

Intervista **Alessandro Pagnini**

A cura di Matteo Borri*
Matteo.Borri@unige.ch



Alessandro Pagnini laureato in Storia della Filosofia con Paolo Rossi, dal 1986 è direttore del Centro Fiorentino di Storia e Filosofia della Scienza. È vice-direttore della rivista filosofica *Iride* (Il Mulino) ed è co-direttore e fondatore della rivista *Medicina & Storia* (Iniziative Sanitarie). È collaboratore del dossier domenicale de *Il Sole 24 Ore*. È Fellow del Pittsburgh Center for Philosophy of Science

- 1. Oggi si registra da parte dei filosofi un grande interesse nei confronti della medicina in relazione a molteplici aspetti che vanno dalla importanza delle cure mediche nella società contemporanea a problemi conoscitivi interni alla medicina, come ad esempio la classificazione delle malattie, dalle possibilità offerte dalle NBIC in ambito biomedico agli attuali problemi di carattere bioetico. Tutte queste tematiche in realtà sono state affrontate da lungo tempo. A suo parere quali sono oggi i principali temi di filosofia della medicina?**

In effetti la filosofia della medicina (anche se io preferisco l'espressione più "paritaria" *filosofia e medicina*, che suggerisce l'idea di un'area comune di riflessione, piuttosto che quella dell'applicazione a problemi medici di un sapere già confezionato) ha preso campo in modo rilevante; nei paesi di lingua inglese dagli anni '80, da noi recentemente, seppur ancora con ritardi e scarse attenzioni accademiche (mi auguro che il manuale di *Filosofia della medicina* che sto curando per Bollati Boringhieri aiuti a colmare le lacune di conoscenza specifica che ci sono nel nostro paese; come di recente hanno cominciato a fare anche il testo antologico *Filosofia della medicina* pubblicato da Cortina e *Filosofia e scienze della vita*, curato da Boniolo e Giamò per Bruno Mondadori). In quanto alla varietà degli interessi filosofici chiamati in causa dalla sua domanda, ecco, forse nei diversi casi potremmo articolare meglio la risposta. Per esempio, è certo che la filosofia della scienza (per i problemi della causazione, della probabilità, della riduzione, del metodo, del controllo empirico) trova nella medicina un'occasione assolutamente unica per verifiche e per analisi concettuali raffinate, restando filosofia della scienza o epistemologia, e cioè continuando a porsi problemi generali di metodo e di conoscenza, seppur rapportati a quei casi speciali. Per quel che riguarda la bioetica, invece,

* Università di Bari – Université de Genève



non la considero una disciplina, bensì una sorta di *short term* per indicare l'interesse comune di una serie di discipline e di discorsi concernenti questioni etiche, giurisprudenziali e sociali poste dai progressi della medicina, della scienza in generale e delle biotecnologie. Quindi, in questo caso, non c'è un corpo di conoscenze o di metodi da applicare. Semmai - e in questo sono in parte d'accordo con la sfida di Jonathan Baron in *Contro la bioetica* e con gli opportuni caveat antibioetici di Gilberto Corbellini in *Perché gli scienziati non sono pericolosi* - la filosofia rilevante per quella che si chiama bioetica è la filosofia relativa al *decision making* in condizioni di incertezza, oppure alla descrizione e soluzione dei "dilemmi morali"; con la sola riserva che non vedrei tutto questo come una rivincita secca di un certo utilitarismo contro Kant. L'etica non è materia per esseri ideali o per teorici perfetti, ma per agenti deboli e "storici" quali noi siamo; esseri che comunque (e questa è l'imperitura lezione di Kant) non vogliono perdere di vista l'autonomia dell'individuo, la giustizia delle pratiche sociali e non vogliono compromettere la finalità della crescita della nostra conoscenza (in breve, a proposito di etica, mi interessano problemi di razionalità e di normatività in una prospettiva aristotelica e kantiana insieme, com'è nella recente proposta di Christine Korsgaard).

Per venire infine all'attualità, direi che i temi più importanti dell'incontro odierno tra filosofia e medicina, più ancora che i tradizionali problemi di metodo e di formalizzazione del ragionamento corretto in clinica che hanno tenuto a lungo campo, sono quelli che riguardano il problema mente/corpo e in generale la filosofia della mente (chiamati in causa dalla cosiddetta psicosomatica, o dall'effetto placebo, ma anche dalla riconosciuta realtà "biopsicosociale", per dirla con la felice formula di Engel, della medicina nel suo complesso).

2. Da sempre uno dei temi sviluppati intorno alla medicina è quello relativo alla domanda se questa sia o meno una scienza. Se da un lato scuole di pensiero hanno concepito la medicina come percorso sperimentale nel senso di una metodologia scientifica, è anche vero che molti medici ritengono limitativo definire la medicina come una vera e propria scienza. Svariati autori sostengono in particolare che la medicina è cosa diversa dalla scienza. Secondo lei quale è il limite (confine) tra prassi medicina e scienza?

È vero. È appena uscito un libro provocatoriamente intitolato *La medicina non è una scienza* di Giorgio Cosmacini; dove si sostiene che la medicina in realtà è "una pratica basata su scienze e che opera in un mondo di valori", una *téchne* che ha l'*anthropos*, l'uomo, come fine ultimo. Io credo che alla base di tante considerazioni su quanto la medicina debba essere "scienza" e quanto debba invece essere "umanità", ci sia una radicale dicotomia da noi, in Italia, difficilmente estirpabile quanto insidiosa: quella tra materia e spirito, per dirla brutalmente, o tra naturalisti e antinaturalisti, per aggiornarla a un gergo meno compromesso con categorie di un secolo fa. Il discorso qui si farebbe molto lungo e complesso. Io dico solo che esiste un atteggiamento, una *forma mentis* scientifica per avvicinare qualsiasi tipo di oggetto, così come vi è una visione "culturale", umanistica, retorica (la distinzione ce l'ha magistralmente insegnata qui a Firenze Giulio Preti). Personalmente non ho dubbi che i problemi e gli "oggetti" della medicina debbano essere avvicinati con una mentalità scientifica. Una domanda plausibile e interessante è, semmai, se un programma di ricerca di tipo "riduzionista" possa ancora essere legittimamente sostenuto. La pratica della ricerca biomedica ci dice di sì (mi limito qui a rimandare ai fondamentali lavori sul riduzionismo in medicina di Kenneth Schaffner). Ma, in ogni caso, scienza non vuol dire *tout court* riduzionismo. Nei vari ambiti della medicina (dalla anatomopatologia, all'epidemiologia, alla clinica), sia che si cerchino correlazioni e regolarità, sia che ci si occupi di cause e "meccanismi", sia che ci si preoccupi semplicemente di "curare", usiamo forme di ragionamento disciplinate dalla logica e da



considerazioni di probabilità, e teniamo conto, per quanto possibile, di tutta l'evidenza disponibile. Questo è fare scienza, scienza umana o sociale come scienza naturale. L'atteggiamento opposto, sin dai tempi del *Methodenstreit*, è quello di chi ritiene che le discipline umane (allora le insignivano ancora del titolo onorifico di "scienze", oggi se lo si fa si è subito tacciati di "scienziati") siano essenzialmente *sui generis*, un ambito di oggetti non naturali costituiti da valori e interessi. Ritengo pericolosa (e davvero sconsideratamente "riduzionista" alla rovescia) la cosiddetta svolta ermeneutica o narrativistica in medicina, e continuo a guardare anche ai valori e agli interessi con uno sguardo privilegiatamente "scientifico" (memento sempre la lezione di *Retorica e logica* di Preti).

3. Ma vi sono, nell'ambito più generale delle scienze (bio)mediche, degli aspetti epistemologici che lei ritiene più rilevanti?

Ritengo che tutto in medicina (per non dire in biomedicina) sia *epistemologicamente* rilevante. Anzi, date certe inclinazioni (troppo) umanistiche di oggi, diventa urgente ribadire la centralità dei problemi della conoscenza anche quando si tratta di cura o di prendersi cura. Spesso si dice che la medicina è una "pratica" che ha come finalità il benessere del paziente; e che dunque, in un certo senso, la conoscenza è solo strumentale e caso mai "di servizio", ma non essenziale. Molti non si rendono conto che quando nel rapporto di cura provocatoriamente parlano, per esempio, di "storie che curano" (intendendo che non importa spiegare, o conoscere i meccanismi e le cause ecc.) non fanno altro che avanzare una ipotesi causale, che come tale va controllata e valutata come tutte le ipotesi che hanno un valore conoscitivo.

4. Un tema che ritengo particolarmente interessante è quello relativo alla classificazione nosografica delle varie forme patologiche, ciò che comunemente viene espresso con l'accezione inglese *to frame a disease*. Seppur in maniera distinta per ogni ramo specialistico della medicina, le "fasi" che portano alla costruzione di uno specifico sapere medico mostrano punti di somiglianza nelle loro dinamiche e rapporti interni. Un aspetto particolare è dato dalla "oscillazione" tra particolare e generale. Può farci degli esempi a riguardo, anche riferendosi a branche diverse della medicina?

Sono d'accordo che quello della classificazione in medicina sia un tema particolarmente rilevante, e senz'altro *filosoficamente* rilevante. L'informatica medica, la bioinformatica, la genomica, la proteomica, per non dire della psichiatria, hanno alla base complesse questioni di ontologia e di metodo tassonomico. Tra l'altro, tutto questo coincide oggi con un forte ritorno di interesse per l'ontologia e la metafisica in filosofia. E non vi è assolutamente dubbio che, dagli anni '50, le importanti questioni relative al "normale/patologico", per esempio, siano state un fertile terreno in cui si sono confrontate "metafisiche influenti" (basti pensare a Canguilhem, e poi ai più recenti confronti tra le teorie di Boorse, incentrate sul concetto di un progetto specie-specifico, quelle "personalistiche" di Whitbeck-Pörn e quelle di Nordenfelt, incentrate sul concetto di "benessere" finalizzato non alla sopravvivenza ma alla felicità). Una sola cautela con l'ontologia legata ai problemi di tassonomia: troppo spesso si dà come per scontato che le tassonomie siano *convenzionali*, e riguardino soltanto relazioni tra concetti in uso in un determinato ambito di ricerca. In realtà, non si possono scindere questioni di ontologia da questioni epistemologiche. Le sole ontologie costruite per un uso informatico hanno come unica finalità un'efficiente comunicazione e un'utile trasmissione di conoscenza, e perciò si limitano a parlare di concetti. Le altre in uso nei laboratori e nella ricerca sono vincolate alle più generali norme di costruzione teorica e di controllo empirico delle teorie, e



dunque hanno a che fare con il *mondo* (con l'osservazione, con le evidenze) e non con i significati (l'interessante sfida "storicista" di Hacking al realismo, relativa a malattie psichiatriche transitorie come le personalità multiple, l'anoressia e le fantomatiche sindromi-ombra, non regge come sfida a un realismo di tipo fallibilista). Credo che i lavori che lei sta brillantemente portando avanti sulla storia e l'epistemologia dell'Alzheimer siano un esempio che conferma una posizione realista, sia pur cauta e avveduta, in tema di classificazioni e di ontologie (anche il recente *Medicine & Philosophy* di Johansson e Lynøe, oltre a mettere bene in luce la necessità di non tenere separate ontologia e epistemologia, sposa alla fine condivisibilmente una posizione di tipo realista fallibilista).

5. Ricerca clinica e narrazione del caso singolare. Quali sono i rapporti tra questi due aspetti? Secondo lei si può ritenere che esistano livelli diversi di conoscenza in medicina?

Il problema del rapporto tra conoscenza del singolo caso e conoscenza generale è un problema centrale nella riflessione filosofica, tornato in auge anche per la fortuna di alcuni cimenti metodologici influenti, come quello di Carlo Ginzburg relativo al cosiddetto "paradigma indiziario", tra storiografia, filologia, expertise d'arte e medicina. Ritengo che i lavori di un nostro giovane studioso, Carlo Gabiani, costituiscano il punto d'approdo più equilibrato in materia (oltre ai suoi contributi specifici, e per una più ampia prospettiva filosofica di sfondo, vedi il suo *Per un'epistemologia dell'esperienza personale*, recentemente pubblicato da Guerini), mentre il classico *Doctors' Stories* di Kathryn Montgomery resta esemplare come presentazione degli aspetti narrativi della conoscenza clinica. Ritengo utile parlare, in medicina, di livelli diversi di conoscenza, che non si limitano alla tradizionale partizione di sapere-che e sapere-come, o di sapere relativo ai mezzi e sapere relativo ai fini (la differenza aristotelica tra abilità e virtù). Una visione "pluralista" relativamente al metodo, soprattutto in vista del fatto che la medicina non è una scienza come la fisica, bensì un insieme di scienze e pratiche, è assolutamente raccomandabile. Come accennavo prima, quello che trovo poco congeniale ai miei gusti filosofici è un atteggiamento che presupponga "fonti di conoscenza" che non sono quelle per le quali si parla tradizionalmente e consolidatamente di *conoscenza* (è ciò che invece viene spesso surrettiziamente inteso quando si parla di "occhio clinico", di "intuizione" o di "employment narrativo", come se fossero veicoli per una conoscenza *essenzialmente* diversa).

6. Vorrei concludere questa intervista con una domanda relativa al suo manuale di *Filosofia della medicina* che è in corso di stampa. Potrebbe presentarci in anteprima la sua iniziativa editoriale e raccontarci con quale spirito ha deciso di intraprendere questo lavoro?

L'iniziativa nasce da una esigenza oggettiva, da una lacuna avvertibile non solo nel nostro panorama editoriale, ma al momento nel panorama editoriale internazionale: non esiste un manuale di filosofia della medicina a uso di iniziandi e studiosi non specialisti che tenga conto delle frontiere che negli ultimi anni hanno visto filosofi, medici, medici sociali e psichiatri collaborare ravvicinatamente. Potremmo parafrasare il senso del mio manuale con un sottotitolo a effetto: tutto quello che dovrete sapere di filosofia per parlare in modo filosoficamente corretto di medicina. I collaboratori sono tutti filosofi e scienziati cognitivi (fatta eccezione per i due clinici Federspil e Scandellari, peraltro filosofi *ad honorem*, pionieri in Italia di una ricerca filosofica sui fondamenti metodologici e concettuali della clinica, i medici Oprandi e Delvecchio, e Rabitti docente di Diritto privato), che hanno una doppia formazione o



che comunque hanno svolto un training all'estero, dove la preparazione interdisciplinare è più comunemente praticata: Giaretta, Festa, Campaner, Benzi, Gabbani, Aragona, Marraffa, Cavanna, Canali, Cherubini, Civita, Crupi, Di Francesco, Meini, Pedrini, Sinigaglia, Ricciardi, Massarenti, Magni (e, ovviamente, Pagnini). Tutti hanno collaborato all'impresa per mesi, incontrandosi a Reggio Emilia sotto l'egida munifica di Maurizio Brioni e dell'Istituto Banfi; e hanno prodotto un testo che copre interessi di ontologia e metodologia, filosofia della mente e filosofia pratica, diritto e etica; dai problemi di metodo a quelli teorici relativi a spiegazioni e cause, dai problemi della conoscenza in prima persona ai problemi generali della normatività e delle attribuzioni di responsabilità, dalle prospettive della clinica a quelle della medicina evoluzionistica. D'accordo con l'editore, i proventi del volume dovrebbero servire a finanziare ulteriori incontri tra i sempre più numerosi giovani che si dedicano a questi fecondi interessi.

