

Che cos'è l'uomo perché te ne curi?

Tavola rotonda 6.XI.2004

Michele Fazioli: perdura l'eco delle parole di Mons. Angelo Scola, parole intense, parole bellissime, che si sono rivolte alla ragione, ma hanno interpellato anche il nostro cuore. E dunque questa eco della sua magistrale lezione permane dentro la nostra intelligenza e il nostro cuore. Il breve dibattito che noi adesso cominciamo non si innesta necessariamente e tecnicamente sulla lezione di Sua Eminenza, ma certamente questa eco perdurante un poco lo influenzerà. “Educare per guarire” il titolo di questo convegno, ci sono quattro relatori, che liberamente diranno riflessioni proprie. Certo, appunto, le parole dette da Mons. Angelo Scola rintoccano dentro di noi, perché se io tengo presente per esempio una frase, che “la domanda di salute è la domanda di salvezza” e che “la malattia e la morte sono educazione all'amore”, ecco che ho già dettato il tono di questa nostra conversazione, che doverosamente è più tecnica, si riferisce al luogo dove uno mette in pratica tutto ciò che vive come natura umana, e quindi mette in pratica anche ciò che di vero ha dentro rispetto alle parole udite da Mons. Angelo Scola.

Io comincerei con il Professor Giancarlo Cesana, che è professore di Medicina del Lavoro all'Università degli Studi di Milano. Giancarlo Cesana ci parlerà in un suo breve intervento di uno degli aspetti educativi dentro questo contesto che ci troviamo ad affrontare oggi. Se Mons. Scola ha detto che tutti sono soggetto, tutti, l'operatore sanitario, il paziente, il familiare, ecco che diventa educativo anche l'operare del medico nel confronto del paziente. A Lei la parola, professor Cesana.

Prof. Giancarlo Cesana: Ecco io innanzi tutto voglio ringraziare il Circolo Medico di Lugano, Medicina e Persona e la famiglia Beretta-Piccoli per avermi invitato. Io ho incontrato poche volte Beretta-Piccoli, però con lui avevo un legame a distanza, nel senso che lui si occupava di ricerche

sull'ipertensione, io mi sono sempre occupato del comportamento della pressione arteriosa in condizioni di stress e di epidemiologia cardiovascolare. Per il fatto che c'era lui, mi ricordo si discusse dell'idea che la nascente Università di Lugano comprendesse anche una scuola di Sanità Pubblica, scuola che in Italia non c'è, perché gli igienisti si oppongono, e che nel resto dell'Europa c'è poco. C'è molto invece la scuola di Public Health nei paesi anglosassoni. Sarebbe una cosa molto positiva che avessimo anche noi un riferimento di questo genere, e mi spiace appunto che la sua morte che la sua morte prematura mi abbia impedito di conoscerlo e poi di lavorare insieme.

Per quanto riguarda il titolo di questa tavola rotonda, "Educare per curare", come è stato detto ("Educare per curare", che non è "Educare per guarire", come ha detto il moderatore, perché è una distinzione molto importante). Un adagio del IVX secolo dice che "il medico guarisce qualche volta, cura spesso, conforta sempre", e questo vale nel IVX secolo e anche oggi, perché le malattie serie non si guariscono, le malattie serie si curano, nel senso che l'esito della cura non è la guarigione, è l'accompagnamento della persona in una condizione di vita che è estremamente dura e che come fine appunto la morte, come diceva sua Eminenza Scola. Quindi io intendo l'educare per curare nel senso del fatto che al fine di curare, al fine di aiutare il paziente a vivere la sua condizione di malattia, magari anche ad uscirne per l'amor di Dio anche a guarire, il medico svolge anche un'attività di carattere educativo, e il medico svolge un'attività di carattere educativo a mio avviso in due sensi. Il primo senso, evidente e riconosciuto da tutti, che è quello di dire al paziente come deve usare le medicine, che cosa deve fare per star meglio, e questa è un'educazione, perché il paziente a volte non sa come comportarsi o che cosa fare nella condizione di malattia. Ma poi c'è invece un'altra educazione, a mio avviso, più implicita, più profonda, che ha a che fare con l'intervento di Scola, sul quale appunto io mi innesto, e che è a mio avviso fondamentale, assolutamente fondamentale. Cerco di spiegare in che cosa consiste e perché. Nell'introduzione di una delle edizioni del testo di medicina più usato del mondo, l'Harrison (nell'introduzione di un po' di anni fa, mi pare che fosse l'edizione dell'80, poi non l'ho più vista questa frase), si dice che "la medicina è un'arte, non semplicemente una scienza, perché il medico non può, di fronte alla sua

ricerca, avere lo stesso atteggiamento freddo e compassato che per esempio il fisico di fronte all'oggetto delle sue ricerche, perché il medico è in una situazione drammatica e il suo scopo non è "la vittoria del vero" – Signora, lei ha il cancro- , ma lo scopo dell'azione medica è quello di alleviare le sofferenze, siano esse dell'anima o del corpo, e quindi lo scopo dell'azione medica in questo senso si riassume certamente nell'applicazione di una conoscenza scientifica, ma anche in un'arte, cioè una comunicazione al paziente di quello che è – detto molto semplicemente e molto rapidamente- il valore positivo della vita. Oggi ci sono molte polemiche a riguardo del ruolo educativo del medico perché oggi è molto criticato il cosiddetto "paternalismo medico", cioè che il medico non deve fare il padre, il medico deve informare il paziente scrupolosamente di tutto quello che sa, in modo che il paziente possa poi decidere, per cui si dice "il medico propone, il paziente dispone". In effetti, chiunque abbia fatto il medico, sa che non è così, nel senso che il paziente ha una domanda, una domanda certamente di cura, certamente di misura della malattia nei confronti del medico, ma anche una domanda più profonda, cioè una domanda di condivisione umana. E la medicina credo non possa non dare una risposta, anzi la medicina c'è, la medicina esiste, perché dà questa risposta alla possibilità di condivisione della sofferenza umana. Sua Eminenza ha citato l'ospedale: l'ospedale è nato nel Medioevo, e non è nato a caso nel Medioevo. L'ospedale è nato nel Medioevo come centro di ospitalità, non a caso, perché prima gli ammalati, che erano soprattutto ammalati infettivi, venivano allontanati, venivano allontanati perché erano pericolosi: curare un ammalato voleva dir morire, voleva dire, scusate, correre il rischio di morire, correre il rischio di prendere l'infezione. Per cui, per stare vicino all'ammalato, e questo è stato un passaggio decisivo nello sviluppo della medicina, perché lo sviluppo della medicina come la conosciamo dal '400-'500 in poi con l'anatomia, la fisiologia, la biochimica ecc., ha una grande premessa, che è l'atteggiamento nei confronti della sofferenza, la quale premessa è durata non a casa per oltre un millennio, no, per quasi 2000 anni, da quando Ippocrate ha cominciato con lo stesso spirito religioso ad affrontare il problema della medicina, perché Ippocrate ha introdotto dentro la medicina l'atteggiamento di un uomo che delle sue azioni si rende responsabile di fronte a Dio, e ha

introdotto dentro la medicina il rispetto assoluto per la vita: una volta si usava nelle università il giuramento di Ippocrate, adesso non si usa più perchè quasi tutte le legislazioni riconoscono l'aborto, quindi non si può giurare di non dare aborto. Il giuramento di Ippocrate invece questo lo comprende perché ha un rispetto assoluto e un rispetto religioso per la vita. Il Cristianesimo ha compiuto questa tensione che è dentro la posizione ippocratica e che è dentro quindi la nascita della medicina occidentale come la conosciamo noi, perché il Cristianesimo parte dal fatto che la morte è vinta: la morte non è più la parola definitiva sull'uomo, quindi, per amare l'uomo e per amare se stessi, si può rischiare di morire. La nascita dell'ospedale è questo, e così tutto lo sviluppo dell'attività infermieristica. Quindi la medicina comunica questo, cioè comunica, oltre e tutti i provvedimenti necessari per stare meglio, comunica a mio avviso, o deve comunicare, anche questa posizione positiva: che la vita ha un senso, cioè la vita non è la vanità di cui parlava Sua Eminenza prima, ma la vita appunto ha un significato, cioè noi non siamo al mondo per caso, siamo al mondo per qualcosa, tant'è che vale la pena che la nostra sofferenza sia condivisa, e appunto curata. E questo a mio avviso è un passaggio fondamentale: non che il medico debba fare il prete per comunicare questa cose, far delle prediche ecc., esiste una comunicazione non verbale, esiste un modo di rapporto in cui il senso positivo di sé e delle cose si comunica. Se non ci fosse questo, non so perché fare il medico. Perché come dice giustamente Sheakspere, che era appunto un genio e quindi percepiva le cose anche senza tutte le conoscenze di oggi, come dice giustamente Sheakespere, non ci fosse questo, la vita sarebbe semplicemente una lunga agonia, e quindi per quale ragione dobbiamo impegnarci tanto per far fronte a ciò che la distrugge. Per cui a mio avviso c'è questa comunicazione da dare, comunicazione molto importante perché se la vita, scusate, se la malattia una volta era un pericolo e ha avuto bisogno appunto del Medioevo per far nascere l'ospedale, questo atteggiamento a mio avviso è necessario anche oggi, perché oggi rischia di essere considerata nella maggior parte dei casi come un costo o una scocciatura. Quindi il problema dell'ospitalità, il problema della condivisione del bisogno, del senso positivo della vita, credo che,

soprattutto negli anni a venire, richiederà una rivoluzione culturale come è stata quella del Medioevo con la nascita degli ospedali.

Michele Fazioli: Prosegue il percorso delle riflessioni proposte lungo il filo del tema che è appunto “Educare per curare”, e non già come io con un lapsus ho detto “Educare per guarire” quasi con la velleità impossibile di trasformare ogni cura in una guarigione. “Educare per curare”. Adesso spostiamo il fuoco di questa attenzione dentro la realtà universitaria. Il professor dottor Emilio Bossi è stato decano fino a poche mesi fa, decano emerito, della facoltà di medicina dell’Università di Berna, in un momento di grande trasformazione strutturale dell’aspetto anche pedagogico della struttura appunto universitaria svizzera. Quindi un luogo particolare dove già avviene un fattore educativo importantissimo è l’università, professor Bossi.

Prof. Emilio Bossi: Grazie. Ringrazio di essere stato invitato e sono molto onorato di poter contribuire alla memoria di Carlofelice Beretta-Piccoli.

Il compito che mi è stato dato è stato un compito piuttosto tecnico, piuttosto freddo, sarò dunque non in primo luogo né filosofico né umanistico. Parlerò della situazione in Svizzera, è quella che conosco dopo questi 5 anni di decanato, non conosco la situazione italiana. In fondo abbiamo 2 problemi in Svizzera: diminuiscono i fondi per la ricerca, e aumentano i costi della salute. Conclusione di certi politici: diminuite il numero di facoltà di medicina, e risparmierete. E questo è un pensiero incoerente, e una certa confusione intellettuale. Parlerò di 3 punti, brevemente. Ci sono dei tentativi politici di diminuire in effetti il numero di facoltà di medicina in Svizzera: sono 5, vorrebbero andare a 3. Il più importante è il progetto presentato dal consigliere di Stato Klaiber, che desidererebbe fare 3 centri “hôpitalo-universitaires”: Ginevra-Losanna, Basilea-Berna, e Zurigo, in “splendid isolation” come il solito. Klaiber ha avuto delle ottime idee, anche dei concetti molto intelligenti, però, diciamo, in noi decani -parlo ancora di noi come se lo fossi ancora, da 2 mesi non lo sono più-, comunque, noi decani delle facoltà svizzere vediamo che dovremo coordinare la

medicina di punta e con essa la sua ricerca superspecializzata. Fusioni di facoltà però no: diminuirebbe il numero di studenti di medicina. Adesso abbiamo dei problemi con il numero di medici, c'è una penuria negli ospedali dovuta a cambiamenti demografici, dovuta alla nuova legge sulle ore lavorative, e poi questa penuria andrà a finire anche nella libera professione medica fra qualche anno. Oppure si mantiene il numero degli studenti e si fanno delle facoltà mammut, le quali andrebbero completamente contro il concetto delle riforme degli studi di medicina come stiamo attuandole attualmente in Svizzera. Dunque lì, fusioni, no. Collaborazioni, quello è un altro po'.

Punto secondo: potenziamento della ricerca. E qui 2 parole sul modello di Bologna: noi crediamo che il modello di Bologna, noi decani, potrebbe servire a potenziare la ricerca medica in Svizzera.

Michele Fazioli: spieghiamo magari brevemente che cosa sia il modello di Bologna.

Prof. Emilio Bossi: 3 anni di studi universitari per raggiungere il titolo di “bachelor”, poi 2 anni per raggiungere il titolo di “master”. “Bachelor” sarebbe se volete come il “lic.iur” negli studi di diritto, e il “master” sarebbe come l’avvocato alla fine degli studi di diritto con l’esame in tribunale. 3 anni più 2 anni, questa sarebbe l’idea. Con l’idea che il “bachelor” potrebbe già esercitare una professione che potrebbe servire alla società. L’idea del modello di Bologna sarebbe di armonizzare gli studi di tutte le facoltà, non solo medicina, armonizzare gli studi in Europa, e facilitare la mobilità degli studenti. Ora questo modello in medicina qui in Svizzera non richiederebbe una rivoluzione, perché i nostri curricula sono già abbastanza, vanno già abbastanza in questa direzione, del modello di Bologna. Bisognerà però accettare l’“exception médicale”, e questo la conferenza dei rettori l’ha capita. Da noi si chiede di introdurlo in Svizzera questo modello nel 2008 e non prima, le altre facoltà lo stanno già facendo. In più bisognerà avere 3 anni e 3 anni, in medicina 5 anni è troppo poco secondo noi, e bisognerà capire che il “bachelor” in medicina serve a poco o niente, cosa volete che facciano questi poveri diavoli dopo 3 anni di scienze di base e qualche contatto con pazienti. Dunque lì non possiamo dare qualcheduno al mondo lavorativo dopo 3 anni, e

questo bisognerà accettarlo. Noi tendiamo ad arrivare ad un “master” integrato, cioè un continuum fra il “bachelor” e il “master”. Questo però noi decani pensiamo che ci dà molta possibilità per potenziare la formazione scientifica dei medici, perché si potrebbe fare un nucleo uguale per tutti, di studi uguale per tutti, più dei moduli elettivi, e con questo si potrebbe arrivare dopo 5 anni per esempio a fare un “master” in “Medical sciences”, seguito poi da un programma MD P.h.d., e inoltre è possibile a livello “bachelor” far entrare lateralmente studenti dalle facoltà di scienza per esempio che si interesserebbero alla medicina, ma farli entrare “sur dossier”, che dovrebbero riprendere certe cose che non hanno studiato e magari perdere via anche un anno. Comunque si potrebbe integrare di più la forma mentis scientifica e dare più formazione scientifica a questi medici. Dunque, l’ultimo punto: per raggiungere questi scopi, e magari pure per risparmiare, ci vuole, e questo è un po’ un collaterale come vi dico, ma importantissimo, , ci vuole, bisogna migliorare la collaborazione fra il management degli ospedali universitari e le facoltà di medicina. Qui si sta muovendo il terreno in Svizzera, ci vuole una collaborazione totale, se no uno va di qua e uno va di là, uno vuol risparmiare nelle cure, uno tenta di non risparmiare nella ricerca, e se non ci si mette insieme non funzionerà nulla. Questi penso siano i 3 punti che volevo dire.

Michele Fazioli: grazie professor Bossi.

“Educare per curare”: abbiamo visto un fattore, quello dentro il luogo squisitamente formativo dell’università messo a fuoco dal professor Bossi, con un accenno tecnico ma comprensibile alle novità che sono in atto nel nostro paese. C’è poi un altro luogo dove l’educazione continua, l’educazione del medico, ma l’educazione di tutti i soggetti, parafrasando ancora il Cardinal Scola, ed è l’ospedale, dove arriva il giovane medico assistente. Il professor dottor Giorgio Mombelli, che è Primario di Medicina all’Ospedale la Carità di Locarno, si occupa da tempo, da anni, proprio di seguire questi giovani medici che si affacciano alla prassi della vita in ospedale. Vediamo anche di analizzare questo aspetto particolare della formazione e dell’educazione del medico.

Dott. Giorgio Mombelli: Sí, dunque il giovane medico ha per natura un buon bagaglio di nozioni teoriche, è fresco dalla formazione, ha però avuto in genere poche possibilità di contatto con il malato. Quindi deve imparare un pochettino a mettere in pratica tutto il bagaglio di nozioni teoriche che ha acquisito durante lo studio. E questo apprendimento lo fa in un lungo apprendistato che è poi la formazione post-graduata in ospedale, una formazione che dura in genere almeno 5 anni. Spiegare gli scopi e le modalità di questa formazione richiederebbe molto tempo, comunque penso che gli obiettivi si possano fissare, riassumere a 3 livelli. Il primo livello direi è quello puramente medico-tecnico: sulla base delle nozioni teoriche, il giovane assistente deve imparare a metterle in pratica al letto del paziente. Per esemplificare: se un paziente arriva con un dolore al petto, l'assistente deve essere in grado di elaborare una diagnosi differenziale: dire "potrebbe essere angina pectoris, un infarto, un'embolia polmonare, una dissezione dell'aorta", deve essere in grado di strutturare un piano di investigazione per vedere se si verifica l'una o l'altra di queste diagnosi, e dev'essere in grado di proporre poi un piano di cura. Dalle nozioni teoriche all'essere in grado di gestire in maniera autonoma queste situazioni, di acqua sotto i ponti ne passa, e questo richiede una lunga formazione ed una lunga esperienza. Il secondo obiettivo è di tipo direi piuttosto di comunicazione: è così che uno dei compiti al quale il giovane assistente non è stato formato è quello di comunicare con il paziente. Anche qui per esemplificare: se un paziente arriva in ospedale perché il medico curante gli ha trovato una macchia sul polmone e c'è il sospetto di un tumore, arrivando il paziente in ospedale, il giovane assistente deve imparare a comunicare con il paziente, ad accettare e gestire la sua ansia, e se poi le investigazioni dovessero confermare che in realtà si tratta di un tumore, il giovane assistente deve imparare a comunicare al paziente e ai suoi familiari questa notizia, le conseguenze in termini di prognosi e le conseguenze in termini di trattamento. Anche qui, l'affinare le competenze comunicative e relazionali è un compito estremamente importante, perché un buon medico è soprattutto un medico che è capace di relazionare bene. Il terzo piano è un piano direi piuttosto etico. Anche qui per esemplificare: per esempio nel tragitto di un malato tumorale arriva il momento in cui, da cure finalizzate a prolungare la vita, dalla

chemioterapia, arriva il momento in cui bisogna passare a cure concentrate soprattutto sulla sofferenza del paziente. Ecco, la decisione di interrompere la chemioterapia, le cure finalizzate a prolungare la vita, e a passare a cure di tipo palliativo, è una decisione di carattere etico, ce ne sono tante di queste decisioni. Evidentemente queste sono decisioni che richiedono grande esperienza e maturità, e in ospedale vengono normalmente gestite dal primario o comunque dai quadri, però anche lì, il medico assistente deve imparare, nel corso degli anni, ad assumersi la competenza e l'esperienza di riuscire a prendere queste decisioni. Abbiamo sentito che la medicina, oltre che scienza è anche coscienza: è così che nel raggiungere questi obiettivi, è evidentemente molto importante che noi formiamo anche la coscienza medica degli assistenti, e vuol dire, e qui ne abbiamo già sentito parlare in lungo, non mi soffermerò più di tanto, far passare il messaggio della dignità della vita, dei diritti del paziente all'informazione, all'autodeterminazione, cioè a essere coinvolto nella gestione della sua malattia, nel diritto del paziente ad una presa a carico totale della sua ansia, del suo dolore, ecc.ecc. Qual è la modalità con la quale vengono raggiunti questi obiettivi? La modalità è quella un pochettino come l'apprendista falegname impara dal mastro falegname, è una sorta di apprendimento. E questo apprendimento viene fatto al letto del malato. Chi impara guarda, osserva e cerca di ripetere quello che fa chi lo sa fare e cerca di rubare il mestiere di chi lo sa fare, e chi lo sa fare controlla e, se del caso, corregge. Ecco, questo lavoro ha come scopo poi, da un giovane assistente che ha un buon bagaglio di nozioni teoriche, di passare in 5 anni a un medico che è in grado di gestire in maniera più o meno autonoma i problemi più importanti diagnostici e terapeutici della medicina. E' un compito estremamente importante, estremamente gratificante. Se io faccio il calcolo di quanto investo nei vari settori, direi che sicuramente il 50% nella cura dei malati, il 30% nella gestione, il 30%, e scusate siamo a più del 100%, sicuramente nell'insegnamento agli assistenti.

Michele Fazioli: grazie dottor Mombelli. E poi c'è la formazione come dire permanente dentro la ricchezza e la necessità della ricerca. Il professor Giuseppe Bianchi è titolare della cattedra e scuola

di nefrologia dell'Università Vita e Salute del San Raffaele, dirige la divisione di nefrologia, dialisi e ipertensione dell'Ospedale San Raffaele di Milano. Il professor Giuseppe Bianchi è stato collaboratore e amico del dottor Carlo Felice Beretta-Piccoli, e in lui c'è qui certamente oggi il desiderio di dire delle cose, ma anche certamente la memoria del suo caro amico scomparso. Lui mi aveva detto, mi ha detto poc'anzi "io volevo parlare dei miei rapporti con il dottor Beretta-Piccoli", e io gli ho detto: "ma sarebbe previsto che lei parli della necessità e della vitalità della ricerca", e lui ha detto: "cercherò di dire le 2 cose insieme".

Prof. Giuseppe Bianchi: Grazie. E' quello che cercherò di fare. Anch'io sono contento e quasi emozionato di essere qui oggi, perché per me Carlo è stato importante. Chi si occupa di ricerca ha un atteggiamento un po' più ottimista, perché se no non farebbe ricerca. E quindi io non penso come ha detto Cesana che la medicina deve curare, la medicina guarisce a volte: le malattie infettive una volta erano mortali, oggi non lo sono più, alcuni tumori una volta erano mortali, oggi non lo sono più, sicuramente fra 10 anni molte delle malattie oggi mortali non saranno più mortali. Questo non vuol dire naturalmente avere l'onnipotenza della medicina, perché chiaramente i limiti della nostra capacità devono essere assolutamente ben presenti, cioè conoscere vuol dire soprattutto conoscere i nostri limiti. Detto questo per inquadrare il mio intervento, mi viene in mente di riassumere brevemente tutto il problema "che cos'è il ricercatore", -perché ovviamente educare vuol dire avere a che fare con l'uomo quindi avere a che fare coi problemi dell'uomo- quali sono le motivazioni che spingono un uomo alla ricerca. Secondo Einstein, 3 erano queste motivazioni: la prima era la ricerca come mezzo per fare soldi, per il prestigio sociale, la seconda era la ricerca come mezzo per stabilire un record, per dire "io come sono bravo", il narcisismo che c'è in tutti noi, e la terza motivazione era invece una ricerca dei perché, cioè del perché, di spiegare i fenomeni che ci circondavano, è la curiosità fondamentale, che ha la sua matrice in molte curiosità banali che tutti noi abbiamo tutti i giorni, cioè l'uomo si guarda in giro e si chiede "perché succede questo?, posso capirlo?". E, questa curiosità, unita al metodo scientifico rigoroso, è quello che ci dà il processo conoscitivo: oggi possiamo essere così perché negli anni scorsi ci sono stati degli uomini che con questo tipo di curiosità hanno fatto delle scoperte e hanno prodotto dei risultati. Ecco, con Carlo, noi non abbiamo mai pubblicato un lavoro insieme, neanche con Arthur Gaiton, neanche con altri grossi nomi della letteratura internazionale, perché il nostro rapporto consisteva nel piacere di scambiare, nel piacere di lasciare dietro quel narcisismo culturale che c'è in tutti noi, che ci fa volere sembrare più belli, più intelligenti, e cercare assieme di capire, perché l'obiettività scientifica non è un concetto definito, è semplicemente una strada da percorrere: io non ho la verità, come non ce l'ha il mio di fronte, ma noi ci avviciniamo alla verità, nell'obiettività scientifica, nella misura in cui ci spogliamo del nostro narcisismo, e assieme cerchiamo di capire. In questo stava proprio il mio rapporto con Carlo, direi che, ovviamente anche qui sempre per fare in fretta perché purtroppo il tempo stringe, oggi il problema di fondo che ha la ricerca nel campo della biologia e della medicina, è quello di conciliare un dualismo che c'è sempre stato, almeno da più di un secolo fra olistico e riduzionismo. C'è chi pensa che la complessità dell'uomo possa essere la somma delle molecole che lo compongono, quindi conoscendo l'effetto delle singole molecole arrivo a conoscere l'uomo, c'è chi pensa che la complessità dell'uomo è così grande che non è spiegabile in termini molecolari. C'è un po' di verità in tutto questo, ma oggi noi abbiamo gli strumenti per affrontare bene questo problema, e soprattutto per valutare dal punto di vista pratico e operativo un passaggio che noi siamo costretti a fare: la medicina tradizionale è impregnata di riduzionismo, cioè noi siamo

stati educati nelle nostre università a pensare che esiste una malattia, e molte volte, o qualche volta riusciamo a capire la causa, tipo le malattie infettive, il meccanismo, si produce la malattia, e quindi poi noi possiamo un giorno sperare di guarirle. Quindi tipica concezione riduzionistica, cioè io ho una causa, un meccanismo e un effetto, una malattia. Nelle malattie poligeniche invece, quelle più frequenti (il diabete, l'ipertensione, le malattie renali, i tumori e così via), questa concezione è estremamente, è incapace di spiegare la complessità, e si fa strada il concetto che in realtà la stessa malattia può essere prodotta da meccanismi molecolari diversi e soprattutto questi meccanismi molecolari – e qui l'aspetto olistico- hanno il, quando si sommano a formare la funzione di una cellula di un organo acquistano un qualche cosa di peculiare che non è semplicemente la somma delle parti. E questa è la sfida della ricerca oggi. L'approccio di Carlo era un approccio di tipo "clinical scientist", cioè del medico che si curva sull'ammalato, cerca di raccogliere tutte le informazioni e da queste informazioni fare un'ipotesi di lavoro, un'ipotesi diagnostica, e applicare un farmaco. In questo processo voi capite da soli che l'olismo non è sufficiente, perché io quando faccio un'ipotesi e decido di dare il farmaco A piuttosto del farmaco B, io uso una molecola che interagisce con le molecole. Quindi anche l'approccio solistico deve tener conto dell'approccio riduzionistico. Come fare per risolvere questo? E cito una discussione che ho già citato prima a Bianchetti, quando con Carlo discutevamo a proposito di rene e d'ipertensione. Lui aveva questa, assieme avevamo discusso molte volte come il rene poteva produrre l'ipertensione, e come il sale poteva produrre l'ipertensione, e lui da un verso, lavorando con Glasgow, aveva visto che di fatto noi sappiamo che l'ipertensione si produce dando del sale da cucina, perché nelle popolazioni che non mangiano più di 2 grammi di sodiocloruro al giorno, cioè di sale da cucina, non c'è ipertensione, e lui aveva trovato che addirittura però i giovani soggetti ipertesi avevano meno sale nel loro corpo rispetto ai soggetti normotesi, poi invece con l'invecchiamento avveniva l'opposto: era un effetto paradossale. Io stesso avevo trovato un effetto paradossale: io ritenevo che il rene era la causa dell'ipertensione, e avevo dimostrato che negli animali trapiantando il rene si trapiantava l'ipertensione, nell'uomo avevamo visto che i pazienti che ricevevano il rene da genitori, da donatori con una famiglia ipertesa sviluppavano più facilmente ipertensione, e però avevamo visto che il rene funzionava di più nei soggetti predisposti a sviluppare l'ipertensione. Ed erano 2 paradossi che erano simili, ma che apparentemente non stavano con la scienza attuale. Adesso non posso andare avanti perché ho l'orologio davanti e quindi mi devo fermare. Posso solo dire che con l'approccio riduzionistico, di fatto, siamo riusciti ad individuare un meccanismo molecolare che spiega questo paradosso. L'applicazione di questo meccanismo molecolare alla malattia ha permesso –ci sono 3 studi americani- di dimostrare che l'associazione di questo farmaco nei soggetti con una certa predisposizione genetica portava ad un risparmio notevolissimo nell'incidenza degli strokes e degli infarti. Tradotto in Italia, questo avrebbe comportato un risparmio di 2 miliardi di Euro all'anno. Ho raccontato queste cose all'ultimo foro della sanità organizzato da Sirchia a Cernobbio, ed è caduto quasi, così, come la goccia nell'acqua: perché? Perché di fatto il nostro sistema è veramente così costretto dal breve termine che non riesce a pensare alla ricerca in termini di ricadute future. Quello che citava prima Bossi è proprio questo: cioè noi siamo così attanagliati dal risolvere il problema quotidiano, che finiamo per spendere di più di quello che spenderemmo se usassimo un po' più la ricerca e il cervello. Grazie.

Michele Fazioli: Grazie.

Di solito chi non è medico si pone ogni tanto la questione "ma perché quest'uomo ha fatto il medico?", e certo vi sono tutti gli aspetti del prestigio sociale, del vantaggio economico, e ogni tanto abbiamo la intuizione, o l'illusione che qualcuno faccia il medico anche perché mosso, da una parte almeno, da segmenti almeno da quelle grandi domande cui alludeva prima il Cardinal Scola, o che comunque sono le domande che percuotono ogni essere umano, al di là poi dell'appartenenza o meno alla religione cattolica. Il discorso di Scola ha avuto accenti che andavano anche oltre e al di là di questa sua peraltro forte e ben dichiarata appartenenza.

Professor Bossi, lei che così tanti anni ha lavorato in università, può cercare di dirci perché, e con quali differenze rispetto per esempio a un tempo, un giovane oggi si appresta alla fatica improba dello studio medico, dello studio in medicina.

Prof. Emilio Bossi: io credo che cambiamenti in questi 45 anni –perché mi ricordo esattamente diventar medico per vantaggi economici, vuol dire che non ha capito niente, sia ben chiaro. E di quelli ce ne sono meno. Quello che desiderano è una vita familiare, desiderano avere più libertà personale, ma non –ce ne sono, ce ne saranno sempre- ma ce ne sono meno oggi forse che pensano ai soldi. 2 le ragioni per me 45 anni fa, 2 le ragioni ancora adesso: una è la curiosità, la curiosità scientifica di avvicinarsi al segreto della vita, cercare di capire la vita. E la seconda motivazione, che può benissimo andare in accordo, è una dimensione caritativa, quella di voler aiutare, particolarmente sviluppata in chi è giovane.

Michele Fazioli: e il giovane assistente che arriva in ospedale, da quale impeto motivazionale è animato, professor Mombelli?

Dr. Giorgio Mombelli: ma, dapprima, non dirò qual è stata la mia motivazione, perché penso che non aggiungerebbe molto al problema. A me pare che , al di là della curiosità, sono anch'io d'accordo che è molto importante, la professione di medico offre un ampissimo orizzonte a livello di relazioni umane. Penso che ci sono poche professioni che permettono di sviluppare con tutta una serie di persone minori, personaggi nelle situazioni più svariate, spesso in situazioni disperate, delle relazioni umane di tipo eccezionale. Ecco, sono convinto che uno dei alti più arricchenti della professione medica, sia quello di poter sviluppare queste relazioni professionali, e, non lo so fino a che punto, ma probabilmente chi studia medicina un pochettino di questo se ne rende conto, e oso sperare che sia uno dei motivi che fa scegliere la medicina.

Michele Fazioli: professor Bianchi, lei ha detto che il medico cura, ma ogni tanto anche guarisce, ed ha ragione. E' anche vero però che non sempre il medico che cura riesce a guarire. E quindi spesso la non guarigione – c'è stato un'eco di questo anche nell'intervento di Mons. Scola- la non guarigione è considerata una sconfitta per il medico. Questo mi pare però un approccio sbagliato, perché uno deve allora già mettere come ipotesi di lavoro prima ancora di curare la sconfitta. Ma è vero che il medico ogni tanto vede la non guarigione come una sconfitta? Quindi l'unico obiettivo della cura è “o questa cura guarisce, oppure io ho fallito?”

Prof. Giuseppe Bianchi: ma, io rispondo alla sua domanda con un esempio. Ero un giovane medico e curavo una paziente con un tumore mammario che sicuramente era destinata a morire. Ma la dignità e la serenità con cui questa signora ha affrontato la sua situazione, ha dato a me una lezione che non ho più dimenticato. Cioè, molte volte il medico impara da queste situazioni da molti pazienti, ed è vero che esistono diversi atteggiamenti verso la morte che sono la diretta conseguenza di una vita vissuta in un certo modo. Per cui sono tante le reazioni del medico davanti ad un paziente che muore, una è questa, che è quella che mi ha impressionato di più, poi ce ne sono altre: la coscienza dei propri limiti, conoscere vuol dire il proprio limite. Tuttavia sapere che c'è un limite non vuol dire rinunciare a superarlo ma può stimolare alla ricerca. Si può affrontare una situazione disperata sapendo che magari fra 5 anni, fra 10 anni, questo problema non ci sarà più. Quindi non avrei così questa dicotomia. E poi ci sono le situazioni in cui qualche volta il medico guarisce, e questo è molto bello. Quindi, prendiamo tutto quello che ci capita.

Michele Fazioli: spesso il paziente -si dice- oggi è considerato dal medico un caso, un dossier, un cognome, un letto, un capitolo ennesimo del proprio lavoro, certo con risvolti anche umani, ci mancherebbe. Ma qualche volta è dimenticato nella sua interezza di vita unica, irripetibile. Tant'è vero che Mons. Scola ha detto che il paziente oggi è un soggetto tendenzialmente censurato.

Qualcuno dice che questo sia dovuto anche alla sofisticazione delle tecnologie, all'ardimento della ricerca, all'ottimismo speranzoso dei risultati ottimi: ma è vero che la medicina oggi rischia di perdere di vista la persona unica, irripetibile, non replicabile del paziente?

Prof. Giancarlo Cesana: ma, penso di sì, cioè che sia un rischio, ed è un rischio non solo della medicina ma di tutta la società, anzi da questo punto di vista la medicina influenza molto più la società che non viceversa. Basti pensare all'invadenza della medicina oggi nella legge, per esempio tutto il problema legislativo sollecitato dai metodi di fecondazione artificiale. Cioè noi siamo di fronte a una concezione sociale, a una concezione della legge che risente molto dell'atteggiamento medico. Anche la cultura per esempio, oggi c'è la tendenza a sostituire la parola peccato o la parola crimine con la parola malattia, io ho visto delle riviste di epidemiologia con il titolo "Epidemiologia delle armi da fuoco". Oppure si tende a sostituire la parola Provvidenza con il concetto di assicurazione, e così via. Quindi la cultura medica influenza notevolmente la società, anche nella direzione di cui sopra. A me preme sottolineare una questione: cioè io non credo che la medicina, la nostra medicina, la nostra pratica, sia nata per liberare l'uomo dalla morte, perché è impossibile. L'uomo che è vissuto di più, è vissuto 120 anni, la vita si allunga ma si schiaccia. Anche se riuscissimo a prolungare la vita seguendo certe sperimentazioni su organismi viventi molto semplici dove si è riusciti a fare questo, non so, allungheremo di 10, 20anni, 30 anni. Però sarà sempre più un peccato ammalarsi. Quindi questo non verrà mai eliminato.

Il problema di oggi nell'ambito della sanità è che la malattia diventa lunga, e il ciclo della prestazione, soprattutto dell'ospedale, diventa breve, e quindi c'è proprio una discrasia. Quindi io non credo che la medicina è nata perché vuole liberare l'uomo dalla morte, perché questo è impossibile, la medicina è nata e viene praticata come viene praticata perché, in un certo qual senso, l'uomo riconosce che la morte non è l'ultima parola sulla vita. Questo è un contenuto cristiano, non c'è nessun altro che lo dice, è il contenuto della nostra civiltà. Questo secondo me è il problema. Quindi il problema è il problema della natura della vita. E' stato sequenziato il genoma, si è visto

che il 99% del nostro patrimonio genetico è uguale a quello delle scimmie: cos'è quest'1% che fa la differenza? Oppure pensiamo che sia tutto predeterminato, cioè che c'è lo spermatozoo omosessuale o etilista?

Io credo che noi siamo provocati a questo: non perder il senso della vita vuol dire rientrare la questione, e io credo che la medicina debba dare un contributo suo proprio da parte dei medici, dei ricercatori, degli studenti, cioè anche noi, anch'io faccio il ricercatore, faccio il medico, insomma anche noi dobbiamo imparare non solo a fare esperimenti, ma a fare esperienza, che è una cosa molto diversa.

Michele Fazioli: Mons. Scola ha detto che ..., voleva aggiungere qualcosa?

Prof. Giuseppe Bianchi: sì, non so se si capiva, per carità. Io ho detto prima che il limite è capire fra le malattie che si possono guarire e quelle in cui dobbiamo constatare la nostra impotenza, ed evitare l'onnipotenza ingenua dell'ignorante. Son due cose completamente diverse: nessuno si illude di eliminare la morte, perché sarebbe uno sciocco. Tuttavia, come ho ricordato nel mio intervento, è che c'è, nell'atto stesso della ricerca, nell'atto stesso che un uomo si pone una domanda e riesce a risolverla, e capire un'armonia, un senso di pienezza e di serenità e di forza che è la stessa che noi proviamo in montagna – e qui ritorna l'esempio dell'amico Carlo. Cioè, l'uomo può godere di queste cose facendo la ricerca. Nella misura in cui noi nelle Università insegniamo ai giovani il senso della conoscenza come ricerca dell'armonia. noi compiamo un atto educativo, cioè aiutiamo i nostri giovani ad affrontare i loro problemi facendo loro capire l'enorme potenzialità che può scaturire da questi approcci alla conoscenza.

Prof. Giancarlo Cesana: un'altra cosa che volevo dire è che se ci sono pochi medici in Svizzera, possiamo mandare dei pullman dall'Italia. Perché noi siamo il paese dopo Cuba che ha la più alta percentuale di medici nel mondo.

Michele Fazioli: Mons. Scola ha detto che “la malattia e la morte sono l’educazione all’amore”: una frase forte, una frase importante. Come possiamo viverla come medici, ma anche come pazienti o anche come gente che, se ancora non è stata ammalata è certamente vocata prima o poi all’esperienza anche della malattia e della sofferenza, sui propri cari, su se stessi. Insomma, questa educazione all’amore ci tocca, ci toccherà. Cesana.

Prof. Giancarlo Cesana: ma, dunque, la vita dà la vita, ma la morte protegge la vita, perché uno per crescere... cioè voi provate a pensare a una padre industriale che vive in eterno: che cosa fa il figlio? La morte è educativa all’amore perché fa capire che la vita va data: noi siamo al mondo per dare la vita. Perché la vita non è nostra, quindi la dobbiamo rendere, come dica la Bibbia: sei venuto al mondo senza niente, e te andrai altrettanto senza.

Michele Fazioli: siamo verso la fine di questo breve confronto di opinioni, io chiedo agli altri interlocutori se hanno qualche aggiunta da fare. Prego, prof. Bossi.

Prof. Emilio Bossi: mi è restata sul gozzo una frase del dottor Mombelli, che ha detto nella sua prima relazione, ha detto che lui riceve dei giovani medici “non formati nella comunicazione”, queste son le sue parole. Se questo dovesse essere un rimprovero, non lo accetterei.

Ci diamo una gran pena sinceramente di condurre ‘sti giovani studenti sulla via della comunicazione, dell’empatia. Evidentemente non ci riusciamo sempre, quello è chiaro, però bisogna riconoscere che non potranno mai arrivare in una clinica con delle conoscenze sufficienti, perché una certa mancanza giace in natura rerum. Evidentemente non si può arrivare fino a far comunicare delle diagnosi gravi da parte di studenti durante lo studio, quindi una certa differenza come dire la morte ci sarà sempre, però io volevo solo dire che non è il risultato di una vita vissuta

in un certo modo. Per cui sono tante le reazioni del medico davanti a un paziente che muore, una è questa, che è quella che mi ha impressionato di più, è che non ci pensiamo.

Dr. Giorgio Mombelli: no no, ma non voleva minimamente essere una critica. Io penso che è proprio il compito della formazione post-graduata, di questo apprendistato. Vale un pochettino lo stesso ragionamento che era stato fatto per le nozioni teoriche, che bisogna poi imparare a metterle in pratica al letto del malato. Ugualmente c'è sicuramente una formazione adeguata a creare le attitudini di comunicazione, però, come ha detto lei, queste attitudini comunicative vanno poi affinate sul campo, al letto del malato durante l'esperienza. Comunque ci scontra con il proprio limite.

Non voleva minimamente essere una critica.

Prof. Emilio Bossi: io mi chiedo, e chiedo a questi signori, o anche a loro: capacità sociali, comunicazione: è proprio compito dell'università, quindi sapere che c'è un limite non vuol dire rinunciare a pensare alla ricerca. Compito del padrone dopo, nelle cliniche, è di insegnare ai giovani cos'è l'empatia, che cos'è l'arte di comunicare, cos'è capire, voler sentire e capire quello che la gente risente, o sono delle lacune dell'educazione sia familiare che nei licei, o di cambiamenti della società? Cosa ne pensano loro.

Prof. Giancarlo Cesana: ma, io penso questo. Cioè che se noi vogliamo che l'università rimanga università, dobbiamo mantenerne lo statuto originale. Università vuol dire universitas: verso uno. Quindi ogni conoscenza tende al significato. Questo dev'essere insegnato ovviamente nell'università attraverso l'insegnamento della materia: infatti io penso – per esempio io ho fatto una grande polemica, va be' tanto – in Italia han creato la laurea specialistica, che è un controsenso, perché il dottorato è proprio la capacità dal particolare di ricostruire il tutto, quindi è il contrario dello specialismo. Il dottorato è la conoscenza di un particolare come introduttivo a una cultura.

L'università a mio avviso dovrebbe dare questo. Questo è una cultura forte, altrimenti è una cultura debole, ed è una cultura inevitabilmente asservita. Io vedo che cos'è la nostra cultura universitaria italiana- sto parlando, non di quella svizzera- rispetto alla cultura anglosassone, alla cultura americana: è totalmente soggiacente.

Michele Fazioli: vi ringrazio. Mi si dice che bisogna chiudere, ci sarà ancora una comunicazione del professor Bianchetti. Ah be', se c'è un intervento in sala, certamente non sarò io a censurare il soggetto. Dottor Varini.

Dr. Marco Varini: mi permetto di dire solo 2 cose. Che uno dei problemi dei quali ci siamo occupati anche con la nostra associazione negli ultimi anni, è proprio la problematica che sta nel fatto che tutti siamo d'accordo nel dire che il paziente deve essere al centro delle nostre cure, e tutti siamo pieni di buona volontà di farlo. Però nella pratica medica quotidiana ci rendiamo conto che non è per niente facile, anzi, sovente, malgrado la nostra buona volontà, il paziente non è al centro delle nostre cure. E allora, io credo questo è il punto importante al quale dobbiamo prestare attenzione. Il professor Bossi ha detto che è compito dell'università, è compito della società. Sicuramente la nostra società oggi è molto più frammentata nelle conoscenze, quindi il giovane assistente, il medico specialista cerca nella sua specialità di fare il meglio che può, però a livello interdisciplinare la comunicazione diventa molto difficile, e diventa difficile anche perché tante informazioni che abbiamo noi tutti, le abbiamo solo virtuali, ma non abbiamo la conoscenza – diciamo- umana, relazionale. E io credo che bisogna interrogarsi sul perché questo è così difficile. Grazie.

Michele Fazioli: grazie a lei, dottor Varini. Direi di chiudere qui, non senza ricordare che il motore che ha mosso questa mattinata è stata la memoria riconoscente per la vita, la persona, l'opera di Carlo Felice Beretta-Piccoli. E' risuonata qui, s'è capito, poi ognuno nel suo cure l'ha sentita e

custodita secondo la propria sensibilità, è risuonata la bellezza e l'intensità della vita di Carlofelice Beretta-Piccoli, e quindi in qualche modo qui c'è stata, al di fuori dei sentimentalismi, costruttività positiva di questa giornata di studio, c'è stata anche la sua presenza, ed è per questo che eravamo qui. Il Cardinal Scola, parlando di lui, ha detto che segno distintivo della sua opera, della sua vita anche professionale, era l'amore al destino del paziente coniugato con l'esercizio della propria intelligenza, secondo quasi il binomio intelligenza e carità. E a me pare che noi tutti, io almeno quando penso all'ideale del medico, penso proprio a qualcuno che sappia amare il destino del proprio paziente usando per questo l'accanimento di tutta la propria intelligenza. Se censura una di queste due funzioni, evidentemente non riesce ad amare usando la ragione fino in fondo il paziente, o non riesce a usare in modo fecondo la propria intelligenza. Aver avuto la conferma, anche nelle parole autorevoli del Patriarca di Venezia che dice "Beretta-Piccoli sapeva e ha saputo amare sempre il proprio paziente usando anche il talento grandissimo della propria intelligenza", ci rende ancora più grati nei confronti della sua memoria e della sua presenza. Vi ringrazio.