

SANTANDER T., *Escolares médicos en Salamanca (siglo XVI)*, Salamanca, Gráficas Europa, 1984, p. 442.

VALVERDE DE HAMUSCO J., *Historia de la Composición del Cuerpo Humano*, Madrid, Fundación de Ciencias de la Salud-Sociedad Estatal del Quinto Centenario [Presentación de PEDRO LAIN ENTRALGO], 1991.

WAGNER K., CARRERA M., *Catalogo dei libri a stampa in lingua italiana della Biblioteca Colombina di Siviglia*, Modena, Franco Cosimo Panini, 1989, p. 492.
Historia de la Composición del Cuerpo Humano, Madrid, Fundación de Ciencias de la Salud-Sociedad Estatal del Quinto Centenario [Presentación de PEDRO LAIN ENTRALGO], 1991.

WAGNER K., CARRERA M., *Catalogo dei libri a stampa in lingua italiana della Biblioteca di Siviglia*, Modena, Franco Cosimo Panini, 1989, p. 492.

* La traduzione italiana è a cura di Cinzia Granieri (*Escuela Universitaria de Traductores e Intérpretes*. Università di Granada).

* La corrispondenza va indirizzata a: G. Olagüe de Ros, Cátedra de Historia de la Medicina facultad de Medicina, Avda. de Madrid, 7 18012 - Granada (E).

LA VISITA MEDICA E L'INSEGNAMENTO CLINICO TRA PASSATO E PRESENTE

VITO CAGLI
L.D. Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

SUMMARY

THE MEDICAL VISIT AND CLINICAL TEACHING: PAST AND PRESENT

Clinical teaching at the bedside began in the 1600s, finding full expression by 1754 in Van Swieten's Vienna School of Medicine. In Italy it originated in the sixteenth century with G.B. Montano and was developed in the nineteenth & twentieth century by Baccelli, Murri, Concato and others.

The practice of complete clinical examination rose from the discovery of methods like auscultation and percussion and gained currency by the nineteenth century.

Today, clinical examination and teaching are faced with a crisis that oblige us to ponder over both, to find new solutions and to preserve what's best in the achievements of the past.

Ha ancora senso oggi sedersi accanto ad un malato, ascoltarlo, interrogarlo, chinarsi su di lui per esaminarlo con l'ispezione, la palpazione e la percussione? O non sono queste tecniche il residuo di un passato che l'eloquenza delle ricerche di immagine, l'eleganza delle indagini elettrofisiologiche e la finezza degli esami di laboratorio hanno cancellato? Quando e come nasce quella raccolta formalizzata di dati che chiamiamo *la visita medica*? E come si sviluppa quell'insegnamento che a questa visita deve fare da guida? Certamente la medicina greca con Ippocrate ha utilizzato l'osservazione diretta dell'ammalato, tanto per giungere alla diagnosi, come presupposto per la cura,

Parole chiave/key words: Medical examination - Bedside teaching

quanto per fondare il suo *corpus* scientifico, separandola dalla filosofia¹.

Nella medicina romana il celebre epigramma di Marziale in cui il poeta si lagna con Simmaco di essere stato toccato da cento mani fredde, testimonia di un insegnamento clinico al letto del malato, in cui gli allievi venivano istruiti alla visita dei pazienti².

Quanto al medioevo, e in particolare all'alto medioevo, possediamo alcune preziose testimonianze come la seguente:

Non visiterai tutti i malati con un unico criterio, al contrario, se vuoi imparare onestamente, ascolta. Non appena sarai al capezzale del malato, domandagli se per caso sente dolore da qualche parte; e se dirà che prova un certo dolore, torna a domandargli se il dolore è acuto o meno, continuo o intermittente. Poi gli tasterai il polso, per vedere se ha o no la febbre. Se infatti ha un qualche dolore gli troverai il polso fluido e affrettato; e gli domanderai se quel dolore gli è venuto con senso di freddo e se ha difficoltà a dormire; e interrogalo per sapere se è il male che gli provoca l'insonnia, o qualche altra causa, e se emette feci e orina regolarmente; e le esaminerai entrambe per vedere se il malato è in pericolo di vita, sempre che si tratti di affezione acuta. Perché se si tratta di un male lento non ne caverai alcun indizio; ma domanda quando la malattia è cominciata, e cosa dicono i medici che l'hanno visitato in precedenza, se furono tutti concordi, oppure di opinione diversa. E domanda come si sente quanto a condizioni generali del corpo, se prova freddo o altre sensazioni del genere, oppure se soffre di diarrea, o se prova sonnolenza, e se la malattia è continua o meno, e se ha già avuto qualche volta simili disturbi; perché quando ti sarai informato di tutte queste cose, ti sarà facile scoprirne la causa e la cura non ti riuscirà difficile³.

Interessanti sono anche le *Istruzioni ai medici*, di Arcimatteo, che fanno parte della *Collectio Salernitana*, in cui l'autore raccomanda di ricavare informazioni già da chi è andato a chiamare il medico, in modo che questi, giunto al capezzale del malato, non sembri del tutto all'oscuro della situazione e che possa, se dopo aver esaminato l'urina e il polso non ha riconosciuto la malattia, enunciare i sintomi che il paziente deve aver sofferto⁴. Ciò che colpisce soprattutto in questi squarci di lu-

ce aperti sul modo di visitare dei medici medioevali, è che la visita non sembra essere scandita in tempi diversi; al contrario, anamnesi, esame obiettivo ed esame delle deiezioni sono tra loro intrecciati. Elementi centrali della visita sono le domande poste al paziente o a chi lo assiste, l'esame del polso e l'uroscopia. Arcimatteo raccomanda di effettuare la palpazione del polso prendendo in considerazione:

fino alla centesima pulsazione, affinché da un lato tu possa discernere i diversi tipi di pulsazione e, dall'altro, i presenti accolgano le tue parole rese quasi più gradite dalla lunga attesa⁵.

Da notare, come qui sia contenuta l'informazione sulla presenza di diversi assistenti alla visita medica.

Anche nel campo della storia della medicina, similmente a quanto accade per la storia in generale, abbiamo più informazioni sulle grandi figure degli scienziati e dei medici, sulle università e sui grandi ospedali, sull'insegnamento e sulla ricerca scientifica, che non sui modi dell'esercizio pratico della medicina. Possiamo indirettamente arguire, dalla nascita di determinate cattedre, i modi con cui in un dato periodo si svolge la pratica medica. Così, l'istituzione di insegnamenti clinici, cioè di insegnamenti effettuati al letto del malato, in appositi luoghi di ricovero, testimonia l'affermarsi della necessità di partire dall'esame del malato per affrontare il problema diagnostico-terapeutico e al tempo stesso documenta i modi con cui i malati vengono esaminati.

Da questo punto di vista, tutto comincia nel '600 a Leyda, con la riscoperta della importanza di partire dalla osservazione diretta del malato, riscoperta legata al nome di Francesco de la Boe (ridenominatosi Sylvius) e successivamente a quelli di Sydenham e di Baglivi a metà di quel secolo⁶. Scriveva Franciscus Sylvius, allievo di Van Helmont, nel 1664:

Io ho portato per mano i miei allievi alla pratica medica usando un metodo sconosciuto a Leyda e forse altrove, per esempio portandoli giornalmente a visitare gli ammalati nell'ospedale pubblico. Là io ho posto i sintomi della malattia davanti ai loro occhi; ho

lasciato che essi ascoltassero ciò di cui i malati si lagnavano, e ho chiesto le loro opinioni circa le cause ed il trattamento razionale di ciascun caso, e le ragioni di queste opinioni. Poi ho dato il mio giudizio su ciascun punto. Insieme a me essi hanno visto il felice risultato del trattamento quando Dio ha consentito che le nostre cure fossero seguite dalla guarigione; oppure essi hanno assistito all'esame del corpo quando i pazienti hanno pagato l'inevitabile tributo alla morte⁷.

Salvo che per alcuni esempi precedenti (Leyda, come si è visto e ancor prima Padova, come vedremo), il movimento di creazione in tutta Europa di cattedre ed istituti clinici si afferma nel '700, sempre a Leyda, con Boerhaave (1668-1783), a Edimburgo e a Vienna, con allievi dello stesso Boerhaave, a Padova con Knips e a Pavia con Tissot⁸.

Morgagni (1682-1771) non sembrava dare ancora grande importanza alla visita del malato, poiché nei suoi *Consulti Medici*⁹ ha espresso giudizi sulla base di scarse informazioni, per lo più raccolte da altri. Se prendiamo in esame, ad esempio, il consulto XXIV, vediamo che il dottor Giorgi di Pesaro inviava a Morgagni il 6 maggio 1748 una richiesta di parere circa un paziente suo amico, residente a Camerino e che egli non aveva visitato, accludendo una relazione, il cui autore non era precisato, ma che si può presumere dal contesto essere stato un medico. Il paziente era un giovane di 28 anni e la relazione così ne descrive gli elementi clinici salienti:

Il maggio passato 1747 precedendo il giorno avanti una gran lassazza di forze, e poco appetito, senza cagione alcuna occasionale tornarono le medesime deiezioni sanguigne, nere grumate e fetide, accompagnate da color cedrina alla faccia, ansietà dei Precordi, e piccole cardialgie, da deliquij, vomito delle stesse materie, sete, inappetenza, durezza dell'ipocondrio destro, pulsazione alla medesima parte e qualche volta alla Testa, Febbre, polsi grandi e con questa differenza, che il destro era teso e cordato.

Si noti come la descrizione è sì abbastanza dettagliata, ma piuttosto confusa, almeno secondo il metro attuale, poiché ven-

gono riferiti sintomi subiettivi, segni generali e segni distrettuali, senza una separazione degli uni dagli altri. Morgagni, dal canto suo, si affrettava ad accostare il quadro riferito a quello designato da Ippocrate come *Morbus niger* e a darne spiegazione citando il commento di Ippocrate di Pietro Salvo. Ciò che colpisce non è il fatto che Morgagni concluda diagnosticando una malattia del fegato, in luogo di quella che, con ogni verosimiglianza, era un'ulcera duodenale sanguinante, ma il riferimento ancora ad Ippocrate per trovare la strada della diagnosi e della interpretazione patogenetica su cui fondare la terapia. Siamo ancora molto lontani dal metodo clinico moderno.

Ma la *nascita della clinica* è alle porte. Erna Lesky ci ha fornito un quadro molto dettagliato sullo sviluppo dell'insegnamento clinico al letto del malato nell'Università di Vienna¹⁰. Spetta all'allievo di Boerhaave Gerard L.B. van Swieten (1700-1772) il merito di aver dato inizio alla Scuola Viennese di Medicina, che non era tuttavia senza precedenti nella stessa Vienna, dove già nel 1389 lo statuto dell'Università, a somiglianza di quello di Parigi, stabiliva che:

Chiunque desideri ottenere la licenza o il dottorato di medicina debba visitare i malati per la pratica della medicina per un periodo di almeno un anno e ciò in compagnia di un dottore della stessa scuola.

Intorno al 1520, sempre a Vienna, Martin Stainpeis (1450/60-1527) nel suo *Liber de modo studendi seu legendi in medicina* sosteneva la necessità di insegnare la pratica della visita durante il quarto anno di studi, perché, come diceva l'Autore *lo studente deve poter vedere coi suoi propri occhi ciò che ha letto sui libri di testo*. Nel 1554 le nuove regole della università di Vienna stabilirono che gli studenti, non solo dovevano prender parte alla visita dei pazienti ricoverati, ma anche, quando possibile, a quella dei pazienti privati, al seguito del proprio maestro. All'inizio del '700 la pratica della visita medica nel curriculum formativo fu messa un po' in ombra dall'ingresso di nuove materie di studio, come la botanica, la chimica e l'anatomia pa-

tologica. Ma già nel 1741, con l'apertura a Vienna dell'ospedale della Santa Trinità, molti studenti furono ammessi in qualità di *famuli* a frequentare le corsie e tra questi si trovava nel 1746 Leopold Auenbrugger, che divenne inventore della tecnica della percussione. Con il 1754, ad opera dell'imperatrice Maria Teresa e del già nominato Van Swieten, si giunse alla fondazione di una clinica, intitolata ad Anton de Haen, che trovò sede nell'ospedale civico e che diede il via a quel programma di *exercitatio clinica viva* con cui Vienna si avviò a divenire il più importante centro di educazione clinica di quei tempi. Tanta era l'importanza che veniva assegnata alla clinica che il syllabo decretato nel 1785 dall'imperatore Giuseppe II aboliva le dispute e le dissertazioni dottorali, introducendo, invece, l'esame al letto del malato e la raccolta della storia clinica. Nel 1798, poi, Frank portava gli anni di studio da 4 a 5, in modo di poter riservare gli ultimi due all'istruzione clinica¹⁰.

Negli anni successivi la Scuola di Vienna perfezionò e raffinnò ulteriormente, con Skoda (1805-1881), l'esame fisico del malato¹¹, ma ancora alla fine del secolo XIX l'insegnamento clinico non raggiungeva del tutto i suoi obiettivi se Wagner von Jauregg, futuro premio Nobel per la medicina ed allora alla scuola di Bamberger, ebbe a scrivere del suo insegnante:

egli usava presentare due casi in ciascuna lezione domandando a dei volontari di esaminare il paziente. Dopo che gli era stata esposta la storia si supponeva che lo studente potesse formulare la diagnosi. Poiché la maggior parte degli studenti aveva paura di sbagliare e di mostrare le lacune delle proprie conoscenze, erano sempre gli stessi pochi volontari a farlo ed io ero tra questi¹².

L'altro grande polo della medicina clinica, la Francia, era in qualche ritardo rispetto all'Austria. Ancora nel 1798 Pierre Cabanis (1757-1808) concludeva il suo *Du degré de certitude de la Médecine* con un auspicio:

Sì, oso predirlo: insieme al vero spirito di osservazione, anche lo spirito filosofico, che deve presiedervi, sta per nascere nella medicina, la scienza sta per assumere un volto nuovo¹³.

L'osservazione era dunque agli albori, tanto che più di sessant'anni dopo, nel 1861, Trousseau (1801-1867) si poneva il problema di come osservare il malato e di come esprimere i dati dell'osservazione. Egli si chiedeva se fosse più utile adottare il metodo *nuovo o numerico*, oppure l'altro, quello *antico o induttivo*¹⁴. Insomma, quantificare o descrivere? Erano passati più di due secoli da quando con Sartorio e Borelli era nata la Scuola Iatromeccanica, ma, nonostante l'impostazione che questi pionieri avevano tentato di dare alla medicina, solo alla fine del XVIII secolo si pensò di includere tra i caratteri del polso il numero di pulsazioni in funzione del tempo. Corvisart (1755-1821), a cui pure si devono il perfezionamento e la definitiva affermazione del metodo della percussione di Auenbrugger, rimproverava il suo allievo Bayle per l'importanza che questi attribuiva al numero delle pulsazioni e degli atti respiratori. Ledouble, autore di un trattato di semeiotica pubblicato a Parigi nel 1817, così criticava la misurazione della frequenza del polso:

Coloro che l'impiegano non sanno vedere altro nell'esplorazione del polso che il numero delle sue pulsazioni: essi si lasciano scappare le modificazioni più essenziali, le sole capaci di fornire all'osservatore dei segni importanti e dei chiarimenti utili. [...] Lontano da noi questi metodi minuziosi, questi freddi procedimenti; essi soffocherebbero tutto il merito del tatto medico; essi spegnerebbero il genio e ne distruggerebbero i bei risultati¹⁵.

Trousseau era un poco più avanti rispetto a queste posizioni. Per lui si poteva anche adottare il metodo numerico, a condizione che esso non fosse che un mezzo, preliminare o complementare, un po' meno imperfetto di quello precedente¹⁶. E sembra di cogliere una sottile vena di ironia nella sua affermazione che per il futuro si sarebbe dovuto scrivere 99 o 104, anziché un centinaio¹⁷.

Comunque, per il grande clinico francese era necessario che lo studente assistesse tutti i giorni a una visita in ospedale, perché solo così:

Vi abituerete ben presto a vedere dei malati, a leggere sul loro viso la gravità della malattia; a palpare il polso e ad apprezzarne i caratteri; apprenderete le prime nozioni dell'auscultazione e della percussione¹⁸,

poiché:

la clinica non si apprende che in ospedale con un interno o un caposervizio che vi insegnano l'arte di porre le domande e di procedere con metodo all'esame del paziente¹⁹.

Qui siamo già in un contesto di esame clinico del malato ordinato e codificato, con la raccolta dell'anamnesi ed il successivo esame fisico eseguito *con metodo*. Manca soltanto l'esigenza di ascoltare: Comte ha pubblicato il suo *Corso di filosofia positiva* tra il 1830 e il 1842 e, nello spirito del positivismo, il malato è soltanto un fenomeno naturale da osservare, anche se Trousseau non sembra del tutto d'accordo con l'affermazione di Rousseau secondo il quale:

la verità è nelle cose e non nel mio spirito che le giudica e meno io metto di mio nei giudizi più sono sicuro di avvicinarmi alla verità

e lascia trasparire una certa predilezione più per la ricerca di rapporti e di nessi tra i fatti, che non per la loro pura enumerazione²⁰.

E in Italia? Nella sua prolusione del 14 luglio 1808 al corso di Clinica Medica nello Spedale Militare di Milano, Giovanni Rasori (1766-1837) auspicava che l'anatomico, dopo aver illustrato agli studenti la struttura delle parti del corpo umano vi aggiungesse gli insegnamenti della meccanica animale sulla scia di Alfonso Borelli, ma:

oltre questi confini l'anatomia non si estenda a spiegare fenomeni ed eviti scrupolosamente tutti i vaniloquij di certa fisiologia metafisica, se si può dire così, onde molti libri menano gran vanto

e aggiungeva che così preparato, l'allunno doveva passare a quella parte ulteriore degli studi, la cui sede non era però l'Università, perché:

sono gli Spedali il grande e solo tempio sacro alla scienza e alla istruzione medica, le quali hanno ivi sede perenne [...]. Io onoro la memoria del nostro Montano che fin dalla prima metà del secolo decimosesto istruiva gli alunni suoi al letto dell'ammalato nello Spedale di Padova, celebratissimo allora in tutta Europa per la medica istruzione²¹.

In una lunga nota Rasori fornisce poi dettagliate notizie su Montano e sul suo insegnamento clinico a partire dal 1543, sottolineando in tal modo l'importanza centrale attribuita ai dati desunti dall'osservazione del malato²². Una controprova di ciò si ha nell'atteggiamento di feroce critica di Rasori nei confronti di Ippocrate, che viene rimproverato di fare asserzioni non tratte dall'esperienza, *nomi voti* come quelli di *teste umide pituitose degli abitanti di città non ben esposte al vento*. Così, afferma Rasori, la medicina si è caricata di ipotesi e teorie superflue ed è rimasta *arte conghietturale pel corso di tante età²³*.

Al contrario, non solo è fondamentale il ricorso all'osservazione, ma è anche auspicabile che:

l'applicazione dell'aritmetica alle varie specie e alle varie circostanze delle malattie possa un giorno essere ordinata in tutti gli Spedali con quella maggior perfezione ed amplitudine donde si ottengono e più numerosi e più sicuri corollari²⁴.

Purtroppo questi metodi, applicati da Rasori alla valutazione della terapia delle *peripneumonie* con salassi e tartaro stibato, non furono sufficienti a fargli comprendere la grave nocività dei mezzi terapeutici da lui adottati. La mortalità dei suoi ammalati era infatti così elevata che nel 1812 egli fu addirittura rimosso dalla cattedra²⁵.

La scena cambia nella seconda metà dell' '800, quando con Guido Baccelli si afferma il metodo anatomo-clinico, che fonda la clinica sulla corrispondenza con le lesioni anatomopatologiche, ricollegandosi all'insegnamento di Morgagni. Lo sviluppo della semeiotica fisica ne è il necessario presupposto e Baccelli vi porta il suo contributo ripercorrendo e perfezionando gli studi di Laennec sull' ascoltazione mediata con l'ausilio dello stetoscopio²⁶.

Ma Baccelli, grande clinico e uomo politico eminente, è altresì medico pratico che non rifiuta mai di andare a visitare un sofferente, anche nelle case più modeste²⁷. Ed è capace di tornare la sera *in ore tardissime* all'ospedale di S. Spirito per *riesaminare tenacemente qualche malato arduo ad essere esplorato obiettivamente*²⁸.

Per Baccelli l'osservazione del malato è il momento centrale della formazione del medico ed il passaggio al teatro anatomico serve soltanto *per ben comprendere ciò che ha veduto nel soggetto vivente*²⁹. Baccelli è l'iniziatore della Scuola clinica romana, fondata sull'osservazione del malato e sul confronto tra i segni ed i sintomi rilevati nel vivente e le lesioni anatomiche rilevate nel cadavere: quello che è stato chiamato *anatomismo clinico*³⁰.

Baccelli era il propugnatore di una diagnosi che:

*balzasse fuori, come conseguenza necessaria, dai fatti osservati, non dai lunghi ragionari improntati a disquisizioni dottrinali, che spesso fanno parere la soluzione di un problema clinico, privilegio di fini ragionatori e non di abili osservatori*³¹.

Forse queste parole di Edoardo Maragliano erano più indirizzate a Murri che non intese a ritrarre tutto intero il pensiero di Baccelli, ma di quest'ultimo colgono, tuttavia, l'impostazione di fondo. Un'impostazione centrata sul primato della clinica che resta autonoma, pur nella necessità di utilizzare tutto il sapere dei diversi campi della medicina e della scienza. Una clinica, come Baccelli affermò inaugurando i suoi corsi all'Università di Roma, che:

*è gabinetto di farmacologia sperimentale; è un ufficio di statistica esatta; è, insomma, l'alfa e l'omega di tutto lo scibile medico applicato all'uomo che soffre; in essa s'impara a ridonar la salute, a lenire i dolori, a render meno amara la morte, a proferire fatidicamente quel verbo che affanna o che consola*³².

Una clinica che assume tra i suoi compiti fondamentali anche la terapia, assegnandole un posto di grande importanza.

Contemporaneo di Baccelli, Luigi Concato (1825-1880), semeiologo rinomato e clinico attento all'osservazione del malato, ma anche agli studi anatomopatologici e fisiologici³³, ci ha lasciato una preziosa testimonianza sul ruolo di primo piano da lui attribuito all'anamnesi. Nella sua prolusione ai *Corsi Clinici* nell'Università di Padova egli insiste particolarmente sulla raccolta minuziosa degli eventi che hanno accompagnato l'insorgere della malattia, per stabilirne l'ordine cronologico, il modo e le circostanze della comparsa, al fine di poter mettere in luce eventuali nessi non puramente temporali, ma, piuttosto, causali. E, aggiunge Concato, quando le notizie anamnestiche siano scarse o assenti ci si accorge che la *diagnosi fisica ed anatomica* non basta da sola *alla completa soddisfazione del giudizio clinico*, perché il metodo dal quale si può attendere il massimo profitto è quello *storico - genetico*³⁴. Questa importanza centrale dell'anamnesi è davvero inconsueta nel panorama clinico dell'epoca e merita di essere sottolineata.

Con Augusto Murri (1841-1932), allievo di Baccelli e successore di Concato alla cattedra di Clinica Medica di Bologna, il posto centrale nell'esame del malato viene assunto dal ragionamento clinico. Non tanto i dati parlano da sé, non tanto è importante il rinvio alle lesioni anatomopatologiche sottostanti, quanto, piuttosto, è fondamentale un corretto modo di ragionare. Scrive Murri:

Dinanzi a un malato voi potete verificare dieci o venti fenomeni morbosi di natura fisica o chimica o anatomica o fisiologica o batteriologica. Allora o voi rinunciate a capire e dovete abdicare alla dignità d'animali ragionevoli, o volete capire e dovete trovare le relazioni che corrono tra questi fenomeni.

Perciò, per Murri sono essenziali tre elementi per giungere alla corretta diagnosi: *una base empirica*, costituita da un corretto e completo esame del malato; *una base di cultura* e la *facoltà di fondere tutte queste singole notizie in un giudizio sintetico giusto*³⁵.

E, nel pensiero di Murri, è proprio la *facoltà critica* la dote essenziale che gli insegnanti di clinica devono possedere e devono saper sviluppare nei propri allievi. Poiché non basta la conoscenza a guidare rettamente il pratico, ma è necessaria la logica, una logica però che Murri ritiene debba essere particolare: una logica clinica, diversa da quella delle altre scienze, perché, citando Comte, egli sostiene che ogni scienza debba avere la sua propria logica. Sicché:

Non basta per esser un grande insegnante di Clinica il possedere la facoltà di poter offrire ogni giorno ai propri studenti un modello d'esatto ed acuto giudizio diagnostico; bisogna anche richiamare l'attenzione dei giovani sul valore dei processi mentali, che conducono rettamente a quel giudizio³⁶.

Dunque, l'importanza della metodologia, per cui Murri può essere considerato un grande epistemologo medico, deciso avversario del verificazionismo³⁷. Ma anche uno studioso consapevole della diversità di obiettivi tra uno scienziato ed un clinico:

perché il compito precipuo d'ogni Scienziato è di creare una scienza nuova, quello del Clinico invece è, innanzi tutto, di creare medici buoni³⁸.

e perché il malato non è soltanto un problema da risolvere ma anche un essere umano da aiutare, tanto che:

se mi chiama un malato che geme sotto il martirio d'una colica addominale, io corro alla siringa di Pravaz anche se non ho capito nulla del male suo: mi sento anzi felice di aver potuto dargli sollievo fraterno e, non più angosciato dallo spasimo suo, allora lo interrogo con più coraggio, lo investigo con più calma e lo considero con più serena meditazione³⁹.

Con Murri, dunque, il malato è in posizione centrale non come puro oggetto di esame e di ragionamento clinico, o come epifania di un cadavere, ma come protagonista di una situazione unica e caratteristica, quella racchiusa nella scena clinica. Una

scena in cui l'osservazione diretta del paziente e il corretto ragionamento elevano la clinica a dignità di scienza⁴⁰. Possiamo dire, pertanto, che nei primi del secolo XX, nel nostro Paese, con la lezione di Murri sull'importanza del ragionamento clinico si completano le fondamenta di una grande Scuola clinica, iniziata da Baccelli con il suo anatomismo clinico e da Concato con la valorizzazione dell'anamnesi, mentre è comune a tutti questi Maestri il continuo richiamo all'attenta osservazione e allo scrupoloso esame del malato. La visita medica diviene così un procedimento distinto in tre fasi: la raccolta dell'anamnesi, l'esame obiettivo, il ragionamento clinico. Al termine di tali fasi il medico deve poter pervenire alla conclusione diagnostica, al giudizio prognostico e alla prescrizione terapeutica. Ma in quegli stessi anni lo sviluppo di nuove tecniche di indagine induceva anche i clinici a dedicarsi sempre più ad un tipo di ricerca lontana dal malato, sicché, come ebbe a scrivere Vittorio Ascoli (1863-1931) nella sua prolusione romana del 1917:

le cliniche mediche parvero case, in cui la padrona dedicasse pensiero e lavoro alle questioni scientifiche, e un'ancella affettuosa e modesta dedicasse la sua opera all'esame e alla cura dell'infermo⁴¹.

Questo stesso sviluppo di nuovi strumenti e di nuove indagini, portato sul piano della pratica cambiava il modo di accostarsi al malato, introduceva con sempre maggior frequenza una nuova fase dopo quelle dell'anamnesi e dell'esame obiettivo, la fase della richiesta e dell'esecuzione degli esami complementari. Si rinviavano così, almeno in molti casi, il giudizio diagnostico e le conseguenti conclusioni prognostiche e terapeutiche ad un momento successivo. Scriveva nel 1922 Ferruccio Schuppfer (1867-1952), allora Patologo Medico a Firenze:

La diagnostica delle malattie interne ha in questi ultimi anni fatto notevoli progressi. Basti accennare al sussidio che ad essa derivò dalla Röntgendiagnostica, dall'elettrocardiografia, dai perfezionamenti della tecnica batteriologica, dallo studio delle varie rea-

zioni biologiche, dai progressi dell'endocrinologia, della fisico-chimica, ecc..

E, ponendo già allora il problema dei rapporti tra clinica e laboratori, aggiungeva:

che le nuove conquiste, pur essendo molto utili e molto interessanti, non devono affatto soppiantare gli antichi metodi di diagnostica clinica⁴².

Oggi queste parole di Schuppfer possono ancora costituire uno spunto per la nostra riflessione, anche se l'ulteriore enorme espandersi dei mezzi diagnostici deve suggerire da un lato una riconsiderazione dei modi e dei fini della visita medica tradizionale e, dall'altro, una maggiore attenzione critica nella scelta e nell'interpretazione delle diverse indagini, come abbiamo più ampiamente discusso in altra sede⁴³. Non può certo stupire che si senta la necessità di riflettere sulla posizione che la visita medica deve occupare oggi nello studio clinico del malato, se si pensa che si tratta di una procedura codificata già nella prima metà del XIX secolo, in un contesto di conoscenze scientifiche e di organizzazioni sanitarie profondamente diverse da quelle attuali. Nelle cartelle cliniche del *Guy's Hospital* di Londra la prima relazione di esame semeiologico si trova nel 1824. In precedenza la visita dell'ammalato era limitata all'interrogazione, all'esame della *facies*, della lingua, del polso ed eventualmente dell'aspetto delle urine, delle feci, e del sangue sottratto con il salasso. Anche nel caso in cui il paziente riferisse, ad esempio, di un aumento di volume dell'addome, questo non veniva esaminato. Come osserva Poli, da cui abbiamo tratto queste informazioni⁴⁴, il cambiamento nel modo di visitare i malati può essere messo in relazione con le nuove tecniche semeiologiche, come quella dell'auscultazione introdotta da Laennec in quegli anni. In altri termini, possiamo aggiungere, l'approccio al malato è profondamente condizionato dai metodi di studio di cui disponiamo.

Nel nostro Paese il metodo dell'esame diretto del malato giunge al suo apice con i Maestri già citati e con Antonio Cardarelli (1831 - 1926) e Pietro Grocco (1856 - 1916), per non citare che alcune tra le figure più rappresentative. Con i primi anni del nuovo secolo esso entra in crisi per l'arrivo sulla scena, come si è già ricordato, della diagnostica strumentale e di laboratorio.

Michele Bufano riferisce un gustoso aneddoto, raccontatogli dal professor Razzaboni, suo collega all'Università di Parma. Quando tra il 1902 e il 1905 Murri interruppe temporaneamente l'insegnamento, per le gravi vicende che avevano sconvolto la sua famiglia, fra coloro che sostituivano il Maestro nelle lezioni vi era il professor Patella. Allorché questi si presentò alla lezione di Clinica Medica con un corredo di provette per dimostrare una certa reazione, fu accolto da fragorose risate⁴⁵. Eppure oggi in una cartella clinica sono assai più numerosi i dati di laboratorio, funzionali e di immagine che non quelli tratti dall'esame diretto del malato. Sono tanto numerosi che si ricorre, e forse ancor più lo si farà in futuro, ai cosiddetti sistemi esperti, cioè a programmi su computer capaci di riprodurre *l'esperienza di giudizio soggettivo di uno o più esperti di alto livello per una classe definita di problemi clinici*. Insomma il sistema esperto non solo è una banca dati, ma possiede anche meccanismi di inferenza e può essere in grado di interagire con l'utente per giungere alla decisione clinica⁴⁶.

La situazione attuale trova la clinica, tanto nelle sue espressioni pratiche (la visita medica), che in quelle didattiche (la trasmissione di un metodo) minacciata su tre fronti. La prima minaccia è quella legata alla supina accettazione di una rottura storico-epistemica con il passato. È come se, d'un tratto, i medici di oggi volessero rifiutare ogni insegnamento di ieri; come se non volessero riconoscere che, almeno come rapporto interumano, la medicina non è sostanzialmente cambiata; come se si destassero in una nuova alba senza passato, in una dimensione storica che diviene sempre una dimensione di solitudine, ma anche di pericolose avventure. La seconda minaccia è,

come abbiamo detto, quella delle nuove tecnologie, con la conseguenza metodologica di un conoscere che si crede ottenibile *vedendo* più che ragionando: perché sforzarsi di localizzare una lesione ricostruendo nei dettagli il modo di comparsa dei sintomi e andando alla ricerca attenta dei segni, quando una tecnica di immagine può darci una risposta precisa e incontrovertibile? La domanda non è da poco e la risposta si articola su tre punti:

— vi sono quadri morbosi che la tradizionale visita medica consente, più facilmente che con altri mezzi, di riconoscere (si pensi alle lesioni cutanee espressione di malattie generali, a un soffio cardiaco, al broncospasmo, alla vasta gamma delle somatizzazioni nevrotiche);

— una medicina fondata tutta sulle ricerche strumentali escluderebbe il rapporto medico-malato, sarebbe una medicina non umana e avrebbe, inoltre, un costo proibitivo;

— una medicina priva del ragionamento clinico condotto sulla base dei dati tratti dall'osservazione diretta, sia per scegliere le indagini (molto spesso indispensabili), sia per interpretarle, risulta non di rado fuorviante e finisce sempre per ridurre il medico ad un mero utilizzatore di tecniche, che in molti casi è persino incapace di interpretare autonomamente.

La terza minaccia alla clinica è venuta dalla medicina di massa, che, per essere tale, è dovuta diventare medicina di Stato e quindi medicina gratuita o semigratuita. Ciò a cui si è assistito potrebbe esser definito come *banalizzazione della medicina*. L'atto medico ridotto ad uno schema stimolo-risposta, tosse-sciroppo, febbre-antibiotici, dolore addominale-antispastici; oppure, dolore al petto-elettrocardiogramma, astenia-esami di laboratorio e così via. Una banalizzazione che non accontenta nessuno ed ha creato costi insopportabili. Non si può certo riconoscere che garantire a tutti la possibilità di adeguate cure mediche sia un giusto e nobile fine per qualsiasi comunità civile, ma bisogna riflettere sui modi. Noi siamo convinti che la *banalizzazione della medicina* crei di per sé la necessità di un diverso circuito, in cui sia possibile restituire all'atto medico, non

solo la sua completezza tecnica, ma anche la sua ricchezza umana. Ciò fa sorgere il problema dell'esistenza di due medicine e di chi abbia poi reale accesso alla medicina *non banalizzata*. Lungo questa via non c'è soluzione; la soluzione sta soltanto nel creare i presupposti perché esista una sola vera medicina e questi presupposti devono risiedere, anzitutto, nell'insegnamento universitario.

Su questo versante ci limitiamo ad indicare un aspetto, spesso sottaciuto e, a parer nostro, invece, di importanza cruciale. Lo potremmo racchiudere nel termine *spessore*: un Maestro deve avere *spessore*, un insegnante deve avere *spessore*. Oggi ci si richiama piuttosto alle capacità didattiche, si riscopre che non basta sapere, ma bisogna saper insegnare. Ciò è senz'altro vero, ma è tanto più vero quanto più elementare è il livello dell'insegnamento. Saper insegnare è fondamentale nella scuola dell'obbligo, ma a livello universitario, dove gli allievi *dovrebbero* (il corsivo segnala quanto siamo consapevoli che così non è, ma quanto sarebbe importante che così fosse) essere preparati da un adeguato precedente curriculum di studi e realmente motivati, ciò è assai meno importante.

Riflettiamo su quali tra i nostri insegnanti universitari sono stati per noi dei *Maestri*. Lo sono stati quelli che ci hanno trasmesso qualcosa di prezioso, che tale è rimasto nel tempo, qualcosa che non si trova nei libri e che era legato alla loro persona, perché essi *erano così*, avevano quello *spessore* che faceva appunto di loro dei *Maestri*. Questo *spessore* non è codificabile in regole, ma chi lo raggiunge vi perviene attraverso un itinerario individuale. La strada è talora quella dell'eccellenza tecnico-professionale; talaltra è la capacità di vedere i problemi in modo originale; in altri casi ancora è l'immersione della pratica della medicina in un contesto culturale più ampio; altre volte è la reale disponibilità verso gli altri, la carica umana che potenzia e dà vita ad una normale capacità professionale. Per vie diverse, e i Maestri del passato che abbiamo più volte citato ce ne forniscono splendidi esempi, si crea così una figura nella quale il giovane si identifica, tanto da fargli dire: *vor-*

rei essere come lui. È questo ciò che tante volte spinge allo studio anche i più restii, ciò che crea una Scuola, ciò che consente di preparare un gran numero di medici disponibili soltanto per una buona medicina.

Senza questo spessore, o chiamiamolo anche carisma, ricchezza intellettuale e morale, non ci possono essere Maestri e una Università senza Maestri non può che generare medici mediocri, disponibili a una medicina purchessia.

Nel lungo itinerario di quasi duemilacinquecento anni durante i quali l'esame del paziente e l'insegnamento della medicina hanno tante volte mutato modi e contenuti, un aspetto è rimasto costante: l'incontro tra il malato e il medico. Il fatto cioè che essi si trovassero l'uno accanto all'altro, che si parlassero e che, sia pure in modi diversi, il medico esaminasse il paziente. Questo contatto tra medico e paziente ha costituito sempre, oltre che un mezzo necessario per ottenere dati indispensabili ai fini diagnostici, anche un potente strumento per influire beneficamente sui malati e per sedare le loro ansie⁴⁷.

Se il medico è capace di trasformare in colloquio la raccolta dell'anamnesi, in modo tale che essa non sia soltanto un arido mezzo per poter apporre una crocetta negli spazi predisposti di una cartella clinica, allora sarà favorita l'istituzione di un vero e positivo rapporto medico - malato, fattore non indifferente perché quest'ultimo possa affrontare nel modo migliore il suo viaggio nella malattia⁴⁸.

Gli elaboratori, i sistemi esperti, le tecnologie robotiche, ma anche il crescente impiego di mezzi d'indagine gestiti da medici senza parola o, come dice Baldini da *vertebrati a sangue freddo*⁴⁹ sembrano minacciare questa relazione. Noi siamo invece persuasi che i moderni mezzi di indagine possano essere utili ausili del medico, senza divenirne i padroni.

Il viaggio nel tempo che abbiamo compiuto in queste pagine ci dà fiducia, perché nel corso dei secoli, se pure talora la strada è stata smarrita, è sempre stato possibile ritrovarla ed ogni volta a questo recupero si è giunti sedendosi accanto al malato, ascoltandolo, interrogandolo, chinandosi su di lui per esaminarlo.

NOTE E BIBLIOGRAFIA

1. MAJOR R.H., *Storia della medicina*, Firenze, Sansoni, 1959, p. 108.
2. CASTIGLIONI A., *Storia della medicina*, Milano, Mondadori, 1948, p. 209.
3. AGRIMI J., CRISCIANI C., *Malato, medico e medicina nel Medioevo*, Torino, Loescher, 1980, p. 188.
4. Ibidem p. 189.
5. Ibidem p. 190.
6. CASTIGLIONI A., op. cit., pp. 473-9.
7. Cfr. OSLER W., *The evolution of moderne medicine*, New Haven, Yale University Press, 1921, p. 178.
8. FOUCAULT M., *Nascita della clinica*, Torino, Einaudi, 1969, pp. 72-3.
9. MORGAGNI G., *Consulti medici*, Bologna, Cappelli, 1935, p. 105 e segg.
10. LESKY E., *The development of bedside teaching at the Vienna Medical School from scholastic times to special clinics*, in O'MALLEY C.D. (ed.), *The history of medical education*, Los Angeles, University of California Press, 1970, pp. 217-34.
11. MAJOR R.H., op. cit., pp. 679-80.
12. LESKY E., op. cit.
13. CABANIS P., *La certezza della medicina*, Roma-Bari, Laterza, 1974, p. 97.
14. TROUSSEAU A., *Clinique médicale de l'Hotel Dieu de Paris*, Paris, Ballière, 1861, p. XXXIX.
15. Cfr. BARBENSI G., *La statistica in clinica*, Firenze, Vallecchi, 1947, pp. 15-17.
16. TROUSSEAU A., op. cit., p. XLI.
17. Ibidem, p. XLII.
18. Ibidem, p. X.
19. Ibidem, p. XXX.
20. Ibidem, pp. XXXIX-XL.
21. RASORI G., *Sul metodo degli studj medici*. Opuscoli di medicina clinica, Milano, Pirotta, 1830, p. 319.
22. Ibidem, pp. 324-6.
23. Ibidem, pp. 387-8.
24. RASORI G., *Delle peripneumonie infiammatorie e del curarle principalmente col tartaro stibiato*. Opuscoli di medicina clinica, p. 184.
25. CASTIGLIONI A., op. cit., p. 523.
26. PREMUDA L., *Guido Baccelli*, Ann. It. Med. Int. 2 (1987) suppl. 1: 69-72.
27. STROPPIANA L., *Il Policlinico Umberto I di Roma*, Roma, Università degli Studi di Roma, 1980, p. 18.
28. MURRI A., *Guido Baccelli cittadino e insegnante*. Il Policlinico Sez. Med. 23 (1916): 217-62.
29. MARAGLIANO E., *Guido Baccelli clinico*, Il Policlinico Sez. Med. 23 (1916): 217-62.
30. ASCOLI V., *I compiti attuali della clinica medica*, Prolusione del prof. Vittorio Ascoli al primo corso del suo insegnamento di clinica medica nell'Università di Roma (19 dicembre 1917). *La Clinica Medica di Roma nel primo decennio di direzione del Prof. Vittorio Ascoli*, Roma, Pozzi, 1927, pp. 11-12.
31. MARAGLIANO E., op. cit. p. 252.
32. Ibidem, p. 259.
33. MARIOTTI M., *Breve storia della clinica medica italiana*, Pisa, Giardini, 1963, p. 32.

34. CONCATO L., *Sulle fonti del sapere clinico*, Padova, Prosperini, 1876.
35. MURRI A., *Quattro lezioni e una perizia: il problema del metodo in medicina e biologia*, Bologna, Zanichelli, 1972, pp. 14-15.
36. MURRI A., op. cit., 28 p. 213.
37. ANTISERI D., *Come distinguere la scienza dalla non scienza. Una questione di logica*. *Medicina nei Secoli*, 3 (1991): 153-74.
38. MURRI A., op. cit., 28, p. 214.
39. MURRI A., op. cit., 35, p. 116.
40. MURRI A., *Ibidem*, p. 73-4.
41. ASCOLI V., op. cit. p. 18.
42. SCHUPPFER F., *Prefazione alla traduzione italiana di KRAUSE P.* (sotto la direzione di) *Trattato di diagnostica clinica delle malattie interne*, Milano, Vallardi, 1921, v. 1, pp. IX-X.
43. CAGLI V., *La visita medica*, Padova, Piccin, 1991.
44. POLI E., *Metodologia medica*, Milano, Rizzoli, 1965, p. 49.
45. BUFANO M., *Presentazione*. in RAGGIO GUARNASHELLI A. E., GIGANTE D., *Analisi cliniche*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 1961, pp. III-IV.
46. COBELLI C., *Ausili informatici alla decisione clinica: i modelli matematici e i sistemi esperti*, in SCANDELLARI C., FEDERSPIL G., *Metodologia medica*, Atti 86° Congresso Soc. It. Med. Int., Roma, Pozzi, 1985, p. 139.
47. SHORTER E., *La tormentata storia del rapporto medico paziente*, Milano, Feltrinelli, 1986, p. 122.
48. CAGLI V., op. cit. pp. 56-7.
49. BALDINI M., *Storia della medicina*, L'arco di Giano 1 (1993): 168-71.

La corrispondenza va indirizzata a: V. Cagli, Via delle Isole n. 10 - 00198 Roma

Articoli/Articles

LE ISTITUZIONI PSICHIATRICHE
NEL REGNO DELLE DUE SICILIE

FRANCESCO LEONI
Università degli studi di Cassino

SUMMARY

Before 1510 there wasn't a single hospital in Southern Italy which took in mental patients, with the possible exception of L'ospedale degli Incurabili, which in any case dealt with other kinds of illnesses as well.

Finally, in 1813 the decision was taken to found an institution in the city of Aversa which would deal exclusively with mental patients. This institution was put under the control of Giovanni Maria Linguiti. He took care of all patients using his therapeutic methods, with such excellent results that his reputation spread outside the kingdom. In 1816 in Sicily, an attempt was made to repeat the success of Aversa, but not until 1824 was it decided that L'ospizio di Santa Teresa should care for mental patients. Don Pietro Pisani was delegated to coordinate that hospital and, in 1827 he published a number of theories and guidelines concerning mental healthcare similar to those of Linguiti.

In December 1864 a Royal Decree forced through parliament a statute which laid down the rules for the reorganization of these hospitals. Finally in August 1874, after numerous financial difficulties and struggles between political bodies and health service management, a Royal Decree was established, and a new guiding statute was passed.

Nell'Italia meridionale il primo ricovero dei malati di mente sorse intorno al 1510, ad opera di Maria Lorenza Longo¹, che a Napoli fondò l'Ospedale degli Incurabili, destinato comunque ad accogliere anche altri tipi di infermi.

Parole chiave/key words: Psychiatry - Hospitals - Sicily - XIX Century