

## LA GALLERIA

Vi sono analisi e riflessioni sull'uso dei farmaci che è difficile riportare in elaborati tecnici e in valutazioni quali-quantitative di "dati" o "evidenze" scientifiche come spesso avviene in altre rubriche del Bollettino. In questa sezione abbiamo pensato di raccogliere contributi che partano dall'osservazione di un'espressione artistica (come un quadro, una poesia o altro ancora) e che consentano di interrogarci e confrontarci su aspetti presenti e passati legati alle cure mediche.

## The Doctor. Un quadro di Luke Fildes



"The Doctor", Luke Fildes. Tate Gallery, London.

### Un quadro: The Doctor

La mia prima conoscenza dell'esistenza di questo quadro è indiretta, e si deve a un editoriale di Silverman del 1992 su *Controlled Clinical Trials*. L'editoriale è intitolato "Doctoring: from Art to Engineering"<sup>1</sup>, ed è una riflessione sulla trasformazione della medicina nel ventesimo secolo: da un'arte che aveva ben scarse armi terapeutiche oltre alla solidarietà umana a una disciplina con crescenti basi scientifiche e una tecnologia in progressivo sviluppo. Il quadro è esposto in una sala della Tate Gallery di Londra, non accessibile per aggiustamenti in occasione di una mia visita; lo vidi, per la prima volta, riprodotto sulla copertina di un libro di Weatherall intitolato "Science and the Quiet Art", pubblicato nel 1995 dalla Oxford University Press (the Quiet Art è la medicina)<sup>2</sup>.

Weatherall è il primo editor dell'Oxford Textbook of Medicine, oggi alla sua quarta edizione - a mio parere il miglior trattato di medicina esistente. È un quadro con una storia interessante, e stimola chiavi di interpretazione diverse che non sono irrilevanti anche per la medicina di oggi.

### La storia

Nel 1887, Henry Tate commissionò a Luke Fildes, già allora pittore di fama, un quadro per la sua nuova National Gallery of British Art. La commissione non indicava un soggetto, che fu scelto dallo stesso Fildes. La sua scelta può essere interpretata come dovuta a due motivazioni.

La prima: nel 1877 Fildes aveva perduto un bambino, ed era rimasto profondamente commosso dall'umanità e attenzione del medico curante, di nome Murray, verso il figlio morente. Dunque, "The Doctor" ritrae un Dr. Murray, della cui esistenza nell'Inghilterra di un secolo fa il quadro è la sola memoria. La seconda: Fildes era molto vicino al movimento riformista, ed è autore di quadri a forte contenuto sociale (il più noto è "Applicants to a Casual Ward", del 1874). Questa componente della personalità di Fildes è evidente nella povertà della stanza, miseramente mobiliata, nel giaciglio del bambino fatto da due sedie, nell'atteggiamento sottomesso dei genitori. Forse è il caso di ricordare che siamo nell'Inghilterra vittoriana; la povertà, la prigione per debiti, lo sfruttamento dei minori trovano testimonianza nei libri di Charles Dickens (morì 58enne nel 1870); del 1888 sono i delitti mai risolti di Jack lo Squartatore nei sordidi slums dell'East End.

"The Doctor" fu esposto per la prima volta nel 1891, ed ebbe un folgorante successo. Si narra che la moglie del pittore non poté avvicinarsi per guardare il quadro a causa della grande folla che giorno dopo giorno andava ad ammirarlo<sup>1</sup>. Le stampe di "The Doctor" furono presenti per molti anni negli studi medici, negli ospedali e nelle farmacie d'Inghilterra e degli Stati Uniti; "The Doctor" fu riprodotto in francobolli in Inghilterra e negli Stati Uniti; e fu soprattutto grazie alla popolarità dovuta a "The Doctor" che nel 1906 Fildes divenne "Sir" Luke Samuel Fildes. Anche oggi, la popolarità di "The Doctor" non è estinta, come testimonia la scelta di Weatherall di riprodurlo sulla copertina del suo libro.

Contributo pubblicato su *Il giornale italiano di cardiologia pratica*, ottobre 2003, editor Carlo Fernandez (per gentile concessione).

## "The Doctor": alla ricerca di interpretazioni

Il distinto dottore che guarda con aria pensierosa il bambino malato è stato evidentemente chiamato a una visita domiciliare; la luce crepuscolare che entra dalla finestra e dalla lampada accesa potrebbe indicare che è l'alba, o la sera; nelle parole dello stesso Fildes "At the cottage window the dawn begins to steal in the dawn that is the critical time of all deadly illness"<sup>3</sup>. È dunque l'alba. Ma non sappiamo qual è la malattia del bambino, non sappiamo da quanto tempo il dottore è in quella stanza, non sappiamo se il bambino sopravvive o muore. Possiamo però liberamente e arbitrariamente immaginare. Anzitutto, la malattia del bambino certamente è grave; potrebbe essere una polmonite, molto frequente e non raramente fatale alla fine del secolo scorso (in Inghilterra, attorno al 1900 la mortalità per polmonite era di oltre 2.500 per milione e per anno)<sup>4</sup>. L'atteggiamento del dottore fa ipotizzare che egli sia lì da qualche tempo – forse alcune ore; se è l'alba, la lampada accesa fa pensare che la veglia al capezzale del bambino duri dalla notte. Non sappiamo come finisce la storia, ma sappiamo che Fildes aveva perso un bambino, e che il quadro è una sorta di omaggio al medico che l'aveva senza successo seguito. Possiamo perciò immaginare che nella notte la polmonite del bambino fosse arrivata a una crisi, e che il bambino non sia sopravvissuto alla polmonite. Del resto - nel 1891 - contro la polmonite (presumibilmente pneumococcica, la più frequente) il medico era praticamente disarmato. Si usava largamente il salasso: nonostante Louis ne avesse dimostrato già nel 1835 l'inefficacia con una delle prime sperimentazioni mai effettuate<sup>5</sup>, il salasso sopravvisse a lungo, ed era ancora consigliato per il trattamento della polmonite nel 1923<sup>2</sup>. Un manuale Merck dell'epoca (1899) riporta oltre 80 trattamenti disponibili per la polmonite: fra questi, oltre al già citato salasso, le terapie vescicanti ("blistering"), i senapismi, la digitale, il chinino, i salicilati. Se con l'immaginazione trasferissimo all'oggi la vicenda riprodotta nel quadro, la scena sarebbe molto diversa: il bambino sarebbe ricoverato in un reparto pediatrico, il medico indosserebbe un camice e guarderebbe – forse più che al bambino – allo schermo di un monitor che lo informa sulla saturazione di ossigeno, sulla frequenza cardiaca e sulla pressione arteriosa; conoscerebbe dall'esame radiologico l'estensione della polmonite, e dal laboratorio il germe responsabile ed eventualmente l'antibiogramma; avrebbe a disposizione antibiotici efficaci, e, se necessario, interventi rianimatori di emergenza. Queste risorse darebbero al bambino probabilità assai più alte di sopravvivere di quelle che erano all'epoca di Fildes. Eppure, come osserva l'editoriale di Silverman: "i medici


trovano difficile capire un paradosso: riveriti quando erano relativamente inefficaci (come "The Doctor"), essi si trovano sempre più soggetti a critiche oggi, quando per la prima volta sono capaci di cambiare il decorso atteso di tante malattie fatali e inabilitanti"<sup>1</sup>. Forse questo accade perché il possesso e la gestione di tecnologie e rimedi di grande efficacia può trasformare il medico in un "esperto" che ripara o guarisce guasti biologici, ma che ha perso la capacità di vedere il malato come una persona, e di stabilire con lui quel particolare rapporto umano che Spiro ha definito "empatia" ("empathy is evident when I and you become... I might be you")<sup>6</sup>. È esperienza (o impressione) di chi scrive che quando ci si ammala si ha bisogno non solo di sentirsi al centro di un sistema efficace e ben funzionante, ma anche del rapporto di fiducia con un medico per il quale non si è soltanto "un altro caso", ma una persona umana che ha bisogno d'aiuto, per guarire o - al limite - per allontanare la sofferenza. Deriva dalla frequente insufficienza di questo rapporto il crescente ricorso alle medicine alternative<sup>7</sup>, senza basi biologiche, senza prove di efficacia clinica, ma professate da medici (o da non medici) che hanno da offrire, a malati reali o immaginari, più tempo, più attenzione, più (in buona o in malafede) manifestazioni di empatia.

## Qualche riflessione

In medicina come in tutti gli altri campi le medaglie hanno sempre due facce, e questo suggerisce due brevi riflessioni – la prima su "The Doctor", la seconda sui limiti e sui problemi della medicina attuale.

"The Doctor". Se si osserva la costruzione del quadro appare evidente che il centro di essa è il dottore, mentre i genitori sono relegati alla periferia. È stato rilevato (anche qui con qualche fantasia) che questa costruzione riproduce una visione medico-centrica, paternalistica, della medicina. Il medico è il depositario della scienza e della saggezza, e le sue decisioni sono trasmesse a un paziente che le segue, senza conoscerne le ragioni o il possibile risultato<sup>8</sup>. Se questo è uno dei significati del quadro, bisogna dire che esso non è in linea con l'etica medica attuale, i cui principi contengono l'obbligo – per il medico – di rispettare l'autonomia del paziente, di informarlo, e di rispettarne i desideri, in un difficile equilibrio con la responsabilità di decidere le scelte che ritiene migliori<sup>9,10</sup>.

Limiti e problemi della medicina moderna. In un editoriale apparso sul *New England Journal of Medicine* nel 1977, Ingelfinger, allora editor della rivista, presentava in questi termini una visione piuttosto scettica dei benefici e limiti della medicina di allora: si assuma che l'80% dei pazienti ha disturbi auto-limitanti o malattie non miglio-

bili neanche dalla moderna medicina, l'intervento medico, a meno che non sia dannoso, non modifica l'andamento spontaneo di questi pazienti. In poco più del 10% dei casi, tuttavia, l'intervento medico è drammaticamente efficace – sia che il chirurgo ripari ossa o rimuova calcoli, o il medico usi appropriatamente antibiotici, o insulina, o vitamina B12, o il pediatra elimini dalla dieta un alimento che un bambino con deficit enzimatico non possa assorbire o metabolizzare. Ma – ahimè – in un altro 9% – un punto percentuale in più o in meno – il medico può fare una diagnosi o prescrivere una terapia sbagliata, o può semplicemente essere sfortunato; qualunque sia la ragione, il paziente si ritrova con un problema iatrogeno. Così, il bilancio dei conti si conclude marginalmente dal lato positivo dello zero<sup>11</sup>. Rispetto al 1977, epoca di pubblicazione dell'editoriale, le malattie radicalmente migliorabili dalla medicina attuale sono certamente più del 10%. Rimane però un nocciolo duro di malattie non o minimamente modificabili – da un lato i disturbi cosiddetti minori, spesso al limite fra organico e funzionale; dall'altro, molti tumori solidi, l'Alzheimer, molte malattie degenerative. Inoltre, o perché c'è una maggior attenzione al fenomeno, o come conseguenza dell'immissione in commercio di farmaci sempre più attivi, è oggi particolarmente elevata l'incidenza di reazioni avverse a farmaci, che sono tra la quarta e la sesta causa di morte nei pazienti ospedalizzati negli USA<sup>12</sup>, e non sono meno frequenti in altri paesi<sup>13</sup>. Infine, i farmaci non sempre sono così efficaci come riportano trial randomizzati, meta-analisi e linee guida, che subiscono la crescente influenza distorsiva dell'industria e dei conflitti di interesse di ricercatori che ricavano un guadagno finanziario o di carriera dal successo dei farmaci su cui ricercano<sup>14-18</sup>. Rientra nelle funzioni dell'università creare negli studenti la coscienza che, accanto a un'efficacia mai raggiunta prima, la medicina moderna ha limiti e problemi, fra i quali un certo rischio o grado di disumanizzazione. È stato osservato che “gli studenti iniziano la loro educazione medica con un carico (“carga”) di empatia, ma noi insegniamo loro a vedersi come esperti che aggiustano quel che è danneggiato”<sup>6</sup>. Questo modello di educazione medica dovrebbe cedere il passo a un modello diverso, che insegni come l'esercizio della medicina richieda una buona dose di equilibrio fra conoscenze scientifiche e umanità (“empatia”), fra autonomia e responsabilità, fra fiducia nel progresso e cautela nell'adottarne i prodotti. E poiché una immagine si ricorda più di lunghi discorsi, “The Doctor” potrebbe contribuire all'educazione medica illustrando il bisogno di mantenere o arricchire l'umanità iniziale dei giovani studenti. 

**Luigi Pagliaro**

Professore Ordinario di Medicina Interna all'Università di Palermo

#### Bibliografia

1. Silverman WA. Suspended judgement. Doctoring: from art to engineering. *Controll Clin Trials* 1992; 13: 97-9.
2. Weatherall D. *Science and the Quiet Art*. Oxford: Oxford University Press, 1995.
3. Literature, arts and medicine database, disponibile su <http://endeavor.mednyu.edu/lit-med/lit-med-db/webdocs/webart/fieldes50-art.html>
4. McKeown T. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?* Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976. Traduzione italiana di Cottone M, presentazione di Pagliaro L. Palermo: Sellerio, 1978.
5. Louis PCA. *Recherches sur les effets de la saigné*. Paris: Baillière 1835; riportato in: Wade OL. *Adverse reaction to drugs*. London W: Heinemann Medical Books, 1970: 3-4.
6. Spiro H. What is empathy and can it be taught? *Ann Intern Med* 1992; 116: 843-6.
7. Kaptchuk TJ, Eisenberg DM. The persuasive appeal of alternative medicine. *Ann Intern Med* 1998; 129: 1061-5.
8. Brody H. The Family Physician: what sort of person? *Fam Med* 1998; 30: 589-93.
9. American College of Physicians. *Ethics Manual*. 4th Edition. *Ann Intern Med* 1998; 128: 576-94.
10. Loewy EH. *Textbook of Medical Ethics*. Chap. 5. The ongoing dialectic between autonomy and responsibility. New York: Plenum Medical Books, 1989: 67-75.
11. Ingelfinger FJ. Health: a matter of statistics or feeling? *N Engl J Med* 1977; 296: 448-9.
12. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients. A meta-analysis of prospective studies. *JAMA* 1998; 279: 1200-5.
13. Eaton L. Adverse reactions to drugs increase. *BMJ* 2002; 324: 8.
14. Bodenheimer T. Uneasy alliance. Clinical investigators and the pharmaceutical industry. *N Engl J Med* 2000; 342: 1539-44.
15. Angell M. The Pharmaceutical industry. To whom is it accountable? *N Engl J Med* 2000; 342: 1902-4.
16. The invisible hand of the marketing department. *CMAJ* 2002; 167: 5-7.
17. The Lancet. Just how tainted has medicine become? *Lancet* 2002; 359: 1167.
18. Davidoff F, De Angelis CD, Drazen JM, et al. Sponsorship, authorship, and accountability in: *N Engl J Med* 2001; 345: 825-7; *Ann Intern Med* 2001; 135: 463; *Lancet* 2001; 358: 854-6; *JAMA* 2001; 286: 1232-46.

*L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.*