, nel passaggio dallo studio delle popolazioni esotiche a quello della propria società, ha allargato il suo orizzonte, pur mantenendo la propria specificità e il proprio approccio.

L'antropologia medica ha un ambito di studi molto vasto in quanto comprende l'insieme dei sistemi medici dall'antichità ai tempi attuali, dalle società di piccoli gruppi alle fasce subalterne delle società complesse considerate con sguardo antropologico.

Tale sguardo non è finalizzato a una comparazione/giustapposizione, ma a indicare un percorso: conoscere come le altre culture e subculture hanno affrontato i problemi connessi

alle sfere della salute/malattia ci deve portare a ritornare alla nostra realtà con una maggiore acquisita consapevolezza che ponga in grado non soltanto di conoscere procedure ma anche di guardare alle nostre con consapevolezza critica.

Attualmente, secondo Seppilli, l'ambito di ricerca dell'antropologia medica si articola lungo tre assi di ricerca, così sommariamente descritti:

- 1) i progressi attraverso i quali eterogenei fattori del sociale intervengono nel condizionare in diverso modo il manifestarsi e il successivo andamento dei disturbi psichici e fisici;
- 2) il modo in cui gli individui classificano, interpretano tali disturbi, secondo quali schemi ideologico-culturali;
- 3) l'insieme della strumentazione prodotta da ciascun contesto per intervenire contro tali disturbi (saperi, pratiche, figure specializzate ecc.), le norme convenzionali e le strutture istituzionali che regolano i rapporti tra queste figure e i loro utenti.

Un aspetto delle implicazioni filosofiche della medicina nasce dalla risoluzione del Consiglio d'Europa nel 1999 per definire un approccio europeo comune al tema delle medicine non convenzionali, basato sulla libertà di scelta terapeutica del paziente.

In Italia, nel 2002, il documento della FNOMCeO ha riconosciuto, filosoficamente, queste nuove forme terapeutiche: agopuntura, ayurveda, chiropratica, fitoterapia, medicina antroposofica, medicina tradizionale cinese, omeopatia, omotossicologia, osteopatia.

Il risultato è quello di trovarsi, da una parte, di fronte a nuove scoperte biotecnologiche e a nuove applicazioni diagnostiche sempre più raffinate e costose, e dall'altra parte ad una educazione sanitaria orientata verso terapie non convenzionali.

Le decisioni più importanti dovrebbero comportare sempre principi filosofici ed etici.

Si potrebbe ritenere che queste scelte realizzano una medicina che si basa anche su aspetti simbolici dimostrando di quanto sia complesso il processo di guarigione che induce l'individuo a cercare di sperimentare nuove strade per accelerare la guarigione.

Si tratta di un fenomeno nuovo che la medicina ufficiale si trova ad affrontare: una sempre più ampia fascia di utenti, pur continuando a rivolgersi ai servizi sanitari, si rivolge anche ad operatori delle medicine non convenzionali, diffusi perché ritenute più "dolci", più naturali, considerate legate ad una concezione che privilegia un rapporto più armonica con la natura.

Di fronte alla complessità della situazione attuale, dovremmo usare il termine di medicina popolare ma si tratta di un termine poco adeguato in quanto legato a un modo schematico e ormai superato di concepire il popolo.

Non esiste, dunque, almeno nell'ambito delle società complesse, una medicina popolare, cioè un assetto specifico di forme di difesa della salute e dell'equilibrio psichico comune a tutte le classi subalterne.

In altre parole, il significato di medicina popolare va concretamente individuato di volta in volta facendo riferimento a singoli strati subalterni, in un preciso territorio e in una precisa collocazione rispetto ai centri propulsori del cambiamento sociale, entro il quadro di specifiche correlazioni città/campagna, di specifici rapporti di classi, di egemonia e di potere.

Si tratta di forme di medicina che si concentrano tra gli strati subalterni di aree rurali periferiche ma resistono ancora, talora con fenomeni di ripresa, nelle città, dove più intensi sono stati i fenomeni di inurbamento dalle campagne.

D'altra parte, queste forme mediche popolari sono in parte sconesse e disgregate, anche là dove si ritrovano, in parte trasformate, ma questo è un processo che si è sviluppato lungo un ampio

arco temporale, con l'estensione della medicina ufficiale sul territorio.

In aree di radicata tradizione si incontrano forme di comportamento dualistico-sincretico, le famiglie aderiscono al sistema diagnostico-terapeutico della medicina ufficiale ma, contemporaneamente, ricorrono ai responsi di operatori magici di matrice arcaica o alle forme terapeutiche non convenzionali.

L'elemento mitico è presente anche quando si fa ricorso a queste nuove forme di terapia non convenzionali anche se prive di una base di cultura sanitaria storicamente supportata.

Non di poco rilievo il ricorso ai culti carismatici e alle pratiche devozionali, pur nella consapevolezza che nelle culture popolari questi elementi fanno presto ad intrecciarsi.

Infatti, considerando non le concezioni globali, ma i singoli percorsi nella ricerca di cura, si possono determinare delle differenziazioni sia rispetto ai tempi che alle modalità.

Rievocando il dilemma fra cultura umanistica e giuramenti tecnico scientifici non si può fare a meno di ritenere limitativa la definizione di medicina quale scienza che per oggetto i fenomeni patologici che alterano o possono alterare la funzionalità dell'organismo umano, allo scopo di mantenere o ripristinare, mediante gli opportuni mezzi preventivi o terapeutici, lo stato ottimale delle condizioni di salute.

L'arte medica sembra diventata una componente non esclusiva della personalità medica che tende a trovare realizzazione nelle terapie non convenzionali, nel campo delle scienze umane fra le quali rientra la politica, la sociologia, la scienza delle finanze.

Si può parlare di cultura della organizzazione sanitaria?

Si deve applicare una cultura d'impresa o una cultura dell'organizzazione?

Cultura d'impresa è un termine che viene oggi comunemente usato ma che deriva dal mondo dell'impresa e non dalle scienze

sociali e appare negli anni Ottanta nell'ambito del management per sottolineare il fattore umano nella produzione.

Con questo termine ci si pone come obiettivo di ottenere dai lavoratori identificazione e adesione agli obiettivi dell'impresa, partendo da una concezione di cultura che non è quella antropologica in quanto viene considerata come inerente a un universo chiuso, a una collettività omogenea, dai contorni delimitati, che dovrebbe determinare comportamenti e atteggiamenti degli individui.

Si tratterebbe di una manipolazione ideologica del concetto antropologico per legittimare l'organizzazione del lavoro all'interno dell'impresa.

Come applicare il discorso della cultura d'impresa a un istituzione sanitaria elevata ad azienda ma che ha le caratteristiche proprie dell'assistenza sanitaria e attribuendo a tale assistenza la possibilità di essere esercitata oltre che all'interno delle mura in base a liste di attesa, anche intramuraria a pagamento e extramuraria semplice ed avanzata, sempre a pagamento.

È una distorsione?

Come vera cultura dell'organizzazione si tratta per gli "operatori" di fornire come prodotto ciò che concerne la salute (prestazioni, terapie, tecnologia, ecc.) per gli utenti-pazienti egualità nell'accedere ai servizi con richieste che riguardano la salute.

Tra gli operatori e gli utenti si frappone l'esperienza della malattia, cioè, gli operatori hanno a che fare con la sofferenza, con le patologie o meglio con gli individui portatori di sofferenze e malattie.

Inoltre, il fatto che l'incontro professionale, che pone in contatto individui portatori di differenze sociali e culturali, avvenga nell'ambito del SSN, si svolga, cioè, all'interno di un contesto istituzionale che detta le sue norme, le sue leggi, pone delle condi-

zioni che sono indipendenti dagli interlocutori fisicamente presenti.

Questo determina problemi di comunicazione, difficoltà di accesso non solo a causa della eterogeneità dei codici approvati per le ASL, ma perché il paziente si trova di fronte ad operatori che non sembrano vincolati da regole ma agiscono autoritariamente e possono derogare alla loro funzione di curanti per manovrare l'assistenza e pilotare il paziente verso sistemi di assistenza diversa trincerandosi dietro le lunghe lista di attesa che traumatizzano chi necessita di assistenza.

Si creano sempre più vaste aree di insoddisfazione per i servizi sanitari e per la qualità dei rapporti con il loro organico, che sono conseguenza anche dei problemi di perdita dei valori attinenti la sanità.

La crisi di consenso che investe oggi la biomedicina appare alimentata dallo scarso spessore della dimensione comunicativa tra operatori sanitari e utenti a causa di vari fattori quali: la preparazione a livello universitario della deontologia medica elevata a disciplina giuridica e della legislazione sanitaria ; il criterio della gerarchia sanitaria che impedisca al medico dirigente di non esercitare il suo ruolo rispetto al personale subalterno; la ipertecnizzazione con l'abbondanza degli esami di laboratorio a discapito delle visita clinica; la iperburocratizzazione dei servizi sanitari per mancanza degli organi di controllo, difficilmente accessibili agli utenti, per sanzionare gli abusi.

Le dinamiche di rapporti fra struttura sanitaria e livello legislativo-burocratico, l'applicazione di regolamenti regionali, il problema delle prenotazioni e delle liste d'attesa, la gestione del paziente ricoverato dimesso non guarito per liberare posti letto sono problemi che implicano soluzioni etiche e sociali e politiche.

A questi problemi che riguardano il rapporto tra i servizi e l'utenza, fornita di tessera sanitaria, se ne aggiungono altri legati

ai flussi migratori e alle nuove patologie, che rendono le difficoltà più evidenti.

Pare ormai evidente la crisi di quella modernità che albergava con l'Umanesimo ed il Rinascimento, ebbe sviluppi quanto meno problematici col soggettivismo razionalista e il deismo illuminista da una parte, la riforma protestante e le guerre di religione dall'altra, sfociando poi nella rivoluzione francese e, in Italia, nel Risorgimento, quando poi la destra e la sinistra hegeliana generarono nel secolo XX dittature e guerre catastrofiche, sfociando, infine, da una parte nel socialismo reale e ateismo di Stato e, dall'altra, nell'indifferentismo religioso e nel consumismo edonista.

Proprio questi esiti cominciarono a mettere in crisi un po' tutta la parabola di quella modernità, iniziata tanto promettente.

Di qui l'odierno gran discutere intorno alla fine (o meno) della modernità e all'indefinita (per ora) nuova sintesi epocale, così detta postmoderna, derivata appunto dal fatto che la tarda modernità, lungi dal mantenere le sue promesse circa l'avvento del *regnum hominis*, starebbe minacciando tanto la persona e la famiglia quanto la società e la natura.

Il secolo XX, tuttavia, è il secolo delle maggiori scoperte in campo medico.

Dagli anni '50 si passò alla medicina basata sull'evidenza; protocolli standardizzati, avvallati da studi scientifici, sostituirono opinioni ed esperienze personali.

Ma accanto a notevoli progressi scientifici troviamo anche il sorgere di nuove patologie per le quali è stata carente un'azione preventiva.

In termini generali e schematici gli obiettivi che si dovrebbe prefiggere l'azione preventiva nelle malattie non infettive non sono diversi da quelli che si vogliono raggiungere nella prevenzione delle malattie infettive, in entrambi i casi si vogliono rimuovere o

inattivare le cause di malattia ed i fattori che ne favoriscono l'azione e la diffusione.

Per quelle malattie non infettive di cui si conosce l'agente causale (ossicarbonismo, saturnismo, silicosi, mesotelioma pleurico, danni da radiazioni ionizzanti, ecc.) è chiaro che la prevenzione consiste nell'eliminare l'agente stesso dall'ambiente di lavoro e dall'ambiente di vita, oppure nel proteggere con opportuni accorgimenti le persone esposte ad esso.

Per altre, di cui non si conosce un agente causale unico e specifico, l'azione preventiva è ugualmente possibile.

Alcuni dei fattori responsabili dell'aumento di frequenza delle malattie neoplastiche, degenerative e dismetaboliche oggi più importanti sono ben noti.

Pertanto l'azione preventiva deve essere rivolta contro tali fattori che, pur mancando di specificità, sono strettamente correlati con la malattia che si vuole prevenire (ad es. fra il fumo delle sigarette e la frequenza del cancro al polmone oppure fra il consumo di alcool e la cirrosi).

La prevenzione primaria deve essere rivolta alla popolazione sana; essa ha l'obiettivo di mantenere la popolazione stessa esente da cause e da fattori di rischio.

La prevenzione secondaria comprende diversi tipi di intervento che vanno dalla correzione di fattori di rischio già presenti in un individuo (es. riduzione della colesterolemia) fino alla precoce indagine sulle malattie con lunga fase di latenza clinica (es. papilloma virus, carcinoma della cervice uterina, tumore del seno ecc.). La prevenzione primaria può essere rivolta alla protezione di gruppi di persone che soggiornano in particolari ambienti oppure alla intera popolazione: in entrambi i casi si potrà agire sia modificando in senso favorevole l'ambiente di lavoro o l'ambiente di vita, sia modificando il comportamento nell'attività lavorativa o lo stile di vita. La prevenzione secondaria, invece, ri-

chiederà l'elaborazione e l'attuazione di specifici programmi di screening a seconda del fattore di rischio o della condizione patologica che si vuole precocemente scoprire e correggere. Diceva Platone: "Io vidi che il genere umano non sarebbe mai stato liberato dal male se prima non fossero giunti al potere i veri filosofi o i reggitori di Stato non fossero per divina sorte divenuti veramente filosofi". Platone era convinto che Asclepio, divinità minore, passata a Roma col nome di Esculapio, fosse il fondatore dell'arte medica.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., *Sulla metodologia e la filosofia della Scienza*, Chicago, 1938.
- N. Abbagnano ed altri, *Fondamenti logici della Scienza*, Torino, 1947.
- N. Abbagnano ed altri, *Saggi di critica delle Scienze*, Torino, 1950.
- M. Augè, C. Herzliche, *Storia e sociologia della malattia*, Il Saggiatore, Milano, 1986.
- P.W. Bridoman, *La logica della fisica moderna*, Torino, 1952.
- O. Cuche, *La nozione di cultura nelle scienze sociali*, Il Mulino, Bologna, 2003.
- W.C. Dampier, *Breve storia della Scienza*, Milano, 1960.
- M. Douglas, *Come pensano le istituzioni*, Il Mulino, Bologna, 1990.
- F. Enriques, G. Santillana, *Compendio di storia del pensiero scientifico*, Bologna, 1937.
- G. Federspli e AA., *Filosofia della medicina*, Raffaello Cortina, Milano, 2008.
- P.Giaretta ed AA., *Galeno, opere scelte*, Utet, Torino, 1978.
- L. Geymonat, *Filosofia e filosofia della scienza*, Milano, 1950.
- C. Papa, *Antropologia dell'impresa*, Guerini, Milano, 1960.
- R. Peterle, *Le leggi della natura*, Torino, 1960.
- M. Planck, *La conoscenza del mondo fisico*, Torino, 1942.
- Platone, *Simposio XII*
- T. Seppilli, *Antropologia medica: fondamenti per una strategia*, A.M. 1996.
- C. Singer, *A short History of Biology*, Oxford, 1931.
- M. Tomasello, *Le origini culturali della cognizione umana*, Il Mulino, Bologna, 2005.
- M. Tomasello, *Le origini della comunicazione umana*, Raffaello Cortina, 2009.
- E. Veratti, *Patologia generale*, Vallardi, Milano, 1938.

- P. Volpiani e AA, *Health for all, all in health*, Cidis Alisei European Commission, 2000.

INDICE

<i>FRANCA DÜRST EREDE</i> PRAFAZIONE	13
<i>MICHELE MARSONET</i> NOTE INTRODUTTIVE	27
<i>ERIKA DELLACASA</i> LA MEDICINA TRA SCIENZE NATURALI E SCIENZE UMANE.	31
<i>BRUNO ORSINI</i> LA MEDICINA TRA SCIENZE NATURALI E SCIENZE UMANE.	35
<i>MICHELE MARSONET</i> SCIENZA E ANTI-SCIENZA.	39
<i>PAOLO MICHELE EREDE</i> L'UOMO E LA SUA CREATIVITÀ NELLA RICERCA DI UNA ARMONIA CON LA NATURA.	51
<i>MARIA CRISTINA AMORETTI</i> LA MEDICINA, TRA <i>HUMANITIES</i> , ARTI E SCIENZE.....	55
<i>LAURA SARNARI</i> VERSO NUOVE PROSPETTIVE: DALL'UMANESIMO MEDICO, ALLA FILOSOFIA PRATICA.	71
<i>MARIA GRAZIA MAIMONE</i> FILOSOFIA E MEDICINA: CIELO E MARE ALL'ORIZZONTE.....	85
<i>ANTONIO BAVA</i> RIFLESSIONI SU QUANTO SIA ETICAMENTE CORRETTO PROLUNGARE LA VITA IN PAZIENTI CEREBROLESI.....	95
<i>JACOPO VLADIMIRO LEONARDO BERTELLI</i> I FONDAMENTI ETICI DELLA MEDICINA.	117
<i>GIAMPAOLO GHILARDI</i> DALLA MEDICINA PERSONALIZZATA AL PERSONALISMO FILOSOFICO. UN ITINERARIO POSSIBILE?	139
<i>MARCO PRASTARO</i> FISIONOMIA DELLA MENTE: EZIOLOGIA, EPISTEMOLOGIA ED ANATOMO-ESCATOLOGIA DELLA NOESI.....	157
<i>TATIANA REPINA</i> LA MEDICINA TRA SCIENZE NATURALI E SCIENZE UMANE.	167

<i>LUIGI COGOLO</i> LA MEDICINA TRA SCIENZE NATURALI E SCIENZE UMANE.	177
<i>FRANCESCO PAOLO COLACIOPPO</i> LA MEDICINA TRA SCIENZE NATURALI E SCIENZE UMANE.....	193
<i>ANDREA GRIECO</i> LA MEDICINA TRA SCIENZE NATURALI E SCIENZE UMANE.....	207
<i>TOMMASO LANGIANO</i> L'AMBIVALENZA COSTITUTIVA DELLA MEDICINA.	235
<i>MASSIMO SCANARINI</i> LE IMPLICAZIONI FILOSOFICHE DELLA MEDICINA.	253
<i>CORRADO SFACTERIA</i> LA MEDICINA TRA SCIENZE NATURALI E SCIENZE UMANE.....	265