

Il medico internista: soltanto un tecnico efficiente o anche un uomo di cultura?

The internal medicine specialist: only an efficient technician or also a cultured person?

V. Cagli *

Libero Docente di Semeiotica Medica, Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Ogni periodo storico, in ogni ambito del sapere, dovrebbe darsi degli obiettivi. Si tratta di avvertire con chiarezza in ciascuna epoca che cosa manchi in una determinata disciplina per poter andare oltre e, al tempo stesso, per poter decidere quale nuovo traguardo sia realmente alla portata di chi intenda raggiungerlo.

E oggi? Quale o quali obiettivi la medicina dovrebbe porsi con riferimento al ruolo del medico internista? Domanda non certo facile, perché è molto più arduo scorgere ciò che è sotto i nostri occhi che ricostruire eventi del passato. Ci pare tuttavia che l'invasione della tecnologia e la richiesta sempre crescente di cure sanitarie impongano una riflessione su quell'esigenza che viene definita "umanizzazione della medicina", in cui dominano i problemi bioetici sollevati dal potere della scienza moderna e quelli della relazione paziente-medico offuscata dal tecnicismo e dalla fretta.

Ma che cosa dobbiamo intendere realmente quando parliamo di "umanizzazione della medicina"? Volendo esplicitarne il senso diremmo che si tratta della necessità che il medico, nel suo incontro con il paziente, sappia vedere e considerare prima l'uomo, poi il malato e solo da ultimo l'organo malato. E allora i quesiti che si pongono sono: come fare per raggiungere questo scopo? Come riuscire a ottenere che il medico, e l'internista in particolare, conosca non soltanto la medicina ma anche l'uomo?

Deve essere ben chiaro che non si tratta di sostituire la conoscenza delle malattie con quella dell'uomo. Occuparsi dell'uomo non equivale certo a dimenticare il malato: accogliere, comprendere, sostenere fanno già parte del curare, ma non sminuiscono la fondamentale importanza di giungere a una diagnosi quanto più possibile esatta, per poter intraprendere una terapia quanto più possibile efficace.

Enrico Poli [1], riprendendo il tema della metodologia medica, che era stato il lascito fondamentale del magiste-

ro di Augusto Murri, ha espresso già più di cinquant'anni fa con grande chiarezza quali dovrebbero essere gli obiettivi della medicina clinica:

- interpretare le malattie *more scientifico*;
- comprendere il malato *more humano*;
- alleviare le sofferenze.

In tali obiettivi il tema che ci siamo proposto è già contenuto: si tratta della necessità di conoscere l'uomo, ed è dunque a questa esigenza che dobbiamo rispondere. Ciò che serve è una filosofia della medicina [2]; servono, come vuole suggerire il titolo del presente intervento, medici colti e non soltanto tecnici efficienti. Sorgono allora due quesiti:

- che cosa si deve intendere per medici "colti"?
- come riuscire a formare medici "colti"?

Chi sono i medici colti?

"Cultura", termine non facile da definire, anche perché, accanto a un'accezione antropologica, vi è quella, cui più spesso ci si riferisce, di cultura in senso intellettuale.

Thomas Mann ne ha delineato i connotati in modo mirabile: «L'*humanitas* letteraria, l'eredità di Roma, lo spirito classico e la classica ragione, la parola generosa a cui si addice il generoso gesto, la bella frase che dà ala ai cuori e dignità all'uomo, che ne celebra la bellezza e la maestà, l'arte del parlare accademico in onore dell'umana stirpe, questo è quanto rende degna di essere vissuta la vita nell'Occidente romano e fa di ogni uomo un uomo vero» [3].

Insomma, la cultura sarebbe «lo spirito classico [...] la parola generosa [...] la bella frase», in altri termini la cultura umanistica. Ma poi, nell'età della scienza e della tecnica, si è accesa la discussione se essa possa, o debba, includere qualcos'altro. Il dibattito fu rilanciato da Snow in un suo libro pubblicato in Inghilterra nel 1959 e tradotto in Italia nel 1964 [4]. La tesi di fondo di quest'opera è quella della separatezza e incomunicabilità tra scienziati e letterati, che determinerebbe l'esistenza di due culture distinte. Ma Snow distingue anche i due significati fonda-

* Corrispondenza:

Vito Cagli, via delle Isole 10, 00198 Roma,
e-mail: v.cagli@mcmlink.it

mentali del termine “cultura” che abbiamo già ricordato: quello che a esso assegnava Coleridge di «armonico sviluppo di quelle qualità e facoltà che contraddistinguono la nostra umanità» (p. 63); quello antropologico che vuole «indicare un gruppo di persone che vivono nello stesso ambiente e sono unite da abitudini, opinioni e modi di vita comuni» (p. 64). Ora non c'è dubbio che, anche sotto quest'ultimo profilo, letterati e scienziati vivano in due “culture” separate.

Non si può pensare, tuttavia, che tutto debba ridursi a insegnare un po' di letteratura a chi ha una cultura scientifica e un po' di scienza a chi possiede una cultura umanistica. Osserva in proposito Franco Ferrarotti in un'opera collettanea che è, in certo modo, una risposta al pamphlet di Snow: «Una nuova cultura si impone per l'epoca dell'industrializzazione su vasta scala, ma essa non sarà il risultato di una campagna di volgarizzazione scientifica. L'avvenire non dipende dal semplice sviluppo scientifico. Dipende dalla capacità di valutazione critica globale, cioè da una cultura integrata, in cui la scienza ritrovi la sua funzione rispetto al significato dell'uomo senza pretendere di esaurirlo» [5]. La visione scientifica, dunque, non esaurisce l'uomo, ma ne offre soltanto una descrizione parziale: c'è differenza tra un uomo che piange per un lutto e uno che ha un aumento della secrezione lacrimale a causa di un corpo estraneo che ha irritato la congiuntiva.

Si obietterà che la prassi medica è fatta di “cose”, di atti concreti e che dimensioni diverse da quelle suggerite da una visione fiscalista trovano difficilmente un loro spazio. Non è così o, almeno, non è necessariamente così. Scrive Tullio De Mauro: «Una volta mi è capitato di parlare nella facoltà di Medicina della Sapienza di Roma e di leggere lo stupore dipinto sulla faccia dei colleghi quando ho provato a dire che, non solo nel mondo antico, ma anche nel mondo contemporaneo, le pratiche mediche sono la madre di tutte le scienze, una fonte fondamentale di spinte teoriche» [6]. In altre parole: la medicina clinica può rappresentare una strada verso la cultura.

Vediamo ora di tirare le somme su tutti questi modi di intendere il significato di “cultura”. Il nucleo originario del termine si identifica con l'*humanitas* letteraria, che non è soltanto sapere ma anche valorizzazione delle qualità che distinguono la nostra umanità, integrata con una visione scientifica del mondo che non esaurisca nella scienza le dimensioni dell'uomo. “Cultura” è apertura, interesse, comprensione: è rifarsi al motto di Terenzio *Homo sum: humani nihil a me alienum puto*.

Come formare medici colti?

Il cuore del problema sta nel riuscire a dischiudere le porte di un interesse culturale a coloro che sembrano ben decisi a farne a meno. Che cosa può fare in questi casi la Facoltà di Medicina? Tre ci sembrano le strade percorribili.

La prima è quella di suscitare l'interesse per l'uomo, l'uomo persona, l'uomo portatore di angosce, sia che esse

derivino da malattie del corpo, sia che esprimano soltanto una sofferenza esistenziale, un male di vivere. In entrambi i casi un'adeguata formazione psicologica consente di fornire strumenti utili non per curare, ma per comprendere, per riuscire a non commettere troppi errori nella relazione medico-paziente, per saper parlare e per saper tacere. La discussione dei fondamenti teorici della psicoanalisi [7] può permettere di capire che esiste una dimensione diversa nell'approccio al paziente. Una formazione orientata psicoanaliticamente, attraverso la partecipazione ai gruppi Balint [8], può essere di grande utilità.

La seconda strada percorribile è quella di un potenziamento dell'attuale insegnamento di Storia della Medicina. Ciò che serve, in proposito, non è un elenco di “scoperte” e di date, ma piuttosto un insegnamento che metta di fronte alle menti dei discenti i problemi che filosofi, scienziati e medici si sono posti e quali siano state nei diversi periodi storici le risposte a essi. Due obiettivi possono essere raggiunti. Il primo è inserire il progresso della medicina nel più vasto contesto del progresso scientifico e filosofico, superando quelle che Federigo Enriques ha chiamato «le angustie del particolarismo» [9], in definitiva aprendo alla visione dello studente un panorama più ampio e con ciò stesso l'interesse per la “cultura”. Il secondo risultato consisterebbe nell'offrire «le motivazioni teoriche per l'apprendimento delle teorie nei manuali» [10], in modo che si comprenda come i problemi siano più importanti delle risposte che di volta in volta a essi sono state fornite.

Una terza strada è quella che viene definita “medicina narrativa” [11]. L'apporto della narrativa alla formazione dei medici è stato sperimentato nel Campus biomedico di Roma [12], in cui gli studenti, nell'ambito degli insegnamenti di Storia della Medicina, di Etica e di Antropologia, sono sollecitati, già nel primo anno di corso, alla lettura di romanzi che affrontano i temi della malattia e della sofferenza. All'inizio restano alquanto sconcertati, ma poi la curiosità e il “contagio” tra colleghi li convincono e molto spesso arrivano a comprendere che la letteratura può essere un vero e proprio laboratorio di idee e di sentimenti. Le discussioni in comune, l'apertura ad altri testi fanno il resto. Insomma, l'importante sarebbe riuscire a far capire che la letteratura, come la musica, la poesia o le arti figurative, non è un “passatempo” o una “distrazione”, ma parte integrante di un processo educativo. Libri come quello che noi stessi abbiamo pubblicato recentemente sull'argomento [13] possono riuscire utili.

Se è vero, come diceva Mefistofele a Faust, che «il meglio che tu puoi sapere, ai tuoi giovincelli non è lecito dirlo» [14], se cioè certe esperienze sono trasmissibili soltanto in minima parte, è però altrettanto vero che uno stimolo, un'occasione, un suggerimento a volte sono preziosi. È possibile, cioè, mettere in moto un processo di autoapprendimento che introduca a nuove sensibilità. Questo è quanto può fare l'insegnamento universitario. Il cosiddetto *core curriculum*, cioè il nocciolo duro, indispensabile e fondamentale, resta tecnico. È il contesto in cui tale insegnamento si svolge che deve armonizzarsi con le altre esi-

genze, lasciando spazio allo spirito umanistico, non contraddicendolo nei fatti e nei comportamenti.

Ciascuno scelga la guida o le guide che più gli si confanno: l'importante è non restare chiusi a una dimensione più ampia. Per riuscire a essere anche medici colti, anziché soltanto tecnici efficienti, potrebbe essere sufficiente far proprio l'obiettivo perseguito da Viktor von Weizsäcker, quello di «introdurre il soggetto in medicina» [15], di accettare cioè il punto di vista del malato che si chiede "Perché proprio ora? Perché proprio qui? Perché io?". Si tratta di comprendere che, se la medicina privilegia una logica di causalità, il malato (e tanto più il malato grave) segue una logica di significati.

A questa seconda logica dobbiamo avvicinarci seguendo le strade che abbiamo or ora indicato, al fine di avviarci a un nuovo umanesimo medico. Si tratta, insomma, di formare medici aperti al sapere, alla cultura, alla filosofia e l'internista, per sua natura e vocazione aperto a una visione generale, dovrebbe far suo in modo particolare tale obiettivo.

Il cerchio si chiude: la medicina propria della Grecia antica ripropone i suoi valori. Il detto ippocratico *latros philosophos isotheos* viene riecheggiato da Karl Jaspers: «Nell'unione dei compiti di scienza e filosofia risiede la condizione essenziale che rende oggi possibile non la ricerca, ma la preservazione dell'idea di medico. La pratica del medico è concreta filosofia» [16].

Bibliografia

- [1] Poli E. Metodologia medica: principi di logica e pratica clinica. Milano: Rizzoli, 1965:19.

- [2] Cosmacini G. La qualità del tuo medico: per una filosofia della medicina. Roma-Bari: Laterza, 1995.
- [3] Mann T. Considerazioni di un impolitico. II Edizione. Bari: De Donato, 1967:38-9.
- [4] Snow CP. Le due culture. III Edizione. Milano: Feltrinelli, 1965.
- [5] Ferrarotti F. Non serve spiegare Shakespeare agli ingegneri. In: Vitelli A. La cultura dimezzata. Milano: Giordano, 1965: 59-64, in part. 64.
- [6] De Mauro T. La cultura degli italiani. A cura di Erban F. Roma-Bari: Laterza, 2004:6.
- [7] Cagli V. Sognando l'ippogrifo: per un incontro tra medicina e psicoanalisi. Roma-Bari: Laterza, 1995:109-18.
- [8] Balint M. Medico, paziente e malattia. II Edizione. Milano: Feltrinelli, 1970.
- [9] Enriques F. Il significato della storia del pensiero scientifico. Manduria (TA): Barbieri, 2004:36.
- [10] Antiseri A. Perché e come la storia della scienza. In: Enriques F. Il significato della storia del pensiero scientifico, cit.:67-89, in part. 76.
- [11] Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: dialogue and discourse in clinical practice. IV Edition. London: BMJ Books, 2004.
- [12] Binetti P. Le scienze umane nella educazione medica: literacy skills e communication skills, negli anni della formazione di base. *Medic* 2004;12:41-53.
- [13] Cagli V. Malattie come racconti: la medicina, i medici e le malattie nelle descrizioni dei romanzieri e dei drammaturghi. Roma: Armando, 2004.
- [14] Goethe JW. Faust. Milano: Mondadori, 1944. Parte prima, Studio II:57.
- [15] Henkelmann T. Viktor von Weizsäcker. L'uomo e la sua opera. In Weizsäcker V. Filosofia della medicina. Milano: Guerini e Associati, 1990:20.
- [16] Jaspers K. Il medico nell'età della tecnica. Milano: Raffaello Cortina, 1991:66.