

Il rapporto medico-paziente nei contesti delle diverse medicine

Giorgio BIGNAMI

già *Laboratorio di Fisiopatologia di Organo e di Sistema,*
Istituto Superiore di Sanità, Roma

Riassunto. - La qualità del rapporto medico-paziente dipende almeno in parte dal modo in cui vari fattori non specifici influenzano i processi di malattia e di guarigione, il che vale in particolare per le credenze (attribuzioni) dei soggetti su ciò che provoca o previene la malattia e sulla efficacia dei vari possibili rimedi. Ciò avvantaggia le medicine alternative in quanto negli scambi coi pazienti, i loro modelli sia di etiopatogenesi, sia di modo e meccanismo d'azione dei rimedi offerti, risultano assai più vicini ai modelli di senso comune che non quelli della moderna medicina scientifica. Tale vantaggio è accresciuto dal fatto che almeno l'80% degli incontri medico-paziente riguarda situazioni di malessere o disagio non inquadrabili come vere e proprie malattie, situazioni nelle quali la medicina ufficiale spesso non riesce a svolgere le necessarie funzioni di ascolto, spiegazione, *counselling* e rassicurazione, ma tende al ricorso improprio a strumenti diagnostici e terapeutici mirati a specifiche patologie. Pertanto, il dialogo tra le diverse medicine, promuovendo il ripristino della centralità del paziente, può accrescere l'efficacia degli interventi la quale dipende sia da specifici fattori tecnici che dalla qualità del rapporto.

Parole chiave: rapporto medico-paziente, processi di attribuzione, medicina ufficiale, medicine alternative.

Summary (*The doctor-patient relationship in the contexts of different medicines*). - The quality of the doctor-patient relationship depends at least in part on the way in which various non-specific factors influence disease and healing processes, which applies in particular to the subjects' beliefs (attributions) concerning what causes or prevents disease and the efficacy of various possible remedies. This favours the alternative medicines since in the exchanges with the patients, their models of etiopathogenesis and of mode and mechanism of action of proposed remedies come much closer to common sense models than those of modern scientific medicine. Such an advantage is increased by the fact that at least 80% of the encounters between physicians and patients concern situations of malaise or discomfort not identifiable as specific diseases. In such situations, official medicine often fails to exert the necessary functions of listening, explaining, counselling and reassuring, but tends to an inappropriate use of diagnostic and therapeutic tools developed for specific pathologies. Therefore, the dialogue between the different medicines, by promoting the re-establishment of a patient-centered approach, can increase the efficacy of the interventions which depends both on specific technical factors and the quality of the relationship.

Key words: doctor-patient relationship, attribution processes, official medicine, alternative medicines.

Introduzione

Si è detto e ripetuto sin quasi alla nausea, da qualche tempo a questa parte, che la grande forza delle medicine alternative (o non convenzionali), anche in assenza di qualsiasi prova di validità intrinseca dei loro metodi e rimedi, deriva da quell'approfondimento del rapporto tra curante e curato che è spesso insufficiente nell'ambito della medicina ufficiale o scientifica. Questa affermazione è sostanzialmente corretta, anzi, al limite del lapalissiano. Tuttavia essa maschera una contraddizione profonda, se non addirittura un vero e proprio errore, laddove essa pone in contrasto la non provata scientificità di un dato insieme di modelli e prassi, come fenomeno negativo, con la qualità di un rapporto, come fenomeno positivo. Da diverso tempo, infatti, sono disponibili robuste evidenze sul fatto che i processi di malattia, compresi quelli di guarigione, sono variamente influenzati da fattori circostanziali cosiddetti non specifici

(che ovviamente comprendono la qualità del rapporto curante-curato), i quali pur grossolanamente si possono suddividere in fattori oggettivi (ma con importanti ricadute al livello soggettivo) e fattori "puramente" soggettivi.

Tra i primi, ai quali non si farà in questa sede più di un rapido accenno, si può menzionare l'amenità maggiore o minore del luogo di cura. Per esempio, le ferite chirurgiche di pazienti altrimenti tra loro equivalenti (per tipo di patologia e di intervento; per livello di professionalità dei chirurghi che li hanno operati, degli infermieri che li assistono; per condizione socio-economica e culturale; e via di seguito) rimarginano più rapidamente nelle stanze di degenza con vista sul giardino che non in quelle che affacciano sulla strada o su di un nudo cortile.

Assai più complessa è la questione dei fattori soggettivi, che non possono ridursi a come e quanto la persona viene ascoltata, coccolata e informata dal suo medico ed eventualmente da altri che con lui collaborano. Una

tale riduzione, infatti, rientrerebbe di pieno diritto in quella *concierge psychology* (psicologia da portierato) di cui argutamente parlava un eminente psichiatra inglese, quando intendeva sconfessare le spiegazioni facili e semplificate che spesso si danno per processi comportamentali di elevata complessità.

La disponibilità del medico a spendere tempo ed energie per ascoltare il paziente e per spiegare cosa accade (compreso quello che non si riesce a capire) e cosa si può fare o non fare (compresi i potenziali benefici e rischi di diverse strategie terapeutiche, le loro diverse ricadute sullo stile e qualità di vita del soggetto che deve poter compiere scelte pienamente informate), quindi l'*empowerment* del soggetto che ha espresso una domanda di diagnosi e cura, rappresentano certamente una prima categoria importante di quei fattori soggettivi di cui si sta parlando. Sull'argomento esiste oramai una letteratura imponente; quindi ci si deve limitare al riferimento all'opera recente di Sharpe e Faden che ricapitola efficacemente, sotto il triplice profilo storico, concettuale ed etico, l'evoluzione dei rapporti sia interpersonali (curante-curato) che istituzionali in campo medico [1].

I processi di attribuzione

Tuttavia vi sono altri tipi di fattori soggettivi il cui peso non è minore e che notoriamente influenzano - anche se in misura assai variabile da una patologia all'altra - i processi di malattia e di guarigione, *in primis* i cosiddetti processi di attribuzione [2]. Tale termine indica l'insieme di credenze o convinzioni su di un dato fenomeno che un soggetto si è formato, spesso assai diverse da un soggetto all'altro anche in caso di apparente somiglianza tra i soggetti sotto il profilo socio-economico e culturale e sotto quello dei loro specifici problemi. Infatti, ciascuna delle innumerevoli attribuzioni che continuamente si costruiscono, evolvono ed eventualmente si disfano in ciascuno di noi (nel caso specifico dei problemi di salute e malattia: cosa mi ha fatto ammalare o rischia di farmi ammalare o mi protegge dalla malattia; cosa potrebbe farmi star meglio e se possibile guarirmi, o viceversa; e via di seguito) è il risultato unico, irripetibile, di una storia personale remota e prossima i cui elementi sono stati in gran parte dimenticati o rimossi. Tra tali elementi, si noti, oltre a quelli che concorrono a formare la personalità, lo stile cognitivo e l'affettività di un soggetto, possono avere un notevole peso le esperienze di accostamento casuale tra eventi di varia natura che attraverso il meccanismo del cosiddetto rinforzo avventizio o spurio (*adventitious reinforcement*) producono solidi convincimenti di falsi rapporti causa-effetto e robusti comportamenti "superstiziosi". Così, per esempio, non sono bastati i ripetuti esperimenti che hanno dimostrato come l'esposizione all'agente infettante, le condizioni immunitarie del sog-

getto rispetto ad esso, in rapporto alle pregresse esperienze e alcuni fattori psicosociali, siano le uniche variabili di rilievo nel determinare la probabilità di contrarre una malattia cosiddetta da raffreddamento (principalmente raffreddore comune, *common cold*, e influenza). La stragrande maggioranza dei soggetti (e spesso anche dei medici) seguita ad essere convinta che il colpo d'aria, lo sbalzo di temperatura, la bagnata siano cause o concause almeno altrettanto importanti o più importanti di quelle appena citate, il che almeno in parte si spiega col meccanismo del rinforzo avventizio o spurio. Infatti, nella fase prodromica di un raffreddore comune o di una influenza non ancora clinicamente dichiarata, una persona può percepire come particolarmente sgradevoli gli effetti soggettivi di un colpo d'aria o di una bagnata: e magari subito dopo arriva il primo brivido, cioè il segnale che la temperatura corporea sta aumentando, o la prima serie di starnuti scatenata dalla congestione delle mucose, e così il giuoco è fatto.

Un esempio semplice del ruolo dei processi di attribuzione, parte dentro e parte fuori dal campo salute-malattia, è illustrato nella rassegna già citata [2]. Due donne fanno lo stesso lavoro con notevole successo, un successo riconosciuto dai circostanti a partire da un eventuale superiore, che statisticamente ha una buona probabilità di essere di sesso maschile. Una di esse è giudicata più bella (o avvenente o attraente) dell'altra e ambedue sono consapevoli di questa differenza. Quale delle due corre il rischio maggiore di sviluppare una sofferenza psicologica, soprattutto di tipo depressivo? E' la donna giudicata più avvenente; e il motivo di questa differenza? Verosimilmente consiste nel fatto che la persona giudicata meno avvenente attribuisce senza ombra di dubbio i riconoscimenti che riceve alle proprie capacità, alla qualità delle proprie prestazioni professionali, al proprio impegno; quindi gode di una solida autostima che è il miglior "vaccino" contro la depressione, proteggendo dagli effetti di vari fattori potenzialmente patogeni che non staremo qui a enumerare. L'altra invece facilmente cade in un dubbio di attribuzione (quanta parte del riconoscimento è per ciò che faccio e quanta parte invece per la mia avvenenza?); quindi la sua autostima è meno solida, il che la rende più vulnerabile agli effetti dei vari fattori potenzialmente patogeni.

Le differenze di credenza religiosa forniscono un altro esempio degli effetti della attribuzione nel campo salute-malattia. Tra gli studi ricordati nella rassegna già citata [2] se ne trova uno sulle donne anziane, religiose e non, che sono state operate per frattura del femore: una patologia cioè che sino a tempi relativamente recenti è stata spesso letale, per le inevitabili complicazioni della immobilizzazione (soprattutto la broncopolmonite, detta una volta "l'amica dei vecchietti", poiché poneva spesso termine a una vita di bassa qualità dell'anziano emarginato e pieno di acciacchi); oggi invece perfettamente guaribile nella stragrande parte

dei casi, anche in età assai avanzata, se l'intervento è condotto a regola d'arte e l'assistenza appropriata. Ma a parità di tutte le altre condizioni, chi impiega meno giorni dopo l'intervento a rimettersi in piedi e a camminare, la donna che possiede una fede ferma e profonda o quella poco convinta ovvero agnostica? La prima, non tanto ovviamente; e perché? Il perché si trova di nuovo nelle diverse attribuzioni, essendo la persona religiosa convinta che il suo male faccia parte di un disegno divino, un disegno superiore a quello degli umani e nei dettagli incomprensibile, ma nell'insieme mirato al bene. Quindi essa è più tranquilla, non impreca contro la sfortuna o il destino avverso (o magari contro il "Dio crudele" del perfido Iago nell'*Otello*); la sua rassegnazione non è passiva, ma piuttosto si traduce in uno stimolo a collaborare attivamente con i medici, con gli infermieri e con i fisioterapisti per accelerare il miglioramento e la guarigione - *ad majorem Dei gloriam*.

Il confronto tra i modelli del curante e le attribuzioni del curato

Il secondo dei due esempi sopra riportati consente agevolmente di passare al possibile ruolo dei processi di attribuzione nel contribuire all'esito degli interventi condotti da un lato da un medico "ufficiale" (poniamo, un buon internista), dall'altro da un medico "alternativo" (poniamo, un buon omeopata). Poniamo anche che ambedue i medici dedichino altrettanto tempo e altrettante energie sia all'ascolto del paziente - un ascolto che ovviamente dovrebbe comprendere il tentativo di individuare le sue attribuzioni - sia alle spiegazioni sulla natura e le cause dei suoi problemi, sulle possibilità o modalità di cura. Ora è ben documentato il basso livello di cultura scientifica nella stragrande maggioranza dei soggetti (i dati in materia sono per l'Italia assai frammentari, per altri paesi, in particolare gli Stati Uniti, assai più abbondanti e in genere terrificanti). Quindi il compito di informazione e di spiegazione che compete al medico "ufficiale" è estremamente arduo, comportando come minimo - anche nel caso di patologie relativamente banali - nozioni che vanno dalla biologia e genetica molecolare alla psiconeuroimmunologia; da una diversificatissima infettivologia all'epidemiologia e ai "fattori di rischio" (e qui i massimi esperti non cessano di dibattere la spinosa questione della probabilità); dai modi e meccanismi d'azione dei vari rimedi alla valutazione di strategie alternative sia sotto il profilo della loro efficacia relativa, sia sotto quello dello stile di vita e delle preferenze del soggetto. Allo stato attuale dell'educazione scientifica del cittadino medio (e anche di non pochi medici), qualsiasi tentativo di spiegazione deve quindi confrontarsi con uno schieramento massiccio e allo stesso tempo personalizzato di attribuzioni il più delle volte lontanissime dai modelli scientifici. Il medi-

co deve allora scegliere tra la rinuncia a spiegare (il caso più frequente) e la mediazione tra modelli scientifici e modelli cosiddetti di senso comune [3]: una mediazione che genera per lo più degli ibridi di scarso valore e vigore, né carne né pesce, destinati a cadere miseramente alla prima verifica indipendente che il paziente va a fare altrove (sempre più spesso), il che retroagisce negativamente sulla credibilità del curante.

Il medico "alternativo" al confronto, giuoca la sua partita col sole e col vento dietro alle spalle. Infatti il modello che guida le spiegazioni fornite per esempio dall'omeopata, quindi i suoi successivi aggiustamenti nelle successive fasi del rapporto - un modello che è illustrato nel contributo di Bellavite *et al.* in questo fascicolo - è sostanzialmente affine ai modelli di senso comune, cioè alle attribuzioni dell'interlocutore, anziché ortogonale ad essi. Il soggetto può quindi in esso riconoscersi e immedesimarsi, ricavando l'impressione di una espansione e di un arricchimento del proprio patrimonio originale, pur limitato, di conoscenze e credenze, anziché quella di una sua drastica cancellazione e sostituzione, vissuta come una violenza (fatte salve quelle ibridazioni tra modelli che tuttavia, come già si è visto, spesso producono più effetti perversi che ricadute positive). E se la camera con vista sul giardino può significativamente accelerare la chiusura di una ferita chirurgica, se la fede religiosa può anticipare il ripristino dell'uso della gamba fratturata (per non parlare di quei dati in campo psichiatrico i quali dimostrano come nelle situazioni di isolamento in popolazioni sparse, l'ancoramento alla comunità ecclesiale costituisca per la donna una solida protezione contro il rischio di depressione), non è difficile immaginare quale possa essere il potenziale terapeutico di una assonanza cognitiva tra il discorso del curante e le attribuzioni del curato, in luogo di quella dissonanza cognitiva che spesso prevale nel rapporto con il medico "ufficiale".

Finora si sono citati esempi che riguardano le ferite chirurgiche, la depressione, la frattura del femore, cioè tutte patologie sostanzialmente "dure" anche se assai disomogenee tra di loro. Si deve ora considerare il fatto che almeno l'80% degli incontri tra medico e paziente, secondo vari studi condotti in diversi paesi, riguardano situazioni di disagio e di sofferenza (ora più sul versante somatico, ora più sul versante psichico) che non sono riconducibili a veri propri stati di malattia, ma piuttosto rappresentano una risposta ai vari problemi che tutti abbiamo, chi più chi meno, in famiglia, a scuola, sul lavoro, nei rapporti sociali del tempo libero. Il più ampio vocabolario inglese distingue in proposito tra *illness*, cioè l'esperienza soggettiva del non star bene, e *disease*, cioè malattia così come la medicina la definisce in termini nosografici ed eziopatogenetici; inoltre dispone di un terzo termine - *predicament* - per indicare le ricadute sulla condizione o stato del soggetto in funzione delle interazioni tra le variabili inerenti alla *illness* o alla *disease* e altre variabili sia oggettive che soggettive.

Tali incontri sono di certo preziosi per approfondire la reciproca conoscenza tra curante e curato, per rassicurare il secondo e quindi contribuire al recupero del suo benessere, per consentire al primo di cogliere i segni di vera e propria malattia, neutralizzando il "rumore di fondo" che solo in pochi casi merita di essere etichettato come patologica ipocondria, quando prima o poi si presenteranno. Tuttavia essi dovrebbero di regola concludersi senza prescrizioni di indagini (strumentali o chimico-cliniche o altre) e senza prescrizione di terapie (farmacologiche o altre): ma la realtà è ben diversa, poiché i dati dimostrano che non il 10-20%, ma l'80-90% degli incontri si concludono con la prescrizione di esami e terapie mediche; cioè il divario tra *ciò che è* e *ciò che dovrebbe essere* abbraccia ben oltre la metà delle prestazioni oggi fornite dai medici. Né si può ipotizzare un cambiamento rapido di questa situazione, che ha profonde radici storiche e culturali nella evoluzione delle dinamiche tra domanda e offerta; e allora ci si accorge che in almeno metà delle situazioni, chi pratica medicine alternative, ricorrendo a strumenti per lo più (non sempre) "dolci", ha un formidabile vantaggio su chi pratica la medicina ufficiale, che messo alle corde non ha altri strumenti se non quelli "duri" (ma su questo, si veda più oltre).

Le proposte per superare le contraddizioni nel rapporto medico-paziente

Non vi sono ricette facili e pronte per superare le contraddizioni appena illustrate. Da un lato, come si legge in altri contributi, vari rami della medicina alternativa stanno facendo notevoli sforzi per contribuire alla verifica della validità dei loro strumenti con i metodi della medicina scientifica. Tali metodi, tuttavia, non sono tagliati per andare oltre la verifica sulla probabilità che vi sia una differenza tra l'oggetto *sub judice* e il placebo o la terapia già in uso, e in particolare non possono distinguere tra i ruoli delle varie categorie di fattori soggettivi ai quali si è più sopra accennato.

D'altro lato, volente o nolente la medicina ufficiale deve prestare una crescente attenzione alle medicine alternative, per esempio, avviando nell'ambito dei servizi pubblici iniziative in questo campo (agopuntura, omeopatia, fitoterapia, ecc.) e istituendo presso gli Ordini dei meccanismi di pur parziale accreditamento; cioè gli storici steccati si stanno se non proprio ancora abbattendo, almeno incrinando. E' significativo a questo proposito quanto ha scritto di recente Stephen Buetow [4], del Centro Nazionale per la ricerca e lo sviluppo nella medicina di base presso l'Università di Manchester, illustrando le strategie mirate al miglioramento della relazione medico-paziente, da lui suddivise in quattro tipi:

- *bridging* (gettare un ponte),
- *trading* (negoziare),
- *logrolling* (allearsi),
- *damage limitation* (limitazione o riduzione del danno).

Come esempio di *bridging*, Buetow cita il caso di un paziente con un'affezione delle vie aeree superiori, diagnosticata come faringite virale, il quale insiste per aver prescritti degli antibiotici e resterebbe insoddisfatto da un puro e semplice rifiuto. In un caso come questo, secondo l'autore, la proposta di usare uno sciroppo per la tosse o qualche rimedio omeopatico o di erboristeria potrebbe consentire al malato e al medico di gettare un ponte tra le rispettive esigenze, cioè di incontrarsi e di migliorare il rapporto, anziché di scontrarsi.

Questi sviluppi indicano come al di là dei futuri risultati dei vari tentativi di valutazione delle prassi alternative, un primo importante risultato è stato già raggiunto, anche se per lo più solo nominalmente piuttosto che a fatti: cioè quello di riconoscere che al vertice delle preoccupazioni di chiunque compia atti medici, di chiunque abbia il compito di verificare l'efficacia e la correttezza di impiego degli strumenti, deve esservi la centralità del soggetto cui gli atti si rivolgono: cioè il suo peso contrattuale (nel senso più esatto dell'inglese *empowerment*); il suo diritto a sapere e a comprendere ciò che gli accade e ciò che si può fare o non si può fare per lui; il suo diritto di scelta e di decisione, che come dimostrano i già citati Sharpe e Faden [1] deve andare molto al di là del classico *caveat emptor*, a maggior ragione quando il pagante è un terzo, pubblico o privato o misto che sia. E tutto ciò non solo per motivi umanitari, etici e giuridici, ma anche perché sul piano strettamente scientifico è oramai inconfutabilmente dimostrata la irrinunciabile terapeuticità di tale tipo di impostazione, soprattutto nelle situazioni in cui la medicina non può (o non può ancora) offrire rimedi specifici di provata efficacia, o può offrire solo rimedi di efficacia parziale o assai variabile da un soggetto all'altro, o comunque è opportuno che rinunci a usare metodi "duri", come nelle situazioni che si sono più sopra delineate.

La sfida per il mondo della ricerca è indubbiamente una sfida non meno importante di quella che storicamente ha consentito le successive conquiste della moderna bio-medicina e che consentirà le ulteriori conquiste delle quali quotidianamente si parla, ora con buon fondamento, ora con eccessivo trionfalismo. Infatti si dovrà precisare assai meglio di quanto sia oggi già noto la diversa influenza dei vari tipi di fattori soggettivi sulla produzione, sul decorso e sugli esiti di vari tipi di patologie, così come il diverso modo di reazione dei soggetti colpiti da una stessa patologia o a rischio di svilupparla; quindi si dovranno mettere alla prova specifiche strategie di prevenzione, di assistenza e di cura basate sulle nuove conoscenze, compreso quanto potrà venire dalla verifica sulle terapie alternative, purché condotta con metodi atti a superare le già citate limitazioni dei metodi attuali.

Verso il recupero della capacità di rapporto

In questo senso, e purché si proceda *cum grano salis* - cioè evitando di tornare all'acritico avallo di tutto ciò che passa per la testa dei singoli medici convinti del loro

“senso clinico”, pronti a contrabbandare come “libertà di cura” le loro personali impressioni sostenute da una “libertà clinica” che è spesso solo sfrenata e interessata licenza, quando non addirittura delirio di onnipotenza - possono essere recuperati gli insegnamenti di quei medici delle generazioni precedenti i quali da un lato erano consapevoli delle loro limitazioni (così come erano consapevoli del fatto che molta parte della domanda, non alimentata da specifici stati patologici, non vada affrontata con metodi “duri”), dall’altro sapevano sfruttare la terapeuticità di un rapporto di buona qualità.

Un solo ultimo esempio, di carattere aneddotico, ma non per questo meno significativo. Molti anni fa un medico ospedaliero, quindi addestrato ad affrontare soprattutto patologie “dure” con metodi spesso “duri”, faceva per qualche ora a settimana ambulatorio di medicina interna presso una delle nostre vecchie mutue. E siccome si intratteneva coi mutuatati più a lungo degli altri suoi colleghi, scrivendo sulle cartelle cliniche una gran quantità di annotazioni, un giorno uno di questi colleghi, vinto da morbosa curiosità, andò di nascosto a leggere le sue cartelle e vi trovò una curiosa serie di descrizioni come queste: “... C’è er còre che je fà cìcche ciacche... C’è un dolore qua che j’arispone là ...” Poi spesso, sull’ultima riga, “Terapia: Bellergil” - una blanda associazione di belladonna, ergotamina e fenobarbital a piccole dosi, con indicazioni vaghe come “disturbi neurovegetativi”, verosimilmente un placebo o poco più: ma un placebo che come il rimedio omeopatico e fitoterapico suggerito da Buetow molti decenni dopo (vedi sopra), coinvolgendo un paziente dovutamente ascoltato e rassicurato, testimone dell’impegno del medico inconsuetamente prodigo di tempo e di annotazioni, poteva consentire il conseguimento di obiettivi terapeutici pienamente rispondenti alle esigenze e alla natura della domanda, cioè non autoreferenziali, così anticipando quel *bridging* e quella riduzione del danno oggi postulati in termini più esatti e con migliore cognizione di causa, dopo la lunga esperienza fatta con la medicina di base del National Health Service britannico.

Questo percorso non era agevole ieri né sarà agevole domani. Un’altra paziente dello stesso medico di cui si è detto più sopra, lamentava dolori alle ginocchia (che apparivano perfettamente normali) e veniva consigliata di rinviare ulteriori indagini e terapie a dopo l’estirpazione di una vistosa serie di giganteschi calli prodotti dall’uso di calzature palesemente inadatte. Allora essa si ribellò all’idea di non essere considerata come una vera e propria ammalata e di non aver prescritta una lunga serie di specifiche indagini e di specifiche terapie; quindi presentò un esposto infamante contro il medico alle autorità dell’ente e minacciò di ricorrere addirittura alla magistratura per veder riconosciuti danni materiali e morali.

Oggi e domani, a un cambio sostanziale dell’agire medico e dei rapporti medico-paziente si oppongono non solo i cospicui interessi economici e corporativi dei produttori e promotori di strumenti “duri”, ma anche le istanze ideologiche profondamente radicate nella moderna

bio-medicina scientifica. Questa, infatti, si sente in dovere di scontare e di svilire tutto ciò che non rientra nei modelli e metodi ai quali essa deve i suoi strepitosi successi, ma che al di fuori dei loro ambiti di razionale applicazione, assumono connotazioni procusteane. Ciò impedisce di affrontare in maniera più appropriata molti problemi che esulano dalle competenze della medicina scientifica *sensu strictiori*, o addirittura produce danni consistenti quando si insiste nell’uso di strumento “duri” nelle situazioni che non lo richiedono (un’ampia ricapitolazione sia storica che di attualità dei principali studi in questo campo si trova nel già citato libro di Sharpe e Faden [1]). In inglese si suol dire, in tali situazioni, che “chi conosce come strumento soltanto il martello, tratterà tutti gli oggetti come se fossero chiodi”; e qui si potrebbe aggiungere, sempre prendendo a prestito dalle espressioni dell’inglese, che la medicina oggi, come dimostrano le sempre più frequenti fughe da essa, se non si fa protagonista di un cambio culturale ed etico sufficientemente ampio e approfondito, rischia di usare il suddetto martello per piantare l’ultimo chiodo nella propria bara.

Per concludere, appare opportuno citare una breve lettera del signor Pasquale Arcidiacono di Castrovillari (CS) pubblicata sul *Corriere della Sera* il 16 giugno 1999, la quale esprime in modo efficace una domanda che non può restare senza ascolto:

“*La cultura della cortesia.* La soddisfazione e la fiducia dei pazienti è uno dei principii fondamentali su cui si basa il successo di una struttura sanitaria, oltre alla professionalità del personale medico e paramedico e la qualità dei servizi offerti. Fino a quando non riusciremo a costruire una vera e propria “cultura” della cortesia, comprensione e umanità e a dimostrare ai pazienti che l’ospedale non cura soltanto le patologie ma si prende cura di loro come persona, con tutto il loro carico di problemi, ansie, paure e fragilità (la differenza tra curare e prendersi cura è abissale), non sarà ancora finito, purtroppo, il tempo degli stregoni, dei venditori di illusioni e dei viaggi della speranza che diventano spesso viaggi della disperazione”.

Lavoro presentato su invito.

Accettato il 27 luglio 1999.

BIBLIOGRAFIA

1. SHARPE, V.A. & FADEN, A.I. 1998. *Medical harm - Historical, conceptual, and ethical dimensions of iatrogenic illness.* Cambridge University Press, Cambridge.
2. MICHELA, J.L. & WOOD, J.V. 1996. Causal attributions in health and illness. *Advances in Cognitive-behavioral Research and Therapy* 5: 179-235.
3. HELMAN, C.G. 1978. “Feed a cold, starve a fever” - Folk models of infection in an English suburban community, and their relation to medical treatment. *Culture, Medicine and Psychiatry* 2: 107-137.
4. BUETOW, S. 1998. Four strategies for negotiated care. *J. Royal Soc. Med.* 91:199-201.

Una breve storia

I due principali rami, oggi tra loro fortemente antagonisti, di una grande famiglia multinazionale (qui denominati, in ossequio alla legge sulla privacy, con le iniziali MUS e MANC) da lungo tempo tentano invano di dividere l'eredità di un prezioso vecchio armadio contenente due scheletri lussuosamente ingioiellati di antenati comuni: scheletri che risalgono all'epoca in cui detta famiglia, malgrado qualche screzio, non si era ancora chiaramente spaccata nelle due fazioni e aveva ancora in comune i principali beni, i principali interessi e i principali problemi.

Il primo scheletro è di un uomo dall'ossatura robusta, noto per il suo temperamento tirannico. Prendendo a pretesto il bene dei suoi sudditi, che giudicava incapaci di amministrarsi in modo razionale, egli imponeva loro senza tante spiegazioni le soluzioni che giudicava più opportune: non necessariamente traendone un diretto beneficio, anzi, talvolta rimettendoci del suo; sino al giorno in cui, mutati i tempi, egli venne citato in tribunale per l'ultimo arbitrio commesso e morì quasi di colpo per un'enorme emorragia cerebrale, convinto di subire la più mostruosa delle umane ingiustizie.

Il secondo scheletro è della moglie del tiranno, una donna dall'ossatura leggera ma ben proporzionata, morta dopo una lunga malattia segnata da ripetuti aggravamenti e da imprevedibili riprese. Questa persona dolce e gentile era leggendariamente nota per la sua capacità di far accettare a parenti e servitori, nei periodi di crisi delle finanze famigliari o di scalata dei prezzi per guerre e carestie, le più incredibili combinazioni di ingredienti animali, vegetali e minerali - roba da rendere anoressici una mucca inglese e un pollo belga - come fossero cibi ottimi, abbondanti, sani e nutrienti.

La vertenza sulla divisione dell'eredità, purtroppo non rinunciata dagli aventi diritto entro il termine perentorio previsto dalla legge (ciascuna delle parti, infatti, ha a lungo ingenuamente sperato di attribuirsi l'armadio, assegnando all'altra ambedue gli scheletri), va avanti oramai da un bel pezzo, né se ne vede la fine, come spesso accade nelle migliori famiglie [1]. Nessun giudice, infatti, se l'è sinora sentita di assegnare per esempio al ramo MUS lo scheletro del signore tirannico e al ramo MANC lo scheletro della gentile mistificatrice. Né le disposizioni testamentarie, l'unico elemento chiaro in questa tormentata vicenda, pur consentendo di dividere l'armadio in due armadietti separati per mano di un falegname antiquario, autorizzano a scomporre gli scheletri e ad assegnare parte dell'uno e parte dell'altro a ciascuno dei contendenti. Tale soluzione sarebbe del resto negata da qualsiasi giudice onesto e competente, efficacemente assistito da validi periti, data la presenza di importanti componenti impari, in particolare i crani, i quali contenevano cervelli adibiti a così diverse mansioni che nei tempi andati risultavano mirabilmente complementari.

Infine la situazione si è ulteriormente aggravata da quando vari testimoni al di sopra di ogni sospetto, avendo turnato nottetempo per assistere membri illustri di ciascuno dei due rami colpiti da gravi malattie, hanno ripetutamente affermato di aver visto i fantasmi dei due scomodi antenati venire a tirare i contendenti per i piedi, con conseguente ricaduta di ulteriori azioni legali intentate dalle parti offese ferite nell'onore: tanto più offese in quanto i testimoni hanno sempre concordato che ciascuno dei fantasmi, agevolmente distinguibili tra loro per le diverse caratteristiche per così dire somatiche, e per i diversissimi comportamenti - l'uno brutale e arrogante, l'altra dolce e suadente - visita imparzialmente i membri di ambedue le fazioni.

Fuor di allegoria, non è facile distinguere tra l'eredità della medicina ufficiale o scientifica (MUS) e quella delle medicine alternative o non convenzionali (MANC). L'una e le altre, infatti, sono state per lungo tempo costrette a barcamenarsi in una situazione di quasi-totale impotenza terapeutica di fronte alla stragrande maggioranza delle malattie dell'uomo, quindi a negoziare con i pazienti, con i più svariati artifici, un credito in larghissima parte millantato. Inoltre esse appaiono destinate a un eterno duello senza vincitori né vinti, come aveva capito quel fine politico ministro del re Luigi Filippo, che nel 1848 così rispose agli Accademici di Francia i quali chiedevano la proibizione dell'esercizio dell'omeopatia: "Se l'Omeopatia è una chimera morirà da sola, se al contrario è una verità sopravviverà al tempo nonostante tutti i nostri tentativi di annientarla (citato in [2]).

Dopo secoli di alterne vicende, medicina ufficiale e medicine alternative siedono ora al tavolo della trattativa, ciascuna col sorriso di una apparente disponibilità all'accordo, ma anche con un vistoso *cahier de doléances* nei riguardi dell'interlocutore: col rischio che la partita si giuochi soprattutto sui demeriti dell'una e dell'altra parte, piuttosto che mirando a ottimizzare e coniugare i rispettivi meriti onde rendere tutta la medicina allo stesso tempo più efficace e più umana.

BIBLIOGRAFIA

1. DE ROBERTO, F. 1993. *I viceré*. Sugarco, Carnago (Varese) (ed. orig. 1894).
2. PEPE, G. 1999. Gli amici e i nemici dell'omeopatia. *La Repubblica/Salute* 18.3.1999. p. 3.