

Medicina degli schiavi e dei liberi*

Cesare Scandellari

ABSTRACT

According to Plato, there are two kinds of Medicine: that suitable for slaves simply deleting the symptoms, since they must return as soon as possible to their work and medicine for the freemen, not only the symptoms but also the soul and family relationships. Modern medicine, dominated by technology, is likely to look like slaves' medicine. Because even modern medicine is a medicine of body and soul is necessary to prepare future physicians with an education focused on the following points: the complexity of the medical procedure a didactic method less bound by reductionist paradigm formation attentive to not only the hospital model but also on that higher education based on ambulatory patient (method) rather than on diseases (knowledge of Pathology). It is also necessary to replace in teaching, the assumption of "absolute rationality" of an individual characterized by: endless capacity to gather information about a particular choice; ability to process information and ability to instantly calculate the optimal solution to the problem it faces. Human rationality is characterized by: limited capacity to collect and process information; inability to have all the options of choice; inability to calculate the consequences of each choice option hence the need to seek satisfactory choices rather than optimal choices (paradigm of "relative rationality"). The modern teaching of medicine really want to train doctors "for free" must have as its main objective the make each doctor a very experienced clinical, pathological knowledge but also capable of detecting multiple and often several health problems, evaluating evaluated in their entirety, and to establish a priority for action, in accordance with criteria of severity, as a matter of urgency and availability of effective treatments.

Keywords: Complexity, reductionism, absolute and relative rationality

RIASSUNTO

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 e ai rapporti familiari del malato. La medicina moderna, dominata dalla tecnologia, rischia ad assomigliare alla medicina degli schiavi. Perché anche la medicina moderna sia una vera medicina del corpo e dell'anima è necessario preparare i futuri medici con una formazione attenta ai seguenti punti:

1. estrema complessità dell'atto medico;
2. un metodo didattico meno legato dal carattere paradigma riduzionistico;
3. formazione attenta al non solo sul modello ospedaliero ma anche su quello ambulatoriale;
4. maggiore didattica fondata sul malato (metodo) anziché sulle malattie (conoscenze di patologia).

È inoltre necessario abbandonare nella didattica, il presupposto paradigma di "razionalità assoluta" dell'individuo, caratterizzato da: *infinita capacità di raccogliere informazioni su una determinata scelta; capacità di*

* Da una lezione tenuta ai Medici della Regione Friuli-Venezia Giulia al Castello di Spessa (UD) il 10 dicembre 2010.

elaborare le informazioni istantaneamente e capacità di calcolare la soluzione ottimale al problema che deve affrontare. La razionalità umana è invece caratterizzata da: *limitata capacità di raccogliere ed elaborare informazioni; impossibilità di disporre di tutte le opzioni di scelta; incapacità di calcolare le conseguenze di ogni opzione di scelta da cui la necessità di ricercare le scelte soddisfacenti piuttosto che le scelte ottimali* (paradigma della “razionalità relativa”).

Se la moderna didattica della medicina vuole veramente formare medici “per i liberi” deve avere come principale obiettivo il fare di ogni medico un clinico, una persona, certamente molto esperta di nozioni patologiche ma capace anche di individuare i molteplici e spesso diversi problemi di salute del malato, valutandoli nella loro globalità, e di stabilirne una priorità di intervento, in base a criteri di gravità, d’urgenza e disponibilità di trattamenti efficaci.

Parole chiave: Complessità, riduzionismo, razionalità assoluta e razionalità relative

In un commento riportato recentemente su un quotidiano veneto, Alessandra Graziottin ricorda che Platone, nella Repubblica parla di due tipi di medicina: la prima è quella praticata agli schiavi, per i quali è **sufficiente** l’eliminazione dei soli sintomi, poiché devono riprendere subito il lavoro; la seconda riservata agli uomini liberi, e attenta non solo ai sintomi e in generale al corpo ma attenta anche all’anima e ai rapporti familiari della persona malata. Viene da chiedersi se la nostra medicina, quella attualmente praticata ed insegnata nelle nostre Università, così attenta alla cura delle malattie, all’alleviamento dei sintomi piuttosto che al paziente sofferente, non rappresenti un tipo di medicina analogo a quella indicata da Platone come adatta all’uomo-oggetto anziché all’uomo-persona. Certamente tutti vorremmo una medicina pensata e praticata “per gli uomini liberi”: quella che dovremmo cercare di recuperare, fondata sulla sollecitudine e che ha come tramite primo l’ascolto. Perché solo da essa i pazienti possono ritrovare la fiducia e i medici ritrovare la soddisfazione di una professione oggi svilita, ma così potenzialmente straordinaria.

La domanda che si impone per prima all’attenzione di chi si interroga su questo problema è: quale ruolo ha giocato la formazione medica nel deterioramento cui è andata incontro la pratica della medicina e quale impegno didattico-formativo è necessario per ritornare a fornire alla Società una medicina degna degli “uomini liberi”? E nel caso in cui riconoscessi-

mo l’inadeguatezza dell’attuale formazione medica, in quali aspetti si deve ritenere sbagliata la preparazione dei giovani medici?

Un’analisi critica sui modi di provvedere alla preparazione degli studenti, in vista del loro ingresso nella professione, pone indubbiamente in rilievo i seguenti punti dolenti:

1. l’insufficiente riconoscimento dell’importanza data all’elevata complessità dell’atto medico;
2. il carattere essenzialmente riduzionistico del metodo didattico;
3. la prevalenza del modello ospedaliero sul modello ambulatoriale.

La complessità L’attributo *complesso* non è sinonimo di *complicato* o di *confuso*. La complessità fa riferimento al grado di organizzazione di un sistema: un *sistema complesso* è un sistema con molti livelli di organizzazione tra loro integrati e reciprocamente interagenti in equilibrio dinamico. In questo senso, i sistemi biologici (es. cellule) sono sistemi complessi, indipendentemente dalla loro estensione. È un sistema complesso il sistema nervoso, così come sono sistemi complessi una singola cellula o anche il singolo nucleo cellulare. Ma complessi non sono solo alcuni oggetti o alcune realtà fisiche come l’organismo animale o il corpo umano. Complessa è anche la psiche umana e la reattività dell’uomo o della donna che si studia come paziente. Così come complessa è la personalità di ogni soggetto umano.

Di conseguenza, il *saper comprendere la personalità di un malato è un atto educativo complesso*. E tuttavia nella formazione del medico – un professionista tra i più coinvolti nell’interazione con la personalità del malato – la considerazione e l’approfondimento di questo problema è stato, per lungo tempo, trascurato, secondo una falsa o riduttiva convinzione che il neo-medico avrebbe saputo spontaneamente confrontarsi con i problemi – anch’essi assai complessi – del rapporto con i suoi futuri pazienti.

Sarebbe da chiedersi, come sia stato possibile trascurare un aspetto così rilevante dell’educazione medica. Probabilmente non si è trattato di una mancanza di consapevolezza del problema quanto piuttosto, come è **stato** accennato, si è trattato di una falsa illusione secondo cui il saper capire, comprendere, comunicare e, in una parola, rapportarsi alle persone, non fa tanto parte del “*sapere*”, non è quindi facilmente trasmissibile mediante a didattica in aula (per lungo tempo principale forma di insegnamento universitario e non quanto un’abilità facente parte dell’esperienza che ciascuno acquisisce non tanto attraverso l’insegnamento teorico quanto con la pratica. Si finì quindi per rinviare l’acquisizione delle capacità relazionali dopo il completamento degli studi curricolari, affidata a null’altro che alla buona disposizione del futuro medico.

Del resto, fin dalle sue prime impostazioni metodologiche risalenti a Cartesio e a Galileo, la scienza moderna, si è affidata, per raggiungere il suo scopo, al *riduzionismo* cioè alla tecnica fondata sulla semplificazione dei problemi, sulla loro riduzione in elementi problematici più semplici e sempre più idealizzati e, quindi,, meglio analizzabili nell’assunto che ogni realtà pur se apparendo di natura *complessa* sia fondamentalmente la somma dei suoi costituenti; si commette in questo modo, l’errore di ammettere equivalenti il significato del termine “*complesso*” con quello dell’attributo *complicato*.

Solo negli anni più recenti, il pensiero complesso ha assunto una più precisa rilevanza nelle scienze e nella filosofia giungendo alla consapevolezza dell’insufficienza del *riduzionismo perfetto*, fino a pochi decenni fa considerato la più fruttuosa tecnica per la didattica di tutte le discipline, ivi compresa quella della biologia, della fisiologia e della medicina cli-

nica. Fu così che la didattica si prese l’abitudine di interessarsi solo di argomenti semplificabili secondo la tecnica del riduzionismo emarginando – se non ignorando – nozioni di tipo antropocentrico o introspettivo, come il rapporto interpersonale

Gli assunti su cui si giustifica il metodo riduzionistico sono insiti nel cosiddetto paradigma (tuttavia non dimostrato) della “*razionalità assoluta*” che caratterizzerebbe la capacità ragionativa dell’uomo consistente in:

- infinita capacità dell’uomo di raccogliere informazioni su una scelta;
- capacità di elaborare le informazioni istantaneamente;
- capacità di calcolare la soluzione ottimale al problema che deve affrontare.

È merito delle riflessioni in tema di metodologia medica che in Italia videro protagonisti sia Clinici – tra i quali devono essere ricordati in particolare gli scomparsi Augusto Murri, Enrico Poli, Mario Austoni, Massimo Aloisi, Giovanni Federspil, accanto ai tuttora viventi Vito Cagli, Giacomo Delvecchio, Roberto Vettor, Nicola Sicolo, chi scrive; sia filosofi epistemologi come Massimo Baldini, Dario Antiseri, Marcello Pera e molti altri di cui è difficile fornire un elenco completo – se, a partire dal secolo scorso, per l’istruzione medica si iniziò un corso nuovo, che riconosceva l’insufficienza di una formazione esclusivamente tecnologica, più aperta alle esigenze del paziente come persona, più cosciente della complessità dei fenomeni insiti nella clinica e nella professione medica. Il concetto di complessità della personalità umana venne sintetizzato da Mario Austoni nel termine di *Universo-Uomo* e ne parlò ai suoi allievi e agli studenti con queste parole:

La Medicina se vorrà veramente conoscere l’Universo-Uomo, dovrà adottare principi e metodi che consentano di conoscerne meglio l’interezza, che è fatta (è bene ricordarlo, perché sembra che ce ne siamo dimenticati!) non solo di aspetti scientifici, ma anche psicologici, etici e socio-economici.

Di questo insegnamento, il Suo allievo Giovanni Federspil, indimenticabile ispiratore del pensiero me-

todologico nell'ambiente medico non solo padovano, trasse le naturali conseguenze, così esprimendosi:

Immaginare la formazione medica fondata esclusivamente su un approccio riduzionistico allo studio della patologia dei singoli organi e sistemi avulsa dall'intero organismo, significherebbe ignorare la stessa unità somatica del malato, oltre che la sua personalità umana.

Come primo risultato si è giunti alla sostituzione del concetto ricordato più sopra, di una razionalità assoluta della mente umana con il riconoscimento di un paradigma apparentemente subalterno e riduttivo, ma – alla lunga – più fecondo: il paradigma della “razionalità relativa”, basato sul riconoscimento dei seguenti principi, così essenziali per l'esercizio di ogni attività pratica e, in particolare, per l'esercizio della la professione medica:

- la nostra capacità di raccogliere ed elaborare informazioni è limitata;
- non disponiamo mai di tutte le opzioni di scelta
- non siamo in grado di calcolare le conseguenze di ogni opzione di scelta, e, quindi:
- la necessità di ricercare le scelte *soddisfacenti* piuttosto che le scelte *ottimali*

La rilevanza di queste affermazioni non si limita all'affermazione realistica dei limiti della nostra razionalità, ma indicano anche che le capacità decisionali – e va notato che la medicina clinica è soprattutto fatta di scelte e decisioni – non sono derivazioni automatiche di apprendimenti relativi a conoscenze altrove acquisite ma richiedono esse stesse una sorta di scienza ad esse dedicata, una logica o teoria delle decisioni, indicata anche, nel mondo anglosassone come *decision making*.

Nonostante che questa conclusione appaia scontata e non del tutto nuova anche in ambito formativo del medico, si dirà tra poco come questo concetto essenziale, come si è detto, per la medicina pratica, sia ancora molto spesso trascurato nella storia della didattica medica.

Fu Augusto Murri, all'inizio del secolo scorso, colui che per primo richiamò l'attenzione degli studenti e del mondo accademico su ciò che si deve intendere per Clinica e sulle caratteristiche che – pur non

rendendola avulsa dalle conoscenze specifiche della scienza medica – ne fanno una scienza autonoma. Nello svolgere il suo magistero di Clinico Medico all'Università di Bologna, accogliendo gli studenti alla prima lezione di un anno accademico, indirizzò loro questo interrogativo:

Sapete voi, che per la prima volta entrate in questa scuola, ciò che dovrete imparare qui dentro? Cognizioni nuove no. Se un clinico fa un'osservazione non fatta prima di lui, il Patologo se l'appropria e arricchisce il quadro della malattia, ch'gli deve dipingere. Ma venendo qui voi dovete già possedere le cognizioni, dovete già aver appreso la storia delle malattie. Ciò che dovete far qui è riconoscere, in un individuo, la malattia, della quale [già] conoscete la storia in genere.

L'affermazione può sembrare di poco conto: e tuttavia i concetti che sottostanno ad essa sono almeno due. Il primo consiste nel fatto che la clinica poggia sulla patologia speciale (le nozioni specifiche relative alla malattia) ma non si identifica con essa ed anzi la supera, indirizzando l'attenzione del clinico non tanto sulla *malattia* (che per secoli ha costituito l'unico oggetto di indagine degli studiosi della medicina) ma sul *malato* e sul recupero della sua salute; il secondo che lo strumento primo della clinica è la *diagnosi*, il che ci riporta alle considerazioni esposte più sopra in tema di *razionalità relativa*.

La clinica – è stato detto – è la scienza dell'individuale poiché considera come primo obiettivo la soluzione dei problemi del singolo *malato*; rappresenta, in realtà, un ritorno a concetti che risalgono all'epoca ippocratica della medicina; e tuttavia la didattica medica ha fatto molta fatica a tradurre in realtà questo concetto.

Durante gli studi universitari, il Clinico – sia nella sua accezione generale di Clinico Medico o di Clinico Specialista – è il Docente cui è demandato il compito di insegnare ad individuare i molteplici e spesso diversi problemi di salute del malato, valutandoli nella loro globalità, e di stabilirne una priorità di intervento, in base a criteri di gravità, d'urgenza e disponibilità di trattamenti efficaci.

Purtroppo, spesso la Clinica è **stata – e talora lo è tuttora** – insegnata dimenticando il suo ca-

rattere di studio idiografico, del singolo individuo, venendo non infrequentemente sostituita da una ripetizione dell'insegnamento impersonale, concernente le malattie, insegnamento che dovrebbe essere stato impartito già dal Patologo Medico negli anni di corso precedenti. E da questo equivoco sulla vera natura della clinica, accade inevitabilmente che il giovane medico entri nella professione convinto di dover affrontare la malattia anziché l'essenza del problema del malato non limitato alla semplice formulazione della diagnosi. È necessario invece che nell'espletamento della professione, ogni medico – sia che operi in ambito ospedaliero, sia che agisca nel territorio, deve considerarsi ed agire, di fronte ad ogni suo paziente, come “clinico”, avente cioè come primo obiettivo della sua attività, il recupero – o il miglioramento, globalmente considerato, della salute del suo paziente.

Si innesta qui un nuovo interrogativo: cosa si deve intendere per salute?

Sul concetto di salute è stato discusso e scritto estesamente e non è qui il caso di riprendere il dibattito. Tuttavia è necessario chiarire almeno un concetto che appare fondamentale dal punto di vista didattico, consistente nell'affermazione che il concetto di salute non è un concetto statico, immutabile con il passare del tempo e con il mutare dei contesti sociali. Se nei secoli scorsi, per salute si intendeva la semplice assenza di malattie, nell'epoca attuale il concetto di salute si è ampliato e diversificato.

La salute – ha detto von Engelhardt – è **la possibilità di convivere in maniera ottimale con il proprio handicap**, cioè con la propria condizione ivi comprese le eventuali menomazioni prodottesi nel corso dell'esistenza di ciascun individuo. Un concetto non tanto oggettivo, valido per tutti gli individui, quanto soggettivo legato alla condizione unica di ciascun paziente. Pertanto, colui che si appresta ad essere medico deve imparare a non concentrare tutta la sua attenzione solamente sulla *diagnosi* (come probabilmente ed abitualmente gli è stato insegnato nei suoi anni da studente), nella convinzione che essa rappresenti la chiave per ogni decisione futura nei riguardi del malato.

Il medico deve invece rendersi conto che il suo paziente si rivolge a lui non tanto o non solo per es-

sere informato sull'etichetta che contraddistingue il suo male (la diagnosi), quanto invece per essere capito prima che curato; non tanto per essere classificato all'interno di una categoria di malati, considerati tutti eguali una volta inquadrati nell'ambito di una medesima diagnosi, quanto per discutere con lui la sua presente *qualità di vita e come e se è possibile migliorarla, o come renderla sopportabile*. Il che comporta nuove responsabilità non solo didattiche, ma anche formative nel più ampio significato del termine. che coinvolgono non solo lo studente ma anche i docenti .

Nell'affrontare quest'ultimo aspetto, è necessario considerare che il 90% degli interventi assistenziali di primo livello di cura corrisponde a domande di salute richieste nell'ambito del territorio. Tuttavia – salvo qualche sporadica eccezione – un'adeguata attenzione ai problemi specifici della medicina praticata nel territorio fa parte solo marginale del tradizionale bagaglio culturale e operativo del futuro medico.

Il problema dell'insegnamento universitario su argomenti sul tipo di quelli contenuti nel seguente riquadro (che vuole essere solo esemplificativo e non esaustivo) non ha trovato ancora una soddisfacente soluzione anche per problemi di natura corporativa (rapporti tra docenti universitari e medici di famiglia) oltre che amministrativa (conferimento del titolo ufficiale di docenza a personale operante nella medicina territoriale).

Come conclusione di queste considerazioni sulla necessità di ripensare alla didattica rivolta ai futuri medici, appaiono del tutto adatte le parole di un Clinico già citato - Giovanni Federspil – che ha spento la sua vita accademica nella riflessione – tra molti altri argomenti - sulla necessità di un profondo rinnovamento della didattica. Egli poche settimane prima della Sua scomparsa, si rivolse ai suoi studenti con queste parole pronunciate a conclusione del suo insegnamento di Clinica Medica. Sono parole toccanti che rappresentano una testimonianza sul Suo operato come Docente che ha sempre impostato il Suo insegnamento guardando badando a dare preferenza e preminenza alla trasmissione agli studenti delle qualità per essere un buon medico capace e retto. Sono parole, nello stesso tempo,

- Le basi della comunicazione; la comunicazione medico-paziente; l'importanza della componente non verbale; informare o comunicare?
- La relazione d'aiuto in Medicina generale; saper ascoltare e saper rispondere, le basi dell'empatia.
- Il counselling.
- Pazienti diversi o "approcci" diversi? La gestione della persona sana, dell'acuzie, del malato cronico, del malato inguaribile e terminale.
- La comunicazione delle notizie infauste; la verità, la consapevolezza, l'obbligo della speranza, l'alleanza terapeutica.

che costituiscono un appassionato appello per il rinnovamento della prassi medica e per un insegnamento realmente inteso a costituire una vera "medicina per gli uomini liberi".

L'ULTIMO INSEGNAMENTO DI GIOVANNI FEEDERSPIL

[...]

"Questa lezione è per me l'ultima, perché la mia carriera accademica si chiude alla fine di questo anno e quindi voi siete gli ultimi miei allievi.

"Per questo ho voluto ricapitolare un poco ciò che, molti anni or sono, mi sono ripromesso di fare. Si tratta di cose che voi avrete sentito già molte volte e che vi annoieranno certamente. Vi chiedo di scusarmi per questo, ma vorrei chiarire il significato del mio insegnamento.

[...]

"Io ho cercato di estrarre dalla mia vita professionale e da una serie di riflessioni che mi hanno costantemente accompagnato, quegli insegnamenti che mi sembrava dovessero essere i più utili per essere un buon medico.

"Di qui l'impostazione metodologica che ho voluto dare al mio insegnamento. Non credo che sia sempre utile zaffare la mente degli studenti con nozioni troppo specialistiche: mi è parso più importante cercare di enucleare quelle conoscenze che mi sono parse meno provvisorie. Ho visto nascere e morire troppe teorie patogenetiche per dare un valore assoluto a

tutte le nozioni dei trattati. Ha certamente ragione Popper quando sostiene che il nostro sapere è un sapere fallibile e che prima o dopo le nostre teorie sono destinate a crollare e ad essere sostituite da teorie migliori.

"Ho sempre cercato di dare importanza più alla vostra capacità di ragionare in modo corretto, che alla vostra memoria.

"In questi ultimi decenni in medicina sono comparse le scienze umane: la psicologia, la sociologia, l'economia (sanitaria), l'etica medica. Non ho potuto svolgere questi aspetti della medicina, ma sono certo che nei prossimi anni, vi troverete sempre più impegnati con questi aspetti umanistici della medicina. Una particolarissima importanza spetterà naturalmente alla Bioetica.

[...]

"Come vedete, la medicina che state per affrontare suscita problemi che vi porteranno in quel terreno di confine in cui la medicina tocca l'etica e la filosofia.

"Ecco, io spero di avervi fatto comprendere che questi problemi non sono «chiacchiere inutili», ma che, al contrario, nobilitano l'antica arte di curare facendone una disciplina tanto speciale in cui scienza sperimentale e riflessione umanistica si toccano e si confondono nella decisione clinica.

"Vi è un pericolo che sovrasta la medicina: l'eccesso di specializzazione. Non si tratta della specializzazione, che è in una certa misura indispensabile, ma di quell'eccesso che porta il medico ad imparare una tecnica e ad applicarla per tutta la vita. Questo è proprio quello che la medicina non deve essere.

"Io spero che non vi trasformerete mai in puri tecnici, in esecutori passivi di gesti messi a punto altrove e da altri, e spero che sappiate conservare per sempre l'amore per la scienza, il gusto di riflettere sui fenomeni biologici, la passione per cercare risposte ai quesiti che la professione medica continuerà a sottomettervi.

"Credo che questi siano gli obiettivi ultimi di un insegnamento universitario. So bene di non averli raggiunti, ma posso almeno augurarvi di cercare di raggiungerli durante tutto l'arco della vostra vita professionale.

"Avete davanti un cammino lungo e difficile, lungo il quale molti tenteranno di distrarvi. Io posso soltanto, a questo punto, augurarvi buona fortuna con tutto l'affetto di chi sta passando il testimone."