

Giulio Giorello

Medicina tra scienza e ermeneutica

Quando il tuo sguardo sarà divenuto abbastanza forte per vedere il fondo dello scuro pozzo del tuo essere e delle tue conoscenze, ti diverranno forse visibili nel suo specchio anche le lontane costellazioni delle future culture.

FRIEDRICH NIETZSCHE

Ha osservato il biofisico Henri Atlan che il cammino della scienza moderna è stato segnato da due rivoluzioni, quella del Seicento che ha riguardato soprattutto la fisica, e quella della biologia, che è tuttora in corso: «La fisica dei corpi celesti e degli altri corpi si è progressivamente liberata dalle *entelechie*, dell'anima: ha conquistato una *nuova razionalità* grazie al successo della meccanica, da cui le cause finali sono state bandite». E nelle scienze del vivente? Anche qui paiono innegabili la funzione euristica e quella emancipativa svolte dalla spiegazione scientifica intesa come riduzione. Per dirla in modo schematico: come le “forze” della meccanica newtoniana (forse contro le intenzioni dello stesso Newton) hanno bandito dal cielo quegli Angeli che, ancora secondo Keplero, avrebbero mosso i pianeti, così la modellistica “meccanicistica” in medicina ci ha liberato da una turba di “fantasmi” che abitava, a piacere, qualsiasi “pezzo” del nostro corpo. Una grande macchina (“la fabbrica dei cieli”) nell’Universo; una piccola su questa Terra (il nostro corpo), ma *riparabile*: sicché questo slittamento profondo nella concezione del cosmo s’intreccia con l’idea che la malattia non è più uno stato globale del nostro (mal) essere, ma qualcosa precisamente situato e che, altrettanto precisamente (tecniche di cura disponibili permettendo), può venir affrontato. Vale una sorta di principio di localizzazione: è il singolo “pezzo” che va allora “curato” (sarei tentato di dire, in modo rozzo ma efficace, “rimpiazzato”) e, conseguentemente, il medico-scienziato prende il posto del medico-stregone o del medico sacerdote.

Sto ovviamente riassumendo nelle poche righe di una versione ipersemplicata un processo culturale e istituzionale che ha richiesto secoli e che ha conosciuto, al proprio interno, grandi contrasti intellettuali e controversie epocali, per non dire che oggi è tutt’altro che concluso. Ma che si concluda in modo coerente alle proprie premesse è la *speranza*, almeno da parte degli “esperti”. Nel loro bel libro, *Filosofia della medicina*¹, i danesi H.R. Wulff, S. Andur Pedersen, R. Rosenberg (significativamente: un filosofo,

un medico e un “curatore d’anima”, cioè uno psichiatra) mostrano in una breve ma esauriente ricostruzione storica come nel primo Ottocento, col fervore degli studi di anatomia, la malattia venisse identificata con la *lesione* anatomica; poi nella seconda metà del secolo, in piena *fisiologia* scientifica, con la *disfunzione* di qualche organo. Oggi assistiamo al trionfo di un più spinto e sofisticato riduzionismo, quello promosso in nome della *biologia molecolare* e della “nuova” (cioè posteriore a Watson e Crick, 1953) *genetica*. Per qualsiasi male del corpo – e forse anche “dell’anima” – non c’è che applicare (o aspettare, se non è già pronto) il farmaco (o l’intervento di bio-ingegneria) adatto!

I nostri tre autori aggiungono che chiunque si opponga a questo tipo di “progresso” rischia facilmente di essere emarginato, cioè di pensare come individuo “scomodo” o di essere bollato addirittura come “antiscientifico”. Invece c’è chi, come l’endocrinologo S.G. Johnsen, non ha alcuno scrupolo “reazionario”: scriveva, in una lettera (1981) al «Giornale medico danese», parole come queste:

«Il paziente singolo è sempre una sorpresa e non sappiamo veramente come affrontare questo problema. Il motivo è, semplicemente, che sappiamo troppo poco sui processi che avvengono nel corpo umano. Se fossimo realmente in grado di dare una descrizione esauritiva di un paziente dal punto di vista quantitativo, qualitativo, fisico e chimico, non ci sarebbero più sorprese. Conosceremmo esattamente la natura e l’estensione di un processo patologico attivo, sapremmo esattamente che cosa accadrebbe al paziente non solo fra un’ora o domani, ma anche la settimana prossima o il prossimo anno. Sarebbe possibile formulare una prognosi precisa per il singolo paziente ed elaborare un intervento terapeutico corretto sia dal punto di vista teorico che dal punto di vista pratico, e l’effetto della terapia non sorprenderebbe mai. Siamo lontanissimi da questo obiettivo, ma è a esso che dobbiamo puntare»².

A seconda dei gusti potremmo dire che Johnsen esprime qui un ideale o una caricatura. Sembra di riascoltare lo slogan ottocentesco del positivismo di Comte: scienza *dunque* predizione, predizione *dunque* azione. Per qualificare meglio quanto abbiamo detto sopra, ricordiamo però che *speranza* è, in origine, *vox media*. Quel che è il sogno di onnipotenza del medico può rivelarsi l’incubo di impotenza del paziente. Ha ancora ragione Atlan, quando osserva che «una volta che le stelle furono private della loro anima, non era più la vita a costituire il modello per la fisica; al contrario, i modelli fisico-chimici hanno infine invaso la biologia. Oggi la biologia molecolare ha bandito l’anima dalla vita. La questione riemerge con forza ancor maggiore ora che la psiche umana è diventata oggetto di scienza e noi ci interroghiamo sulle strutture di uno psichismo inconscio. L’esperienza interiore diventa oggetto di una ricerca psicologica che alla fine la spiegherà come il risultato di determinazioni fisico-chimiche, sociali, linguistiche, ecc. Tale esperienza non spiega le cose, anzi è *essa stessa un fenomeno che deve essere spiegato*». Detto in modo più secco: «Quanto più la medicina appare scientifica e tecnologica, tanto maggiore sembra il rischio che diventiamo oggetti di un apparato del tutto impersonale»³. Ma oltre quelle due dimensioni – *scientifica* (i fondamenti nella biologia) e *tecnologica* (la pianificazione della ricerca finalizzata su larga scala) – di cui si è parlato, la medicina ha una dimensione *tecnico-pratica* a breve raggio, che ben conosce il medico clinico: mira a raggiungere risultati in tempo utile, è sottoposta a svariati vincoli (spazio-temporali, economici, ecc.), si indirizza, infine, a persone, i pazienti,

che hanno ciascuno la *propria* storia. Se gli aspetti spersonalizzanti della medicina scientifico-tecnologica vengono trasportati senza mediazione nella *cura*, il “rischio” temuto da Atlan si tramuta in *oppressione* vissuta dal paziente (è il caso di dire) sulla propria pelle. Viene in mente quel frammento di Eraclito (14 A 61 dell’edizione Colli = 22 B 58 Diels-Krnaz) secondo cui «i medici tagliano e bruciano in tutti i modi e poi pretendono ancora di ricevere una ricompensa. Pur senza meritare nulla, solo perché maneggiano corpi malati».

C’è molta frustrazione e dolore in questo frammento della saggezza antica. Esso suona come una profezia per i tempi nostri, in cui si è rotta l’alleanza tra medico e paziente (contro il comune nemico: il male da sconfiggere), quell’alleanza di cui parla anche il giuramento di Ippocrate. E che “alleanza” può mai esserci quando il rapporto tra i partner è sbilanciato, quando uno (il medico, “l’esperto”) possiede “conoscenza oggettiva” e l’altro (il paziente, per definizione “non esperto”) ha solo timori soggettivi? E per dire che per gli antichi l’asimmetria era di segno opposto: terapia in origine significa “servizio” e toccava al medico “servire” il malato!

Poiché ogni malato può dire di sé: «solo *io* conosco il *mio* dolore», il medico deve avere qualcosa dell’“artista”: deve “far sentir bene” il paziente, deve soddisfarlo (un po’ come il *buon* oratore, secondo Platone, doveva soddisfare il suo uditorio, ma senza illuderlo o ingannarlo; o il buon architetto deve farti sentir bene nella casa che ha costruito *per te*; o il buon urbanista deve garantire ai cittadini una struttura urbana che consenta una libera fioritura delle loro esistenze).

Cinque parole, dunque, per la medicina: scienza, tecnologia, tecnica, arte, servizio. Usiamole come comode etichette per indicare nodi concettuali, che il “progresso” ha contribuito non a sciogliere, ma a rendere più intricati. Quest’ultima considerazione non dovrebbe essere presa per nostalgia per la medicina dei sacerdoti o degli stregoni, e nemmeno come pretesto per propagandare le varie “medicine alternative”. Chi scrive teme non la scienza, ma lo scientismo; non la tecnologia, ma il sacrificio di ogni esigenza agli aspetti puramente produttivi (cioè il totalitarismo tecnologico); ritiene che l’arte non debba volgersi in improvvisazione (i “buoni sentimenti” non bastano) e pensa che sia doveroso mettere in guardia contro la trasformazione dello spirito di servizio in burocratizzazione. Del “corporativismo dei medici” si dica tutto il male possibile, come di *qualsiasi* corporativismo (contro il quale si dovrebbe impiegare uno slogan analogo a quello contro l’AIDS: “corporativismo, se lo conosci, lo eviti”). In una recente scorribanda nel campo della medicina (a lui abbastanza estraneo, come esperienza di vita, poiché insinua che se ha raggiunto una venerabile età è anche perché si è tenuto abbastanza alla larga da medici e ospedali), il filosofo Hans-Georg Gadamer ha rivalutato il dialogo tra medico e paziente in cui a fatica, attraverso continui tentativi-ed-errori, emerge il senso della sofferenza *di entrambi*⁴. Non si è così fatta rientrare nel gioco quella *conoscenza personale* che pare anatema per l’oggettività scientifica moderna? Non si è fatta una concessione all’*olismo*, che il riduzionismo ha lasciato alle spalle per guadagnare i propri successi? Credo che si possa uscire dalla contrapposizione *olismo/riduzionismo* seguendo la via indicata, qualche anno fa, da Stefan Amsterdamski (nella voce *Riduzione* pubblicata nell’*Enciclopedia* edita da Einaudi, Torino). L’autore moveva dalla constatazione che il riduzionista e l’olista hanno in comune più di quel

che possa sembrare; condividono infatti questo *presupposto*: che il principio A) *il tutto è dato dalle sue parti* implichi B) *le parti sono anteriori al tutto*. E quindi: il riduzionista affermando A) ritiene di dover affermare conseguentemente B); l'olista, negando B), ritiene di dover negare conseguentemente A). Ma l'implicazione non regge. Come mostra un noto caso della stessa meccanica. in un sistema con il Sole e un unico pianeta (problema dei *due* corpi), dalla legge della gravitazione otteniamo sostanzialmente per il pianeta un'ellisse kepleriana attorno al sole; ma in un sistema costituito dal Sole e almeno due pianeti (problema dei *tre* corpi) non è affatto detto che per i due pianeti si ottengano delle ellissi, poiché a rigore occorre tener conto dell'attrazione di ciascun pianeta sull'altro, attrazione che perturba l'orbita kepleriana (sicché l'approccio B sarebbe in tal caso fallimentare).

Quel che dunque ci pare “contrario” in realtà è “complementare” – come aveva insegnato Niels Bohr, il “danese tranquillo”, a proposito della fisica. Dobbiamo avere “un occhio” per le strutture studiate dalla biologia molecolare, ma anche “un occhio” per “l'anima”, intesa come “vita del corpo”, per usare una bella espressione di Gadamer. Nel suo testo leggiamo:

«La salute dipende [...] da molti fattori, e lo scopo finale in fondo non è solo il benessere, bensì il reinserimento del paziente nella sua normale condizione di vita. Soltanto in tal modo si raggiunge il completo “ristabilimento”, risultato che spesso supera le possibilità e le competenze del medico. Ciò che oggi definiamo sindrome da ospedalizzazione [...] ci insegna che il riadattamento alla vita quotidiana può rivelarsi difficoltoso anche per individui sani.

La diagnosi spetta di sicuro alla scienza. tuttavia è abbastanza paradossale che il medico possa comunque domandare: “Si sente male?”. Già solo questo “sentirsi male” e il fatto che si ponga questa domanda dimostra che nel caso della malattia ci troviamo di fronte a un disturbo nascosto. [...] Ora, naturalmente, il moderno professore di medicina mi dirà: certo che possiamo conoscerlo. È ciò che facciamo esaminando l'intero contesto delle funzioni vitali dell'organismo e forse persino la sfera psichica del paziente, credendo così di definirlo attraverso le nostre misurazioni. [...] Il medico esperto sa però che si tratta solo di criteri indicativi, utili per un prima visione d'insieme dei referti. È sempre necessaria una certa diffidenza [...]»⁵.

Chiedo venia per la lunga citazione, la quale, per altro, fa parte di un capitolo intitolato *Cura e dialogo*. Ora, nel dialogo (in qualsiasi dialogo, e non solo in quello medico-paziente), non è affatto necessario ci debbano essere *valori* “condivisi”. (È assai diffusa, oggi, la moda di parlare di valori comuni: ma se essi sono “comuni” sono davvero a poco prezzo!); forse, come ha elegantemente sostenuto Karl Popper, non è nemmeno necessario un *linguaggio* “comune”⁶. L'unica cosa che importa è, da entrambe le parti, la volontà di dialogare e una certa “diffidenza” non solo è umana, ma addirittura raccomandabile, perché il dialogo proceda. Aveva ragione Nietzsche: occorre attingere dal «pozzo scuro» del proprio essere (dalla propria *cognizione del dolore*) per intravedere «le lontane costellazioni delle future culture». Mai come oggi il nostro *io* appare *diviso*: non solo tra appartenenze diverse, tipi differenti di lealtà, costellazioni di intuizioni morali le più varie, paradigmi scientifici incommensurabili, ecc., ma al proprio interno, nella sua esperienza della sofferenza e nel tormento della stessa speranza. Tuttavia, mi

ostino a pensare che queste divisioni non siano un disastro ma un'occasione. Senza un paziente che si divide tra un "paziente interiore" e un "medico interiore di se stesso" e senza un medico che a sua volta si sdoppia nell'ascoltatore della sofferenza altrui e nel "paziente" che al proprio interno ha fatto esperienza del proprio dolore e della propria follia, non vedo via d'uscita alla logica dell'apparato sbeffeggiata da Eraclito due millenni e mezzo fa.

NOTE

- ¹ H.R. WULFF, S. ANDUR PEDERSEN, R. ROSENBERG, *Filosofia della medicina*, Milano, Cortina, 1995.
- ² *Ibidem*, p. 55.
- ³ H. ATLAN, *Scienza e tradizione arcane*, in G. Giorello, E. Sindoni (a cura di), *L'uomo, i limiti, le speranze*, Casale Monferrato, Piemme, 1995, pp. 26-33.
- ⁴ H. GEORG GADAMER, *Dove si nasconde la salute*, trad. it., Milano, Cortina, 1994.
- ⁵ *Ibidem*, p. 139.
- ⁶ K. POPPER, *Poscritto alla logica della scoperta scientifica*, Milano, Il Saggiatore, 1984, vol. I.