

Carlo Saraceni

Sulla Diagnosi
ricordi e riflessioni

Collana **Psicodiagnostica, Psicoterapia, Psicologia forense**
diretta da *Giuseppe Manuel Festa & Carlo Saraceni*



Alpes Italia srl – Via G. Gatteschi 23 – 00162 Roma
tel. 06-39738315 – e-mail: info@alpesitalia.it – www.alpesitalia.it

© Copyright

Alpes Italia srl – Via G. Gatteschi, 23 – 00162 Roma, tel. 06-39738315

I edizione, 2025

CARLO SARACENI, Medico e Psicologo, già Direttore della Scuola di Specializzazione in Psichiatria e della Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, già Presidente della Scuola di Psicoterapia psicosomatica dell'Ospedale Cristo Re di Roma, Presidente onorario del Corso di perfezionamento universitario di II livello in Psicodiagnostica in ambito Clinico e Giuridico della Pontificia Facoltà di Scienze dell'Educazione "Auxilium", Direttore dell'Istituto Interdisciplinare di Alta Formazione Clinica «IAFeC» di Roma

In copertina: disegno realizzato con l'aiuto dell'I.A. di ChatGPT.

TUTTI I DIRITTI RISERVATI

Tutti i diritti letterari e artistici sono riservati.

È vietata qualsiasi riproduzione, anche parziale, di quest'opera.

Qualsiasi copia o riproduzione effettuata con qualsiasi procedimento (fotocopia, fotografia, microfilm, nastro magnetico, disco o altro) costituisce una contraffazione passibile delle pene previste dalla Legge 22 aprile 1941 n. 633 e successive modifiche sulla tutela dei diritti d'autore.

Indice generale

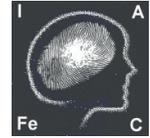
<i>Presentazione della collana</i>	V
<i>Prefazione</i>	VII
<i>Introduzione</i>	XIII
Capitolo 1. Premesse storiche.....	1
Capitolo 2. Le lingue extraeuropee	15
Capitolo 3. Fiaccola o filo di Arianna	19
Capitolo 4. Prima pausa	21
Capitolo 5. Alcuni colleghi	27
Capitolo 6. Quattro domande	29
Capitolo 7. L'Ospedale oggi	33
Capitolo 8. Seconda pausa	37
Capitolo 9. La diagnosi in Chirurgia.....	41
Capitolo 10. La diagnosi psichiatrica	45
Capitolo 11. La diagnosi psicoanalitica	55
Capitolo 12. La diagnosi psicologica	61
 <i>Riassumendo</i>	 69
 <i>Indice degli autori</i>	 73

A Francesca, Davide e Flavio

COLLANA DI
PSICODIAGNOSTICA, PSICOTERAPIA, PSICOLOGIA FORENSE



Alpes Italia – IAFeC
Collana peer reviewed



Direzione:
Giuseppe Manuel FESTA & Carlo SARACENI

La Collana intende promuovere innovazione teorica ed integrazione metodologica nei campi della diagnostica psicologica e della psicopatologia, come pure nell'azione psicoterapeutica.

Il focus si estende alla psicologia forense che sempre più richiede un approccio multidisciplinare (scienze psicologiche, mediche, diritto).

Partendo dall'idea che diversi paradigmi sono utili ad una migliore conoscenza del fenomeno mentale, il prodotto editoriale si rivolge a studiosi e clinici di vari orientamenti teorici.

La *mission*, senza alcuna preclusione dogmatica, è rivolta alla condivisione, confronto, innovazione sui temi relativi al carattere teorico/epistemologico, alla ricerca, alle applicazioni cliniche nella diagnostica dei fenomeni mentali, nel trattamento psicoterapeutico, nell'ampio spettro dell'esercizio psicologico-forense.

I volumi pubblicati in Collana sono sottoposti a referaggio con doppio cieco.

L'Istituto Interdisciplinare di Alta Formazione Clinica «IAFeC» ha come obiettivo garantire la gestione di attività di alta formazione post-laurea nei confronti degli operatori psicologici, medici e della salute in generale, attraverso la strutturazione di eventi a carattere multi-inter-disciplinare.

La struttura si avvale delle competenze di ricercatori, professori universitari e professionisti di lunga e qualificata esperienza di rilevanza nazionale ed internazionale, in stretta collaborazione con Università italiane e pontificie, enti scientifici e strutture sanitarie di eccellenza.

La formazione nei campi della psicodiagnostica, psicoterapia, psicologia giuridica, psicobiologia, neuropsicologia è realizzata mediante l'attivazione di Laboratori, Corsi di Perfezionamento, Master, Scuola di Specializzazione.

Ultimi volumi in Collana pubblicati:

Giuseppe Manuel Festa, Carlo Saraceni (a cura di), *Psicodiagnostica nell'adulto. Immagini e parole* (2020).

Giuseppe Manuel Festa, Carlo Saraceni (a cura di), *Psicodiagnostica nell'età evolutiva. Immagini e parole* (2020).

Giuseppe Manuel Festa, Carlo Saraceni (a cura di), *Strumenti grafici. In Psicologia clinica, Neuropsicologia, Psichiatria, Neuropsichiatria infantile – I Volume* (2022).

Giuseppe Manuel Festa, Giovanni Martinotti (a cura di), *Psicologia e Psichiatria digitali* (2022).

Giuseppe Manuel Festa, Giovanni Martinotti (a cura di), *(Nuove) tecnologie in Psicologia e Psichiatria* (2022).

Giuseppe Manuel Festa, Carlo Lai (a cura di), *Strumenti grafici 2. In Psicologia clinica, Neuropsicologia, Psichiatria, Neuropsichiatria infantile – II Volume* (2025).

Direttori

Giuseppe Manuel Festa & Carlo Saraceni

Segretario di Redazione

Iginio Sisto Lancia

Comitato dei Revisori – Refree Committee

Andrea Barra, Fabrizio Brauzzi, Carola Nannarelli, Caraglia Teresa, Maria Angela Catania, Antonella Di Silverio, Stefania Filippi, Giulia Giovagnoli, Iginio Sisto Lancia, Marco Mancini, Monica Peluso, Daniela Tedeschi, Giovanni Razza

Comitato di Redazione – Editorial Committee

Alessandra Attouchi, Martina Civino, Loredana Maria Colone, Federica De Pasquale, Matteo Manganozzi

Proponi un Libro a: segreteria@iafec.it

Prefazione

Riscoprire il valore della diagnosi, formulata dal clinico anche con l'ausilio di tutte le più avanzate tecnologie, può favorire un rilancio di senso della nostra stessa professione. Significa riscoprire l'autentica intenzionalità di ogni atto medico, ricordando l'esempio e l'insegnamento di tanti Maestri del passato.

Encomiabile, per l'alto valore culturale, la trattazione e l'analisi storica che ne fa in questa opera il professor Carlo Saraceni, affrontando con stile narrativo colloquiale di agevole lettura una tematica di estrema complessità e in continua evoluzione per il rapido mutamento di paradigmi, che riguarda sistemi non solo tassonomici, ma anche organizzativi e assistenziali. Resta comunque intramontabile il valore originario, epistemologico della *dia – gnosis*, intesa come modalità di conoscere l'altro, nella relazione d'aiuto attuata con specifiche competenze professionali, attraverso (come precisa Carlo Saraceni nella sua traduzione, ricordandone l'etimo greco) segni e sintomi che ci parlano di lui, non solo in un dato momento ma anche in una prospettiva storico esistenziale (ciò vale specialmente in Psichiatria). Questo processo di conoscenza implica la necessità di delimitare confini concettuali, attraverso attente operazioni di osservazione, distinzione e denominazione.

Tutta la storia della medicina e la stessa nascita della Psichiatria si sviluppa *tra distinzioni e denominazioni*, identificando, separando entità morbose e dando loro un nome, quasi imitando il Creatore in operazioni simili a quella descritta al capitolo I della Genesi: "...la terra era informe e deserta e le tenebre ricoprivano l'abisso e lo Spirito di Dio aleggiava sulle acque. Dio disse sia luce e la luce fu...separò la luce dalle tenebre e chiamò la luce il giorno e le tenebre notte...".

La scienza moderna ha squarciato molte tenebre di ignoranza e l'intelligenza umana, nei suoi percorsi evolutivi si è avventurata nella conoscenza del mondo.

Il padre della medicina, Ippocrate, liberandola dalle concezioni metafisiche dei filosofi, dava inizio anche ad un'opera di distinzione tra diversi disturbi psichici, denominandoli "Frenite", "Mania" e "Melanconia".

Il pensiero umano, nel corso dei secoli, si è emancipato dalle credenze magico-religiose per approdare a metodologie scientifiche, mai disgiunte da esigenze tassonomiche. Anzi, prima ancora di una conoscenza scientifica delle varie forme di patologia, si avvertì come necessità primaria quella di distinguerle con *diverse denominazioni e classificazioni*.

Come ricorda l'autore di questa pregevole opera, a Francois Boissier de Sauvages va riconosciuto il merito di aver concepito una prima classificazione sistematica delle entità cliniche secondo i criteri usati dal suo amico botanico svedese Carlo Linneo. Nella sua "Nosologia methodica sistens morborum classes iuxta menthem et botanicorum ordinem" del 1768 incluse i disturbi psichici tra le altre infermità,

cercando di riunire, per generi e specie, concetti e nomi preesistenti. Venne così offerta una prima nomenclatura psichiatrica molto eclettica.

Al razionalismo illuministico prima e al positivismo poi era connaturata la pretesa di mettere ordine nella natura e di ritenerla completamente spiegabile con una fiducia incondizionata nel progresso scientifico.

Nasce la ricerca anatomico – patologica per cercare di dare un fondamento biologico a quelle entità nosologiche ormai sdoganate dall'indistinto della follia. Questa resta nell'immaginario collettivo, nella prospettiva ermeneutica filosofica e nella cultura letteraria, ma finisce laddove inizia la diagnosi clinica e la questione nosologica delle distinzioni, con mutevoli confini empirici tra aggregati secondo convenzione, descritti già da Democrito con i suoi *kata nomon*.

Illuminante anche il pensiero di Kraepelin (1856-1926) per il quale la sola sintomatologia clinica non autorizza la formulazione di un'unità morbosa e la malattia psichiatrica va valutata in più "assi" diagnostici: etiologico, anatomico – patologico, sindromico. Precisa Kraepelin: "Se possedessimo delle conoscenze esaurienti su tutti i particolari in uno solo dei tre settori (anatomico-patologico, etiologico, sintomatologico) non solo si potrebbe trovare una classificazione delle psicosi, unitaria e rigorosa a partire da uno qualsiasi di questi settori, ma ciascuna delle tre classificazioni addirittura coinciderebbe essenzialmente con le due rimanenti; proprio questo postulato è il fondamento della nostra ricerca scientifica".

Aggiungeva inoltre: "i casi non chiari sono frequentissimi nella clinica e sono spiegabili per il fatto che il processo morboso non comporta in via diretta una sintomatologia clinica, ma attiva schemi di reazione codificati biologicamente e simili esteriormente, malgrado le origini diverse".

Di straordinaria modernità queste valutazioni, specialmente se consideriamo che sono state espresse oltre un secolo fa, molto prima della nascita delle neuroscienze, dell'epigenetica ed anche dei vari manuali diagnostici

Ancora oggi viviamo sospesi tra il mito della follia (che lasciamo a chi non si occupa di medicina) ed il mito della diagnosi psichiatrica, quando questa viene intesa come unità nosologica fondata sull'etiologia. Mentre le scienze mediche in generale possono risolvere il problema dell'unità morbosa tramite acquisizioni in ambito di eziologia, patogenesi, decorso, dati biochimici, riscontri anatomico-patologici e risposte terapeutiche, in Psichiatria, a fronte dell'estrema complessità della mente umana, oggi ci dobbiamo accontentare di diagnosi convenzionali, che fanno riferimento a un sistema classificatorio descrittivo, ateoretico, anetiologico.

E. Minkowski nei suoi "Annales medico – psychologiques" del 1967, ricordava: "al tempo in cui, nel 1914, ero assistente di Bleuler, per ogni nuovo caso si trovava un cartoncino rosa con una nomenclatura nosologica più o meno convenzionale sul quale bisognava segnare con una croce la diagnosi scelta".

Oggi, invece del cartellino rosa, abbiamo il DSM nelle sue varie edizioni, che vengono frequentemente aggiornate con categorie diagnostiche che appaiono, altre che

scompaiono, altre ancora che migrano... Si chiede al riguardo Umberto Galimberti nella sua opera "I miti del nostro tempo" (Feltrinelli 2009): "Quale è il criterio per stabilire se un disturbo psichiatrico è un'entità reale e riconoscibile e non una diagnosi arbitraria suscettibile di essere derubricata non appena cambi il clima culturale? Cosa significa, ad esempio, che l'isteria spopolava in Europa tra la fine dell'800 e il primo '900 e oggi questa diagnosi è scomparsa? È scomparsa una malattia o è scomparsa semplicemente una definizione psichiatrica?".

In realtà le denominazioni delle categorie diagnostiche possono variare a seconda del clima culturale e di accordi convenzionali tra esperti accreditati, più o meno influenzabili anche da strategie di *mongering*. Talora le categorie sono identificate in base alla risposta terapeutica a specifiche classi farmacologiche (come nel caso del DAP). Altre volte invece spuntano nuove terminologie che identificano comportamenti particolari indicativi di nuove emergenze psicosociali, con cui si manifestano problematiche psicopatologiche già note da tempo. (a livello esemplificativo: *gambling*, sindrome da accumulo, etc.) Al riguardo sosteneva Kant già nel 1700: "C'è un genere di medici, i medici della mente, che ritengono di aver scoperto una nuova malattia ogni volta che escogitano un nome nuovo".

Come antidoto a facili narcisismi è necessaria un'adeguata formazione e una pratica clinica continua per chi voglia occuparsi seriamente di psicologia e di psichiatria. Abbiamo bisogno di terminologie diagnostiche condivise per poter comunicare tra noi, ma queste non devono essere assolutizzate, trionfalizzate o inflazionate. Siamo d'accordo anche con quanto sostiene Nancy Mc Williams: "Le persone sono molto più complesse di quanto prevedano le nostre categorie; quindi, anche la più sofisticata valutazione di personalità può diventare per il terapeuta un ostacolo alla percezione di sfumature cruciali nel materiale unico del paziente. Il processo diagnostico, nonostante i suoi vantaggi, non va applicato al di là della sua utilità".

L'altro rappresenta e propone in effetti un mondo molto più complesso rispetto a quello del suo disturbo tassonomicamente codificabile.

È un mondo di interazioni e implicazioni non solo individuali, ma anche familiari e sociali. È un mondo di bisogni spesso inespressi, di incontri mancati, di laceranti perdite e paradossali contesti tra normalità e patologia. Scrive un grande maestro, recentemente scomparso, Eugenio Borgna, nel suo libro "Il fantasma della psicopatologia" (Feltrinelli, 1996): "In psichiatria non si danno diagnosi se non sindromiche, quindi convenzionali. Non si fa diagnosi di una esperienza psicotica o neurotica sulla base di elementi esterni alla soggettività del paziente e, cioè, sulla base di una fredda e neutrale valutazione dei sintomi che non possono essere intesi e interpretati come indizi e indici di malattia; essendo essi estremamente mutevoli e configurandosi essi come segni che si lasciano capire e decifrare come categorie ermeneutiche di discorso. Non ci sono sintomi lineari e rigidi ma segni immersi nella intersoggettività e nella rete di relazioni sociali".

La scienza postmoderna impone di confrontarci costantemente con il paradigma della complessità tanto a livello epistemologico, quanto in termini clinico-diagnostici ed organizzativo-assistenziali. L'approccio allo studio della mente umana non può che essere sistemico, ovvero comprensivo e non analitico, laddove non tutto è spiegabile. Le interazioni causali non sono lineari bensì circolari e comprendono anche fenomeni di instabilità, di non equilibrio, di irreversibilità e di caos. Se queste da un lato rappresentano un limite alle nostre possibili codificazioni scientifiche e previsioni comportamentali, dall'altra rappresentano la base della libertà umana, tanto a livello individuale, quanto di gruppi e popoli che sfuggono ai sondaggi.

In linea con la prospettiva della scienza postmoderna, che non pretende più di essere onnipotente specialmente dopo il principio di indeterminazione di Heisenberg, la lezione di Jacques Monod e il pensiero di Prigogine, l'inafferrabile mutevolezza del mondo umano, specialmente con gli strumenti di comunicazione di massa, aumenta vertiginosamente le sue distanze dalla presunta inesorabile fissità delle leggi di natura. Non possiamo più avere certezze euclidee, né coltivare utopie positivistiche. Nella relazione d'aiuto siamo aperti alla comprensione dei bisogni complessi dell'altro, ci avvaliamo di molteplici metodologie diagnostiche e risorse terapeutiche, ritenendole sempre utili come strumenti provvisori per incontrare e curare chi è nel mondo della sofferenza mentale. Ma, per farlo, questa sofferenza non può restare indistinta e confusa e, in quanto tale, inavvicinabile nelle dimensioni concettuali dei vari stereotipi, non scientifici, della follia. Abbiamo abbattuto i manicomi perché luoghi di segregazione, dove abitava la follia nella forma dell'indistinto dei bisogni, laddove la custodia e il soddisfacimento delle necessità biologiche elementari era uguale per tutti.

Conosciamo gli incerti confini delle nostre diagnosi cliniche e le accettiamo convenzionalmente per finalità pratiche, in modo temporaneo e dinamico. Ogni *diagnosi* è di per se stessa *riduttiva* poiché consiste comunque in un'operazione di semplificazione convenzionale della complessità che può risultare opportuna quando è utilizzata in modo strumentale, come mezzo, per esigenze operative immediate. Ma se la diagnosi si pone come fine essa può limitare, ostacolare e interrompere il processo conoscitivo. Ce lo ricorda il prof. Carlo Saraceni nella sua dotta trattazione che affronta aspetti storici, epistemologici e metodologici, sostenendo che l'attività diagnostica, di carattere scientifico – professionale, non è mai fine a se stessa. Ci ricorda inoltre grandi Maestri del passato, che ci hanno insegnato anche l'incompletezza di ogni opera. Tra questi Karl Jaspers, che già un secolo fa definiva come uno "sterile giostrare" quel diagnosticare che chiude un processo conoscitivo che non dovrebbe avere limiti. Si riferiva a quella relazione con l'altro in cui si declina la storia di un'esistenza e non si affrontano solo quadri clinici. Anche questi ultimi, per la loro dinamicità intrinseca, non possono essere considerati entità cristallizzate, fisse e invariante. Si chiedeva inoltre: "che cosa diagnosticiamo?". Ricordava che nel corso del tempo è stato risposto a tale domanda con la denominazione di singoli

sintomi, di relazioni particolari, di complessi sintomatici, di relazioni causali e così via, finché l'idea dell'unità morbosa ha dato alla diagnostica il suo proprio senso, grandioso, ma irrealizzabile insieme: la diagnosi deve cogliere un processo morboso che inglobi tutto quello che ha colpito l'uomo e che sta come una unità determinata, accanto ad altre unità determinate. Quando abbozziamo uno schema generale delle psicosi vorremmo ordinare insieme tutti i punti di vista di cui abbiamo parlato singolarmente. Ma in qualsiasi modo facciamo lo schema ci accorgiamo che non va; che classifichiamo in modo provvisorio e forzato; che esistono diverse possibilità, per cui l'ordinamento sia dal punto di vista logico che sul piano reale, riesce sempre discordante". Concludeva Kurt Schneider (1887-1967), a proposito di una famosa e discussa entità clinica: "Questa non è una schizofrenia, posso soltanto dire che questa io la chiamo schizofrenia".

Di questo e di molto altro ci parla egregiamente in questa sua opera il prof. Carlo Saraceni con la passione inesauribile del clinico e l'entusiasmo intramontabile dell'uomo di scienza.

FRANCESCO VALERIANI

Presidente della Società per la formazione in Psichiatria



Introduzione

Mi è accaduto più volte di incominciare a scrivere un articolo senza esplicitarne lo scopo anche se c'era l'intenzione di concorrere al conseguimento di una docenza universitaria, di guadagnare una promozione nella carriera ospedaliera, di comunicare i risultati di un esperimento, di avanzare una proposta teorica innovativa ed altro ancora. Ma adesso, avverto unicamente l'esigenza di giustificare, in premessa, lo spirito di quanto mi accingo a scrivere che, ridotto all'essenzialissimo, è quello di una *riflessione sulla Diagnosi*, parola che è andata incontro, nel tempo, ad una serie di "aggiornamenti" che ne hanno consentito l'applicazione ai contesti più svariati.

È sufficiente consultare il *DIZIONARIO TRECCANI DELLA LINGUA ITALIANA* (2022), *ad vocem*, per rendersi conto che il termine Diagnosi, a partire dall'abituale competenza medica, è stato utilizzato in botanica, politica, finanza, scuola, meteorologia, informatica e persino nella meccanica¹.

Da questo elenco, di per sé impressionante, emerge chiaramente il concetto che la Diagnosi – grazie al suo etimo greco – “dià” (διά) e “gnosis” (γνώσις) – è opera di “conoscenza attraverso qualcosa” (sintomi, dati, osservazioni, dottrina, altro) che comprende la descrizione accurata di fenomeni di varia natura, le ipotesi causali, il contesto di riferimento e le iniziative da intraprendere per intervenire sul fenomeno indicato. Ed è possibile così una prima generalizzazione del concetto che appare relativo al miglioramento di una conoscenza pratica, legata strettamente al “fare una diagnosi”, allo scopo di intervenire su una situazione; ma, apprezzando il valore di queste estensioni, per andare con ordine voglio dire, innanzitutto, che la Diagnosi, anche in Medicina, non è tanto un passatempo e ancor meno un esercizio di virtuosismo scientifico/professionale che mira a impressionare un pubblico di colleghi e pazienti quanto parte di un'operazione decisionale molto complessa, articolata, di solito ma non sempre, nella sequenza “Diagnosi – Prognosi – Terapia”, di stretta pertinenza medica e di grande problematicità, che sarebbe improprio semplificare anche all'interno delle operazioni sanitarie. Infatti se è ben vero – e ne daremo menzione più avanti – che, in Medicina, il primo scopo della Diagnosi è quello, prevedendo lo sviluppo della malattia (Prognosi), di istituire una Terapia, è altrettanto vero che una Diagnosi Psichiatrica può cambiare l'esito di un giudizio penale, civile o canonico e con questi il destino della vita di una persona; allo stesso modo una Diagnosi Psicologica può favorire l'ingresso di un candidato in una carriera come quella militare oppure accedere a nuove nozze dopo un giudizio canonico che ha pronunciato la nullità di un matrimonio con proibizione a contrarne un altro (revisione del divieto con motivi psicologici), come una Diagnosi Clinica può esse-

¹ Chi scrive ha avuto occasione di portare l'automobile in una grande officina per una riparazione ed è stato avviato verso un'area su cui, all'ingresso, troneggiava la scritta “REPARTO DIAGNOSI”.

re fondamentale per prevenire la diffusione di malattie epidemiche, ma anche per giustificare provvedimenti di tutela sociale (pensioni, risarcimenti di danno, altro).

In definitiva possiamo dire che l'attività diagnostica, di carattere scientifico/professionale, non è mai fine a se stessa ma ha sempre uno scopo razionale, spesso non condiviso e, pertanto da esplicitare². È anche vero che in momenti di particolare urgenza può essere indicato qualunque intervento salvavita senza precisazione diagnostica; ma anche in situazioni meno problematiche, come diverse malattie stagionali, si può intervenire con successo senza una diagnosi dettagliata. D'altra parte è anche vero che in casi complessi, se non c'è almeno un'ipotesi diagnostica, non è dato di procedere con ulteriori indagini o terapie molto costose.

È mia impressione che intorno alla Diagnosi, oltre ai problemi tecnici e concettuali, esista anche un alone emotivo, con gli estremi della idolatria e del rinnego, che rende difficile studiarla con distacco ed equilibrio. Il mio punto di vista sarà quello di considerarla come un'attività quotidiana del medico, un'abitudine consolidata dall'uso che a volte rasserena e gratifica, a volte mette in guardia o preoccupa ma non è mai messa da parte. Potrei considerarla una virtù o un impegno esistenziale³ del medico da custodire praticandola continuamente.

Non si può trascurare, comunque, il fatto che, a partire dagli albori della medicina, il riconoscimento delle malattie, comprese le cause, non era il primo interesse del medico e Guglielmo LEUBE, professore a Würzburg, si esprime così:

“Mentre nei primi tempi della medicina pratica, fu coltivata soltanto la parte *terapeutica* di essa, e, sia in base alla tradizione, sia istintivamente, si pensò soltanto a ricercare varie sostanze aventi azione medicamentosa, più tardi si risvegliò a poco a poco anche il bisogno della *diagnosi*⁴.”

2 Tenendo conto che nell'odierna medicina la diagnosi risulta spesso dalla convergenza di numerose indagini di specialisti, non sempre orientate verso lo stesso scopo, potremmo dire che ognuno di questi ha una finalità diagnostica limitata alla specialità. Eccoci al contributo del radiologo, del laboratorista, del genetista, dell'ematologo e altri che operano senza comunicarsi reciprocamente i dati raccolti. Tornerò su questo argomento quando dirò del problema dell'appropriatezza delle richieste.

3 Sto usando il concetto di *virtus* che Ivano DIONIGI attribuisce all'impegno civile dicendo: “A differenza delle abilità tecniche, delle arti, dei mestieri, che possono essere conservati comunque, anche se non esercitati, possono essere appresi e messi da parte, la *virtus* richiede un esercizio perenne e consiste tutta nell'essere praticata: la *virtus* non può prescindere dall'*usus*: a differenza di una professione, o la usi o non ce l'hai”. v. Ivano DIONIGI, *Il presente non basta. La lezione del latino*. Mondadori, Milano, 2021, p. 59

4 G. LEUBE *Diagnostica differenziale delle malattie interne*, Vallardi, Milano, prima ed. 1893, p. XXI. È bene ricordare che all'inizio dell'ottocento avevano grande successo alcuni testi dedicati unicamente alle iniziative terapeutiche. Un esempio è *La Médecine, la chirurgie et la pharmacie des pauvres*. Baillié ed. 1839. L'autore, il cui nome non compare volutamente nel frontespizio ma solo il ruolo di professore di Medicina Pratica a Parigi, dedica il lavoro ai sindaci, ai curati di campagna, alle signore religiose, alle suore di carità e a coloro che si votano per umanità alla cura dei malati poveri e bisognosi. Seguono 450 pagine che sotto il semplice titolo di centinaia di malattie riportano i rimedi più semplici da adottare.

Dello stesso genere è l'opera di Cosimo ASSEGA che pubblica un *Manuale Pratico Patologico-Terapeutico di Medicina Semplice. Ad uso dei seminari, delle scuole elementari, tecniche e femminili e anche dei Comuni agricoli e delle famiglie in generale*. Libreria Editrice Carlo Triverio, Torino, 1886. Un capitolo di una ventina di pagine è dedicato ai Temperamenti, Costituzioni, Sistemi, Caratteri. Di altro livello è l'opera di Pietro ANTONACCI, medico gesuita che pubblica un *Catechismo Medico Ragionato a Complemento del Manuale di Medicina Chirurgia e Farmacia Pubblicato già per Comodo Specialmente delle Missioni Straniere*, Edizione Prima, 1854, Propaganda Fide, Roma. L'Autore, con metodo rigorosamente scolastico, articolato in domande e risposte, tratta delle malattie in generale e specialmente delle infiammazioni (723 pagine); continua con quaranta pagine di riassunto delle prescrizioni terapeuti-

Ma riprendendo il discorso dalla sorprendente e imprevedibile estensione del termine Diagnosi alle discipline che ho ricordato sopra e non avendo dubbi sull'origine dello stesso dalla cultura medica, viene spontaneo chiedersi chi lo abbia proposto. Per questo ho pensato che il modo più indicato per riflettere era quello di mettermi in cammino per strade, mal conosciute e spesso dimenticate, da ripercorrere *en solitarie*, in silenzio e senza un indirizzo preciso. Ed è anche bene che dica subito che non riesco ad affrontare con il necessario distacco emotivo un argomento che mi ha appassionato per tutta la vita scientifica e professionale: di questo non chiedo venia perché senza questa debolezza non avrei neppure incominciato.

Non ritengo di avere individuato lo studioso cui assegnare il merito di avere introdotto questa parola nel contesto delle operazioni sanitarie ma mi sono convinto che il concetto attuale di diagnosi – e con esso l'opera del diagnosticare – sia comparso in Europa nella seconda metà del seicento, quando, nella stessa terra, insieme alle altre scienze empiriche (astronomia, fisica, chimica, altre), ha avuto origine la medicina moderna⁵.

Pertanto, le riflessioni che hanno dato inizio a questo lavoro ritengo siano state ispirate dai grandi medici europei che, dopo una scelta laboriosa, resa tale dalle ascendenze classiche degli autori e dai continui, pregevoli riferimenti alla filosofia, voglio ricordare così⁶.

che e conclude con l'esposizione di cento casi clinici (*storie*) derivati dalla sua esperienza, posti a conferma delle teorie esposte in precedenza corredati dalle iniziative terapeutiche, continuamente modificate a seconda del progresso della malattia.

5 Mi sia concesso di ricordare in nota che Ippocrate si è interessato alla diagnosi come filosofo/scienziato e l'ha concepita come un *momento particolare* della storia naturale della malattia. Il decorso del suo pensiero, in estrema sintesi, sta nella successione di *anamnesi* (come ricordo del passato della malattia), *diagnosi* (come osservazione dello stato attuale) e *prognosi* (da intendersi non come divinazione ma come interpretazione del passato, comprensione del presente e previsione del futuro); ed è questo l'atteggiamento scientifico attuale che prevede la formulazione di un'ipotesi teorico/clinica da sottoporre in seguito a verifica sperimentale.

Un'esposizione lucida, completa, documentata della "questione ippocratica" e del "*Corpus hippocraticum*" si trova nell'opera di Mario VEGETTI, *OPERE di Ippocrate*, UTET, II ed. 1976. Vi ho letto (p. 55) "la suprema espressione categoriale della scienza ippocratica era la prognosi in cui confluivano la comprensione della situazione presente e delle condizioni passate e grazie alla quale, come bene scrive Littré, Ippocrate vide per primo *in ogni malattia, non più una successione di fenomeni bizzarri, disordinati e senza legge, ma una concatenazione in cui ogni fatto, aveva la sua ragione nel fatto precedente*".

6 Ho deciso di riferirmi solo al pensiero medico ma non voglio trascurare, accanto al nome dei Maestri e delle Università dove hanno insegnato, il ricordo degli editori, come quelli italiani di Venezia, Pavia, Napoli, Roma, Padova, che ne hanno curato la pubblicazione; ancora oggi le loro opere, a distanza di secoli, si leggono facilmente e con piacere. Considero, dunque, le Università e gli Editori come i centri da cui si è irradiata in Europa e poi in tutto il mondo la cultura diagnostica di cui mi sto occupando. Non mi riferisco unicamente al pregio grafico delle opere, di puro interesse antiquario, ma piuttosto all'attivismo culturale di tali editori che, esattamente come al giorno d'oggi, avvertita l'importanza di uno scritto, ne curavano immediatamente la stampa, la traduzione, la diffusione consigliando anche gli autori su come comportarsi nella stesura del lavoro.

Eccone un esempio del primo ottocento: "Fu il libraio BROSSON quello il quale poté indurre Pinel a trattare delle febbri essenziali, siccome costumavano gli antichi medici; egli fece nascere in Pinel timore intorno al successo del suo libro e dell'odio dei suoi colleghi. Quel grand'uomo ebbe tal debolezza da arrendersi al pusillanimo consiglio." v. LEONE ROSTAN, *Corso di Medicina Clinica*, Prima edizione Italiana, Sansone COHEN, Firenze, 1837, p. 16, in nota (1).

Desidero ringraziare tutti i colleghi che mi hanno fornito il loro parere sull'argomento della diagnosi, in particolare quelli di madre lingua non italiana come Giorgio KADAVUNKAL, Hakan GEREROGLU, Isaac FLAISHMAN, Liyan XIAO, A. NISHIMURA.

Il mio ringraziamento particolare va al Dottor Massimo RIDOLFI per l'aiuto prezioso che mi ha dato, in diverse occasioni, per comprendere le diagnosi di dimissione (ICD, DRG) in ospedale.

Esprimo infine anche la mia sincera gratitudine alla Dottoressa Carola Nannarelli che ha incoraggiato il mio lavoro, letto con attenzione il testo e preparato un indice ragionato che ho deciso di non riprodurre.

Con gratitudine pari all'affetto desidero ringraziare il Dottor Giuseppe Manuel Festa per la continua, instancabile assistenza che mi ha fornito nella preparazione editoriale di questo lavoro.