

Filosofia e medicina: il ruolo delle *Medical Humanities*

MARIA TERESA RUSSO*



1. Le *Humanities* in medicina: una integrazione tra i saperi

Da qualche decennio, è in atto una profonda trasformazione nell'ambito della medicina. Da una parte, la cosiddetta *Evidence-Based Medicine* ha consolidato il paradigma di una medicina basata sulle prove di evidenza, tesa a fornire un forte rigore metodologico alla pratica clinica e dunque a dare alla medicina lo statuto epistemologico di scienza esatta.

D'altra parte, è in atto un processo per cui l'azione terapeutica è sempre più concepita come "atto integrato", sia nel senso che in esso intervengono diverse componenti del mondo sanitario, sia perché costituisce il punto di convergenza e il campo di applicazione di cognizioni non solo strettamente mediche, ma anche di carattere psicologico, filosofico, etico. Ciò ha reso necessaria una reimpostazione della formazione medica, che tenesse conto di queste nuove esigenze. Tanto per quanto riguarda la medicina considerata nel suo costrutto scientifico, quanto nella sua valenza più squisitamente umanitaria, si è rivelato di estrema importanza il possesso da parte del personale sanitario di conoscenze in ambito umanistico oltre che scientifico. L'inserimento delle *Humanities* nei *curricula* delle Facoltà di Medicina, realizzato innanzitutto negli Stati Uniti, poi seguiti da altri Paesi anche europei, è dunque considerata la grande innovazione nella formazione medica di questi ultimi anni¹.

* Libera Università "Campus Bio-Medico" di Roma, Via E. Longoni 83, 00155 Roma

¹ In Italia, lo studio delle scienze umane nelle facoltà di Medicina è previsto dalla Tabella XVIII ter. Si veda su questo argomento: AA.VV., *Medical Humanities. Le scienze umane in Medicina*, Società Editrice Universo, Roma 1999; meno recente: S.A. BANKS, *The Newcomers: Humanities and Social Sciences in Medicine Education*, «Texas Reports Biol. Med.», 32 (1974), pp. 19-30.

Con il termine generico di *Humanities*, come nota Gadamer, non si indica «una scienza che sceglie come oggetto della sua indagine l'uomo in sé, ma piuttosto una scienza che assume come obiettivo il sapere dell'uomo intorno a se stesso, quale si trasmette attraverso la tradizione storico-culturale»². Definite anche, soprattutto in Germania, “scienze dello spirito”³, esse fanno il loro ingresso in un ambito squisitamente scientifico come quello medico, per soddisfare un'esigenza in un certo senso posta dallo stesso progresso tecnico della scienza medica. È, infatti, proprio questo progresso a reclamare una “coscienza critica”, resa possibile dalla metafisica, dall'antropologia e dall'etica, in grado di valutare le implicazioni del gesto terapeutico e di costituirne il necessario orizzonte di riferimento, nonché a chiamare in causa quelle cognizioni di carattere psicologico e storico, imprescindibili per una corretta integrazione tra i saperi.

L'inserimento delle *Humanities* nel piano di studi delle Facoltà di Medicina non costituisce soltanto un semplice supporto, seppure imprescindibile, di cultura umanistica alla cultura scientifica o una sorta di “supplemento d'anima” a un sapere che altrimenti resterebbe prevalentemente tecnico; non è neanche un semplice inquadramento più globale di questioni relative a settori specifici. Tali discipline rappresentano una dimensione essenziale e irrinunciabile dell'autentico sapere medico e della professione medica che, direttamente rivolta e finalizzata all'uomo, non può regolarsi solamente sulla base di una serie di osservazioni empiriche dalle quali dedurre un complesso di norme generali e inoppugnabili.

Come osserva Gadamer, «l'applicazione delle conoscenze scientifiche a campi in cui entra in gioco ciò che oggi si definisce la comprensione che l'uomo ha di se stesso, non provoca solo dei conflitti, ma mette in gioco fattori essenzialmente extra-scientifici, che rivendicano la propria legittimità»⁴.

È stato proprio l'odierno processo di medicalizzazione che da un lato ha fatto emergere l'ambiguità epistemologica della medicina — arte sanitaria o scienza medica? —, dall'altro ha portato a comprendere meglio che la tradizionale divisione tra “scienze della natura” e “scienze dello spirito”, le prime finalizzate alla spiegazione, le seconde alla comprensione, andasse ricomposta in una visione unitaria.

L'opposizione tra i due tipi di scienze, sulle quali ha riflettuto, tra gli altri, Dilthey, ha avuto come esito l'irriducibilità dei rispettivi ambiti di competenza con carattere di esclusione, da cui è derivato un dualismo epistemologico: da una parte la spiegazione dei fatti tramite leggi, dall'altra la comprensione dei significati. In un'ottica come quella moderna, in cui il vero sapere è costituito dalle “scienze della natura”, le “scienze dello spirito”, in particolare la filosofia, avreb-

² H.G. GADAMER, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano 1994, p. 36.

³ Com'è noto, l'espressione è stata utilizzata con questo significato in particolare da W. Dilthey, che indicava con il termine *Geisteswissenschaften* o *Kulturwissenschaften*, la Storia, la Psicologia, la Filosofia, il Diritto, l'Arte, la Letteratura, la Poesia, le scienze della Religione.

⁴ H.G. GADAMER, *Dove si nasconde la salute*, cit., p. 14.

bero dovuto limitarsi alla funzione di una semplice riflessione epistemologica sui metodi delle “scienze della natura”. L’inserimento delle *Humanities* nella formazione medica viene allora a ricomporre questa frattura e a restituire alla filosofia un ruolo che non sia semplicemente quello “ancillare” di ausiliaria della scienza. D’altra parte, si può dire che in tal modo si vada incontro non solo a un’esigenza della medicina, ma anche a un’esigenza delle stesse “scienze dello spirito”, le quali, prendendo le distanze dal progresso tecnico, rischiavano di arroccarsi in un’astrattezza priva di vita e di abbandonarlo a se stesso, senza esercitare più su di esso l’indispensabile azione umanizzante. Spiegare e comprendere, allora, non rappresenterebbero un’alternativa, non sarebbero in un rapporto di esclusione, ma in un rapporto dialettico di implicazione reciproca, pur nella specificità metodologica, costituendo quasi un circolo ermeneutico: “spiegare di più” aiuterebbe a “comprendere meglio” e, viceversa, una comprensione più profonda condurrebbe ad una spiegazione più esatta e più articolata⁵.

Tutto ciò ha per la medicina conseguenze molto importanti. U. Galimberti, nell’introduzione di un noto saggio di Jaspers, scrive: «Se lo statuto dell’uomo non è lo statuto della cosa, se il suo “comportamento” non è un “movimento” analogo a quello delle cose naturali, la medicina che accostasse l’uomo con le metodiche positive delle scienze della natura spiegherebbe dei fatti, ma non comprenderebbe dei significati, l’umano resterebbe fuori della sua portata, perché un fatto, spogliato del suo significato, è per definizione in-umano. [...] Il fatto non è in grado di esprimere da sé il suo significato. Significare è indicare qualcosa che trascende il fatto, e che si scopre non analizzando le modalità con cui il fatto accade, ma il senso a cui il fatto rinvia. Per questo fatti fisiologici, considerati in se stessi, ci sono, ma non significano nulla»⁶.

È necessario, dunque, intendere la competenza clinica del medico non soltanto come bagaglio tecnico-scientifico e quindi come un sapere, ma anche come un saper essere (concezione del mondo e della vita, capacità di relazione) e come un saper fare (comunicazione e gesto terapeutico). Per una formazione completa, al paradigma biomedico va allora affiancato quello umanistico (metafisica, antropologia, etica, psicologia).

2. Quale filosofia per quale medicina?

Si può dire, seppur schematicamente e non tenendo conto delle varie sfumature esistenti, che il panorama attuale ci presenti tre modelli di medicina: quella definita *Evidence-Based Medicine*, centrata sulle evidenze, che cerca di isolare i

⁵ Cfr. P. RICOEUR, *Spiegare e comprendere*, in *Dal testo all’azione*, Jaca Book, Milano 1989, p. 162 [tit. orig.: *Du texte à l’action*, Seuil, Paris 1986].

⁶ U. GALIMBERTI, *Introduzione*, in K. JASPERS, *Il medico nell’età della tecnica*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1995, p. X.

fatti senza conferirvi altri significati se non quelli immanenti di prove oggettive; di contro, una medicina critica nei confronti della sua stessa pretesa di esattezza, ma in nome di una concezione *debolista* della ragione; infine, una medicina *umanizzata* o umanitaria, attenta a sottolineare la non completa oggettività di nozioni come corpo, salute, malattia e dunque tesa al recupero di quei significati che trascendono i semplici fatti.

Ciascuno di questi tre modelli rimanda più o meno esplicitamente ad un orizzonte filosofico di riferimento, che a sua volta implica inevitabilmente un fondamento metafisico.

In effetti, anche in un contesto di tecnicismo o di scientismo, è sempre presente una visione metafisica, potremmo dire in una duplice dimensione: una metafisica inconsapevole e una metafisica implicita. La prima, che abbiamo definito, inconsapevole, è quella di ogni scienziato, e dunque di ogni medico, che possiede, anche suo malgrado, delle ipotesi metafisiche, giacché non c'è attività scientifica che non si accompagni a una visione dell'uomo e del mondo. Questa metafisica inconsapevole è pre-scientifica, relativa al soggetto e converge verso quello che è l'interrogativo centrale di ogni sapere: l'irrinunciabile domanda sul senso⁷.

Ma vi è anche una metafisica implicita, potremmo definirla una *cripto-metafisica*, che è sottesa ad ogni tipo di ricerca scientifica. «Ogni disciplina scientifica — nota E. Agazzi — ha le caratteristiche di un complesso inquadramento ermeneutico»⁸, per cui in essa entrano in gioco molteplici fattori e rivestono un peso considerevole principi metafisici, categorie storiche, ideologie, condizioni tecniche, in base alle quali lo scienziato perviene ad autentiche *Gestalten*, intese come uno schema concettuale di carattere generale o, in altri termini, come il suo modo di vedere la realtà. Vi è quindi un'implicita tensione metafisica in ogni ricerca scientifica.

La *Evidence-Based Medicine* ha introdotto nella pratica clinica un maggiore rigore metodologico, grazie alla realizzazione di rassegne sistematiche, che intendono offrire sintesi complete delle prove di efficacia, *trials*, degli interventi terapeutici in un certo ambito; la finalità è quella di raggiungere la maggiore obiettività possibile in modo da aiutare non solo il medico a selezionare la terapia, ma anche il paziente a prendere decisioni informate⁹. Questo modello di medicina si avvale del trasferimento sistematico dei risultati della ricerca alla pratica clinica, che sarebbe così in grado di diventare sempre più precisa, progressivamente più standardizzata e con margini di sicurezza sempre più ampi.

Dal punto di vista metodologico, si tratta di un'innovazione che ha conferito

⁷ Si vedano a questo proposito le osservazioni di M. MARSONET, *Scienza e metafisica*, «Acta Philosophica», 5 (1996), pp. 255-257.

⁸ E. AGAZZI, *Scienza e storicità*, «Nuova Secondaria», XII (1995), p. 5.

⁹ Cfr. D.L. SACKETT - W.M.C. ROSENBERG - J.A.M. GRAY - R.B. HAYES - W.S. RICHARDSON, *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*, «British Medical Journal», 312/7023 (1996), pp. 71-72.

alla medicina uno statuto epistemologico più preciso; essa presuppone che vi sia una razionalità nel reale e che i fatti scientificamente accertati abbiano il carattere di prove. Tuttavia, non mancano elementi che inducono a riflettere criticamente su questa impostazione della scienza medica: ad esempio, la mole dei dati progressivamente più ampia non finirà per non essere più dominabile? E come oggettivare e misurare fattori quali la relazione interpersonale tra medico e paziente o la volontà di guarire da parte del paziente, che hanno un peso rilevante nell'efficacia di certi interventi terapeutici? O ancora che misura troveranno quei fattori extra-scientifici, per i quali avviene il percorso decisionale o che inducono alla selezione di un intervento piuttosto che di un altro? E la ricerca della terapia ideale o la pretesa di margini di sicurezza sempre più ampi non ripropongono forse l'eterno sogno dell'uomo di poter dominare totalmente la vita e la morte?

Queste perplessità mettono chiaramente in evidenza che è necessario un orizzonte filosofico di riferimento, dove nozioni come fenomeno, causalità, dimostrazione scientifica ricevano la loro collocazione e il loro significato più adeguato¹⁰. Non soltanto esiste un ambito di indagine che non è identificabile *in toto* con quello scientifico, ma la stessa nozione di evidenza, che qui riveste un ruolo chiave dal punto di vista metodologico, chiama in causa una questione di carattere epistemologico: si rende infatti necessaria una *meta-analisi* che distingua il grado di certezza di ciascuna evidenza, in relazione al tipo di esperienza che ne costituisce il fondamento¹¹.

Un'altra critica rivolta alla *Evidence-Based Medicine* prende le mosse dal presupposto che i cosiddetti fatti sono solo descrizioni della realtà e dunque sono *artefatti*, cioè prodotti di costruzioni teoriche, sempre esposti alla falsificazione. Si tratta di osservazioni che sorgono nell'ambito di una riflessione più ampia sul metodo della scienza, che hanno come sfondo le considerazioni popperiane a proposito del carattere congetturale e ipotetico del sapere scientifico¹².

Pur tenendo conto che non esiste un'osservazione *pura*, cioè al di fuori di un determinato contesto teorico, e che c'è sempre la possibilità che i fatti smentiscano altri fatti precedentemente accertati, tuttavia, per non cadere in un fallibilismo esasperato, che ridurrebbe le conclusioni della scienza a semplici congetture, bisogna riconoscere che la dimostrazione scientifica ci fornisce una conoscenza vera, anche se contestuale e perfettibile¹³. Anche in questo caso, per superare tale riduzionismo, si tratta di richiamarsi a una prospettiva metafisica, a un fon-

¹⁰Si vedano le osservazioni di M.R. TONELLI, *The philosophical limits of evidence based medicine*, «Academic medicine», 73/12 (1998), pp. 1234-1240.

¹¹Una meta-analisi di questo tipo ha condotto, ad esempio, alla distinzione tra evidenze *sperimentali* ed evidenze *quasi-sperimentali*. Si veda: D.T. CAMPBELL - J.C. STANLEY, *Experimental and quasi-experimental Designs for Research*, Rand Mc Nally, Chicago 1966.

¹²Su questa linea si muovono da tempo alcune delle osservazioni di D. Antiseri.

¹³Cfr. R. MARTINEZ (a cura di), *La verità scientifica*, Armando, Roma 1995, pp. 91-97.

damento extraempirico che consenta alla ragione di poter giungere a formulazioni universali sulla realtà, senza essere costretta a rimanere chiusa nella relatività di una conoscenza fenomenica.

Allo stesso tempo, una formazione di carattere filosofico, in particolare ermeneutico, renderà possibile evitare l'atteggiamento opposto, quello del dogmatismo della "cultura della prova". Non è un dato irrilevante che le rassegne sistematiche di *trials* costituiscano di per sé già un'interpretazione e una selezione dei fatti e non i fatti stessi; esistono svariati fattori, e non tutti strettamente scientifici, che ne hanno reso possibile la diffusione e l'accessibilità. La formazione medica reclama allora, proprio nei confronti della *Evidence-Based Medicine*, una nuova competenza di tipo epistemologico ed ermeneutico, un'esigenza che ha trovato espressione nella cosiddetta *Best evidence Medical Education* (BEME)¹⁴. Con questo nome si intende indicare una precisa modalità dell'educazione del personale sanitario, che assicuri contro il rischio tanto del dogmatismo che del fallibilismo o del dilettantismo, mettendo l'accento sulla rilevanza e insieme sulla contestualità delle prove di efficacia¹⁵.

3. La medicina tra oggettività scientifica e dimensione filosofica

Teoricamente la medicina, per quanto sorta dietro la spinta della speculazione filosofica¹⁶, proprio grazie al progressivo distacco dalla metafisica è riuscita, in un certo senso, a caratterizzarsi come *téchne*, cioè come disciplina basata sulle evidenze empiriche, che mira a quell'oggettività che costituisce il connotato essenziale di ogni scienza. «Il sapere e la competenza sono stati sviluppati in modo sempre più puro: mentre una volta la concezione medica della natura e dell'uomo dipendeva da intuizioni di fede, da visioni del mondo, da immagini dell'uomo, da strutture di pensiero che, senza che vi si riflettesse, apparivano naturalmente valide, oggi risulta possibile prendersi la libertà di conoscerle tutte senza cadere in balia di nessuno, al fine di fare quanto è realmente efficace»¹⁷.

D'altra parte, fin dagli inizi, nella medicina era insita una dimensione antro-

¹⁴J. A. HART - R.M. HARDEN, *Best evidence medical education (BEME): a plan for action*, «Medical Teacher», 22/2 (2000), pp. 117-120.

¹⁵Cfr. S. PETERSEN, *Time for evidence based medical education: tomorrow's doctors need informed educators not amateur tutors*, «British Medical Journal», 318/7193 (1999), pp. 1223-1224.

¹⁶A creare il terreno propizio per lo sviluppo della medicina, è stata proprio la filosofia, con la sua fiducia nell'osservazione e nella conoscenza, con il suo sforzo di ricercare una spiegazione dei fenomeni, di ricondurre gli effetti alle cause, di ricostruire le catene degli effetti e delle cause. Prova ne sia il fatto che in altre civiltà, come ad esempio quella egiziana, nonostante gli innegabili progressi, la medicina non sia divenuta mai una scienza, in quanto mancava un sistema teoretico sul quale un vero movimento scientifico ha bisogno di fondarsi (cfr. W. JAEGER, *Paideia*, vol. 3, La Nuova Italia, Firenze 1990, pp. 9-10).

¹⁷K. JASPERS, *Il medico nell'età della tecnica*, cit., pp. 44-45.

pologica dalle chiare implicazioni filosofiche che, pur conferendole ricchezza problematica, ha costituito una sorta di zona d'ombra, tale da far sorgere legittimamente la domanda: quanta oggettività sopporta la medicina? Nozioni come corpo, salute, malattia sono radicalmente oggettivabili o invece resistono a quest'operazione, afferendo ad una realtà, l'uomo, che rimane sempre soggetto e non oggetto? In questo consiste, secondo molti pensatori, il paradosso della scienza medica: da una parte arte e dall'altra *téchne*; da un lato teoria e dall'altro prassi; per un verso, scienza esatta del particolare e per l'altro, sapere globale della totalità.

H.G. Gadamer, che da qualche anno a questa parte sta dedicando una certa attenzione al rapporto tra medicina e filosofia, dopo aver ricordato come in Grecia, con Ippocrate, sia avvenuto il passaggio della medicina da magia a *téchne*, ossia a scienza pratica che ha lo scopo di produrre qualcosa, mette in luce l'ambiguità di fondo che permane nella medicina: essa non è e non sarà mai completamente *téchne*. I motivi sono diversi e il filosofo tedesco ne analizza con precisione alcuni¹⁸.

Il primo è che la medicina non produce artificialmente, come la *téchne*, un'opera — *érgon* — ricavata da qualcosa di naturale. La guarigione, infatti, non è qualcosa di artificialmente prodotto per imitazione della natura, di aggiunto al paziente, ma il recupero di qualcosa che è naturale, come la salute. Qualora la guarigione non avvenisse, chi può decidere se è per difetto di *téchne* o, diremmo, per *tyche*?

In secondo luogo, bisogna notare come nella *téchne* l'artista, anche se si distacca dall'opera prodotta, continui a considerarla parte di sé, opera sua. Nella medicina, invece, non c'è mai questa attribuzione diretta tra medico e salute: «il rapporto tra lo sforzo e il risultato è qui essenzialmente di un genere più ambiguo ed enigmatico»¹⁹. Si pensi, ad esempio, a quanto peso abbia la collaborazione più o meno volenterosa del malato, attualmente definita *compliance* in ambito medico.

Infine, va aggiunta un'ambiguità tipica dell'attuale esercizio della medicina: oggi la scienza oggettiva la natura e la rende intelligibile, esprimendone le leggi in termini quantitativi; oggettivare significa misurare. Ne è derivato, allora, un sapere che è un potere: oggi la *téchne* significa dunque una capacità autonoma di produrre, definizione alla quale si intende ricondurre anche la scienza medica. Ma essa invece resiste a questa classificazione ed è proprio la nozione di equilibrio, che è in un certo senso il cardine della sua attività, a mostrare il carattere di confine della medicina. L'equilibrio, infatti, per essere ristabilito, richiede che l'intervento del medico si renda superfluo. La scienza medica lavora, dunque, da un certo punto di vista, avendo come obiettivo quello di autoeliminarli, non quello di rendersi indispensabile. Non c'è una stabilità nuova da raggiungere, ma

¹⁸ Cfr. H.G. GADAMER, *Dove si nasconde la salute*, cit., pp. 42-46.

¹⁹ *Ibidem*, p. 43.

un elemento naturale da ripristinare, in modo da rendere superflua la terapia: questa è la fondamentale differenza tra l'attuale accezione di *téchne* e il significato più profondo della medicina. Per questo Gadamer conclude: «Nell'ambito delle scienze moderne la medicina rappresenta una singolare unità di conoscenza teoretica e di sapere pratico, una coesione che non può essere intesa come applicazione della scienza alla prassi. Dunque consiste in un genere speciale di scienza pratica di cui nel pensiero moderno si è smarrito il concetto»²⁰.

Egli propone dunque come modello interpretativo della medicina quel passo del *Fedro*, nel quale Socrate istituisce un parallelo tra medicina e filosofia, affermando che per entrambe è necessario comprendere la natura, che entrambe sono “saperi della totalità vivente” e dunque non possono prescindere dalla “natura del tutto”, da una visione olistica del proprio oggetto. «Nella “natura del tutto” — commenta Gadamer — rientrerebbe non soltanto la totalità unitaria dell'organismo [...], ma l'intera situazione di vita del paziente e persino quella del medico»²¹.

La medicina si collocherebbe, dunque, in questa posizione di confine tra natura, scienza e arte, senza appartenere in senso assoluto a nessuno di questi tre ambiti; per questo, in quanto capacità pratica che deve fare i conti con una totalità non completamente oggettivabile e non pienamente dominabile, non può prescindere da un inquadramento ontologico, ossia metafisico, del suo sapere e del suo oggetto. «L'intreccio tra arte e scienza medica diviene assolutamente ineludibile. L'arte, intesa come competenza pratica, sembra designare la capacità di produrre, ossia di fabbricare. Eppure noi tutti sappiamo che il compito del medico è “curare”, o meglio, ristabilire. Invece non è questo lo stile della scienza moderna, che ha imparato a impostare i suoi progetti costruttivi sulla base dell'esperienza, dell'esperimento e dell'accordo con i suoi calcoli quantitativi. Nella prassi medica però ci troviamo in un ambito che evidentemente esige un'altra applicazione delle nozioni apprese. Senza quasi disporre di un metodo predefinito il medico deve trovare il rimedio giusto per ogni singolo caso, dopo che la scienza ha messo nelle sue mani le leggi generali, i meccanismi e le regole. È evidente che qui si presenta un nuovo compito. Come possiamo affrontarlo? [...]

²⁰*Ibidem*, p. 47.

²¹Cfr. *ibidem*, p. 48. Il passo del *Fedro* è: 270 b-c. «[...] Socrate — Il procedimento della medicina è identico in certo modo a quello della retorica. Fedro — In che senso? Socrate — In entrambe occorre dividere una natura, quella del corpo nella prima e quella dell'anima nella seconda, se vuoi, non soltanto per pratica empirica, ma per tecnica, mediante la somministrazione al corpo di farmaci e cibi produrvi salute e forza e mediante la somministrazione all'anima di discorsi e di occupazioni conformi alle norme trasmetterle la persuasione che tu voglia e la virtù. Fedro — È verosimile che sia così, Socrate. Socrate — E credi che sia possibile intendere la natura dell'anima in modo degno di menzione senza la natura dell'insieme? Fedro — Se bisogna prestar fede a Ippocrate, a quello appartenente agli Asclepiadi, neppure per il corpo è possibile senza questo metodo. Socrate — E dice bene amico [...]» (PLATONE, *Dialoghi*, a cura di G. Cambiano, Vol. II, Utet, Torino 1981, p. 210).

Linguisticamente il nostro problema si esprime nel rapporto generale tra legge e caso. Si parla del caso specifico di una norma generale. È forse così anche il “caso” del paziente? Il malato, colui che soffre, vede il suo caso in termini totalmente diversi. Esso rappresenta innanzitutto una caduta, un’estromissione dalla rete di relazioni, entro la quale si svolgeva la sua vita di uomo attivo e operoso. Anche per il medico il “caso” del paziente non coincide affatto con quanto nella scienza rappresenta il caso particolare di una legge. Nella parola convergono entrambi i significati, da un lato il caso particolare della regola, dall’altro il caso clinico, costituito dalla situazione anomala del malato, che riflette una problematica esistenziale completamente differente»²².

È chiaro dunque che il paradigma del *sapere come potere* in medicina va sostituito dal *sapere come prendersi cura*, la cui messa in pratica reclama un orizzonte metafisico di riferimento anche e soprattutto per quelle situazioni dove il *sapere come potere* diviene, in un certo senso, impotente: si pensi, ad esempio, al caso del malato terminale o del malato incurabile.

Ma di quale metafisica ha bisogno la medicina? Spesso si rimprovera alla cosiddetta *filosofia prima* quello che è senz’altro un pericolo reale se non la si intende correttamente: l’astrattezza lontana dalla vita; è dunque necessario recuperare quel “pensiero concreto”, che corrisponde all’autentica natura della metafisica. Essa, infatti, non conduce a dimenticare quanto si ha intorno, ma, al contrario, orienta lo sguardo intellettuale su tutta quanta la realtà, perché divenga capace di uno sforzo di penetrazione sempre maggiore, senza perdere l’ampiezza della visione unitaria delle cose²³. Oggetto della metafisica non è una sorta di *ente generalissimo*, assolutamente astratto nella sua genericità, ma l’ente, ciò che è, nella specifica concretezza e anche in quella complessità che rimanda alla problematicità di ogni esperienza e alla necessità di qualcosa che ne trascenda la relatività²⁴.

L’inserimento delle *Humanities* nella formazione del personale sanitario mira, dunque, a restituire alla medicina tutto il suo spessore umanistico e il suo respiro metafisico, in risposta alle sfide caratteristiche del nostro tempo: quella della complessità, quella della specializzazione e del tecnicismo utilitaristico. Esse faciliteranno sia il compito *ermeneutico* del medico, per cercare di capire chi sia il paziente, prima ancora di capire quale malattia abbia, sia il compito più squisitamente *terapeutico*, per poter fornire delle risposte soddisfacenti anche alle richieste inesprese, ricollocando il bisogno di salute in una più ampia sfera di richieste personali²⁵. Un medico “pensante” potrà agire solo dopo aver compreso

²² *Ibidem*, p. 106.

²³ Cfr. al riguardo, il saggio di T. MELENDO GRANADOS, *Metafisica del concreto*, Leonardo da Vinci, Santa Severa (Roma) 2000.

²⁴ Cfr. T. ALVIRA - L. CLAVELL - T. MELENDO, *Metafisica*, Le Monnier, Firenze 1987, pp. 24-26.

²⁵ Cfr. P. BINETTI, *Stile cognitivo personale e formazione al ragionamento clinico*, in *Medical Humanities*, cit., p. 185.

come ricostituire l'unità del paziente, lacerata tra il suo essere e il suo potere, tra le sue mete e le sue facoltà: per riuscire a farlo, gli è necessaria una formazione filosofica che lo renda capace di risalire costantemente dal fenomeno al fondamento, dal fatto al significato. In questa ottica, vale la pena riconsiderare, pur senza sottovalutare il necessario possesso delle abilità tecniche e l'indispensabile autonomia metodologica, la tradizionale definizione platonica della medicina come *paidéia*, ossia come sapienza pratica e teoretica, affine alla filosofia quanto o forse più che alle scienze naturali, forza culturale e guida intellettuale per l'uomo nella sua completezza²⁶.

«Celebre è il detto di Ippocrate: "*Iatros philosophos isotheos*". Il medico che si fa filosofo diventa pari a un dio. Con ciò non si allude a chi si limita a studiare filosoficamente, ma al medico che agisce, che è filosofo mentre, nel fluire della vita, facendo il medico, pensa secondo norme eterne»²⁷.

²⁶Cfr. W. JAEGER, *Paideia*, cit., pp. 5-6.

²⁷K. JASPERS, *Il medico nell'età della tecnica*, cit., p. 15.