

solo ai medici, ma cominciare investire il vasto pubblico e promuovere lo sviluppo di una conoscenza più adeguata dei problemi medico-sanitari.

Gilberto Corbellini

CAVICCHI Ivan, *Il rimedio e la cura. Cultura terapeutica tra scienza e libertà*. Editori Riuniti, 1999, Roma.

Se lo sviluppo della medicina da Ippocrate sino ad oggi è segnato dal confronto tra ciò che è *razionale* e le *aspettative di guarigione*, come dire – agli estremi - tra le ragioni ed il metodo della scienza e le attese del “*miracolo*”, non v'è dubbio che proprio le situazioni estreme sono in medicina le più lontane dalla realtà della pratica medica corrente: il medico di medicina generale non si sente scienziato, né dispensatore di miracoli. Va anche detto subito che solo la medicina molecolare e la terapia genica teorizzano ed in casi del tutto eccezionali applicano i paradigmi rigorosi delle scienze naturali – la matematica, la fisica, la chimica – identificando il gene alterato e sostituendolo con quello “*sano*”. La medicina corrente è invece *scienza applicata*, per di più applicata ad un essere non standardizzabile in termini assoluti, come l'uomo, nel quale si sommano il determinismo *genetico*, il determinismo *ambientale* ed il *vissuto personale*, che è la somma di usanze e costumi, ma anche del contesto sociale, delle condizioni economiche, dell'iniziativa personale. D'altra parte il medico agisce – si suol dire – in base a *scienza e coscienza*, quest'ultima crogiolo di credenze, istruzioni ed elaborazioni personali, la prima soggetta alla teorizzazione epistemologica e spesso risolta dal medico in termini pratici valorizzando al massimo l'accumulo di elaborazioni *personali* senza oggettivazione e controllo *interpersonale* (Koch viene spesso studiato ed ancor prima dimenticato!), dando rilievo a se stesso attraverso l'enfasi sulla propria *esperienza*, ch'è quel processo logico che tende a *scartare* i dati d'osservazione che non collimano con l'ipotesi (diagnostica, terapeutica, etc.) e che nel contempo tende ad *ipervalutare* i dati che suffragano l'ipotesi. La *falsificazione* tendenziale e la

conseguente necessità di un processo di *confutazione* non sono ammesse come processo epistemologico e comunque compensate dal medico con generici riferimenti alla propria *casistica* e ad improbabili valutazioni statistiche.

Quando Claude Bernard si dette a teorizzare una medicina fondata sull'*esperimento*, in assoluta analogia con la rivoluzione epistemologica già avvenuta nelle scienze naturali, ritenne la statistica – in quel momento storico, va ricordato – nemica della razionalità scientifica, perché la sua verità era *probabile e non certa*, come tendeva ad essere la medicina sperimentale.

Se si hanno presenti questi passaggi epistemologici ed il fatto che il rapporto malato-malattia-medico è una miscela che li assomma tutti in proporzioni variabili (dalla *fede* nella guarigione, alla pretesa di *certezza* della guarigione individuale, alla ricerca di una *verità scientifica-generalizzazione della guarigione*) ben si comprende come i farmaci (i *rimedi*, come li chiamavano i Greci) siano appartenuti (ed appartengano) a categorie contemporaneamente diverse nel vissuto individuale e sociale: *categorie metafisiche, reali o sociali*, cosicché si potrebbe pensare che l'unica condotta possibile – per il medico e per il paziente – sia quella del *relativismo epistemologico*, quello per intendersi che anche in tempi recenti ha legittimato transitoriamente terapie sulla base del furore popolare e non della dimostrata efficacia. D'altra parte ben prima del caso Di Bella, vi è stato il caso *laetrile-vitamin B17-cyanogenic glycosides*, estratti dai semi di albicocca da Ernst Krebs jr negli anni '60: il *farmaco è stato dichiarato inefficace dalla FDA* (Committee on Food Protection, *Toxicants occurring naturally in food*. Washington, DC, National Academy of Sciences-FDA, 1973) e fraudolenta la sua distribuzione, il che non ha impedito la nascita di fiorenti cliniche in Tijuana, giusto al confine messicano con gli Stati Uniti.

Perché questo accade? Ed è sufficiente richiamarsi al rigore della sperimentazione per determinare condotte incontrovertibili, soprattutto in epoche nelle quali – così è oggi in tutti i Paesi dell'Unione Europea, in Canada, Nuova Zelanda, etc. – la spesa pubblica per settori medici – il ricovero ospedaliero, le terapie farmacologiche, etc. – è rigidamente predeterminata? Quando ho fatto parte della Commissione Unica del Farmaco che nel

1994 ha riclassificato i farmaci sulla base dell'efficacia (in relazione ad *end-points* primari o secondari comunque predeterminati come durata-qualità della vita o correzione di parametri bio-medici correlati con durata-qualità della vita) accesa fu la discussione se fornire gratuitamente insulina o creme al cortisone per diabete o prurito, rispettivamente. Ovviamente la risposta fu positiva per l'insulina e negativa per la crema al cortisone, ma – così facendo – facevamo una *scelta di valori*, perché negavamo a chi abbia il prurito la stessa aspettativa di cura di chi ha il diabete. Giovanni Federspil – medico ed epistemologo altrettanto valido – ingaggiò discussioni senza esito, perché così richiedeva la ragion pratica, ma il problema del significato complessivo della cura rimase e rimane immutato.

Su questo itinerario ci trascina Ivan Cavicchi, che ben sa e mette in evidenza che il *rimedio reale* va relazionato alle *situazioni possibili*, che riguardano essenzialmente una *persona*, cosicché quella che la scienza medica tende a presentare come *verità assoluta* diviene *verità riferita a quella persona* (Cavicchi la definisce *permutabile*), che – se generalizzata a più o a molte persone – testimonia la *consistenza terapeutica* del rimedio, che ne determina l'*uso effettivo*. Tutta la prima parte del saggio porta esempi che dall'*uomo inguaribile* porta alla prospettiva concreta di *guarigione*, in un percorso che attinge largamente al vissuto antropologico nella diverse culture, nel bilanciamento anche semantico e glottologico della *vita* con la *morte*, cercando di far emergere il fatto che la pur necessaria semplificazione dei modelli propria della medicina sperimentale (si prova un supposto farmaco su topi tutti uguali per condizione normale o patologica *predeterminata*, o in culture in vitro di cellule standardizzate, etc.) non esaurisce né le potenzialità farmacologiche, né soprattutto il significato complessivo attuale e potenziale di una terapia. La *penna di Hu* (la mitica penna dell'uccello Hu), che è *rimedio* per gli occhi del re malato e promessa di successione per il figlio che la trovi, scatena la rivalità tra i figli per la successione al padre, sicché il processo complesso che porta alla *guarigione* va oltre il potere della penna-rimedio, perché comprende uno dei tre fratelli – quello che ha trovato la penna – ucciso dagli altri due per escluderlo dall'eredità paterna.

Oltre la favola ed oltre la metafora, emerge chiaramente che i criteri epistemologici semplificati non esauriscono la complessità anche di un futuro (probabile o improbabile) rimedio. Certamente a fini pratici il rapporto tra *rimedio reale* con tutte le sue possibili applicazioni ed *applicazioni cliniche* viene determinato dalla *sperimentazione* nelle sue diverse fasi (pre-clinica, clinica di fase I-IV), cosicché è la sperimentazione a pre-determinare l'ambito applicativo, sulla base - a sua volta - del rapporto tra "*benefici*" e "*costi*" (come salute aggiunta – anni di vita o qualità di vita che siano -, ma anche come risorse consumate, aggiunte, sviluppate, indotte, etc.). Ma – avverte Cavicchi – l'utilizzazione di un farmaco si cala poi nella variabilità d'azione terapeutica nel singolo individuo (e ciò in realtà rinvia alla complessità della condizione clinica dell'individuo, che è in una situazione diversa da quelle standardizzate della prima valutazione sperimentale – nel topo o *in vitro* – o della successiva valutazione clinica anche di fase III, cioè di *sperimentazione clinica controllata* nella quale le variabili esaminate sono poche, pre-determinate e valutate in termini di significatività statistica). Cavicchi si spinge oltre, affermando che l'efficacia (sarebbe meglio dire il *successo*) di un farmaco dipende dalla capacità di comunicazione, "*da chi ascolta, dalle sue interpretazioni, dal potere di creare partecipazione...*", come dire che viene postulato un passaggio dalla farmacologia-farmacologia (quella scientifica o della *evidence based medicine*) ad una "*farmacologia della scelta*" che definisce gli utenti e cerca con essi un accordo, tramite una opportuna comunicazione.

Ho volutamente semplificato per ricondurre la tesi di Cavicchi in una prospettiva certamente accettabile da parte della medicina-farmacologia scientifica, che già valuta da tempo la *compliance* di un trattamento (gli antiblastici sono divenuti più accettati quando sono stati resi disponibili efficienti antiemetici; il trattamento antiblastico di un malato operato di tumore intestinale può essere diverso se il malato vive vicino ad un istituto oncologico o in paesetto lontano da ospedali). La tesi di Cavicchi diviene ancora più accettabile per i "*nuovi medici*" formati oggi e che hanno avuto modo di dibattere nel *corso integrato di scienze umane* (al III anno, nel quale di solito si inizia lo studio clini-

co) la complessità dell'individuo sano e malato, della società in cui vive, delle scelte che vengono fatte in medicina o nella politica sanitaria. Non a caso in quel corso integrato insegnano – oltre allo storico-filosofo della medicina – bioeticisti, psicologi, sociologi, economisti.

Ma le tesi di Cavicchi possono anche condurre ad equivoci se fraintese. Da un lato c'è la "voglia di anti-scienza" come reazione alla scienza-tecnologia che invade ogni angolo della vita e dà sviluppo così alla reazione illogica ma tuttavia in espansione delle medicine alternative (Sampson W., *Antiscience trends in the rise of the 'alternative medicine' movemnet*. Ann NY Acad Sci 1996, vol. 775, pp. 188-197). Dall'altro la gran moda di dar valore assoluto alla *evidence based medicine* e l'insufficienza a fini pratici della farmacologia-farmacologia aiutano per reazione l'interpretazione "lassista" della "farmacologia della scelta" che è proposta da Cavicchi. Ma se si conoscono bene i principi della EBM (si vedano Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB, *Evidence-based Medicine. How to practice and teach EBM*, Churchill Livingstone, Edinburgh, 1997, pp. 1-5) va tenuto presente ciò che essa è e soprattutto "what EBM is not" [*EBM is neither old-hat nor impossible to practice. The argument that 'everyone already is doing it' falls before evidence of striking variations in both the integration of patient values into our clinical behaviour... EBM is not "cook-book" medicine, because it requires a bottom-up approach that integrates the best external evidence with individual clinical expertise and patient choice....*]. Se dunque la EBM è integrazione dei principi della sperimentazione clinica o della medicina sperimentale o molecolare con ciò che una persona è di per sé e che richiede un approccio terapeutico qual è quello "discusso" nei corsi di scienze umane, allora non c'è spazio per interpretazioni lassiste della "farmacologia della scelta" proposta da Cavicchi. D'altra parte più d'uno ha detto che il prossimo secolo – in medicina e non solo – vedrà al centro dell'indagine scientifico-tecnologica la *complessità* e ciò avverrà anche nella ricerca economico-sociale, in quella delle infrastrutture, etc., come imposizione da parte della globalizzazione inarrestabile. In questa prospettiva Cavicchi ci invita ad un dibattito più ampio su ciò che un farmaco rappresenta, con tutta la sua complessità

di vissuto da parte del paziente, di attese da parte della società ed è certo che ciò costituisce uno stimolo anche "scientifico" per "scoprire" tutte le potenzialità nascoste del farmaco, perché ogni "pratica di traduzione" di principi (medico-terapeutici) "non sarà mai una traduzione radicale". Si tratta di un discorso accettabile anche da chi fa scienza rigorosa (farmacologia-farmacologia, per intendersi) e che apprezza il discorso di Cavicchi, non avendo pregiudizi sull'attuale rilevante ruolo che egli ha nella associazione degli industriali farmaceutici operanti in Italia, perché anche Cavicchi sa che lo stimolo a cercare nuove applicazioni non implica automaticamente il riconoscimento ufficiale di fantasiose o comunque non dimostrate come "utili" indicazioni terapeutiche. Perché se si abbandona questa strada di razionalità, la politica sanitaria agisce solo attraverso il razionamento delle prestazioni, dando priorità a quelle che il popolo reclama. Così si contribuisce di fatto a rompere il patto per la salute tra medico e malato, il farmaco diviene una variabile di gradimento da parte dell'utente, allineandosi alla logica del *consumismo* proprio di settori non connessi con i valori che la nostra Costituzione giudica correttamente come primari (salute, istruzione, giustizia, etc.). Senza questo rigore epistemologico le pubbliche autorità legittimano cure di efficacia non dimostrata, da quelle predicate da certe medicine alternative, alla multiterapia Di Bella. Ma tra Di Bella e Lourdes io scelgo decisamente Lourdes, che talvolta è efficace, ma in tal caso si parla correttamente di miracolo e non di cura.

Luigi Frati