

RECENSIONI
BOOK REVIEWS

Decidere in terapia: dialogo sul metodo nella cura

GIACOMO DEL VECCHIO, LUCIANO VETTORE

Liberodiscrivere, Genova 2013

Leggere e recensire libri di amici, soprattutto se colleghi con cui si sono condivisi tanti dibattiti su analoghi temi, è avventura sempre appassionante e stimolante. Tanto più appassionante se il testo è costruito come un dialogo tra gli autori e sembra perfino possibile sedersi accanto a loro e interloquire nei diversi passaggi per esprimere il proprio punto di vista e confrontarsi sulle possibili interpretazioni. Tanto più stimolante se il metodo seguito nel testo rifugge dall'approccio dogmatico e precettivo che ti potresti attendere da un "anziano" Maestro o da un noto Esperto di epistemologia clinica. Qui non si vuole trasmettere una consolidata, esperienza clinica, con le sue conclusioni sintetizzate in formule cristallizzate. Si dà vita invece ad un'azione maieutica, in cui il lettore è continuamente sollecitato a mettersi in discussione, a schierarsi con l'uno o con l'altro degli autori, a verificare i propri punti di vista e tentare quindi nuove ipotesi interpretative...

Recensire questo libro significa trasmettere emozioni e riflessioni, cercando di fare chiarezza sulle luci e sulle ombre che caratterizzano il libro, apprezzandone il rigore scientifico senza trascurare l'intensa risonanza emotiva che suscita. Il libro parte da una premessa di natura logico-antropologica, sa cui si dipanano tutti gli altri temi di dibattito, da quelli più rigorosamente scientifici a quelli che mostrano la complessità del giudizio clinico, da quelli etici a quelli di tipo socio-economici. Gli autori nel loro interagire dialettico ribadiscono continuamente che non tutto il reale si può ridurre a razionale, per cui per quanto il medico si sforzi di procedere in base a categorie logiche, nella sua relazione con il paziente c'è sem-

pre qualcosa che va oltre le pure argomentazioni di ragione.

E questo mi sembra già il primo merito del libro. Il suo carattere multidimensionale, costruito su incisi e rimandi, su anticipazioni e successive riprese di approfondimento, forse ne rende difficile l'utilizzazione come manuale di diagnosi e cura. Ma potrà invece rappresentare per studenti e giovani medici la porta giusta attraverso cui entrare in relazione con i propri pazienti per accoglierli nella loro complessità, senza rifugiarsi nel rassicurante riduzionismo, tipico della medicina tecnico-specialistica. La centralità del paziente non è mai sbandierata come un principio astratto di vago sapore moralistico, ma è costantemente rievocata come stile di relazione interpersonale, da cui far scaturire gli elementi fondanti del giudizio clinico e del coinvolgimento personale.

Tutto il testo si snoda con quella leggerezza che mette a proprio agio il lettore, proprio perché gli lascia respirare l'aria di famiglia che ogni conversazione tra amici trasmette. Evoca quel sapere vissuto, distante sia dall'astrattezza accademica, che dall'empirismo pragmatico, e trasmette il gusto per la saggezza dei maestri, esperti di scienze umane, oltre che di clinica. Il testo procede secondo un piano inclinato in cui le certezze scientifiche e metodologiche sono gradatamente messe in discussione, senza sollevare risentimenti o atteggiamenti difensivi. Al contrario la fragilità delle certezze su cui poggiano in molti casi le decisioni terapeutiche, viene svelata attingendo a quella prudenza, che riconosce senza difficoltà la propria insicurezza e i propri dubbi,

La struttura dialogica del dibattito tra Giacomo e Luciano, gli autori-amici, accompagna ogni affermazione e ogni concetto espresso nel testo, ed è già un'innovativa modalità di scrivere un libro a quattro mani... Ognuno avrebbe potuto scrivere alcuni capitoli, intrecciandoli con quelli dell'altro e lasciando al lettore il compito di scovare convergenze e differenze. Avrebbero potuto riservarsi il compito di commentare l'uno i contributi dell'altro, al termine di ogni capitolo, come fanno spesso quei co-autori, che mantengono il proprio approccio identitario, cercando di salvaguardare l'unitarietà di intenti del lavoro comune. Ma qui la cosa singolare è che ogni

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof.ssa Paola Binetti

Università Campus Bio-Medico di Roma
Via Álvaro del Portillo, 21 - 00128 Roma
e-mail: p.binetti@unicampus.it

concetto, ogni passaggio logico e metodologico è costruito insieme, con una serie di rimandi reciproci in cui – conoscendo gli autori – è possibile riconoscere accanto al rispetto reciproco, le loro personalità, che restano pur sempre nitide e precise.

Senza profonda amicizia personale questa impresa sarebbe impossibile e la loro relazione diventa metafora di due dei punti di maggiore interesse nel volume, Da un lato il rapporto con il paziente, coinvolto continuamente nel processo di decisione consensuale e dall'altro il rapporto con lo studente o con il collega più giovane, sollecitato ad abbandonare atteggiamenti puramente difensivi, a non aver paura di sbagliare. Verrebbe quasi da dire: se Giacomo e Luciano ce l'hanno fatta a scrivere insieme un libro su come prendere insieme decisioni, allora è possibile ottenere che il paziente partecipi fino in fondo alle decisioni che lo riguardano senza sentirsi schiacciato dalla autorità del medico. E anche il medico più giovane può farcela a imparare a ragionare con il suo paziente sul come decidere quale sia la migliore cura possibile, senza paura di sbagliare e senza irrigidirsi nei canoni cristallizzati dei manuali e delle prassi strutturate.

Già nella prefazione gli autori presentando il libro affermano: “questo libro non insegna la terapia, o peggio, le terapie delle varie malattie; il suo fine è di aiutare l'acquisizione di una forma mentis nell'approccio di cura e quindi di una strategia mentale del curante...”. L'obiettivo è decisamente ambizioso: aiutare ad acquisire una forma mentis... una strategia mentale, insistendo sul tema della libertà e della responsabilità, in un clima di fiducia e di sostegno reciproco, che altro non è che il paradigma della cura. “Se l'obiettivo verrà conseguito il lettore, si spera, scoprirà che metodologia, etica, economia e qualità sono convergenti e in un certo qual modo sono sinergici: scoprirà infatti che la “cura” del malato non è solo la terapia della malattia, perché ogni malato è differente e in maggioranza i malati non soffrono di una sola malattia, ma sono portatori di molteplici e differenti problemi di salute (biologici, fisici, psicologici, affettivi, personali, sociali, relazionali, soggettivi e oggettivi). Curare vuol dire tener conto di problemi molteplici e differenti con relazioni reciproche all'interno di un sistema complesso (qual è la persona, tanto più se sofferente... tutto questo è la metodologia della cura, che comprende ma non si esaurisce nella metodologia della terapia” Posso assicurare che, una volta chiuso il libro, ogni lettore potrà confermare di aver scoperto proprio ciò che gli era stato promesso fin dall'inizio... Curare è qualcosa di ben più complesso che prescrivere semplicemente un farmaco, anche se il farmaco è ovviamente necessario, ma non sufficiente. Il processo di cura diventa nelle intenzioni degli autori il vero e proprio capolavoro della *Medical education*, perché l'educazione in medicina è parte integrante del processo di cura, sia che si tratti dei futuri medici che degli stessi pazienti.

Il tema della partecipazione diventa così il cuore stesso del libro e gli autori coniano il termine di medicina parte-

cipativa, come equivalente democratico di una medicina in cui tutti i diversi saperi e i diversi vissuti si confrontano e si integrano fino a dar vita ad un progetto di cura, di cui tutti usufruiscono a pieno titolo e con reciproca responsabilità e soddisfazione. Ma il medico che educa e si educa mentre cura, non deve pensare ad una sorta di Master della cura, con lezioni ex cathedra, lo stile è molto diverso e rimanda alla qualità della relazione: “...qui entrano in gioco le abilità di *counselling*, che non usano strumenti di persuasione occulta, ma invece cercano di rendere consapevole l'interlocutore del significato delle sue attese, per renderlo poi corresponsabile di decisioni condivise. Questa è la palestra più impegnativa della così detta “medicina partecipativa”, nella quale si gioca la capacità di rendere effettivamente “esperto” (e non erudito) il paziente; credo che strumenti educativi efficaci in ciò siano proprio le abilità di *counselling*.”

Ma attenzione: gli autori non pensano di aver inventato qualcosa di nuovo e di originale, non si sentono al centro di un capovolgimento del paradigma terapeutico, al contrario cercano la conferma della loro ipotesi spingendosi indietro nella notte dei tempi, fino ad incontrare il Maestro per antonomasia: “Bisogna che non solo il medico sia pronto a fare da sé le cose che debbono essere fatte, ma anche il malato, gli astanti, le cose esterne: lo insegna già Ippocrate nel suo primo famoso aforisma...”. L'insistenza degli autori in fatto di educazione del paziente per un suo progressivo coinvolgimento nei processi decisionali che lo riguardano include come parte essenziale del processo un diverso atteggiamento del medico nei confronti del farmaco (p. 47), che accanto al significato denotativo, che ne definisce le caratteristiche e quindi le principali destinazioni d'uso, ha un profondo significato connotativo, “in quanto assume per il paziente una dimensione immaginifica: è questo un mondo che contiene un mix di realtà e fantasie, di esperienze passate, di attualità e di proiezioni future, di miti e riti morbigeni e salutogeni sia individuali che collettivi; è un mondo simbolico, che non è solo cognitivo, ma anche – almeno in parte – affettivo: può essere contemporaneamente attrattivo e repulsivo, e in questa sua ambivalenza diventa la motivazione dell'ordinatore della vita del malato; Nell'immaginario del medico il farmaco è simbolo della lotta per la guarigione e vessillo della guerra in corso tra medico e malattia”, a queste parole di Vettore, fanno eco quelle di Del Vecchio, che continua: “Spesso è proprio così: il farmaco come simbolo è suggello di un rapporto tra medico e paziente ed è la felice conclusione di una relazione che, nell'immaginario collettivo, si è ben instaurata. Per questo la ricetta di un farmaco risponde a un passaggio previsto in uno *script* cognitivo o copione mentale che tutti abbiamo in testa, che ci guida nei comportamenti e che non si può disattendere pena una frustrazione psicologica, che è doppia perché è del medico e del malato chiamati inutilmente al loro reciproco ruolo sociale”.

In poche righe, alla conoscenza scientifica del farmaco, con tutti gli studi rigorosi che ne giustificano l'inserimento

nel prontuario terapeutico, si affianca come elemento di conoscenza altrettanto essenziale il valore simbolico ed immaginifico che deve rispondere alle attese profonde del paziente. Deve trovare in altri termini un linguaggio che sottragga il paziente ai fantasmi bui delle sue ansie e delle sue angosce, dando invece corpo alla sua speranza e alla sua voglia di guarire. Per questo la ritualità della prescrizione va collocata anche nella logica dell'immaginario personale e collettivo. Altrimenti viene meno quella *compliance* che spinge il paziente a seguire le prescrizioni del medico, anche quando i risultati non sono immediatamente visibili o quando gli effetti secondari della terapia sembrano superare i benefici attesi. Quando si conclude l'incontro tra medico e paziente, il farmaco infatti resta come il segno e il simbolo di un impegno sottoscritto da entrambi con una serie di concrete responsabilità. Ricorda Giacomo: "... il farmaco è quasi l'ultimo intermediario della cura, e poiché la cura si prolunga ben oltre il tempo della visita medica, essa mantiene simbolicamente una continuità temporale con la relazione di cura che va ben oltre il contatto iniziale. Il farmaco resta il legame tra il medico, che non è più presente, e il malato che continua ad esserci con la sua malattia. Così il farmaco è promessa di cura ed è insieme compimento della promessa di cura. Per questi motivi il farmaco è oggetto di investimento psicologico e affettivo (attesa, speranza...". Secondo Del Vecchio, "al letto del malato si osserva una "creolizzazione" o un "meticciato" dei due sistemi di cura – quello scientifico e quello popolare intriso di simboli –, perché entrambi i sistemi sono ricercati dal paziente per la sua guarigione". E se sono entrambi funzionali alla sua guarigione il medico non può esaltarne uno, ignorando l'altro. Essere il curante medico della persona e non solo della sua malattia, lo obbliga ad acquisire tutti quegli elementi che possono tradursi in un processo di cura a tutto tondo, senza riduzionismi che possano compromettere il risultato finale.

A questo punto i due autori citano una formula classica della pedagogia medica: il sapere, il saper fare, il saper essere, che a furia di essere ripetuta senza un reale e personale approfondimento, ha perso molto del suo smalto iniziale. Gli autori, da attenti conoscitori dei processi formativi, si chiedono da che parte debba iniziare la formazione delle nuove leve di professionisti... dal sapere, dallo studio teorico e spesso avulso dall'esperienza pratica del fare... O debbono ripartire da se stessi, dal loro saper essere per restituire all'azione clinica la compattezza che la rende realmente efficace. Siamo lontani in questo testo dall'analisi minuziosa dei contenuti del Core curriculum o dall'elencazione precisa e puntuale delle *clinical skills* essenziali sia in fase diagnostica che terapeutica. Qui siamo nel cuore stesso del paradigma di cura.

Se dei farmaci dobbiamo aver presente anche il valore simbolico, ciò non significa che si possa trascurare alcunché sul piano strettamente scientifico, nel solco di una consolidata tradizione. Ma la consapevolezza della parziale indeterminatazza dei processi biologici, deve rendere sempre più

prudenti e disponibili a rivedere le proprie posizioni, a correggerle quanto basta, per adattare i processi terapeutici alle mutate esigenze del paziente. Vettore a pagina 102 non esita a ribadire, quello che alla lunga sarà uno dei *leitmotif* di questo libro: "Facciamo un altro passaggio. La validità della logica, che è formale, è sempre attuale perché le regole della logica, come quelle della matematica, non cambiano mai. La verità della scienza, che riguarda i contenuti, non è sempre attuale perché è soggetta a variazioni nel tempo per l'inconsistenza di alcune conoscenze e per l'acquisizione di altre nuove conoscenze".

Potremmo dire che l'invito ad un uso rigoroso della logica si accompagna sempre alla consapevolezza che la logica da sola non è sufficiente. La lunga esperienza clinica conferma che i medici, in modo più o meno consapevole, integrano spesso il rigore logico dei loro ragionamenti con altri e più complessi aspetti, meno codificabili, ma essenziali da coltivare nella dinamica relazionale con il paziente e con le sue richieste, verbali e non verbali, come può accadere con le paure dei malati, sommerse nella intimità dei loro vissuti. Ma proprio la profonda conoscenza dell'uomo malato con le sue angosce, sollecita Vettore (p. 111) a sottolineare come il tenerne conto, non ha nulla di illogico! Anzi può rappresentare un elemento considerevole del buon esito della cura: "Se questo modo di procedere è molto diffuso vuol dire che ha una sua giustificazione che non è logica, naturalmente, ma è psicologica; ossia trova origine nel mondo mentale dei medici, i quali usano la logica, ma non hanno in mente solo la logica: i medici hanno in mente rapporti di causalità tra fatti che conoscono e altri fatti che non conoscono, ma che ipotizzano facendo appello a esperienze precedenti in casi simili". E Giacomo Del Vecchio, nello stile proprio di questo libro, poche pagine più avanti (p. 116) ritorna su questo tema per affermare: "Per questo l'esperienza, in quanto conoscenza interiorizzata dalla pratica, rappresenta un quantum di conoscenza tacita di un professionista o di un'équipe, conoscenza che può addirittura contrastare le conoscenze teoriche accreditate e resistere alle innovazioni; ma, in compenso, funge da guida rassicurante a fronte di indicazioni provenienti da un razionale incerto o non ancora consolidato...".

Si giunge così ad uno dei passaggi più interessanti del libro (p. 137), quello in cui è lo stesso concetto di diagnosi ad essere in parte ridimensionato e proiettato in un orizzonte di senso più vasto ed efficace, qual è il giudizio clinico. Luciano chiede "Ma, detto così, cosa differenzia il giudizio clinico dalla diagnosi com'è intesa tradizionalmente?" e Giacomo risponde: "Secondo me le differenze in realtà sono parecchie: in primo luogo il giudizio clinico si sforza di cogliere gli aspetti complessivi della situazione clinica; in secondo luogo riguarda la prognosi globale piuttosto che quella delle singole malattie; poi si pone come obiettivo la qualità di vita del paziente, cioè il contenimento delle molteplici manifestazioni di malattia, senza voler perseguire a tutti i costi una guarigione completa, che spesso è improbabile, costosa e, purtroppo,

anche futile; infine, il giudizio clinico viene formulato con metodo argomentativo al letto del malato”; ed è con la successiva puntualizzazione di Luciano che il concetto acquista tutto il suo spessore e la sua profondità: “Provo a vedere se ho capito bene, sottolineando un aspetto distintivo del giudizio clinico: mi pare che – così inteso – il giudizio del medico non abbia tanto a che fare con una generica opinione soggettiva, bensì col giudizio di realtà, ossia con la valutazione – quanto più possibile oggettiva – della situazione reale, che è di per sé complessa; una valutazione di questo tipo rende più affidabile anche la previsione del futuro e la preparazione ad esso. Sai che questa definizione che sembra filosofica l’ho tratta da un dizionario medico⁶³? E credo anche giusto specificare che non c’è contrapposizione tra il giudizio clinico e la diagnosi, ma integrazione con essa”.

In breve, rispetto alla diagnosi il giudizio clinico si situa a un livello superiore di considerazione della situazione complessiva del malato ed è finalizzato a evitare tutta una serie di errori nelle decisioni da prendere. La sua prerogativa essenziale è che deve risultare comprensibile e trasparente anche a chi non è medico, come il paziente, per aiutarlo a prendere la migliore decisione possibile e diventa il momento centrale della metodologia della terapia. “Noi proporremo di inserire il giudizio clinico come momento intermedio, collocato dopo la diagnosi nosografica e prima della terapia”. Gli fa eco Giacomo, p. 144: “Comporre il conflitto tra decisione sulla malattia e decisione sul malato significa, per il medico, attrezzarsi per comporre un altro conflitto: quello tra ciò che è ‘giusto’ e ciò che è ‘buono’, che non sono la stessa cosa... nel formulare una decisione terapeutica per un malato, metodo ed etica non possono rimanere separati ma debbono condurci a scegliere una terapia che sia ‘giusta’ per quella malattia e ‘buona’ per quel malato”. E Luciano conclude questa parte: “Dici che così siamo riusciti a immaginare una soluzione di cura che tenga conto allo stesso tempo dell’antropologia, dell’etica e all’epistemologia della medicina?”.

Inizia così, a mio avviso, una delle parti più interessanti del testo che attraverso il dialogo tra gli autori vuol dare un contributo significativo al dibattito su alcune delle questioni che maggiormente hanno impegnato l’opinione pubblica in questi ultimi anni e che mostrano quanto sia stretto l’intreccio tra bioetica, biopolitica e biomedicina. L’etica non è vita come un tema da approfondire, un capitolo interessante alla fine di un libro di clinica e terapia, o quel che più si vuole. L’etica, e in particolare l’etica medica, sono davvero l’anima che pervade l’intero sistema della medicina, per la semplice ragione che lo scopo principale dell’attività professionale del medico è quello di curare, curare con il paziente, che significa perseguire insieme il maggior bene possibile per lui. Con semplicità, con buon senso, con senso comune, perciò stesso molto vicino alle aspettative della gente comune, alle sue speranze e ai suoi timori, ai suoi pregiudizi e alla sua fisiologica “ignoranza”, Giacomo afferma a pagina 168: “Sì. Sì fa alla svelta a dire che si decide la terapia per il bene del

malato: ma chi lo sa qual è il bene del malato? E dobbiamo anche considerare se quel bene è davvero perseguibile con i mezzi a nostra disposizione. Chi ha esperienza di malati sa che a volte nemmeno lo stesso malato sa cos’è il suo bene (o non sembra saperlo fino in fondo, almeno a vedere alcune scelte che vengono effettuate). Per questo vorrei anche che si ricordasse che decidere in autonomia è una cosa giusta, ma può significare solitudine e rischio di sbagliare; per questo è meglio se il malato e il medico decidono insieme”. Il “bene” viene qui colto nella sua duplice accezione di fine: il bene del malato, e di mezzi necessari per conseguirlo: quelli di cui dispone il medico in un contesto storicamente e scientificamente definito. Viene colto nella sua duplice dimensione di bene oggettivo, codificabile con categorie ben precise e di bene soggettivo, inevitabilmente legato al vissuto e alla consapevolezza del paziente. Ma soprattutto nella già complessa sintesi sulle diverse interpretazioni di cosa sia il bene e come sia possibile conseguirlo, si mette in crisi il nodo antropologico più importante del costrutto della modernità. Mi riferisco al concetto di autonomia e di autodeterminazione, che rappresentano il dogma autoreferenziale di un modello individualista dell’uomo moderno.

Dice infatti Del Vecchio: “... decidere in autonomia è una cosa giusta, ma può significare solitudine e rischio di sbagliare; per questo è meglio se il malato e il medico decidono insieme...”. Infatti se il concetto di autonomia rimanda immediatamente al concetto di responsabilità e quindi ad una delle caratteristiche umane più profonde, a cui è inestricabilmente legato anche il concetto di libertà, l’autonomia nella fragilità diventa il drammatico paradigma della solitudine dell’uomo. Ecco allora che l’essenza della professione medica torna ad acquisire nuovi contorni, al di là di qualsiasi affermazione demagogica e velleitaria, l’uomo malato, colto nella sua fragilità rivela all’uomo sano la radice più profonda delle sue paure: la solitudine. Perché l’uomo non è fatto per essere solo e il modello antropologico che la riflessione post-moderna ci consegna è quello di un modello umano intrinsecamente relazionale. Ossia quello di un uomo che ha bisogno degli altri e che rivela al di là di ogni ragionevole dubbio come l’egocentrismo che una certa cultura pretende di assumere come modello di autonomia e di piena realizzazione di sé, è solo una immagine e una immagine molto parziale dell’uomo, colta in una sorta dell’età dell’oro, tanto precaria e fugace, mentre invece sappiamo quanto a lungo l’uomo dal momento stesso della sua nascita ha bisogno di chi si prenda cura di lui e come la stessa anzianità ci riconsegnano la fisiologica necessità di un radicale rapporto di dipendenza dagli altri. E la sociologia ci dice quanto si stiano dilatando queste due fasi della vita dell’uomo, ma tra l’una e l’altra il linguaggio duro ed esigente della malattia ci aiuta a sconfiggere qualsiasi pretesa di *self made man*... Ogni uomo ha bisogno dell’altro uomo ed è per questo che l’etica della cura è la struttura viva che anima l’intera dimensione umana, ed è proprio al malato che dobbiamo essere grato di questa costante rivelazione.

Luciano riconduce velocemente il tema sul piano del fare, più che su quello dell'essere e aggiunge all'intensa e toccante testimonianza di Giacomo queste parole: "La libertà di cura del medico è, allora, una libertà di proporre, ma non di fare, anche se il fare appare giustificato!". E se lui appare ancora molto preoccupato che talora si possa scivolare nell'accanimento terapeutico, Giacomo non esita a ribadire a p. 275: "Credo peraltro che per ogni paziente, in qualsiasi condizione si trovi, il medico debba fare tutto ciò che gli è possibile per alleviare ogni sofferenza, sia questa evidente o ragionevolmente presumibile. E allora, nell'irreversibilità della prognosi infausta a breve, il punto etico fondamentale è quello che accetta la desistenza terapeutica ma esclude assolutamente l'abbandono delle cure". Il dibattito a questo punto avrebbe potuto prendere maggiormente in considerazione uno degli ultimi documenti del CNB in cui il tema della desistenza delle cure è stato sviscerato a 360 gradi, tenendo anche dell'eventuale rischio di scivolare in una sorta di eutanasia per omissione di cure.

"Accanimento terapeutico" e "abbandono del paziente" sono due rischi tutt'altro che remoti nel contesto culturale attuale, anche perché al tavolo degli esperti, in qualità di convitati di pietra, si inseriscono due interlocutori formidabili. L'audace e costante progresso tecnologico da un lato e l'assoluta documentata carenza di risorse dall'altro. Se il primo spinge a sperimentare, a cercare nuove soluzioni, ad aggiungere vita agli anni e anni alla vita, il secondo invece frena gli interventi, riduce la possibilità di somministrare farmaci e rimedi di cui si sia già sperimentata l'efficacia. Ma se l'offerta, sempre più seducente, che la tecnologia offre al medico e al paziente può essere sottoposta al vaglio critico di una decisione consensuale che misura pro e contro, la crisi economica procede, anno dopo anno, con un incedere anonimo e silenzioso che sottrae progressivamente risorse, senza lasciare nessuno spazio decisionale né al paziente né al medico, che inevitabilmente subiscono questa situazione. Etica e clinica, debbono necessariamente misurarsi con economia e tecnologia per generare un mix di idee, valori, buone prassi, che sia funzionale al bene del paziente, generando quel giudizio clinico equilibrato e scientificamente fondato che sappia districarsi nella complessità delle cose, mantenendo ferma la barra sul piano dell'etica della cura. Ed è Luciano ad affermare a p. 239: "... sono i principi fondamentali della bioetica, che

valeva la pena di ricordare; ma non è di questo che vogliamo discutere qui tra noi due, ma piuttosto di come l'etica debba specificamente informare le decisioni terapeutiche nella misura in cui queste sono parte integrante della cura".

La logica all'inizio del libro come stile di pensiero per ridurre gli errori, per riconoscerli in fretta, per correggerli, trasformandoli in fondamentali nodi di apprendimento critico e l'etica alla fine del libro, ancora una volta più come stile professionale, che non come singola questione specifica, sono due modi importanti per avviare una rivoluzione silenziosa nella formazione in medicina, in cui la pedagogia medica cessa di essere l'unica griglia di riferimento su cui valutare l'efficacia di un progetto formativo. Così con l'aiuto di questi tre saperi: etica, logica e pedagogia il sapere scientifico della medicina sembra riconciliarsi con il sapere umanistico, anch'esso proprio della medicina, non come concessione di una manciata di crediti, sparsi qua e là lungo lo svolgersi di tutto il curriculum, ma come il modo stesso per essere e per potersi dire propriamente "medico".

È un libro a cui vanno riconosciuti non pochi meriti, che cercherò di sintetizzare in tre direzioni ben precise:

- a) rilancia il valore della formazione all'unità del sapere, includendo non solo il superamento delle tendenze iperspecialistiche, ma anche il recupero di due antiche discipline, fino a poco più di 100 anni fa indispensabili per potere accedere alla facoltà di medicina: etica e logica;
- b) propone un modello antropologico di tipo relazionale, che ha come punto di arrivo la decisione consensuale in tema di cura, ma ha come premessa il rapporto con il paziente in condizioni di parità di dignità, ma di asimmetria di ruoli, per quella stessa fragilità su cui si fonda la relazione di cura;
- c) non rinuncia ad un realismo pedagogico che, mentre costruisce le sue argomentazioni in chiave dialettico-maieutica, conclude con un rimando chiaro ed esplicito ad una condotta prescrittiva: "Per parecchi giorni abbiamo ragionato assieme sui 'massimi sistemi' della terapia della cura. Forse i nostri 12 lettori vogliono, alla fine della loro paziente lettura, trovare anche qualche indicazione pratica". Che è come dire: ben venga un approccio *student* o *patient centered*, ma alla fine non rinuncio a dirti cosa è essenziale che tu sappia e faccia! e questa è pur sempre l'unghia del Maestro...