

Relazione di Tommaso Giri

Adriano Fabris, Francesco Paolo Ciglia, *Premessa*, pp. 5-7

Teoria è una rivista che, oltre ad approfondire momenti specifici della teoria del pensiero, si prefigge di definire, chiarire e fondare, nelle loro condizioni di possibilità, diversi ambiti delle pratiche umane.

Nel numero in questione, che s'intitola *Critica della ragione medica*, è trattato l'ambito medico, urgentemente bisognoso di una riflessione che possa renderlo all'altezza delle problematiche odierne. Oggigiorno, infatti, l'impiego e lo sviluppo di nuove tecniche per gli interventi clinici non sempre si accompagnano ad una effettiva consapevolezza dei criteri etici per un loro uso corretto: spesso, al contrario, ci si convince acriticamente che dal potere segua il dovere.

La riflessione filosofica può così aiutare a ripensare le condizioni della malattia e della cura, ridando a questi termini un'originalità relazionale, fondando e giustificando nel frattempo il suo stesso approccio rinnovatore.

Affinché questa riflessione sia efficace, si devono unire riflessione critica, indagine etico-motivazionale (per ottenere una discussione vicina alla realtà concreta degli individui operanti nei dipartimenti sanitari), approfondimento storico (per cogliere i guadagni già apportati, relativamente al tema in questione, nella storia del pensiero) e soprattutto un costante confronto interdisciplinare.

Ivan Cavicchi, *Una filosofia “per” la medicina*, pp. 39-50

Coerentemente a tale premessa, Ivan Cavicchi evidenzia l'importanza di un ripensamento della medicina affinché risponda ai rilevanti cambiamenti del nostro tempo, fronteggiando le evidenti contraddizioni in essa insorte, che comportano sia razionalizzazioni economiche attuate da politiche sanitarie che non si curano di ridimensionare i modelli concettuali e istituzionali su cui si basano, sia riorganizzazioni del sistema di servizi attente solo ai “contenitori” (infrastrutture e organizzazione burocratica) e non ai “contenuti” (ovvero gli stili operativi e le loro applicabilità), sia riforme legislative sulla sanità e non sull'apparato concettuale stesso che fonda la sanità, ovvero la medicina.

Tali contraddizioni, nella nostra era di stampo *post-welfaristico*, pesano sul medico e sulla medicina stessa, affetti a loro volta da invariabilità paradigmatica, ovvero dalla difficoltà a rimettersi in gioco per affrontare le due grandi novità che ormai investono internamente il mondo della medicina, disorientandolo.

La prima è il passaggio dal *paziente* come soggetto assoggettato all'*esigente* come soggetto de-assoggettato, portatore di diritti e valori (come la dignità, il rispetto e l'autodeterminazione) che pongono fine alla delega fiduciaria nei confronti del medico paternalista.

La seconda è la centralità dell'egida economica, che acuisce la dipendenza decisionale della sanità rispetto alla penuria dei finanziamenti, e che stride con la complessità della domanda di salute, aggravata dall'aumento della popolazione, dalla cronicità delle malattie, dall'aumento della soglia della mortalità e dal perfezionamento tecnologico che rende sempre più costose le apparecchiature. Per il cambiamento apportato dal primo nuovo aspetto si è portati a pretendere di più dalla medicina, ma per il secondo s'impedisce alla medicina di dare quanto è richiesto.

Secondo l'autore proprio per questo occorre un programma di ripensamento paradigmatico della medicina, ovvero una ricerca che, alla luce di una lucida ricontestualizzazione della medicina, definisca le principali condizioni di *compossibilità* (più che compatibilità) di essa in relazione alla società odierna. Formulare tale programma è di per sé una questione filosofica.

Il problema è che in Italia manca un'attiva e proficua compartecipazione tra filosofia e medicina: la medicina reclude la filosofia a mera attività di delucidazione dei ragionamenti scientifici, mentre il pensiero filosofico, quando si avvicina all'ambito medico, è troppo descrittivo e dispersivo, fermo all'aspetto storico.

La comune filosofia della medicina sarebbe esclusivamente un'esposizione apologetica neopositivista dell'ortodossia clinica, in altre parole del modello base della conoscenza al quale la medicina non può far a meno, ma che sarebbe il primo a dover essere ripensato, per non appiattire il malato stesso alla mera dimensione biologica. Ne consegue che l'utilità dell'imperfetta filosofia della medicina odierna consta solo di inventariare tutti i temi che devono essere ripensati da una futura filosofia che non sia "della", ma "per la" medicina.

Il tema centrale di questa nuova filosofia, per essere all'altezza del cambiamento, dovrà essere la relazione, dunque un modo diverso di conoscere il malato e i suoi stati psico-fisici, tanto da ripensare il senso di malattia e di cura insieme all'ontologia del malato quale persona, ridefinendo l'idea stessa di natura.

Focalizzandoci sul rapporto umano medico-malato, ci si distanzia dalla pura conoscenza biologica, per la quale, mentre le relazioni non hanno importanza, il metodo conoscitivo scientifico, oggettivante e calcolante, ha un valore assoluto. Per una buona conoscenza della persona malata, infatti, le relazioni sono fondamentali e in queste il sapere oggettivante e il metodo a-relazionale tipicamente clinico hanno un valore relativo: ecco che la clinica stessa deve farsi relazionale.

La relazione inoltre, come metro fondante i rapporti reciproci dei vari settori medici e sanitari, è l'unica all'altezza di trasformare il limite economico in possibilità di sviluppo, affrontando la crescente complessità della situazione, attraverso una continua collaborazione tra saperi, pratiche e comportamenti professionali. Attraverso una simile cooperazione mossa da una rinnovata responsabilità, partendo col cambiare i modi di essere, pian piano si cambierà pure l'"essere" del sistema medico.

Un processo di tali dimensioni è possibile solo modificando le forme di razionalità, il che a sua volta è fattibile solo se si cambia la visione del mondo. Qui risiede il ruolo per la filosofia, la quale può entrare attivamente all'interno del mondo medico anche attraverso un *dipartimento di filosofia medica*, che, secondo l'idea di Morgagni, educi i medici ad avere, oltre alle nozioni, un abito mentale, una *virtù* che formi una sensibilità con cui si coordinino meglio le relazioni tra filosofia e scienza, e tra medico ed esigente. Certamente è necessaria l'iniziativa politica.

L'articolo, dunque, propone brevemente la via per cambiare la realtà medica. A mio parere, però, non è ben definita e approfondita la natura risoltrice della relazione, o se non altro le strade e i mezzi per coglierne la radice autentica e il significato profondo.

In tal modo, il concetto "relazione" appare vago, rischiando di macchiare di superficialità l'intero discorso, quando l'autore appare sicuro che la relazione, in tale generalità, possa risolvere le sorti della medicina. È vero che Ivan Cavicchi fa leva sull'importanza del pensiero filosofico, ma non è detto che vi sia solo un unico pensiero filosofico che parli di relazione, e non è detto che questo da solo possa sensibilizzare veramente all'autenticità della relazione. Bisognerebbe dunque specificare meglio come ottenere tutto ciò.

Il rischio è che l'argomentazione, mentre appare forte nell'individuare i problemi che affliggono la medicina, nella *pars construens* sembra sfociare in una ingenua e acritica fiducia nell'efficacia della componente relazionale umana. Tale componente assume infatti positività solo nutrendosi della negatività delle condizioni presenti e passate della medicina.

Dall'articolo risulta dunque ragionevolmente sostenibile che vi sia un miglioramento nel riformare un assetto medico radicato su arrugginiti paradigmi di stampo positivista attraverso l'introduzione di un elemento fondamentale di umanità, anche se la ricchezza semantica di questo fattore risulta vaga.

Nell'articolo di Tolone, è rinvenuto il rischio che una deontologia medica appaia pura utopia rispetto alla concreta realtà, in cui regnano difficoltà irrisolvibili e situazioni distanti dalla prassi ideale. Tuttavia il medico non deve mai perdere la corretta visione delle componenti fondamentali della sua professione.

Innanzitutto, il medico deve ricordare che la medicina non è una scienza, ma una *praxis*, nella quale si deve sempre applicare un sapere universale al caso scientifico, mettendo i saperi al servizio del bene, in un interesse che non sia principalmente conoscitivo, ma curativo.

Inoltre, il buon medico deve concepire la malattia non come una deviazione quantitativa dalla normalità, dalla salute intesa come una proprietà stabile dell'individuo. Piuttosto, seguendo l'insegnamento di Weizsäcker, egli deve comprendere che la malattia è uno stato di trasformazione della vita del soggetto, un evento biografico che può includere la morte, ma che può anche essere una *chance* della vita stessa. La malattia in tal modo ha un significato più profondo del mero stato di alterazione biologica: non è il semplice effetto di una causa, ma il significato dell'apertura e del rapporto dell'uomo con l'altro uomo e col mondo, apertura che ci indica per giunta l'intrinseca vulnerabilità dell'individuo.

Alla luce di ciò, il medico dovrà comprendere la profondità della cura, con cui fronteggiare non solo la lesa fisicità, ma l'arretramento esistenziale che la malattia comporta per la persona umana, soprattutto a causa del dolore, che interrompe l'identità del malato col suo corpo, sospendendone la familiarità con la vita. Con la malattia, il mondo si restringe al corpo, e l'organismo stesso diviene un ostacolo da superare. Per aiutare il malato ad uscire dal proprio ristretto orizzonte, la cura coinvolgerà la fiducia e l'incontro con l'altro nella relazione umana, in un'alleanza terapeutica distante da ogni forma di paternalismo.

Conseguentemente il medico dovrà conoscere la persona che ha di fronte, la sua biografia, per tutelarne l'unicità a discapito della casistica, ricordando che nel paziente si manifesta sempre un modo specifico e irriducibile di ammalarsi. Prima di tutto è importante il bene in quanto percepito tale dal paziente, di conseguenza si dovrà seguire un indeterminismo metodico di fondo che non abbia come fine la pura ricerca scientifica.

La capacità complessa di relazione col paziente è ancor più fondamentale nella nostra era, caratterizzata da un positivismo epistemologico, dall'egida del mercato sull'apparato istituzionale, dalla centralità di mezzi medici sempre più raffinati che però aumentano la distanza fra medico e paziente.

Dato che questo articolo si focalizza in maggior misura sulla bontà della cura, che implica fiducia e interessamento della vita dell'altro, al contempo completa e delucida ulteriormente gli aspetti fondamentali della relazione medico-paziente, fungendo così da parziale completamento dello scritto precedente.

Bernard Casper, *Sull'autocomprensione del medico alla luce del pensiero dialogico*, pp. 9-21

Bernhard Casper mette in luce la duplicità della relazione umana nelle modalità *io-tu*, *io-esso*, in una dualità attinta dal pensiero di Martin Buber.

Il rapporto *io-esso* ha come centro la ragione calcolante cartesiana, che Rosensweig direbbe ragione ordinatrice, la quale, tendendo all'universale, fonda la comprensione scientifica della realtà, vista nell'ottica quantitativa. Questo io ha bisogno di oggettivare per comprendere, dunque utilizza una distanza cognitiva conseguita attraverso mezzi tecnici e concettuali che mediano il rapporto soggetto-oggetto nel processo conoscitivo.

In questa oggettivazione, la scienza genera una somma di asserzioni del tipo $A=B$, equazione nella quale una particolare datità fisica è riconducibile, attraverso leggi naturali, ad un preciso stato di cose che lo comprende e lo spiega.

In rapporto all'altro uomo, però, tale sapere non basta, poiché l'essere umano possiede una differenza specifica che lo rende irriducibile al rapporto *io-esso*. Per dimostrare ciò, Casper propone un esperimento mentale. Se un individuo volesse conoscersi completamente e andasse in una clinica

specializzata dove i maggiori esperti medici mondiali lo sottoponessero al più ampio check-up immaginabile per sapere perfettamente cosa avvenisse in lui attraverso la descrizione totale psicofisica del suo organismo, ciò non permetterebbe al soggetto di rispondere definitivamente e affermativamente alla domanda: «sono davvero io questo?».

Da un punto di vista, infatti, costui potrebbe rispondere di sì: egli è obiettivamente così perché tale è la verità obiettiva di come egli è. Da un altro punto di vista, però, ciò non è sufficiente, perché egli si trova in rapporto a tutto ciò, di cui può e deve fare qualcosa. Questo è essere se stessi: un reale fare qualcosa di sé, non una grandezza fisica né una legge generale.

In tal senso la relazione del soggetto con un'altra persona umana va sotto la coppia io-tu. Qui incontriamo l'altro come lui stesso, come un tu, una persona irripetibile che può e deve fare qualcosa di se stessa, al di là delle sue condizioni psicofisiche e in quanto tale ultimamente indisponibile.

Di conseguenza nell'attività medica non si potrà esclusivamente trattare il paziente per lo stato di cose che delineano la sua malattia, ma lo si dovrà sempre interrogare aspettando la sua irripetibile e unica risposta riguardo al suo far qualcosa di se stesso: lo si dovrà sempre principalmente prendere come una persona.

Questo rapporto col tu indisponibile, al di là della mia autorità, diviene dunque un subire che fonda la percezione stessa che ho di me, e che mi mostra il bisogno radicale che io ho dell'altro, insegnandomi per questo la relazione costitutiva del singolo con la finitezza e dunque con la morte. Solo da tale rapporto si origina il senso del linguaggio, del parlare e domandare per attendere una risposta da un'altra libertà. Per giunta, l'attesa della risposta della libertà mia e altrui modifica lo stesso significato del tempo che, da orizzonte ciclico e calcolabile nel quale avvengono le cose, diventa l'imprevedibile accadere della storia: un tempo che avviene tra gli uomini, aperto grazie ad una attesa non indifferente che si gioca tra me e l'altro.

Nel rapporto medico-paziente, se il medico vuole che il malato se la cavi bene, allora dovrà aprirsi ad una dimensione di attesa, memore dell'imprevedibilità del procedere temporale umano. Attesa che nel suo desiderio di bene per l'altra persona alla fine cercherà inevitabilmente e compiutamente la salvezza del prossimo come un bisogno proprio, quasi ne andasse segretamente anche della propria salvezza.

Ma, essendo la salvezza un contenuto di senso in fin dei conti non condivisibile che va oltre le potenzialità umane, in tale attesa c'è un superamento dell'uomo dalle sue stesse capacità, nella speranza per ciò che si può chiamare la "benedizione divina". Il medico non può far a meno di questa realtà nella sua attività curativa, nella quale ogni sforzo volto alla guarigione in fin dei conti desidera la salvezza totale dell'uomo.

Si approfondisce ancor più in tale articolo la positività spirituale e reale della relazione autentica umana, utilizzando concetti che rimandano ad importanti filosofi (Buber, Levinas...).

Un punto forse debole del discorso, che dovrebbe invece esserne il cavallo di battaglia, è proprio l'esperimento mentale, che nella sua brevità e immediatezza rischia di essere una decorazione aneddotica di una *petitio principii* che si fonda sulla relazione io-tu e sulla libertà come dimensione imprescindibile dell'umano.

Inoltre, a causa della brevità forse volta a semplificare il discorso per facilitare l'accessibilità del messaggio, i contenuti ultimi e supremi, relativi agli aspetti spirituali e profondi implicati dalla relazione io-tu, appaiono quasi accostati l'uno all'altro più che ben legati attraverso un'argomentazione che ne analizzi i penetranti e le implicazioni profonde, rischiando di togliere a tali termini la solennità e la ricchezza che forse richiedono, soprattutto nella piattezza morale che si vive oggi.

Paolo Augusto Masullo, *Critica della salute bioantropocentrica*, pp. 81-91

L'autore afferma che la malattia è la fine di un equilibrio critico a vantaggio di una crisi dell'equilibrio stesso: il *corpo che siamo* si trova in una perenne fluttuazione critica, in quanto

totalità di rapporti e relazioni volte a mantenersi in una certa stabilità in rapporto al continuo variare delle condizioni esterne e dunque interne al soggetto.

Grazie al cambiamento di vedute nella biologia del XX secolo, nella quale viene introdotto il soggetto, la medicina inizia ad occuparsi della soggettività corporea, organica e psichica, e non più del corpo *tout court*. Adoperarsi per la guarigione non significherà più voler tornare indietro, semmai aiutare la vita umana a ritrovare un nuovo equilibrio critico.

Ma è qui che si aggiunge la sfumatura filosofica dell'autore, per il quale la salute è da intendere come la manifestazione della potenza della vita. La vita sarebbe un principio processuale che reinventa se stesso in base alle particolari condizioni di possibilità che incontra, una pura libertà di espressione della sua potenza potenziale. La malattia è così un limite a tale forza.

Qui scatta il secondo passaggio, dal "retrogusto" normativo: questa creatività e trasformismo della vita è da sostenere e da imitare per sviluppare l'umana potenzialità anche attraverso la conoscenza dei meccanismi biochimici molecolari, per meglio e più vivere. Ecco che la medicina non può più accontentarsi della dimensione molare, ma deve calare il suo potere fino alla dimensione molecolare.

La potenza di vita risulta infatti una realtà intrinsecamente normativa nel suo evolversi creativo alla ricerca di una nuova e più potente salute (fatta di nuove potenzialità). Ma non è normativa in maniera sufficiente, tanto che può anche essere annientata, e neanche tale potenzialità annientatrice negativa ha regole precise, tanto che esperimenti sul genoma umano dimostrano che non ci sono geni specifici per determinate malattie.

La tecnologia dovrà così aiutare la vita e porsi al suo servizio, non in una posizione di superiorità soggiogatrice della vita (è dunque questo il completamento della normatività insufficiente della vita?). Bisogna infatti sempre ricordare che la vita è prioritaria a tutto, se non altro come condizione stessa di possibilità del sapere. In tal modo, per l'autore è necessaria una nuova riflessione sulla cura bioantropotecnica, che si distingua dalla mera proceduralità della antropotecnica, intesa come possesso della vita.

Il compito della riflessione bioantropotecnica dovrà aiutare l'uomo nel suo processo trasformativo consapevole verso l'*uomo creator*: un essere naturale e al contempo sovra-naturale, non più radicato e costretto in una natura che lo ha plasmato, ma padrone del processo del suo mutamento e maggior interprete della potenzialità della vita come forza originaria.

Ciò non esclude una normatività, come organizzazione e universalizzazione che regoli il riconoscimento della molteplicità delle identità intese come vite in stato di equilibrio critico, sempre però consentendo il cambiamento della capacità performativa dell'uomo, che muta il significato e le conseguenze dell'agire.

La cura diverrà non cura dell'essere, ma cura del divenire nell'essere. A questo punto compare nel discorso dell'autore l'importanza della comunicazione, che fa sì che il divenire sia sempre dell'*essere-per-noi*: un divenire prometeico aperto all'altro uomo, interessato al possesso e utilizzo di strumenti che plasmino l'uomo a suo arbitrio in vista di ciò che lo fa sentir bene, tanto da arrivare alle stesse proprietà funzionali cerebrali.

La medicina si occuperà sempre più non solo della limitazione della suscettibilità per malattie, ma allo stesso potenziamento della vita umana. L'etica medica sarà sempre attenta ad ogni singolo individuo nella sua irriducibilità.

In un'era in cui già su temi come eutanasia e aborto sorgono dubbi di liceità irrisolvibili non saprei quanto possa essere utile alla riflessione bioetica professare un pensiero che quasi esclusivamente esalti la potenza inventiva della vita attraverso le potenzialità tecnologiche dell'*homo creator*. Soprattutto quando tale riflessione, nella sua prospettiva assiologica, pone solo vaghe distinzioni tra bioantropotecnica e antropotecnica (la cui contrapposizione nell'articolo ha un livello di ricchezza semantica che non oltrepassa la contrapposizione quasi fiabesca di "vita aiutata dalla tecnica" e "vita assoggettata alla tecnica").

Ponendo le cose in questo modo, la normatività che potrebbe scaturire da tale pensiero avrà tutta la vaghezza e indeterminatezza che sono guadagnabili dalla convinzione della bontà del processo

ontopoietico della vita auto-potenziante se stessa attraverso la più invasiva e sofisticata tecnologia. Mettersi il cuore in pace dicendo semplicemente che tale divenire dell'essere dovrà esser eseguito da un'attenta e costante riflessione etica e filosofica non serve a molto, quando non si pongono precisamente fin dall'inizio i limiti e le condizioni di questo processo migliorativo della vita e del pensiero filosofico nei suoi confronti.

Se dovesse essere tale riflessione stessa a porli, allora dovrà cadere l'enfasi valoriale data scontatamente alla potenza dell'uomo che decide del suo stesso essere anche a livello molecolare e di bio-ingegneria. Ma forse l'autore non si spinge molto a precisare la metodologia di una tale riflessione perché sa già che se di base e primariamente si avvalora questo esercizio tecnologico verso la maggior potenza di vita, sarebbe praticamente impossibile una credibile riflessione regolatrice per un tale trionfante esercizio.

Non è un caso che, nel suo articolo, il problema delle norme universalizzabili venga trattato brevissimamente, con noncuranza, quasi fosse un problema superabile quando al centro si pone la fiducia in questa fatiscente filosofia bioantropotecnica (che a mio parere potrebbe nascondere tutte le derive del più insensibile e comune nietzschianesimo), che pensa di essere umana ed etica solo perché nel del discorso è semplicemente accostata a parole come cura e dialogo, svuotate della loro ricchezza semantica.