

Logi, urgi e iatri: quale medico specialista per quale sanità?

DI LUIGI TESIO

Riassunto

I nomi delle Specializzazioni mediche affondano le loro radici nel Greco antico e rivelano il loro diverso grado di aderenza al modello scientifico contemporaneo. Nel mondo occidentale le Specializzazioni per la maggior parte sono definite dal suffisso "logia". Questo deriva da "logos" che significa parola, ragione, razionalità. Il termine logos riconduce alla comprensione dei meccanismi causali che connettono le parti corporee, non importa se organi o molecole (Neuro-logo, Endocrino-logo). Il suffisso "urgo" (da ergon=fare, costruire, realizzare) indica invece la capacità di concreta manipolazione degli organi. Infatti il chirurgo è colui che ripara (ergon) le parti utilizzando le proprie mani ("sur" deriva da "cheir"=mano). Ma che cosa dire delle poche Specializzazioni che sono ancora connotate dal suffisso "iatria" (come per esempio in Psichiatria, Fisioterapia, Pediatria, Geriatria)? Il suffisso "iatria" deriva dal Greco "iatros" che indica colui che cura la persona, in generale e nel suo complesso. Definiamo ora bio-medicina la "medicina delle parti" e "medicina della persona" la medicina clinica (dal greco clino=chinarsi - verso il letto del malato, ovviamente). Lo "iatria" è l'archetipo del clinico. Proprio per questo denominare "Specializzazioni" quelle "iatriche" appare sempre più come la creazione di ossimori, poiché il modello dominante è quello bio-medico. Questo altro non è che una variante del modello riduzionista-determinista delle scienze fisiche: dunque vera conoscenza medica è possibile soltanto se si manipolano le parti corporee (più piccole sono meglio è) e se si scoprono e seguono le leggi universali che ne governano le interazioni. Anche le popolazioni di cellule o individui (ognuno considerato come equivalente agli altri e riassumibile in un individuo "medio" virtuale) sono prevedibili e quindi assoggettabili alla scienza. Al contrario, la persona umana, unica e imprevedibile, merita tutt'al più empatia e ingegnosità, etica ma non tecnologia, prendersi cura ma non curare, assistenza ma non scienza. Questa posizione non è soltanto una sfida etica: essa è anche un errore epistemologico e scientifico. Ciò nonostante la deriva biologica della medicina clinica continua ad arrecare preoccupanti conseguenze ai più vari settori della vita civile. Contrastare la decadenza della medicina clinica nel suo insieme forse è possibile anche rivitalizzando le poche specialità "iatriche" esistenti e creandone di nuove basate sui bisogni delle persone, non sulle loro parti corporee. Tuttavia questo richiede sforzi coraggiosi di riorganizzazione delle politiche di ricerca, formazione e sanità.

Parole chiave: Specializzazioni mediche, Modello scientifico, Formazione.

Summary

The names of Medical Specialties are rooted in ancient Greek and reveal the degree of adherence to the contemporary scientific model. In the western world most of the official Specialties are labelled by the "logist" suffix. This comes after logos= word, reason, rationality and marks the understanding of the causal mechanisms linking the body parts, no matter whether organs or molecules (Neuro-logist; Endocrino-logist). The "surgeon" suffix (after ergon: making, handicraft) indicates the capacity for concrete manipulation of organs. The surgeon is in fact the one who fixes body parts (ergon) with his/her hands ("sur" comes after cheir=

hand). But what about the few Specialties that are still labelled by the "iatrist" suffix (such as Psychiatrist; Physiatrist; Paediatrician; Geriatrician). The "iatrist" suffix comes from the greek iatros, indicating the one who cures the person as a whole. One could term bio-medicine as the "medicine of the parts" and clinical medicine (after clino: to lean - towards the bedridden patient, of course) as the "medicine of the person". Naming these Specialties as Specialties seems more and more an oxymoron because the dominant model is the bio-medical one, a simple variant of the reductionist-determinist model of physical sciences: true knowledge is only possible if body parts (the tiniest the better) are manipulated, and the universal laws governing their interactions are discovered and followed. Populations of cells or individuals (assumed to be equivalent and summarized by a virtual "mean" individual) are predictable and can be object of science. By contrast the human person, unique and unpredictable, deserves empathy and ingenuity at most, ethics and not technology, caring and not curing, assistance and not science. Such a position not only raises an ethical challenge: it is also an epistemic, scientific mistake. Yet, worrying consequences in all sectors of civil life are being brought about by this the biological drift of clinical medicine. Revitalizing the existing "iatrist" Specialties and creating new ones based on the needs of people, and not their body parts, might help to contrast the decadence of clinical medicine as a whole. However, this requires courageous efforts in reorganizing the policies of research, education and public health.

Key words: Medical Specialties, Scientific model, Education.

Cardiologo, chirurgo, psichiatra: tutti medici specialisti. Ma perché sono definiti con parole dall'origine così diversa? Riflettere su queste parole può gettare un poco di luce su molti dei problemi che affliggono medicina e sanità contemporanee. Spesso scavare fino all'origine storica delle parole può farci scoprire il loro significato vero (l' "ètimo"; dal greco etoimos=vero, certo, effettivo; ovvero, se riferito a evento passato: originale). Riscoprire l'etimo può farci riflettere sulla correttezza dell'uso effettivo che stiamo facendo del nome. È possibile che esso abbia assunto ormai più di un significato, generando equivoci. Oppure, è possibile che noi stiamo facendo un uso distorto di un oggetto nato per altri scopi, questi ultimi offuscati dalla pratica ma tuttora richiamati dal nome.

Un caso interessante è quello dei nomi attribuiti alle Specializzazioni cui possono accedere i laureati in Medicina e Chirurgia. Attualmente il nostro ordinamento, fedele a quello Europeo, prevede 50 Scuole che rilasciano, dopo un Corso di Studi di 4 o 5 anni, il Diploma di Specializzazione in... In che cosa?

La tabella 1 elenca l'attuale classificazione italiana. Essa è ripresa dalle normative del Ministero dell'Università e della Ricerca ed è riportata in un mio libro* di riflessione sulla "scientificità" (o meno) della medicina. Si noterà che l'ordinamento prevede una macro-suddivisione in area medica, area chirurgica e area dei servizi clinici. Questa suddivisione mira ad un accorpamento con puri scopi funzionali e non culturali. Infatti l'organizzazione ospedaliera e quindi quella della formazione professionale sono diverse e specifiche per ciascuna di queste "aree".

* Luigi Tesio. I bravi e i buoni. Perché la medicina clinica può essere una scienza. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2015.

TABELLA 1

Indice delle Scuole di Specializzazione, divise per Area, Classe e Tipologia

AREA MEDICA

Classe della **MEDICINA CLINICA GENERALE E SPECIALISTICA**

- Medicina interna
- Medicina d'emergenza-urgenza
- Geriatria
- Medicina dello sport e dell'esercizio fisico
- Medicina termale
- Oncologia medica
- Medicina di comunità e delle cure primarie
- Allergologia ed Immunologia clinica
- Dermatologia e Venereologia
- Ematologia
- Endocrinologia e malattie del metabolismo
- Scienza dell'alimentazione
- Malattie dell'apparato digerente
- Malattie dell'apparato cardiovascolare
- Malattie dell'apparato respiratorio
- Malattie Infettive e Tropicali
- Nefrologia
- Reumatologia

Classe delle **NEUROSCIENZE E SCIENZE CLINICHE DEL COMPORTAMENTO**

- Neurologia
- Neuropsichiatria infantile
- Psichiatria

Classe della **MEDICINA CLINICA DELL'ETÀ EVOLUTIVA**

- Pediatria

AREA CHIRURGICA

Classe delle **CHIRURGIE GENERALI E SPECIALISTICHE**

- Chirurgia Generale
- Chirurgia pediatrica
- Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica
- Ginecologia ed Ostetricia
- Ortopedia e traumatologia
- Urologia

Classe delle **CHIRURGIE DEL DISTRETTO TESTA E COLLO**

- Chirurgia Maxillo-Facciale
- Neurochirurgia
- Oftalmologia
- Otorinolaringoiatria

Classe delle **CHIRURGIE CARDIO-TORACO-VASCOLARI**

- Cardiochirurgia
- Chirurgia Toracica
- Chirurgia Vascolare

AREA SERVIZI CLINICI

Classe della **MEDICINA DIAGNOSTICA E DI LABORATORIO**

- Anatomia Patologica
- Microbiologia e Virologia
- Patologia Clinica e Biochimica Clinica

Classe della **DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA**

- Radiodiagnostica
- Radioterapia
- Medicina nucleare

Classe dei **SERVIZI CLINICI SPECIALISTICI**

- Anestesia Rianimazione, Terapia Intensiva e del dolore
- Audiologia e foniatria
- Medicina fisica e riabilitativa

Segue tabella a pagina 80

Segue tabella 1

Classe dei **SERVIZI CLINICI SPECIALISTICI BIOMEDICI**

- Genetica medica
- Farmacologia e Tossicologia
- Clinica

Classe della **SANITÀ PUBBLICA**

- Igiene e Medicina Preventiva
- Medicina del Lavoro
- Medicina Legale
- Statistica sanitaria e Biometria

Classe delle **SPECIALIZZAZIONI IN ODONTOIATRIA**

- Chirurgia orale
- Ortognatodonzia
- Odontoiatria Pediatrica

Classe della **FARMACEUTICA**

- Farmacia ospedaliera

Classe della **FISICA SANITARIA**

- Fisica Medica
-

Tuttavia se si scava fino all' etimo si scopre facilmente che gran parte delle Specializzazioni sono definite da parole composte almeno da un termine con funzione di aggettivo determinativo e da un nome che lo segue. Di regola l'aggettivo è rappresentato da un organo o da un apparato o da una classe di patologie mentre il nome è rappresentato dal termine "logia" (dal greco logos=parola, ragione, intelletto). "Logia" sta qui a significare studio, comprensione razionale, e quindi anche "logica" nel senso contemporaneo, applicati per esempio al sistema nervoso (Neuro-logia, "logica-conoscenza del sistema nervoso") o alle malattie su base immunitaria (Allergo-logia e Immuno-logia clinica).

Per altre Specializzazioni la definizione evidenzia il richiamo alla manualità riparatrice e risolutiva: "logia" è sostituita dal termine "urgia" (dal greco ergon=lavoro, opera, esecuzione, fatto pratico). Fare con che cosa è spiegato da un termine-avverbiale, "chir" (dal greco cheir=mano). Fare su che cosa è spiegato da uno o più termini che rimandano all'organo o apparato oggetto di chirurgia: come è evidente in parole tri-composte come Neuro-chir-urgia o Cardio-chir-urgia.

Infine vi sono alcune Specializzazioni il cui nome segue una regola del tutto diversa. Il nome non è rappresentato né da "logia" né da "urgia" bensì da "iatria" (dal greco iatròs=medico): Psichiatria, Geriatria, Pediatria, Foniatria. La mia personale Specializzazione figura oggi come "Medicina fisica e riabilitativa" ma il termine adottato comunemente nonché in molti documenti ufficiali è ormai quello di Fisiatria. Anche alcune altre Specializzazioni sono descritte ufficialmente da una definizione allargata ma nel linguaggio comune questa si trasforma in

una "logia". Per esempio "Malattie dell'apparato cardiovascolare" nel linguaggio comune sta per "Cardiologia"; "Scienza dell'alimentazione" sta per "Dietologia", eccetera.

Il termine "iatria" non specifica come si svolga questo curare (con i farmaci o con le mani?) né tanto meno specifica quale organo si voglia curare: si curano persone, vecchi, bambini, disabili psichici e disabili motori e/o cognitivi. Nelle logie o nelle urgie vi è la possibilità teorica di guarigione dalla malattia-causa. In tutte le iatrie (tranne forse la Pediatria) si può aspirare al massimo ad un migliore equilibrio funzionale: si curano esiti di malattie ormai trascorse (emiparesi post-ictale? Lesione del midollo spinale? Protesi di ginocchio? Stress post-traumatico?) o conseguenze di patologie croniche per ora non eradicabili (sclerosi multipla? Distrofia muscolare? Schizofrenia?). La *libido sanandi* (brama o mania guaritiva: anche l'etimo latino dice la sua) non rientra nella *forma mentis* degli iatri.

Nella tabella 1 compaiono alcune Specializzazioni che sembrano deviare rispetto a questa classificazione. Tuttavia con qualche riga di argomentazione in più si potrebbero ricondurre tutte all'ovile.

Ora, il termine "iatria" sembra contraddittorio rispetto al concetto stesso di Specializzazione. Per continuare a giocare con la lingua greca potremmo dire che iatria e specializzazione sono davvero ossimori, ovvero parole in paradossale contrapposizione (oxis=acuto, moron=ottuso; in senso sia geometrico sia figurato). Ossimori, per capirci, sono le astute "convergenze parallele" nate nel linguaggio politichese italiano agli inizi degli anni '60 ma anche -su un altro livello- la "Vergine madre, figlia del tuo Figlio" di dantesca memoria. Gli ossimori, però, nascono sempre per alludere a una qualche verità tutt'altro che paradossale. Cerchiamo dunque di capire l'ossimoro dello iatra specialista.

Lo "iatra" sembra una figura professionale generica o quanto meno nebulosa. All'uomo della strada non è ben chiaro di che cosa egli si occupi. Passi per Geriatria, Pediatria e Psichiatria: per quanto le competenze appaiano general-generiche, per lo meno il limite di età e il limite fra mente e corpo sembrano delimitare in qualche modo i territori (benché delimitare sia davvero un eufemismo in entrambi i casi).

Ma che cosa si può dire nel caso della Fisiatria (sulla Foniatria farò un cenno in seguito)? Qui la nebbia si fa fittissima. Chiedete all'uomo della strada "chi è il fisiatra?" e otterrete risposte imbarazzate e discordanti. Addirittura riesce difficile riconoscerne la natura di medico specialista, rispetto alla natura di tecnico della riabilitazione (attualmente: laureato in fisioterapia o altre discipline connesse). Perché? Perché nel termine Fisiatra non si ritrovano né "logia" né "urgia" e quindi nemmeno un organo-apparato né la manualità rivelata da "chir". Viene spontaneo riconoscere nella Fisiatria la cugina di campagna della Chirurgia ortopedica (fisiatra è un ortopedico che non opera) o della Neurologia (fisiatra è un neurologo che non diagnostica).

Sempre nel mio libro sopra citato (e in articoli più tecnici che lo hanno preceduto) ho cercato di spiegare come “fis” derivi dal greco *fisis*, qui nel senso di “natura”, il mondo esterno nel suo complesso, e ho coerentemente sostenuto che l’approccio fisico sia una forma di “medicina esterna” sulla persona nel suo complesso, contrapposta alla “medicina interna” su parti della persona. Esercizio motorio, esercizio cognitivo, mezzi “fisici” in senso stretto come elettromagnetismo e calore, tutti intervengono dall’esterno sulla persona nel suo complesso. Iatria indica il curare la persona senza per questo rinunciare alla logia né alla urgia. La logia si applica anche alla scienza in generale (virologia, vulcanologia); il “fare e forgiare” sottende anche il termine “metallurgia”; la iatria usa logia e urgia ma con mezzi e scopi adatti alla persona nel suo complesso. La fisiatria usa l’esercizio per ridare autonomia locomotoria; usa terapie elettromagnetiche per ridurre la percezione di dolore eccetera. In poche parole, questa disciplina non è né “olistica” né “tuttologica”: essa si occupa con metodi propri e specifici del “funzionamento” della persona nel suo complesso, della sua relazione con il mondo circostante inclusivo di altre persone. Essa è “medicina esterna”. La relazione si attua quasi sempre attraverso movimenti, insegnati o imposti. Se sono attivi essi sono eseguiti da muscoli striati posti nelle più varie sedi (in una gamba, nell’addome, nelle orbite) e controllati dal sistema nervoso. Se si usa la prospettiva della relazione fra la persona come unità indivisibile e l’ambiente appare subito evidente la stretta parentela che la Fisiatria ha con la Psichiatria ed anche con la Foniatria. La Psichiatria si occupa di percezioni e comportamenti della persona nel suo complesso (“io” sono depresso; “io” sono bulimico, “io” sono paranoico). La Foniatria è focalizzata sulla capacità comunicativa. Si occupa di deglutizione e di deficit dell’articolazione di suoni (sempre di laringe-faringe-bocca si tratta) ma anche della coordinazione neurologica di respirazione e fonarticolazione e della capacità di dare significato a suoni e comportamenti (per esempio con linguaggio verbale e non verbale). In ogni caso non vi è un singolo particolare organo bersaglio: i bersagli sono cose che io sento e faccio.

La parentela è più stretta all’interno della triade Fisiatria, Psichiatria e Fisiatria rispetto a quella che lega la triade alla diade Pediatria e Geriatria: in questa ultima assume maggiore rilievo l’intervento “d’organo”. In ogni caso tutte le iatrie condividono la necessità di mirare alla relazione persona-ambiente utilizzando in misura rilevante specifici approcci “fisico-esterni” sul paziente quali il colloquio e l’insegnamento (motorio o cognitivo o comportamentale qui poco importa), di regola estesi ad altre figure tecniche (per esempio fisioterapisti e logopedisti) e ai *caregivers* (familiari o badanti). Questo non esclude affatto, ben inteso, che in quanto medico lo “iatria” sappia e debba usare appieno anche le risorse *logiche* e *urgiche* della medicina “interna”.

Pur tuttavia, non ci nascondiamo dietro un dito: l’ossimoro della “specialità non specialistica” non è certo vincente nell’inconscio collettivo di psicanalitica memoria. Sempre nel citato libro ho ben documentato, credo, come indicatori

di successo scientifico, di prestigio sociale, economici ed anche di investimento accademico abbiano storicamente privilegiato i logi e gli urgi rispetto agli iatri. Il processo è tuttora in corso, è internazionale e viene da lontano. La sua origine è intimamente scientifica e solo secondariamente politica. Il modello scientifico dominante, nato nel '600, vede nella loggia lo studio di parti (organi, molecole, atomi, particelle subatomiche) e la definizione di leggi universali che consentano di prevederne il funzionamento. Si parla infatti di modello "riduzionista-determinista". In una versione estremista (che non credo sia ortodossa, ma che certamente lotta per prevalere) ciò che ci appare, il fenomeno, è visto con sospetto come potenziale finzione, illusione, menzogna: la verità sta dietro e non c'è limite alla sua profondità. Dietro la persona, le sue percezioni e i suoi comportamenti ci sono i suoi organi, le sue cellule, i suoi atomi e oltre. Il modello ha dato risultati strabilianti ed è irrinunciabile: tuttavia la sua interpretazione estremista trattiene al palo le discipline che hanno per oggetto il fenomeno umano, declassato a finzione. In medicina (in fondo una semplice variante rispetto alla scienza in generale e al suo sub-modello biologico) occuparsi di "fenomeni" invece che di "cause" è considerato poco "logico"; occuparsi di metodo, di dialogo, di didattica invece che di singoli contenuti e di parti anatomiche è considerato poco "urgico". La loggia e la urgia si ispirano alla metafora dell'uomo-macchina (fig.1) e promettono, almeno potenzialmente, guarigione e immortalità: tutte le macchine sono, prescindendo dai costi, riparabili indefinitamente. La iatria promette tutt'al più un miglioramento transitorio nell'adattamento all'ambiente: i suoi pazienti forse migliorano ma la patologia in quanto tale resta pur sempre obiettivo primario di logi e urgi oppure, se è trascorsa o incurabile, comunque non è eliminabile. La iatria non sembra rivolta alle "vere cause" che sono interne alla persona e quindi essa appare tutt'al più palliativa e sintomatica (aggettivi subdolamente dispregiativi): insomma, non è vera scienza.

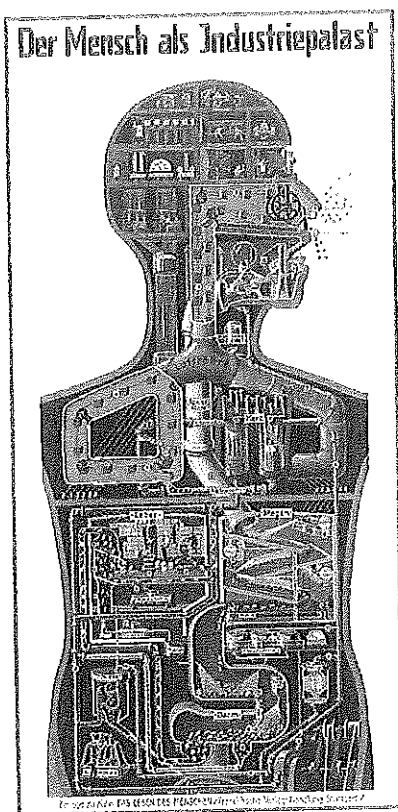


FIG. 1 - *Der Mensch als Industriepalast*. Fritz Kahn, 1927.

"L'uomo come officina" è forse la più famosa immagine del medico tedesco Fritz Kahn (1888-1968). Divulgatore visionario e appassionato della fisiologia umana, nei suoi disegni ha estremizzato la metafora dell'uomo-macchina (riproduzione autorizzata).

Da qui la mia metafora, che dà titolo al libro, della contrapposizione fra “bravi” e “buoni”: i più buoni ma meno bravi sono gli iatri, ovviamente.

Veniamo ora alle conseguenze pratiche della “buonizzazione” degli iatri. Da più parti si sente levare un grido di dolore per la perdita di qualità della relazione inter-umana medico-paziente. La relazione è ben più che un atto dovuto di umana solidarietà: essa è fondamentale per generare informazioni e aderenza alle prescrizioni. Poiché essa avviene fra due persone intere essa presuppone iatria. Tuttavia la componente iatrica della Medicina è tempo perso se si considerano scienza soltanto le componenti logiche o urtiche. La relazione interpersonale sarà pure un’attività eticamente encomiabile e socialmente utile ma essa non sembra meritare i costi della medicina contemporanea. La iatria è l’area di specializzazione con il più alto concentrato di medicina “clinica” (dal greco *klino*=mi chino, oppure *giaccio*, rispettivamente da medico o da paziente ma comunque sul letto di malattia). Nella misura in cui resta iatria, tutta la medicina clinica dovrebbe sparire e fondersi con la bio-logia lasciando alla sanità (che si occupa di popolazioni, non di singoli individui) il compito di fissare norme che ottimizzino il flusso dei servizi, dalle vaccinazioni alle tariffe ospedaliere. Al “welfare”, all’area “del sociale” resti tutto ciò che attiene la persona unitariamente intesa.

Poiché la realtà non si lascia deformare indefinitamente da letti di Procuste ideologici il malato cerca sempre uno specialista che si comporti da iatra personale. E lo vuole “scientifico”. Se la ricerca è o appare infruttuosa essa trova sfogo in mille modi. Per esempio essa sfocerà nell’adesione non sempre ben meditata di pazienti (e di non pochi medici) a “medicine complementari”; nella crescente insoddisfazione dei medici per un’applicazione meccanicistica e oppressiva delle “linee guida”; nella crescita della “medicina difensiva” e dei conflitti medici-infermieri; nella conflittualità evocata dai problemi etici sollevati dal fine vita, eccetera. Posso facilmente argomentare che almeno una dozzina di questi macro-problemi sono riconducibili in poche mosse al problema del calo di identità scientifica della medicina clinica. Ciò che la gente intende per medicina ha ormai penalizzato gli iatri, ovvero i clinici in generale, a favore di una esplosione di logi e urgi sempre più parcellari. Questa non è cattiveria né un crimine. È molto peggio: è un errore (citazione rubata ma efficace). Molti dei problemi che affliggono medicina e sanità contemporanea sono riconducibili a una scarsa riflessione sul modello scientifico della medicina (sul suo paradigma, come è ormai di moda dire) e vengono ricondotti frettolosamente a problemi etici o economico-politici. A mio avviso questi ultimi non sono risolvibili se prima non ci si mette d’accordo sul significato delle parole che fissano le regole del gioco.

La decadenza degli iatri prelude alla decadenza della intera medicina clinica e quindi del medico in generale a favore del biologo, del gestore sanitario e del gestore socio-assistenziale. Lo iatra si è scelto a priori un’area specialistica (sperando che l’ossimoro regga) particolarmente esposta al declassamento buoni-

stico, ma logi e urgi non dovrebbero comunque dormire sonni tranquilli. Il divorzio fra scienza e assistenza, come una pervasiva frattura sulla superficie di un lago ghiacciato, raggiungerà presto anche loro. Prendiamo per esempio i cardiologi. Si va divaricando sempre più la specializzazione sul campo fra chi si occupa di cronico scompenso cardiaco invece che di risolutiva cardiologia interventistica idraulica o elettrica: La variazione fenotipica già prefigura una mutazione genetica che differenzierà presto la Specie in card-iatri e cardio-logi. Fra i chirurghi coloro che si occupano di chirurgie non guaritive-non sostitutive avranno sempre più difficoltà nel mantenere posizioni scientifiche e socio-economiche competitive rispetto a colleghi molto più risolutivi. Per esempio agli occhi del sistema sanitario la chirurgia oncologica nell'anziano appare molto meno "produttiva" (in termini di rapporto ricavi-costi e di produzione di cosiddetti "anni con buona qualità di vita") rispetto alla chirurgia protesica ortopedica o cardiovascolare nell'adulto.

Fine del lamento: si può sperare in qualche idea costruttiva?

Se è vero che il problema è scientifico bisogna farsi venire qualche idea relativa a ricerca, formazione e assistenza. Come ho argomentato estesamente altrove la politica della ricerca dovrebbe iniziare a premiare tematiche più comportamentali e meno biologiche. Prendiamo per esempio (come io feci 22 anni fa) le "etichette bibliografiche" di alcune fra le principali malattie neurologiche invalidanti, ovvero i termini di Ictus, morbo di Parkinson, Sclerosi Multipla, Demenza, Atassia, Trauma cranico. Ancora oggi interrogando le principali banche-dati bibliografiche si riscontra facilmente che circa il 5% delle pubblicazioni scientifiche censite sono classificate anche con la parola "riabilitazione": davvero poco, visto che il costo umano e sociale di queste condizioni è dovuto soprattutto alla disabilità cronica che ne consegue. Questo cambio di prospettiva richiederebbe una valorizzazione di disegni sperimentali e di tecniche statistiche mutuata da psicologia, pedagogia, sociologia e in generale dalle cosiddette "soft sciences": nelle quali l'aggettivo, ahimé, già è uno stigma che trasuda prevenzione e disprezzo.

La formazione del medico è troppo ancorata al vecchio progetto di un laureato unico e totipotente in "medicina e chirurgia" il quale potrà poi scegliere indifferentemente una delle 50 specializzazioni praticabili. Forse è ora di concepire percorsi differenziati, o almeno orientati fin dall'inizio ad una di tre aree di specializzazioni: una per le parti, una per la persona, una per la comunità.

A valle delle discussioni teoriche il modello scientifico e formativo in Medicina si giudica dai suoi concreti frutti assistenziali. La sanità dovrebbe riorganizzarsi non soltanto per unità di offerta (unità operativa di Cardiologia, di Oculistica, di Pediatria..) ma anche per omogeneità di bisogno (instabilità clinica; disabilità motoria, cognitiva o mentale; terminalità; comorbidità e fragilità socio-sanitaria...). Vanno riconosciuti diversi sforzi già compiuti in questa direzione ad opera di Stato, Regioni e singole Aziende ospedaliere: per esempio si devono citare la differenziazione della specializzazione in "Medicina d'urgenza" rispetto

a quelle di Medicina interna e di Anestesia e rianimazione, azione coerente con la realizzazione di specifiche Unità di Medicina d'urgenza; i tentativi (ancora da valutare pienamente) di organizzare i reparti ospedalieri per "intensità di cura" e non soltanto per specializzazione e di creare "dipartimenti" che rendano meno frammentato il percorso ospedale-territorio e più integrate l'assistenza medico-sanitaria e quella socio-sanitaria; la riconversione di molti posti letto "per acuti" in posti letto "di riabilitazione", eccetera. La mia impressione è che questi tentativi siano spinti da una urgenza organizzativo-economica ma che richiedano anche un maggiore supporto di pensiero intrinsecamente scientifico. Nei suoi rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale l'Università dovrebbe farsi sentire ed essere sentita di più. L'idea che la sanità possa far migliorare la medicina è giusta, ma parziale. È vero anche il contrario. Quale medicina vogliamo per questa sanità?

Il tentativo di ricondurre ad unità secondo criteri "di bisogno" l'offerta sanitaria presuppone anche medici specialisti e non soltanto laureati in altre materie cliniche o sanitarie, formati "per bisogno". Va accettato che anche il "bisogno della persona", e non soltanto l'organo, è meritevole di specializzazione medica. Servono medici specialisti che siano dirigenti di queste particolari unità operative (o servizi o dipartimenti che siano) e che non siano rimpiazzati da, né trasformati in, consulenti chiamati a domanda da logi, urgi o da figure con ruoli organizzativi e gestionali trasversali, come il coordinatore infermieristico o i medici di direzione sanitaria. I declinanti iatri vanno valorizzati; dove sono culturalmente carenti vanno formati; dove non esistono vanno inventati.

Non ci sono scorciatoie all'investimento scientifico e formativo sui medici clinici: gli iatri devono essere medici sempre più tecnicamente bravi e non soltanto buoni. La iatria non ha bisogno di rifugiarsi fra le medicine complementari (o alternative che dir si voglia) né ambisce ad essere angelicata attraverso il classico *promoveatur ut amoveatur* a "molto più che scienza, anzi arte" (ovvero non-scienza). Se la iatria, la più clinica fra le Medicine, diventa quella più etica o più olistica o più artistica ma resta quella meno scientifica la guerra è perduta. Ma alla fine chi vorrà davvero farsi curare da un biologo?

◦ **LUIGI TESIO**

Medico, fisiatra e professore ordinario di Medicina Fisica e Riabilitativa presso la Università degli Studi di Milano. Dirige il Dipartimento di Scienze Neuroriabilitative dell'Istituto Auxologico Italiano, IRCCS. Il suo percorso scientifico inizia nel 1976 presso l'Istituto di Fisiologia umana ove si perfeziona in neurofisiologia spinale e in biomeccanica del muscolo e della locomozione. Collabora poi con il Centro di Bioingegneria (fondazione don Gnocchi/Politecnico di Milano). Nel 1984 inizia il suo percorso clinico riabilitativo attraverso l'Istituto di Riabilitazione Geriatrica Pio Albergo Trivulzio e l'Ospedale San Raffaele in Milano, la Fondazione Salvatore Maugeri in Pavia, e infine -dal 2003- l'Istituto Auxologico in Milano. I suoi campi di interesse principali sono il controllo del movimento volontario, dell'equilibrio e del cammino nelle neurolesioni, la misura di outcome funzionale e la psicometria, la metodolgia ed epistemologia medica. È autore di oltre 100 articoli su riviste internazionali.

Istituto per l'Analisi dello Stato Sociale

autunno 2016

L'Arco di Giano



89

RIVISTA DI MEDICAL HUMANITIES



Il dovere di "salvare" il SSN. Analisi, proposte, speranze

A CURA DI ANNA BANCHERO

Poste Italiane S.P.A. - Spedizione in Abbonamento Postale - DL. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n. 40) art. 1 comma 1 DCB - Roma

SCEDITRICE

ISSN 1721-0178