



PER UNA MEDICINA CHE RISPETTI L'UOMO

Gian Luigi Gigli

Parlare di rispetto dell'uomo in medicina sembrerebbe pleonastico, dato l'oggetto stesso della medicina, che nella tradizione di ogni popolo ha mirato ad alleviare la sofferenza, a guarire le malattie, a promuovere più sane condizioni di vita. In realtà, numerose sono le contraddizioni cui la moderna medicina va incontro nelle sue applicazioni odierne, mentre afferma di tendere agli umanissimi obiettivi di sempre. Quattro campi sembrano particolarmente degni di riflessione, in quanto punti nodali della prassi medica.

110

Keiron

IL RAPPORTO MEDICO PAZIENTE

Il rapporto medico - paziente, tradizionalmente fatto di una relazione tra persone attorno alla proposta di un bisogno, è andato incontro ad una progressiva spersonalizzazione. Numerosi sono i fattori che hanno, anche involontariamente, contribuito a tale processo.

Il primo fattore è paradossalmente legato alla vertiginosa

crescita del sapere nelle scienze biomediche ed al processo di iperspecializzazione che ne è derivato.

La crescita delle conoscenze scientifiche è stata infatti così rapida che non vi è tempo per la sua assimilazione, mentre nessuno sembra in grado di poter tentare una riorganizzazione dei nuovi elementi del sapere in un quadro armonico e coerente.

L'iperspecializzazione, per un verso necessaria, sta trasfor-

mando la professione medica, sostituendo l'approccio clinico di tipo olistico con una pratica basata sulla patologia d'organo. Questa corrente di pensiero ha influenzato profondamente anche il corso degli studi universitari, parcellizzato in una serie di insegnamenti settoriali. Una visione distorta, questa, che è rafforzata dagli indiscutibili successi della medicina dei trapianti, che ci portano a chiederci dove risieda il principio di unità che

regola quell'assemblaggio di organi che sembra costituire l'essere umano.

Un altro importantissimo fattore è stata l'invasione tecnologica della medicina. La vecchia arte medica, fatta di spirito di osservazione, abilità manuali e saggezza è stata progressivamente sostituita da una pratica fondata sul rilevamento di eventi misurabili. In alcuni medici è passato l'erroneo messaggio che fosse possibile risolvere i problemi dei pazienti, semplicemente affidandosi alle macchine. La comunicazione con il paziente ha finito per essere considerata sempre meno importante, perfino nella raccolta dell'anamnesi e nell'esame obiettivo, perdendo l'opportunità di utilizzare la comunicazione come una forma di terapia in sé stessa.

L'estremo di questo approccio anonimo ed impersonale alla relazione medico-paziente è evidenziato dal numero crescente di siti web nei quali è possibile al paziente presentare il proprio caso clinico ad un lontano ed impersonale esperto, il quale lo affronterà servendosi dello stesso strumento informatico.

Un altro fattore di rischio per la relazione tra medico e paziente è rappresentato dalla crescente conflittualità.

Ad una visione passata centrata su un rapporto asimmetrico di tipo paternalistico, è andata sostituendosi col tempo una visione fondata sulla autonomia del paziente, dalla quale deriva il suo diritto ad essere informato e contribuire alle decisioni riguardanti l'iter diagnostico e le cure. Il rispetto di tale principio di autonomia ha

finito per essere riconosciuto dallo stesso Codice Deontologico professionale. In esso, viene riconosciuto il diritto dell'uomo ad operare scelte libere anche quando malato. Il riconoscimento del diritto dei Testimoni di Geova a decidere liberamente sulle eventuali trasfusioni è solo uno dei possibili esempi al riguardo.

Se il paternalismo era certamente erroneo, l'autonomia rischia di degenerare in conflitto. Il rapporto fiduciario è sempre più frequentemente sostituito da una relazione fondata sul sospetto, con il medico ed il paziente nei panni di reciproci potenziali nemici. All'intervento medico viene richiesto di essere efficace in ogni circostanza. Ne deriva un'enorme crescita dei costi assicurativi ed il pervertimento dei moduli per il consenso informato, trasformati da strumenti per la corretta informazione del paziente in dispositivi burocratici per la protezione del medico.

Il rispetto della autonomia del paziente implica, d'altro canto, un analogo rispetto della autonomia decisionale del medico. Il medico non deve infatti essere soggetto al paziente soprattutto per decisioni che urtano la sua coscienza, non deve fare tutto ciò che il paziente vuole per il semplice fatto di essere il suo medico. Senza dover per questo pagare la sua scelta con livelli ancora più alti di conflittualità, egli pertanto dovrebbe poter rifiutare le richieste dei suoi pazienti che portano a decisioni moralmente non condivise, o a pratiche terapeutiche ritenute non sufficientemente fondate dal punto di vista scienti-

fico (basti ricordare quanto avvenne con la cosiddetta "Terapia Di Bella"), o ancora a procedure più in linea con la Medicina dei Desideri (pratiche estetiche mediche o chirurgiche, modificazioni del sesso, interventi dietetici fini a sé stessi, ecc.) che con una medicina preoccupata di alleviare la sofferenza.

Il rispetto della autonomia e della libertà del medico impone, allo stesso modo, di ribellarsi a quanti vogliono trasformarlo in un cieco esecutore di linee guida e protocolli, specie se questi non sono il frutto di un consenso scientifico nella classe medica, ma vengono predisposti dal potere amministrativo e politico a puro titolo di contenimento della spesa.

Se questo è lo stato di disagio in cui versa il rapporto medico-paziente, non può stupire che un numero sempre crescente di persone preferisca volger le spalle ad una medicina fredda ed impersonale, cercando sollievo alle proprie sofferenze nelle cosiddette medicine alternative.

APPLICAZIONI DELLA TECNICA

La medicina non ha mai avuto possibilità di diagnosi e cura così poderose come quelle attuali

Allo stesso tempo vi sono enormi potenzialità di manipolazione, di scelta discrezionale, di potere sull'uomo. Tali potenzialità si traducono purtroppo in atto a causa della esistente tentazione di confondere il possibile con il lecito. E' questa una tentazione che deriva da una nefasta confusione tra scienza e tecnica.

La scienza infatti, intesa come ricerca della verità, non può che essere intrinsecamente buona.

Non altrettanto può dirsi ogni volta della tecnica. Esempi in tal senso non riguardano solo la medicina (basti pensare alle applicazioni della energia nucleare), ma sono particolarmente frequenti sulle frontiere della medicina. Quanto sta avvenendo nel campo della procreativa è paradigmatico al riguardo.

Noi abbiamo il privilegio di assistere ad una meravigliosa espansione delle conoscenze sulla riproduzione umana, con la possibilità di prevedere future applicazioni nel trattamento di malattie genetiche, per le quali non esisteva prima alcuna possibilità di correzione. Tuttavia, come sempre con la scienza, le applicazioni di fantastiche scoperte scientifiche possono essere distorte, in assenza di forti istanze etiche, in strumenti di oppressione contro gli esseri umani. Le conoscenze sui meccanismi della riproduzione umana debbono ora confrontarsi con il parallelo espandersi di manipolazioni minacciose per la vita umana.

Viene già praticata l'eliminazione degli embrioni prodotti in eccesso per aumentare le probabilità di riuscita della fecondazione in vitro. Le conoscenze genetiche accrescono continuamente il numero delle condizioni per le quali è possibile una diagnosi pre-impianto, con conseguente possibilità di selezione genetica. Nel caso di gemellarità indesiderate, viene proposta la riduzione del numero degli embrioni. E' possibile che la

cosiddetta fissione gemellare possa diventare in futuro un'operazione praticata routinariamente allo scopo di ottenere un embrione gemello da utilizzare per indagini diagnostiche e come banca di tessuti omologhi.

Il rischio di trasformarsi in apprendisti stregoni è sempre dietro l'angolo, dimenticando, nel nome della libertà e dell'interesse individuale (sia esso ricercatore o paziente) la difesa dell'interesse collettivo o di quello delle generazioni future.

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE

L'attenzione all'interesse collettivo costringe ad una riflessione sulla allocazione delle risorse in campo sanitario. Parlare di ciò equivale, in qualche modo, a riflettere sul rapporto tra equità e salute.

Se slogan come quello della "Salute per tutti" erano assurdi prima che demagogici, essendo la salute un dono piuttosto che una pretesa, è vero che per tutti esiste un diritto alla tutela della salute, cioè il diritto ad accedere ai migliori standard di assistenza sanitaria, indipendentemente dalle condizioni sociali e culturali.

E' questo al tempo stesso un problema italiano ed un problema planetario: il problema del superamento di squilibri nei livelli di assistenza legati al territorio, al censo, al livello di istruzione.

Il rapporto tra bisogni e risorse costituisce il cuore della relazione economica nella politica sanitaria, ma esso è caratterizzato da una tensione interna capace di portare ad

una empassa nelle scelte. Se da un lato infatti è chiaro che la salute ha un costo, dall'altro tuttavia essa costituisce un bene inestimabile, privo di prezzo. E' per questo motivo che la pressione sanitaria può essere potenzialmente eversiva per un sistema economico, dato che essa spinge a spendere il massimo, per soddisfare sempre più un bisogno di salute che è per sua natura infinito.

Per bypassare questo ostacolo, le autorità sanitarie hanno progressivamente limitato il ruolo della finanza pubblica nella assistenza sanitaria, mentre il welfare state è stato sottoposto a revisione critica in tutto il mondo. Tuttavia, una volta che le preoccupazioni di budget sono state collocate al centro degli interessi, nuovi problemi di ordine morale sono balzati alla nostra attenzione.

In alcuni paesi ricchi viene tollerato lo scandalo di larghe fasce di popolazione prive del diritto alla assistenza sanitaria di base. In altri paesi, il valore della vita umana può dipendere dall'età della persona, con l'accesso alle cure più costose negato agli anziani. In altri ancora, l'accesso a determinate procedure diagnostiche sofisticate è in realtà così ristretto che, ogni volta che l'indagine presenta una qualche urgenza, il paziente è di fatto costretto a pagarne il costo, con una conseguente discriminazione fondata sul censo.

Ancor più drammatica è la mancanza di risorse per la sanità nei paesi in via di sviluppo, dove assume spesso le caratteristiche della calamità biblica attraverso i flagelli della malnutrizione, della disidrata-

zione, delle infezioni vecchie e nuove (l'AIDS sta decimando l'Africa), della mortalità infantile. In stridente contrasto fiorisce nei paesi ricchi la medicina dei desideri, cui prima si accennava.

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

Contraddizioni nella organizzazione dell'Ospedale sono sempre esistite, portando a chiedersi periodicamente se pasti, sonno, visite dei familiari, assistenza ai moribondi fossero funzionali ai bisogni degli operatori piuttosto che al servizio dei pazienti.

Oggi tuttavia, la limitazione delle risorse disponibili per l'assistenza sanitaria nelle società sviluppate spinge con sempre maggior forza verso tendenze in grado di mutare l'idea stessa della medicina occidentale, fondata sulla centralità dell'ospedale. L'ospedale non è più la casa dell'ospitalità, ma sta divenendo solo il luogo per la diagnosi ed il trattamento di quelle malattie che non possono essere affrontate senza ricorrere alla degenza.

Case di riposo, residenze sanitarie assistite, centri di riabilitazione sono, a ragione, considerati più convenienti degli ospedali per l'assistenza ai pazienti con malattie croniche ed invalidanti, spinte per questo fuori dell'ospedale. Molta enfasi viene posta sui vantaggi della assistenza sanitaria a domicilio, dimenticando le difficoltà sperimentate nella assistenza ai pazienti cronici dalle famiglie dei nostri giorni, sempre più fragili ed a rischio di rottura, con pochi bambini, quando non senza figli, e

senza adulti che non lavorino fuori casa. Particolare attenzione dovrà essere posta per i centri per le cure palliative, nei quali solo la presenza di persone amanti della vita sarà in grado di ridare significato alla morte di persone rimaste sole nella malattia.

Sempre più spesso in futuro, dovremo confrontarci con la situazione di persone bisognose che vivono completamente sole, ma le nostre facoltà di medicina continuano a prestare uno scarso interesse per le malattie croniche invalidanti con forte impatto sociale.

CONDIDERAZIONI CONCLUSIVE

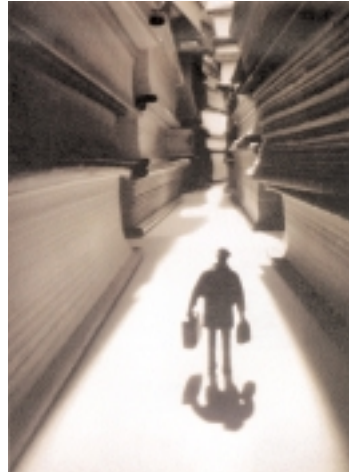
Schiacciati tra una idea utilitarista della salute, che riconosce solo alcuni diritti considerati socialmente utili, e le ideologie salutariste, che guardano alla ricerca della salute come ad una forma di culto di una nuova religione, per la quale la morte sembra quasi evitabile e la vitalità ed il benessere fisico costituiscono dei moderni idoli, noi non possiamo semplicemente attestarci sulla linea di difesa di un ideale mercantile della medicina dove il profitto (non importa se personale o dell'istituzione) costituisce il metro di valutazione di ciò che è giusto fare. Occorre ricollocare il soggetto al centro della nostra attenzione e promuovere una rete di relazioni umane fondate sulla solidarietà. Occorre manifestare il coraggio di porre le domande fondamentali sulla vita, la sofferenza e la morte. La visione neopagana che si cela dietro il culto della salute ha in realtà paura della sofferenza,

dell'invecchiamento, della morte, del nascere stesso. Verso questo tipo di ideologia i medici e gli operatori sanitari tutti debbono riscoprire e testimoniare una prospettiva che vede nascita, malattia, sofferenza, cura, guarigione e morte come altrettante opportunità di crescita. L'esperienza della nostra finitezza può aiutarci a scoprire la verità su noi stessi, esseri limitati e mortali, malgrado ogni progresso della medicina, e ad aprire una finestra sull'infinito, svegliandoci dal sogno della onnipotenza e della invulnerabilità.

Abbiamo davanti a noi un enorme compito socio-politico nel promuovere legislazioni in favore della vita. Non si tratta solo di cercare di limitare gli effetti di legislazioni che permettono l'aborto, lo spreco degli embrioni e l'eutanasia, o di combattere contro l'introduzione di questo genere di leggi, ma di sentirci impegnati nel promuovere condizioni sociali che facilitino l'accoglienza della vita, lottando contro quelle situazioni in cui la dignità e la santità della vita sono umiliate.

Il rispetto e la promozione della vita sono il fondamento del diritto e la base di ogni aggregazione sociale, degna di essere considerata umana. Da questo punto di vista, il lavoro in favore della vita e di condizioni più umane di assistenza sanitaria, a cominciare da quello formativo e culturale, costituisce un contributo fondamentale allo sviluppo civile.

La percezione sociale del funzionamento di un mercato fa pesantemente appello a quella che potremmo sinteticamente chiamare la retorica della scelta, ovvero l'affermazione apodittica secondo la quale il consumatore/cliente sa quel che vuole ed è in grado di operare nel modo più efficace per il raggiungimento dei suoi scopi. Un atteggiamento analogo prevale dal punto di vista del produttore, che a sua volta mette in atto scelte che mirano al conseguimento ottimale di un obiettivo predefinito, tipicamente il livello dei profitti. In realtà le scelte sono atti cognitivamente e pragmaticamente molto complessi, che richiedono tipicamente livelli di notevole approfondimento tanto per essere descritti che spiegati adeguatamente. Colui che sceglie può inciampare in errori ed incoerenze di ogni tipo, dalla scorretta rappresentazione dell'insieme delle alternative alla imprecisa valutazione delle conseguenze ad esse associate, al perseguimento simultaneo di obiettivi tra loro incompatibili. E' per questo motivo che ogni analisi seria del funzionamento di un mercato non può che partire da una analisi approfondita delle specificità dei contesti di scelta che gli agenti operanti in tale mercato si trovano a fronteggiare. E questo è esattamente quanto fa Cristina Ugolini nella sua bella monografia. Il punto di partenza dell'analisi è, come è lecito aspettarsi, il lato della domanda: che



L'ARDUA SCELTA DELLA SANITÀ

Pier Luigi Sacco

cosa spinge un soggetto a richiedere un determinato tipo di prestazione sanitaria. Per rispondere a tale domanda, l'autrice sceglie una strategia espositiva molto efficace: partire da un modello noto e relativamente semplice, quello della domanda di salute di Grossman, per procedere poi per arricchimenti e complicazioni successive alla luce dei limiti emersi dalla analisi critica del modello base. Il lettore viene così condotto, con uno sforzo relativamente contenuto, in una modellistica molto tecnica che esplora questioni sottili ma allo stesso tempo di enorme rilevanza pratica come quella della dimensione relazionale medico-paziente, che non a caso è uno degli aspetti nei quali il modello di base mostra più rapidamente i suoi limiti. In particolare risulta decisivo considerare il ruolo cruciale svolto nel trattamento tera-

peutico dall'asimmetria informativa che configura inevitabilmente la necessità di un rapporto di agenzia nel quale il medico agisce per conto del paziente senza che questi sia effettivamente in grado di monitorarne la qualità della prestazione in modo esauriente. Si richiama allora un secondo modello di riferimento, inevitabilmente più tecnico e complesso del primo, quello di Lee sulla domanda di servizi a due stadi, che permette una caratterizzazione più accurata e soddisfacente del comportamento di domanda e soprattutto dei limiti e dei trabocchetti insiti nella scelta. Il confronto con le analisi empiriche mostra in realtà come l'esperienza del trattamento medico sia così complessa da configurare al suo interno più momenti, ciascuno dei quali è dotato di una propria specificità che attiva un determinato scenario decisionale: accade così ad esempio che anche il modello semplificato di Grossman possa essere utilizzato efficacemente in contesti come quello del primo contatto medico-paziente nel quale la relazione di agenzia (con i conseguenti connessi problemi di monitoraggio indiretta, creazione di rapporti fiduciari ecc. non si è ancora propriamente strutturata). Si arriva così al punto successivo, ancora più delicato: come scegliere tra i tanti, diversi fornitori disponibili per un determinato servizio sanitario, in una situazione nella quale come si è visto la valutazione della prestazione da

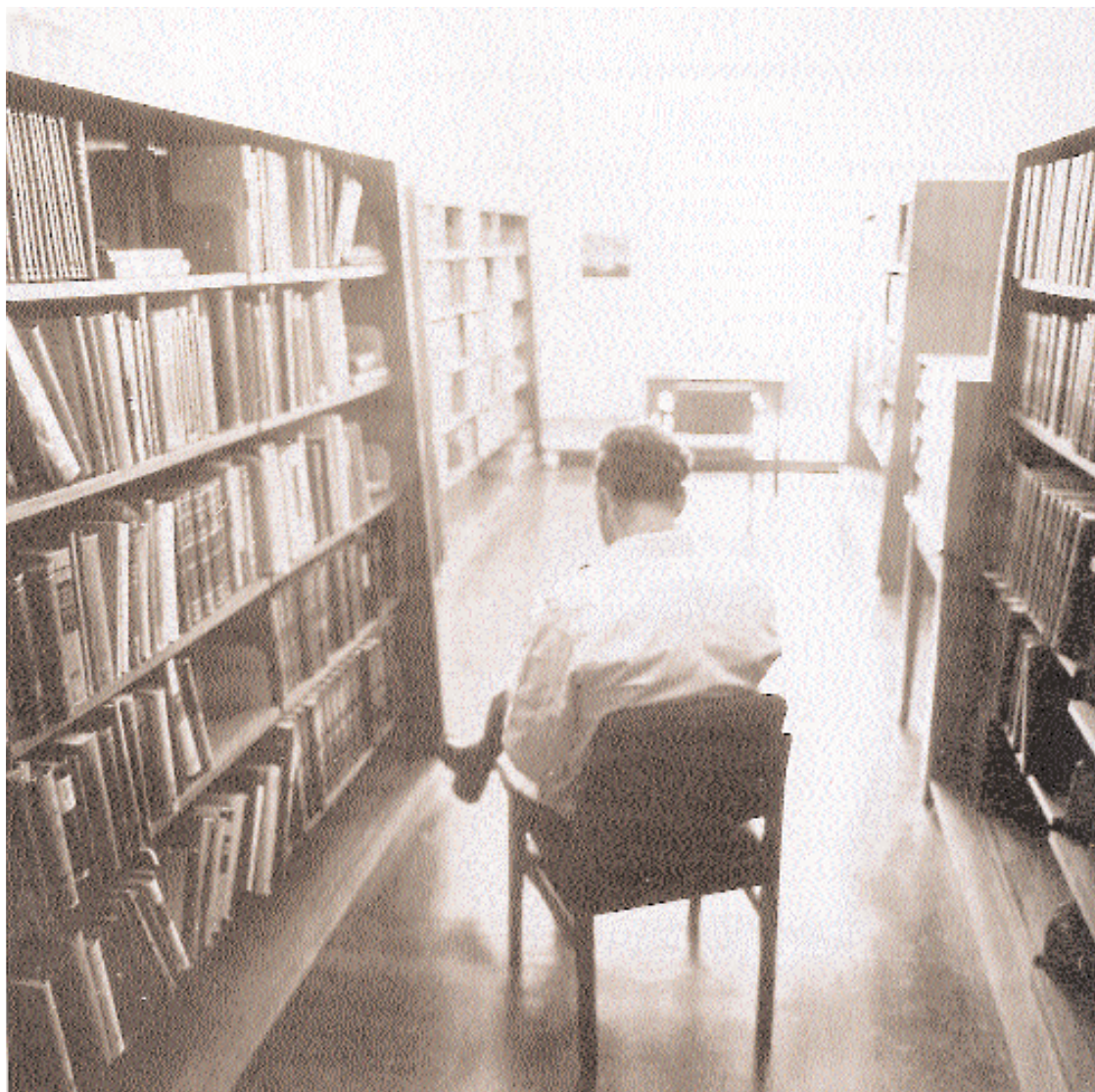
parte dell'utente va incontro a limiti oggettivi? Emergono subito una serie di aspetti ben noti a chiunque si sia trovato nella situazione di dover ricorrere ad un medico: la dimensione reputazionale, il peso dell'esperienza, quello dei propri pregiudizi e così via. Si configura per l'utente un vero e proprio processo di ricerca (search nella letteratura di lingua inglese) nel quale acquistano un ruolo centrale la natura e le dimensioni dei flussi orientativi che orientano la costruzione delle alternative decisionali e la definizione e valutazione ex post del processo di scelta. Conta di più la visibilità del singolo operatore medico o quella della struttura in cui è inserito? Qual è il peso del consiglio di altri esperti e quale quelli degli amici e dei familiari? È bene decidere sulla base di pochi input informativi oppure occorre informarsi in dettaglio da molte fonti diverse? Sono interrogativi ai quali non è facile dare una risposta semplice e categorica; dall'analisi dell'autrice emerge come tali risposte siano pesantemente condizionate dalle caratteristiche specifiche dei singoli problemi decisionali, dai livelli di razionalità degli agenti, dalla natura dei contesti informativi in cui vengono prese le decisioni. Emergono tuttavia dei profili tipici di scelta che descrivono il comportamento dell'utente rappresentativo, che è quello di rivolgersi ad una struttura relativamente vicina al luogo di residenza e caratterizzata da una immagi-

ne di aggiornamento tecnologico e professionale, mentre per la scelta dello specialista sono particolarmente rilevanti la reputazione e la segnalazione da parte di un altro operatore qualificato (un altro medico). Segue poi una importante parte di confronto istituzionale tra il sistema italiano e i due principali sistemi anglosassoni, quello britannico e quello statunitense, dal quale emergono, come ci si può attendere, potenzialità e difficoltà di diversa natura; saggiamente l'autrice evita di operare confronti affrettati e

Cristina Ugolini,
Libertà di scelta in sanità,
Il Mulino, Bologna, 1999,
216 pp., L. 32.000.

superficiali preferendo un approfondimento descrittivo e una valutazione di merito interne alla logica dei singoli modelli, e lasciando al lettore la responsabilità e la stimolante sfida di formarsi una propria opinione in merito. Il passo successivo è quello di affrontare una fenomenologia particolarmente diffusa e importante nell'ambito della domanda di servizi sanitari: quella della mobilità. Se infatti come si è detto vi è un atteggiamento rappresentativo nel quale la prossimità della struttura costituisce un elemento importante per la scelta, cionondimeno è tutt'altro che infrequente che

si assista a dinamiche di mobilità rilevanti tanto dal punto di vista dei flussi che del raggio degli spostamenti. Ancora una volta l'autrice sceglie un approccio di sano compromesso tra studio empirico ed esposizione di un modello teorico di riferimento relativamente semplice, che permette di misurare il carattere più o meno sistematico e ordinato dei flussi di spostamento degli utenti sul territorio sfruttando una efficace ed affascinante analogia termodinamica che porta al calcolo di veri e propri indici di entropia. Si giunge infine ad un ulteriore livello di dettaglio nell'analisi di tali flussi con l'approfondimento delle modalità concrete con le quali i diversi sistemi sanitari predispongono, facilitano, stimolano la produzione dei flussi informativi, accompagnando ancora una volta ad una precisa ricostruzione delle esperienze in corso valutazioni critiche di merito puntuali e intelligenti. Alla fine del percorso, il lettore ha finalmente una reale consapevolezza di quanto, al di là di ogni retorica, sia difficile per l'utente operare delle scelte sensate in un contesto insidioso come quello della domanda di servizi sanitari, e di come la libertà di scelta in tale contesto non sia una banale espressione di una presunta sovranità del consumatore quanto piuttosto un traguardo arduo e faticoso che richiede livelli di coinvolgimento istituzionale e di progettazione organizzativa estremamente elevati.



L'infaticabile lavoro di scandaglio di Ivan Cavicchi sullo statuto teorico-epistemologico dell'esperienza medica ci ha consegnato quest'ultimo corposo volume su *La medicina della scelta*, vero e proprio testo conclusivo di una "trilogia" iniziata con *Il malato inguaribile. Il significato della medicina* (Editori Riuniti, Roma, 1998) e proseguita con *Il rimedio e la cura. Cultura terapeutica tra scienza e libertà* (Editori Riuniti, Roma, 1999). Anche per quest'ultimo testo ci sentiamo di condividere appieno quanto Gilberto Corbellini, acuto studioso delle implicazioni epistemologi-

LA "BUONA" MEDICINA

di Carlo Vinti

che ed etiche delle scienze biomediche, annotava nel recensire il volume precedente: "Il testo non è di facile lettura e richiede un'attenzione costante per non fraintendere il senso di un ragionamento articolato attraverso una prosa che presenta continui e improvvisi spostamenti del livello di analisi e del contesto disciplinare; le tesi vengono spesso elaborate attraverso parafrasi concettuali che ne

modulano incessantemente la portata teorico-interpretativa" (G. Corbellini, *Una filosofia per il farmaco*, in "la Rivista dei Libri", 1999, 10, p. 43). C'è da aggiungere comunque che il libro, pur non avendo uno scopo immediatamente divulgativo, si colloca come il primo di una nuova Collana della Boringhieri che ha come titolo "Nuova didattica", il che la dice lunga sull'intento che muove la ricerca di Cavicchi.

Per quanto ci riguarda, abbiamo letto le pagine del volume di Cavicchi, non tanto come cultori della *filosofia della medicina* - non abbiamo titoli, né tanto meno pretese per addentrarci in questa branca della riflessione filosofica ed epistemologica contemporanea dalle problematiche complesse e dai confini sfuggenti, e sono ormai lontani i tempi in cui ci siamo *fuggevolmente* occupati delle riflessioni epistemologiche sulla medicina di Michel Foucault, Georges Canguilhem e François Dagognet (cfr. C. Vinti, *L'epistemologia francese contemporanea. Per un razionalismo aperto*, Città Nuova, Roma, 1977, spec. pp. 84-93 e 256-261) - quanto piuttosto guidati dalla curiosità di cogliere il senso e le dimensioni di quell'enorme apparato di rimandi epistemologici che l'Autore mette in cantiere per aggredire la problematica in questione. In effetti, a volte in modo critico altre in modo propositivo, *tutta l'epistemologia del Novecento* compare nell'orizzonte della riflessione di Cavicchi: dalle tesi riduttive e distruttive dei neopositivisti (il verificazionismo empiristico dei più, la disgregazione dell'*a priori* di Reichenbach) alle posizioni critiche nei confronti del neoempirismo più radicale (il falsificazionismo popperiano e Quine, con la critica ai due dogmi dell'empirismo), dalla rilettura kuhniana delle vicende storiche della scienza (paradigmi, scienza normale e rivoluzioni) al popperismo modificato di Lakatos (la metodologia dei programmi di ricerca

scientifico). Senz'altro, comunque, sono le più recenti acquisizioni della riflessione epistemologica anglo-americana che Cavicchi tiene ben presenti: da Putnam a Davidson fino a Rorty. Come vedremo, è la peculiare ripresa odierna del pragmatismo, appunto da parte di Davidson, Putnam e Rorty, con le nozioni di contingenza e carità, a configurarsi come la più idonea delle chiavi interpretative dello *status* di una medicina non dogmatica, aperta alle ineludibili e concrete istanze della persona del malato. Ci piace constatare poi

Ivan Cavicchi

La medicina della scelta

Boringhieri, Torino, 2000, pp. 453.

come, accanto ai classici della filosofia del Novecento (Bergson, Husserl, Heidegger, Jonas, tanto per fare alcuni nomi), il riferimento alla tradizione epistemologica francese non è meno importante per Cavicchi: da Althusser a Badiou, da Foucault a Deleuze, da Prigogine e i teorici della complessità fino a Thom e la sua teoria delle catastrofi. Non inganni questa sovrabbondante ricchezza di riferimenti sicuramente non passivamente recepiti e subiti. Essa non va assolutamente a scapito, né nella padronanza della materia, né del limpido disegno teorico, il quale ultimo si svolge in tre corpose parti,

ciascuna delle quali composta di brevi capitoli, coerentemente conseguenti, ma anche autonomamente illustrativi di ben definiti concetti e nozioni. Ogni capitoletto, oltre che considerato nel disegno generale dell'opera, può essere estrapolato e letto come autonoma illustrazione di un singolo concetto.

Andiamo comunque per ordine. Nella *Parte prima (La crisi "nella" medicina*, pp. 18-138) si cerca di mostrare come la nozione di crisi coinvolga necessariamente certi concetti che sembrano connotare il modo tradizionale di intendere l'operare medico - crisi della razionalità e dell'oggettività scientifica in campo medico, crisi del rapporto medico-malato, crisi dei contesti socio-politici in cui l'operare medico si situa, ecc. - ma soprattutto si cerca di cogliere la medicina nella realtà dei suoi processi concreti, e di divenire consapevoli che "tali processi - puntualizza Cavicchi - nostro malgrado, influenzano profondamente sull'intero apparato concettuale della medicina, quello che ne definisce gli scopi, i criteri operativi, le logiche razionali, i metodi di conoscenza" (p.13). Allora, se la crisi, come scrive Cavicchi, è "il problema amoroso del nostro tempo", è anche, aggiungiamo, il problema amoroso della medicina di oggi, perché essa è tale in quanto costantemente in crisi nei suoi apparati teorici e pratici, in quanto "costantemente reinterpretata dalla sua crisi" (p. 39).

La medicina d'oggi è crisi per-

ché costantemente in stato di processo “insolubile”, senza garanzie statutarie predefinite, senza punti di riferimento concettuali fermi su cui poggiare il giudizio: “Oggi la crisi della medicina rispetto ai problemi del giudizio medico è crisi dei criteri, quindi crisi della critica del giudizio” (p.64). Il concetto di crisi rimanda, perciò, alla complessità dell’atto del “giudicare”: l’atto “principale” della prassi medica è proprio quello del giudizio il quale, in tale ambito d’esperienza, assume la sua massima complessità: “L’attività del giudicare per la medicina è sempre consistita nel valutare, decidere, scegliere”; l’atto principale della medicina è il giudizio e “questo è il risultato o il prodotto di un’immensa e antica attività giudicatrice. Intesa nel doppio senso: giudizio quale “decisione” o “scelta” che elimina le incertezze proprio all’uomo malato e domina le controversie osservative e tipologiche; formulazione medica della decisione e della scelta stessa” (p. 80).

E se la più avvertita epistemologia del Novecento ha denunciato la vecchia idea, positivistica, di fatto scientifico come dato e oggettivamente descrivibile, prevedibile e controllabile (si vedano alcune delle belle pagine dedicate al tema: pp. 70-73, 114-115), se essa ci viene a dire che il fatto scientifico è il risultato di presupposizioni teoriche e metodologiche (“carattere operativo della fatticità”), allora, ribadisce Cavicchi, anche in medicina è impossibile *ritrovare* fatti

bruti e, in questo senso, anche la malattia non è un fatto osservabile, “la malattia è prima di tutto semiotica e solo dopo osservazione”, mentre la stessa osservazione altro non è se non “un procedimento segnico” (p. 74).

Ci fermiamo qui nel render conto di questa prima parte del volume, non senza però prima aver richiamato un punto a nostro avviso tra i più interessanti dell’intero volume e foriero di ulteriori sviluppi, soprattutto se queste pagine, come inizialmente si diceva, vengono riguardate con l’occhio dell’epistemologo.

Secondo Cavicchi, la crisi “nella” medicina, in una parola la reinterpretazione dello statuto della medicina come crisi, dimostra i limiti, se non l’insufficienza, di categorie storiografiche che sembravano ormai consolidate ed euristicamente assai promettenti anche nel campo stesso del sapere medico: alludiamo ai concetti kuhniani di paradigma, di scienza normale e di rivoluzione scientifica, e a quello lakatosiano di programma di ricerca scientifica. Cavicchi si dimostra particolarmente severo nei confronti di chi ricorre allo schema kuhniano (“sotto l’ala protettiva di Kuhn”) per spiegare la crisi *della* e *nella* medicina; esso è sostanzialmente uno schema consolatorio, capace cioè di offrire “la speranza di una rinascita”, *dopo* la crisi, con le rassicuranti nozioni di paradigma e normalità. Con fermezza, a nostro avviso anche con una certa audacia, Cavicchi afferma che la medicina è per sua essenza una

scienza a-normale, in stato di rivoluzione permanente: “la sua condizione normale è l’instabilità epistemologica, non la certezza scientifica assoluta” (p. 23). Se il criterio di verità in Kuhn è subordinato al paradigma, vale a dire “a un orizzonte quale sistema di regole conoscitive, tecniche, sperimentali e credenze speculative” quello della medicina ordinaria è legato “all’unicità del malato, alla sua singolarità, interpretata da un medico con tutto il suo armamentario di credenze, scientifiche e non” (p.24; per la inadeguatezza della nozione di paradigma cfr. anche pp. 27, 41 ss., 136, 345). Anche i “programmi di ricerca” di Lakatos si dimostrano, secondo Cavicchi, inadeguati per capire l’idea di crisi come processo proprio della medicina odierna. Al concetto lakatosiano di programma (con il suo nucleo “considerato inconfutabile in ragione di una decisione metodologica”) è necessario sostituire qualcosa di più aperto: ad esempio, l’immagine rizomatica di Deleuze (“cioè di rete con forti componenti ricorsive, autopoietiche”) si dimostra più appropriata a cogliere la dimensione progettuale, “artistica” della medicina (cfr. pp. 94-96).

Nella *Parte seconda (Evidenza*, pp. 140-282) l’Autore, correttamente, prende in esame una delle risposte più consistenti, forse la più consistente che la medicina si è data a partire dalla stessa coscienza della propria crisi. Alludiamo alla cosiddetta “medicina basata su prove di efficacia

(*evidence-based medicine*), cioè a quella branca della medicina che si propone, attraverso l'ausilio dell'informazione e della sintesi delle prove scientifiche, di offrire procedure altamente efficaci, sicuramente all'avanguardia dal punto di vista specialistico. Secondo Cavicchi i pregi della "*evidence-based medicine*" non debbono essere sottovalutati, tuttavia "nel momento in cui la crisi della medicina coinvolge la sua stessa teoria della conoscenza e quindi la sua scientificità, prefigurare 'solo' delle soluzioni di tipo procedimentale significa o concepire la medicina dell'evidenza indipendente dalle problematiche della crisi, quindi quasi come un pensiero 'accidentale', oppure candidarla, come qualcuno ha proposto, quale sbocco e compimento della crisi stessa" (p. 143).

In realtà, l'intento dell'Autore non è di dare una risposta immediata ad uno dei due corni dell'alternativa quanto di "allargare lo sguardo e collocare la rinascita dell'evidenza in un quadro filosofico culturale più generale", allo scopo di valutarne criticamente le possibilità e i limiti (p.149). Più i limiti che le possibilità, secondo Cavicchi, perché da Nietzsche a Marx fino ad oggi, la cultura filosofica, nella complessità della sua "imponente mole di pensieri", sembra andare verso una "svalutazione dell'evidenza come esperienza di verità" e, con essa, verso una ricezione critica dei fondamenti su cui l'evidenza intende poggiare le sue sicurezze ritenute

troppo spesso indiscutibili. Non si tratta di "prender congedo" definitivamente dall'evidenza, ma di riaffermarne la relatività parziale entro un quadro epistemologico nel quale, come già in precedenza si diceva, i dati non riscuotono più la granitica fiducia del ricercatore, in cui le vecchie dicotomie non reggono più, in cui lo strumento matematico e statistico, nel suo potere quantificante, non risolve tutto, in cui uno sguardo neutrale e distaccato sulla realtà - come ipotizzava il vecchio Laplace - si dimostra del tutto illusorio. In realtà, rileva Cavicchi in alcuni passaggi tra i più interessanti del testo, la medicina dell'evidenza non può mettere tra parentesi la persona del medico e del malato, con l'opacità dei loro pregiudizi e la complessa ambiguità delle loro certezze, con l'irriducibile "contingenza" delle loro esistenze. Naturalmente la tecnica e le sue derivazioni sono una risorsa fondamentale per la medicina ("La tecnica in medicina ha e avrà sempre di più un ruolo di grande importanza" p. 203), ma essa non può mai assumere il ruolo di mezzo salvifico. In medicina, più che altrove, i limiti di una compiuta formalizzazione sono evidenti e "la regola per noi sovrana, conclude Cavicchi dando però credito fino in fondo alle possibilità della formalizzazione, è che comunque l'accessorio non è il medico ma il computer, e che un sistema informatico, quale supermedico non solo non può esser dato, ma non è neanche auspicabile" (p.215).

Che fare di fronte alle "aporie della medicina dell'evidenza"? Si tratta, scrive Cavicchi nel bel capitolo 28 della seconda parte (*Senza dogmi*, pp. 264-265), di accettare "la sfida antidogmatica del pensiero epistemologico attuale", di proporre una medicina "senza dogmi" il cui "postulato culturale" è quello di aderire ad una visione storica e plurale della conoscenza medica e le cui "conseguenze ontologiche" portano "a riconsiderare epistemologicamente la 'scelta' e 'chi' la decide", senza con questo cadere in esiti relativistici e scettici (p. 265). E la medicina "senza dogmi" può identificarsi con quella che Cavicchi chiama "la medicina della scelta", i cui caratteri egli si propone di evidenziare, con tono appassionato ricco allo stesso tempo di notevole spessore culturale, nelle pagine della *Parte terza* del volume (*Scelta*, pp. 283-436). Come già l'Autore si era preoccupato di anticipare nelle prime pagine del volume "la scelta" è la condizione imprescindibile per la quale un medico è un medico", è ciò che, nell'esperienza medica, riporta in primo piano l'autonomia e la responsabilità del medico, senza che in nessun caso essa possa "voler dire, come temono alcuni, arbitrarità", è insomma "un tipo di conoscenza molteplice e singolare del medico coerente con la realtà molteplice e singolare del malato" (p. 11). La medicina della scelta ha come sfondo una "cultura pragmatica" che accetta "più principi, approcci, logiche, razionalità" essa è un proble-

ma di abilità, non solo di conoscenza" (pp. 11-13).

In questo giro di considerazioni, tra le pagine più epistemologicamente rilevanti della terza parte segnaliamo quelle che Cavicchi dedica appunto alla illustrazione della "medicina della scelta" intesa come "medicina senza dogmi", e che si caratterizza "per la pluralità delle sue conoscenze e per la libertà di scegliere quella più adatta e conveniente rispetto a situazioni contingenti" (p. 285). Valga per tutte questa affermazione: "In una medicina senza dogmi il medico è libero dai totalitarismi di qualche verità assoluta e obbligato nei confronti di una pluralità di regole, criteri, doveri, necessità e possibilità. Una medicina senza dogmi non è una medicina anarchica dove la libertà viene scambiata con il *laissez faire*, l'autonomia professionale con l'arbitrio, o la responsabilità del medico con il garantismo formale dei contratti o le coperture assicurative. Essere senza dogmi vuol dire assumersi la responsabilità della realtà come si presenta in tutta la sua contingenza" (pp. 285-286). E' evidente che la ripresa del sottile intreccio tra contingenza e libertà viene qui rievocata sullo sfondo delle contemporanee riprese del pragmatismo, in modo specifico e più volte dichiarato, alla luce della posizione di Rorty il quale "approfondendo per altri versi il pensiero di Heidegger, ci ha fornito interessanti meditazioni sul rapporto tra contingenza e pensiero pragmatico dalle quali la

medicina potrebbe trarre un gran giovamento" (p. 293). La medicina odierna deve accogliere il "modo di pensare" pragmatico, in quanto esso ci aiuta a riconoscere la realtà del contingente e la funzione di quell'"intelligenza pratica" che la medicina della scelta mette in atto nel rapporto medico-malato. La medicina della scelta è un invito al pensiero pragmatico.

Chiarito, dunque, lo sfondo entro il quale si situano le considerazioni di Cavicchi per illustrare la sua idea di medicina della scelta, siamo ora costretti a riassumere, semplificandole purtroppo, alcune delle tesi che emergono.

Sottolineiamo, anzitutto, l'invito a riconsiderare il valore delle credenze, il loro carattere soggettivo ma non per questo irrazionale ("In genere in medicina si pensa che" credere non vuol dire conoscere. E invece non è sempre così", p. 320); le credenze hanno una loro logica e un loro precisa funzione conoscitiva nel "sillogismo pratico" che guida l'esperienza medica. Di non minore importanza è l'accento posto sul ruolo dell'intuizione, anch'essa intrinsecamente legata alla scelta. Ne emerge l'idea di una "razionalità pratica", misto inestricabile di capacità critica e senso pratico, intelligenza e abilità, giudizio e pregiudizio.

E' certo comunque, tiene a ribadire Cavicchi, che tale razionalità pratica non conduce ad un relativismo assoluto: chi sceglie ha di fronte a sé il "malato concreto reale". Per cui, egli conclude, "si può pensare ad una medicina

della scelta come ad un apparato concettuale realista e pragmatico" (p. 352). Non c'è scelta nei confronti della malattia colta nella sua assolutezza e universalità: "La scelta è funzionale a un singolo malato e per ogni malato bisogna scegliere" (p. 358). La metafora della rete sembra adeguata ad illustrare un tale atteggiamento: "La medicina della scelta è come la rete di Eddington e quella di Rorty, cioè una rete di congruità mobile, flessibile articolata, le cui 'maglie' debbono essere compatibili con il mondo empirico del malato. Al di fuori di questa rete la medicina resta impantanata nella sua metafisica e nel suo assolutismo" (p.359). Il medico della scelta perciò non confida più in un quadro di riferimento fermo e imm modificabile, in un "procedimento definitivo e unico" (p. 386), ridefinisce continuamente il proprio metodo di indagine e di valutazione, assume una logica del possibile che sappia accogliere e leggere la "multivalenza di una situazione contingente", una logica che sappia esprimersi "con più ipotesi, più asserzioni, più teorie", una logica che, in una parola, sappia "accettare una realtà con diversi quadri di adeguatezza, congruità, significatività, rispondenza"; il soggetto di questa logica deve sapere "coordinare più credenze, più metodi, più asserzioni, più riferimenti" (p. 376): è soggetto *situato* ("La verità di una scelta è relativa ai vari mondi possibili della situazione", p.389) e nello stesso tempo soggetto *interpretante* ("la

scelta implica anche un'interpretazione", p. 383). Sentiamo qui tutto il disincanto della riflessione rortyana, critica degli assoluti e fedele interprete della contingenza: contingenza della realtà, ma anche dell'io e dei suoi strumenti conoscitivi. Sentiamo la presenza del soggetto ironico di Rorty che non abbandona, ritirandosi, gli altri ma li cattura, per così dire, attraverso la rete aperta e pragmatica, pragmaticamente realistica, della solidarietà. E con quella di Rorty troviamo esplicitamente presente la "lezione di Davidson" e del suo "principio di carità" (pp. 396 ss.).

Insomma, la medicina della scelta è una "medicina senza assoluti" (suona così il titolo del cap. 30 della *Parte terza*, pp. 409-413), che paga tale rinuncia con l'enorme guadagno di essere senz'altro più umana, più reale, più creativa, soprattutto più vicina al malato: "E' finito il tempo degli assoluti, delle verità generali ed eterne. Ogni medico deve scegliere dentro a concezioni pragmatiche, ambito per ambito, malato per malato" (p. 418).

Le conclusioni di Cavicchi invitano a pensare: l'evidenza pare una risposta responsabilmente esaustiva alla crisi "nella" medicina. Ma non è così. La medicina dell'evidenza, pur nella peculiarità della sue innegabili conquiste, finisce per essere dogmatica e irresponsabile: La "buona medicina", invece, è quella che pone responsabilmente al centro delle proprie scelte il malato. Solo la medicina della scelta, così come si è cercato

di caratterizzarla, può essere una "buona medicina". È questa la conclusione dell'intero lavoro.

Concludendo possiamo dire che in questo nostro intervento ci siamo limitati ad indicare le problematiche fondamentali del lavoro di Cavicchi. In realtà esso si presenta come un autentico cantiere - ci si passi la metafora un poco generica ma indicativa - in cui i lavori stanno sviluppandosi con alacrità, il cui disegno conclusivo è ben evidente ma anche suscettibile di sviluppi ulteriormente fecondi. In quest'ordine d'idee non suoni allora limitante il suggerimento di due possibili sviluppi che speriamo non concorrano a portare confusione nel ricchissimo quadro delle argomentazioni.

Il primo suggerimento riguarda il già massiccio riferimento alla epistemologia contemporanea. Vogliamo benevolmente complicare ulteriormente le cose al nostro Autore, perché quando nelle pagine dedicate alla medicina della scelta si è fatto riferimento al ruolo della credenza e dell'intuizione nella conoscenza, alla nozione di conoscenza di sfondo, al concetto di abilità (pratica), all'idea di conoscenza come arte, il nostro pensiero corre immediatamente a Michael Polanyi. Tali problematiche, infatti, sono al centro della sua riflessione epistemologica, alla sua idea di una conoscenza scientifica come "*conoscenza personale (personal knowledge)*", e i riferimenti all'esperienza medica per suffragare le sue tesi non sono affatto incidentali nei

sui testi (ci permettiamo di rinviare, per una visione d'insieme del pensiero di Polanyi, ad un nostro lavoro recente su *Michael Polanyi. Conoscenza scientifica e immaginazione creativa*, Studium, Roma 1999 e, per la tematica più specifica, a R. Gelwick, *Michael Polanyi and the philosophy of medicine*", in "Tradition and Discovery", XVIII, 1992-93, pp. 21-29).

Inoltre, e da ultimo, questo suggerimento per un ulteriore possibile sviluppo della ricerca. Come abbiamo avuto modo già di annotare, in molte pagine del volume - soprattutto in quelle della prima e seconda parte - Cavicchi ha evidenziato con forza l'inadeguatezza di certe categorizzazioni epistemologiche, anche contemporanee (i *paradigmi* di Kuhn o i *programmi* di Lakatos, ad esempio) a ridefinire lo statuto epistemologico della medicina d'oggi. Ora il da farsi (ma nelle pagine del volume di Cavicchi questo lavoro è ben iniziato) va nella direzione, non solo e non tanto del saggiare la fecondità euristica delle categorizzazioni suddette, quanto in quella di una loro ridiscussione, o almeno di un loro affinamento, proprio dall'interno di quei campi di esperienza, come la medicina, che si presentano anche oggi - *soprattutto oggi* - con tutta la loro irriducibile complessità. Non dalla nuova epistemologia alla medicina ma dalla medicina attuale ad una epistemologia sempre necessariamente rinnovata: è questa la strada che si dovrà con coraggio percorrere.