



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

ATTI DEL WORKSHOP

MEDICINA E DINTORNI
ANTROPOLOGIA, ETICA, STORIA, FILOSOFIA
E COMUNICAZIONE

BOLOGNA 11-12 MAGGIO 2012

La pubblicazione di questi atti è
realizzata grazie al contributo di:



FONDAZIONE DEL MONTE

1473



		INDICE
Una nota antropologica al rapporto medico-paziente <i>Donatella Cozzi</i>	VI	
Antropologia medica e diritto alla salute. Dinamiche politiche e disuguaglianze socioeconomiche <i>Giovanni Pizza</i>	VIII	
Medicina e processi migratori: la sfida e le proposte dell'antropologia medica <i>Ivo Quaranta</i>	X	
Norme etiche e norme giuridiche nella relazione medico paziente <i>Carla Faralli</i>	XII	
Dall'etica medica alla bioetica: un cammino accidentato <i>Sandro Spinsanti</i>	XIV	
L'etica dell'organizzazione in sanità e i rapporti con l'economia <i>Alfredo Zuppiroli</i>	XVIII	
Uno sguardo al corpo nel pensiero medico <i>Giorgio Cosmacini</i>	XX	
Il corpo nella cultura dell'antico Egitto <i>Paola Cosmacini</i>	XXII	
Lo spettacolo del corpo in Leonardo da Vinci <i>Vittorio A. Sironi</i>	XXIV	
Che cos'è l'epistemologia della medicina? <i>Raffaella Campaner</i>	XXX	
Medical humanities e medicina narrativa <i>Alessandro Pagnini</i>	XXXII	
Dalle <i>medical humanities</i> alle <i>biomedical humanities</i> <i>Giovanni Boniolo</i>	XXXIV	
Istituzioni della salute: primo, comunicare! <i>Eva Benelli</i>	XXXV	
In memoria di Alessandro Liberati: l'incertezza evitabile, tra ricerca e comunicazione <i>Roberto Satolli, Patrizia Pasqui, Mario Spallino</i>	XXXVI	



IN NOME DEGLI AMICI DEL CAFÉ PHILOSOPHIQUE

Da qualche anno, insieme a altri amici medici, abbiamo cominciato a ragionare sui limiti di un modo di fare medicina improntato al positivismo e alla tecnologia. Questo modello di medicina mostrava segni di crisi già da qualche tempo: la continua diffusione delle medicine non convenzionali, la nascita della “*narrative based medicine*”, i dibattiti etici sul fine vita portati all’attenzione dei media, ecc. Non ci siamo quindi inventati niente, ma abbiamo cominciato ad ascoltare persone competenti nei temi che riguardano la medicina nei suoi aspetti umanistici. Conosciamo già la maggior parte dei relatori perché li abbiamo ricevuti in piacevoli serate in cui cibo e sapere si sono combinati.

Li ringraziamo di cuore per ciò che ci hanno trasmesso e per aver accettato di partecipare a questo incontro.

Ringraziamo altresì il Magnifico rettore e il Preside della facoltà di Medicina che testimoniano la sensibilità delle istituzioni accademiche per questi argomenti e la Fondazione del Monte che ha supportato finanziariamente la pubblicazione degli Atti di questa iniziativa, volutamente priva di sponsor industriali.

Al momento di scrivere questa breve prefazione non sappiamo quanto sarà vasta la partecipazione di pubblico, ma ci auguriamo di vedere molti studenti e giovani medici. A loro principalmente dedichiamo gli atti di questo incontro, come invito a riconsiderare in modo ampio il ruolo del medico e della medicina. Siamo, infatti, convinti che un medico colto e preparato da un punto di vista scientifico sia ancor più bravo se capace di cogliere tutto il valore umano della sua professione.

*Giovanna Cenacchi
Roberto D'Alessandro*

UNA NOTA ANTROPOLOGICA AL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

Stringere in un breve intervento la densità della produzione in sociologia e in antropologia medica relative al rapporto medico paziente è impresa ardua, tale da richiedere una selezione di temi, arbitraria e riduttiva. Nella prospettiva che il workshop al quale partecipiamo ci vede impegnati in un lavoro di riflessione reciproca, opero quindi questa selezione imperfetta, orientandola su due temi interconnessi.

CORPI IN SITUAZIONE

Definitasi storicamente quale relazione asimmetrica, quella tra medico e paziente è comunque una relazione che vede impegnati anche due corpi. Il corpo del medico, che già nella sua formazione è fisicamente, mentalmente ed emotivamente impegnato a interagire con quanto apprende e osserva e quindi impegnato attivamente nell'esperienza di costruire gli oggetti di cui parla durante la sua pratica professionale. Si tratta di quelle attività centrali della medicina come formazione simbolica che Byron Good aveva esplorato già nel 1990: entrare nel corpo per "costruire" la malattia come entità biologica, imparare a "vedere", pensare anatomicamente, poi a livello cellulare e genetico, secondo una gerarchia naturale, in cui ogni livello rivela meglio la struttura fondamentale del livello superiore, con una costruzione razionale atemporale

che dà un senso e un ordine. Benché si tratti di una struttura di apprendimento generale che deve essere successivamente modulata e arricchita seguendo le varie specializzazioni mediche, ciascuna delle quali precisa le modalità di costruzione dei suoi oggetti, essa innerva anche la relazione che viene costruita con l'Altro. La visione diventa e metonimia dell'intero approccio corporeo, ponendo altri approcci sensoriali (olfatto, tatto, gusto, udito) quali caratteristici di altre epoche, come la *bedside medicine*. Come metonimica diventa la scrittura, che organizza la conversazione con il paziente e l'intera fase della refertazione, costruendo una struttura di rilevanza che giustifica la sistematica sottovalutazione della narrazione del paziente. L'incontro con il corpo del paziente, invece, si colloca entro una temporalità puntuale, caotica, imprevedibile, dove ciò che è rilevante può differire, seppur nella coincidenza dello scopo: nominare, identificare, dare sollievo a quanto viene vissuto come sofferenza. Forse per la pratica di ricerca e di insegnamento che svolgo, spesso mi trovo a raccogliere resoconti e opinioni di utenti, che lamentano come talvolta venga elusa quella dimensione di contatto (la visita, la palpazione, l'auscultazione) che fa parte delle attese sociali relative alla consultazione medica nella prospettiva dei pazienti.

Una attesa di contatto corporeo, di invero corporeo (“esisto come corpo abitato da una persona e non solo come corpo oggetto di esame”) che appare ancora più elusa quando neppure lo sguardo si sofferma sulla superficie corporea del paziente. Se la persona è un costrutto culturale, è un modo complesso e culturalmente dato di esperire se stessi e gli altri, per ricostruire la persona quale oggetto dell’attenzione medica è richiesto un “lavoro” culturale, che non può prescindere dalla consapevolezza dell’incontro tra corpi senzienti, e neppure dall’importanza di costruire un’alleanza terapeutica che mette in gioco e in primo piano corpi ed esperienze.

IL DILEMMA DEL PAZIENTE ESPERTO

Se introduciamo una differenziazione tra il termine *ill person* e *patient*, alla base della ricerca qualitativa di sociologia e antropologia medica, problematizziamo le dinamiche e i rapporti di potere, di scambio e di resistenza che si mostrano tra il malato e il suo medico, o la struttura sanitaria in genere, quale macro-struttura che condiziona le rappresentazioni e le possibilità stesse dell’agire sulla propria esperienza di malattia. La cronicità in questo discorso rappresenta una variabile che agisce nella ri-definizione del peso di una dimensione “narrativa” nell’atteggiamento clinico e nel

rapporto che si instaura tra medico curante e paziente.

La dimensione cronica infatti modifica sostanzialmente le caratteristiche e le esigenze non solo del soggetto malato in quanto individuo, ma anche delle stesse variabili di cura e le strategie terapeutiche: l’alleanza terapeutica deve tener conto della *dilatazione* della dimensione di malattia, sia temporalmente che spazialmente, fuoriuscendo dai confini materiali e di *dominio* dell’ambito ospedaliero, con il conseguente impatto sulla rielaborazione di vita della persona. Nella dimensione della cronicità la malattia diventa “parte del *Self*” e quindi una dimensione dell’ordinario, e il potere autorevole del sapere medico e del sapere del professionista che lo incarna scivolano in una questione sociale molto più complessa dove l’inatteso peso dell’ordinario incontra, incrinandosi, con nuove forme ed esigenze poco considerate dall’ideologia medica perché storicamente deboli davanti alla violenza performante del momento acuto.

Donatella Cozzi

ANTROPOLOGIA MEDICA E DIRITTO ALLA SALUTE. DINAMICHE POLITICHE E DISUGUAGLIANZE SOCIOECONOMICHE

Disciplina di successo nelle accademie mondiali degli ultimi cinquanta anni, anche in Italia l'antropologia medica è diventata uno dei settori più noti dell'antropologia culturale, in primo luogo per l'opera scientifica e istituzionale dell'antropologo Tullio Seppilli, riconosciuto fondatore di questo specifico campo di studi nel nostro Paese. Negli ultimi dieci anni è entrata a far parte dei moduli didattici dei corsi di laurea in medicina e chirurgia, tanto che la figura dell'antropologo-medico comincia a profilarsi anche in Italia. Le nuove generazioni di studenti di antropologia e di medicina sono sempre più attratte da questa disciplina specialistica, per il carattere strategico del suo progetto conoscitivo, capace di collocarsi al cuore di un'esigenza centrale del mondo contemporaneo: la valorizzazione della vita umana nella complessa integrazione dei suoi aspetti biologici, culturali, sociali e politici. Le ricerche più recenti si sono spinte a studiare le figure della corporeità e i processi di salute-malattia nell'era contemporanea delle tecnologie biologiche, delle disuguaglianze economiche e delle ingiustizie sociali globali.

La crescente consapevolezza dello stretto rapporto fra incertezza economica, povertà e sofferenza ha fatto sì che un numero crescente di medici si sia impegnato direttamente nel lavoro etnografico per fornire contributi concreti all'analisi del nesso

fra malattia e disuguaglianza sociale. La salute è intesa come la possibilità di accedere alle risorse che garantiscono la qualità della vita, e pertanto è riconcettualizzata nel suo rapporto con la giustizia sociale. Qualificandosi come antropologia politica della salute, dunque, l'antropologia medica si rivela potenzialmente capace di rispondere a un'esigenza di cambiamento della biomedicina, avvertita dagli stessi praticanti del campo biomedico nei termini di una necessaria e urgente "umanizzazione" delle pratiche mediche. Questa esigenza di umanizzazione appare particolarmente urgente anche alla luce degli avanzamenti tecnico-scientifici della biomedicina contemporanea. Gli antropologi che operano in campo biomedico stanno svolgendo un ruolo di osservazione critica delle trasformazioni dei concetti di "individuo", "sé" e "persona", conseguenti allo sviluppo di nuove biotecnologie. In particolare la ridefinizione dei confini tra la vita e la morte connessa alla nozione di "morte cerebrale" o di "stato vegetativo persistente", solleva dibattiti e conflitti profondi all'interno delle società occidentali, mentre fra le popolazioni che vivono in condizioni drammatiche di povertà, il problema etico è rappresentato piuttosto dalla mancata assistenza sanitaria di base, dal difficile accesso al mercato dei farmaci, e ancora da fenomeni di mercificazione del corpo

che si spingono fino al documentato traffico di organi destinati al trapianto nei Paesi occidentali.

NUOVI LUOGHI DI ESPERIENZA

Questi delicati terreni di sofferenza, di lotta e di speranza costituiscono luoghi di esperienza nei quali l'antropologo può svolgere una funzione importante di mediazione, di difesa dei diritti e di cittadinanza attiva. Per esempio, nei dibattiti politici cosiddetti di bioetica, le storie dei pazienti in stato comatoso sono "storie ombra", forme di esistenza socialmente invisibili, che non trovano voce nelle conflittualità fra le diverse teorie della vita che si fronteggiano nell'arena pubblica.

L'antropologia medica può invece stare accanto a questi corpi sospesi tra la vita e la morte e osservare lo spazio e i contorni dei concetti di cura e di assistenza, che appaiono certamente più estesi della nozione di terapia o di trattamento. La cura si rivelerà nell'arte di toccare, in un gesto, una parola, uno sguardo, un atto di volontà: pratiche culturali di attenzione e di vicinanza, che rendono falsa ogni dichiarazione di incurabilità, e che continuano ad ascrivere umanità a forme di vita sospese in una condizione liminale. L'interesse per l'antropologia medica muove dunque proprio dalla complessità dei problemi che attraversano il mondo contemporaneo: dallo sviluppo di nuove forme di biopolitica, ai movimenti di

esseri umani che, attraverso il fenomeno migratorio, hanno portato popolazioni diverse nel cuore del mondo occidentale, modificando la scena politico-culturale degli stati nazionali, alla pressione neoliberista globale alla privatizzazione dei beni pubblici e alla riduzione della spesa sanitaria che è andata a incidere sull'affermazione del diritto alla salute, riconosciuto nelle Costituzioni democratiche. Si va rafforzando un impegno conoscitivo rivolto al rapporto fra la dimensione corporea e l'esperienza di cittadinanza di persone in carne e ossa, la cui salute risulta intimamente connessa alle condizioni materiali di esistenza, cioè alla possibilità di accedere alle risorse che garantiscono la qualità della vita.

Come disciplina multisituata e plurale, l'antropologia medica si apre all'impegno scientifico e politico, all'uso sociale del proprio sapere e a nuove prospettive di ricerca e di azione, contribuendo a delineare strategie di riqualificazione democratica della convivenza sociale, nell'ottica del riconoscimento e della piena realizzazione dei diritti umani. Coniuga definitivamente la propria visione scientifica a una concezione di salute come diritto umano e bene collettivo, e con le sue ricerche punta a offrire contributi concreti alle politiche di superamento della sofferenza globale.

Giovanni Pizza

MEDICINA E PROCESSI MIGRATORI: LA SFIDA E LE PROPOSTE DELL'ANTROPOLOGIA MEDICA

Negli ultimi decenni l'antropologia medica ha prodotto una vasta massa di ricerche e di modelli teorici volti a problematizzare il ruolo dei processi socio-culturali nei contesti sanitari e di cura. A livello preliminare è opportuno segnalare subito alcuni equivoci che, in passato come oggi, spesso condizionano il nostro pensiero quando ci apprestiamo a riflettere sul rapporto fra cultura ed esperienza di malattia. Il primo equivoco è quello di considerare la pertinenza delle variabili culturali solo quando si ha a che fare con pazienti stranieri. A questo equivoco si associa spesso un corollario, secondo cui le variabili culturali emergerebbero come significative solo quando si tratta di problemi di salute mentale, immaginando il terreno somatico come libero da condizionamenti culturali, esentando così il medico dal doversene preoccupare.

Questi due equivoci ci conducono direttamente al terzo: l'idea che il pensiero e le categorie diagnostico-terapeutiche della biomedicina siano libere da connotazioni culturali, in virtù della loro scientificità.

In estrema sintesi, questi equivoci sono riconducibili ad una serie di dicotomie che tendono a rafforzarsi a vicenda: noi/altri, natura/cultura, corpo/mente, scienza/tradizione.

IL PAZIENTE E LA MALATTIA

L'interrogazione del rapporto fra

processi culturali e malattia ha spesso dato vita a modelli problematici e fallimentari, anche in seno all'antropologia, producendo l'idea che la cultura sia da concepire come un qualcosa che *abbiamo* in quanto membri di un gruppo, e non anche come qualcosa che *facciamo*. La letteratura e la ricerca mettono in luce come non si tratti tanto di dare spazio alla prospettiva del paziente, quanto piuttosto di creare le condizioni affinché questi possa esplorare le proprie concezioni e quindi produrre una qualche prospettiva.

Se la malattia mina gli assunti su cui riposa la nostra esistenza quotidiana, imponendoci di rinegoziarne di nuovi, è evidente come si tratti di un processo che trascende il corpo e l'individuo, per intaccare quella trama di rapporti intersoggettivi al cui interno l'esperienza personale viene processualmente a definirsi.

Il miglior interesse del paziente dunque non può essere tutelato invitandolo semplicemente a partecipare nei processi decisionali (attraverso la pratica del consenso informato, per esempio) nella misura in cui a essere messo in discussione è proprio quell'orizzonte intersoggettivo di significati alla cui luce poter definire in cosa consista il proprio bene e poter operare una scelta in tal senso.

Agire nel miglior interesse del paziente, allora, significa innanzitutto

impegnarsi nel processo di co-costruzione di un significato per l'esperienza di malattia, alla cui luce poter operare una possibile scelta. Se in questo processo i pazienti stranieri elaborano interpretazioni difficilmente riconducibili alla razionalità clinica dei saperi biomedici, ci rendiamo conto che riconoscere il diritto al significato non può che passare da un previo riconoscimento autoriflessivo della natura parimenti culturale delle nostre forme mediche.

DIRITTO ALLA SALUTE

La promozione del diritto al significato è certamente necessaria ma non sufficiente. Non si può infatti ignorare il ruolo delle dinamiche economico-politiche, a livello eziopatogenetico, nel minare il diritto alla salute delle fasce più deboli della popolazione. In questo senso la malattia viene a essere apprezzata nei termini dell'incorporazione a livello bio-psicologico di più ampi processi sociali, iscrivendo al cuore del diritto alla salute il tema dell'equità.

Se non si allarga lo sguardo oltre la dimensione della patologia, si rischia infatti di limitare l'analisi al prodotto, senza interrogare il processo che lo ha posto in essere. Dal momento che le disuguaglianze socio-economiche si fanno patologia limitando la capacità d'azione dei soggetti, la promozione di quest'ultima deve poter emergere

come un momento fondante della tutela e della promozione della salute.

UN RIPENSAMENTO CONCETTUALE

In conclusione il concetto stesso di efficacia terapeutica può essere ripensato: non solo nei termini delle possibili trasformazioni sul piano anatomico-fisiologico che le tecniche di intervento biomedico possono realizzare; non solo nei termini delle trasformazioni nei rapporti di senso che il dialogo interculturale e la relazione di cura possono promuovere; ma anche nei termini di una trasformazione dei rapporti sociali in cui i pazienti sono coinvolti.

Il contributo dell'antropologia può allora configurarsi come clinicamente rilevante nella misura in cui può fornire non solo i riferimenti teorici, ma anche le strategie metodologiche per promuovere una trasformazione delle pratiche di cura, a partire proprio da una visione processuale e intersoggettiva del concetto di cultura che non cristallizzi l'esperienza personale in un qualche modello culturale di riferimento e che includa come pienamente terapeutico il tema della ridefinizione dei rapporti sociali in cui il paziente è inserito.

Ivo Quaranta

NORME ETICHE E NORME GIURIDICHE NELLA RELAZIONE MEDICO PAZIENTE

È ormai un luogo comune affermare che gli ultimi decenni dello scorso secolo hanno visto affermarsi una rivoluzione nelle relazioni tra medico e paziente che ha portato a un progressivo superamento del modello tradizionale, cosiddetto paternalistico, e al profilarsi di un nuovo modello, variamente definito liberale o di alleanza terapeutica.

Su questo cambiamento di paradigmi hanno inciso numerosi fattori storici e culturali: in primo luogo a partire dagli anni Settanta del secolo scorso le nuove applicazioni tecnologiche in ambito medico hanno delineato situazioni assolutamente nuove, in grado di mettere in discussione le categorie classiche di vita e di morte, e hanno aperto la strada a interventi che hanno fatto passare alcune situazioni «dal caso alla libertà - come osserva Stefano Rodotà - consentendo libere scelte dove prima esistevano situazioni necessitate».

Nello stesso periodo si assiste anche a una sorta di rivoluzione in ambito filosofico che sposta l'interesse dalle questioni logico-concettuali, coltivate dalla filosofia analitica, alle questioni concrete: si riaccende la discussione sui problemi riguardanti la configurazione della società giusta, sui criteri per effettuare le scelte pubbliche e le scelte individuali. Nascono così le prime forme di etica applicata, come la bioetica e l'etica delle professioni, all'interno delle

quali il tema della relazione medico-paziente diventa oggetto di particolare attenzione.

IL CONSENSO INFORMATO

Sul piano giuridico si mettono a punto gli strumenti per permettere al paziente, capace di intendere e di volere, di manifestare la sua volontà di accettare o rifiutare le proposte terapeutiche del medico.

Il consenso informato si è venuto progressivamente configurando come lo strumento attraverso cui il paziente da oggetto di scelte terapeutiche del medico diventa soggetto decisionale autonomo.

Già all'indomani del processo di Norimberga, il Codice omonimo (1946) aveva sancito il principio che nessun intervento medico può avvenire senza consenso da parte del paziente.

Principio ripreso e ribadito nella normativa internazionale e delineato all'articolo 5 della Convenzione sui diritti umani e la biomedicina, firmata a Oviedo il 4 aprile 1997, ratificata dall'Italia, che recita: «Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato il consenso libero ed informato. Questa persona riceve innanzitutto un'informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi. La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente

ritirare il proprio consenso». Analogamente, la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, proclamata a Nizza il 7 dicembre 2000 (che, ai sensi del Trattato di Lisbona, dovrebbe diventare il *Bill of Rights* dell'Unione Europea), all'articolo 3 dispone: «nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati il consenso libero e informato della persona interessata». La Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti umani dell'Unesco del 2005, all'articolo 10 ribadisce: «qualsiasi decisione o pratica riguardanti la diagnosi medica e la cura di una persona deve essere presa e eseguita soltanto con il consenso della persona interessata, fondato su un'informazione appropriata rispetto alla decisione da prendere e con la costante partecipazione della persona interessata».

LA SITUAZIONE ITALIANA

In Italia il principio della volontarietà dei trattamenti sanitari, che si colloca nella cornice degli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione, appare esplicitato nell'articolo 1 della legge Basaglia del 1978 e nella legge dello stesso anno istitutiva del Servizio sanitario nazionale. Il radicamento del consenso informato negli articoli della Costituzione sopra citati è stato evidenziato in una sentenza della Corte costituzionale del dicembre 2008,

che afferma: «...il consenso informato, inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell'articolo 2 della Costituzione [...] e negli articoli 13 e 32». Svolge «funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale...».

Carla Faralli

DALL'ETICA MEDICA ALLA BIOETICA: UN CAMMINO ACCIDENTATO

I cambiamenti intervenuti nell'ambito dell'etica biomedica nel mezzo secolo che abbiamo alle spalle sono assimilabili a un "progresso" o a una "rivoluzione"? Per articolare una risposta ricordiamo la scena tra il medico personale di un personaggio e il figlio di questi, in una celebre *fiction*. L'anziano genitore è tornato a casa da un soggiorno in una clinica, dove si è recato per accertamenti. L'accompagna l'annuncio trionfale da parte della moglie: l'operazione esplorativa ha dimostrato che ha solo un piccolo spasmo al colon. Più gioioso di tutti è il diretto interessato, che festeggia in quel giorno 65 anni: «Mi hanno detto che vivrò. C'è un milione di sensazioni che voglio ancora provare. Tutte voglio gustarle!». Ma il medico confida, in privato, al figlio minore un'altra verità. Il referto è di segno opposto: è un tumore maligno inoperabile. Quando il giovane contrappone le buone notizie diffuse dal medico stesso, questi non esita a riconoscere: «Bugie. Ho mentito. Anche a lui ho mentito. Etica professionale». Alla timida protesta del figlio: «È giusto illudere così il padre?», non c'è risposta. Il richiamo dell'etica professionale è risuonato come una sanzione superiore, senza appello. Si tratta dell'opera di Tennessee William *La gatta sul tetto che scotta*, del 1955. La data è importante perché, anche se non sono trascorsi ancora cinquant'anni, le norme comportamentali a cui si fa

riferimento suonano arcaiche. L'etica professionale dei medici non prescrive più la menzogna come espressione della *pietas* del sanitario nei confronti del malato, né i costumi sociali attribuiscono ai familiari il compito di gestire l'informazione al posto della persona interessata. Queste regole del gioco sono franate, a dispetto della loro secolare tenuta nel tempo: nel giro di pochi anni sono state riscritte, delineando un nuovo profilo di diritto e doveri tra le parti coinvolte. Il cambiamento ha, dunque, il carattere di una rivoluzione. La trasformazione che è avvenuta non solo è stata repentina nel tempo ma anche radicale nel modo di concepire i rapporti tra chi eroga professionalmente cure e chi le riceve.

IL COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA

Diversa è la valutazione se ci lasciamo guidare dai bilanci e dalle autovalutazioni di carattere istituzionale. La bioetica ha avuto di recente in Italia questa opportunità. L'occasione è stata offerta dal quindicesimo anniversario dell'istituzione del Comitato nazionale per la bioetica (Cnb), avvenuta nel 1990. Nel dicembre 2005 un convegno ha analizzato alcuni documenti elaborati dal Cnb in quindici anni di attività elogiandone lo spirito che l'ha animata, sotto la costante guida della virtù dell'umiltà, della tolleranza e della

difesa della dignità dell'uomo. Tuttavia una ricostruzione delle vicende iniziali del Cnb lascia intravedere un percorso meno lineare e trionfalistico. Istituito per la prima volta nel 1989, il Cnb aveva lo scopo di fornire indicazioni per atti legislativi e promuovere un confronto sullo stato della ricerca biomedica. Tuttavia resa nota la composizione del Comitato, un gruppo di studiosi e operatori sanitari ha costituito una Consulta di bioetica, a carattere laico. Una scelta fondata sulla rivendicazione del carattere di pluralismo che devono avere le scelte pubbliche. La via italiana al pluralismo in bioetica sembra però essere la risposta di una società a due poli, dove l'esistenza di un polo rafforza l'identità dell'altro. Eppure il superamento di quel modello polarizzato era l'opportunità offerta dall'orizzonte delle problematiche bioetiche: tutti sono chiamati alla difesa della vita e alla promozione del carattere umano degli interventi bio-medici, moltiplicando le risorse delle diverse tradizioni culturali in senso collaborativo e sinergico. Negli anni i toni della polemica si sono smorzati, ma progressivamente la polarizzazione tra bioetica laica e bioetica cattolica si è trasferita dal Comitato alla società. Soprattutto l'acceso dibattito che ha accompagnato prima l'approvazione della legge 40 sulla procreazione medicalmente assistita e poi il referendum abrogativo

ha portato la contrapposizione a schieramenti sempre più radicalizzati: pro o contro la vita, concezione sacrale o secolare dell'embrione, subordinazione o indipendenza dell'etica dalla legge.

DIGNITÀ DELLA VITA UMANA

Molti indicatori inducono a credere che nell'ambito della bioetica si registra un *revival* di intolleranza. Il pluralismo dei mondi culturali nell'ambito della ricerca scientifica e delle decisioni bio-mediche, è ancora più difficile da comporsi quando il criterio scelto per demarcare i comportamenti è quello della *dignità*. Infatti, l'argomento della dignità della vita umana può servire sia a promuovere un comportamento, sia a giustificare il suo contrario. È utilizzato dalla bioetica autonomista per giustificare un'azione che mette fine a una vita incompatibile con i propri valori e dalla bioetica a orientamento religioso per fondare l'interdizione a disporre della propria vita. Il ricorso alla dignità può far appello tanto al principio dell'autonomia, in armonia con la valutazione di ciò che è ritenuto soggettivamente opportuno o desiderabile, quanto a una prospettiva paternalistica, in cui le modalità dell'azione sono stabilite dall'esterno. Una qualifica così indefinibile, con criteri che non siano soggettivi si presta a radicalizzare la contrapposizione tra mondi morali diversi. La bioetica, invece

di costituire quel linguaggio comune, diventa uno strumento per sottolineare l'appartenenza a mondi morali diversi, che per tradizione sono soliti correlarsi reciprocamente secondo la modalità della svalutazione reciproca e dell'intolleranza.

LE SFIDE DELLA BIOETICA

La sfida a cui la bioetica ha immaginato di poter dare una risposta è l'elaborazione di un'etica per le situazioni problematiche in grado di parlare con autorità razionale alle più diverse concezioni morali. Il rispetto della libertà degli agenti morali coinvolti è il nucleo centrale di un'etica per la società post-moderna e pluralista. Questo ideale di una convivenza pacifica, che rinuncia alla repressione, a meno che non sia giustificata come risposta all'atto di forza ingiusto, ha un prezzo: bisogna tollerare le possibili tragedie dei singoli e la moltiplicazione di concezioni morali alternative, che spesso renderanno impossibile un'azione comune in molti campi.

BIOETICA E BIODIRITTO

Quando nelle dichiarazioni programmatiche di natura politica sentiamo menzionare la bioetica, non è a questa pratica dialogica e contrattuale che si fa riferimento, ma a paletti invalicabili stabiliti per legge. Si dice bioetica, ma si ha in mente un

biodiritto. L'intervento della legge nell'ambito della bio-medicina, soprattutto all'interno delle decisioni cliniche riferite inizio e fine vita, è una novità recente. Infatti, negli ultimi anni si è diffusa la convinzione che i comportamenti debbano essere uniformati per legge: così su procreazione medicalmente assistita, decisioni di fine vita, bioingegneria e ricerca genetica. Circa l'opportunità dell'intervento della legge nelle singole procedure diagnostiche e terapeutiche di cui si dibatte in bioetica le opinioni sono divergenti. Non c'è accordo in quali ambiti sia opportuno legiferare e in quali sia meglio affidarsi alle regolamentazioni deontologiche o al solo criterio dell'etica, lasciando ai cittadini la scelta di farvi ricorso o no. Soprattutto non c'è accordo fino a che punto debba estendersi un'eventuale legislazione bioetica: deve determinare analiticamente tutta la fattispecie, oppure è preferibile una normativa "leggera", che si limiti a una legge-quadro?

LA SITUAZIONE IN EUROPA

In Europa, dalla metà degli anni Ottanta si è cominciata a sentire la carenza di una riflessione bioetica, infatti il diffondersi delle nuove pratiche che nascono dagli sviluppi medici, biologici e genetici, scuote la società nelle sue convinzioni più profonde. Chi non è turbato dalle

questioni metafisiche o dai dubbi etici non può non vedere la dimensione economica dei problemi. In Europa sta diventando realtà il “grande mercato” e, poiché le pratiche biomediche hanno una ricaduta economica, quando gli investimenti privati hanno la possibilità di circolare liberamente si rischia di vederli risucchiati da Paesi con legislazioni tolleranti. È una prospettiva che diventa inquietante quando si prende in considerazione la commercializzazione del corpo umano e il “turismo terapeutico”.

In Europa, è stato concepito e portato a compimento il progetto di una Convenzione in tema di biomedicina, che orienti lo sviluppo futuro del diritto sanitario, oltre che della deontologia professionale. Il testo della “Convenzione per la protezione dei diritti dell’uomo e la dignità dell’essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina” (nota anche come Convenzione di Oviedo), approvato nel 1996, è stato sottoscritto da circa metà dei Paesi dell’Unione Europea. Il documento deve poi essere ratificato dai parlamentari degli stati firmatari. La convenzione non ha un significato esortativo per gli stati che la sottoscrivono, bensì normativo. Il Parlamento italiano ha ratificato la Convenzione con la legge 145, il 25 marzo 2001. La Convenzione delinea in modo netto il nuovo rapporto tra sanitari e cittadini nell’ambito sanitario

e prevede un impegno parallelo da parte dello Stato a garantire i più deboli. In linea di principio nessun intervento può essere imposto a una persona senza il suo consenso. Misurato sul modello ideale della Convenzione di Oviedo, il cambiamento intervenuto in Italia, sembra lontano dall’*empowerment* del cittadino nell’ambito della gestione del corpo e delle decisioni di cura. Forse mezzo secolo è troppo breve perché la redistribuzione del potere possa aver luogo. Ma non è fuori luogo proprio all’inizio del viaggio fermarsi e chiederci se con la polarizzazione tra bioetica laica e bioetica religiosa e con la priorità data al biodiritto abbiamo imboccato la strada giusta.

Sandro Spinsanti

L'ETICA DELL'ORGANIZZAZIONE IN SANITÀ E I RAPPORTI CON L'ECONOMIA

Mentre è ancora irrisolta la disputa se la medicina sia un'arte o una scienza, scienza della natura o scienza antropologica, negli ultimi decenni è entrata prepotentemente in scena l'economia, la cui pervasività rischia di oscurare ogni altra prospettiva. E questo è tanto vero quanto si chiede al medico di confrontarsi non solo con il tradizionale ambito della cura rivolta al singolo ammalato, ma con la dimensione collettiva. In una parola, che nell'esercizio quotidiano della medicina sappia rispettare anche la prospettiva della sanità. Purtroppo le scelte del medico, mal-educato da una scuola formativa che si concentra sugli aspetti biologici, tecnici e tecnologici, rischiano di entrare in conflitto con chi ha la responsabilità di amministrare. Eppure il nostro codice deontologico ci richiama con molta precisione a una visione diacronica e non gerarchica dei nostri tre doveri: adottare scelte cliniche che generino salute per il paziente nel rispetto dell'autonomia del singolo e delle ricadute economiche per la collettività. I vincoli che abbiamo nell'esercizio della nostra professione non vanno però ridotti solo all'aspetto contabile-finanziario, usare appropriatamente le risorse significa anche saper offrire quella prestazione solo a chi ne ha veramente bisogno, secondo il fondamentale principio di costo-opportunità.

LA MEDICINA TRA SALUTE E BILANCI

Attenzione dunque a confondere lo strumento con il fine, a imboccare la pericolosa deriva che il pareggio di bilancio sia l'obiettivo prioritario. Le politiche per la salute a livello pubblico, e le scelte individuali del singolo medico, sono di fronte alla sfida di evitare che, con la comparazione economica tra benefici e costi, il mondo della sanità veda crescere una contrapposizione tra individuo e società.

Se l'equità nelle cure non significa cure uguali per tutti, ma rispetto delle differenze e impegno per superarle, solo l'etica ci può venire in soccorso, perché ognuno sia consapevole della propria responsabilità, sia nelle scelte individuali, sia quando, svolgendo mansioni gestionali, queste scelte comportano conseguenze che incidono sulla vita di molte persone. E l'etica va intesa come il terreno dell'umiltà, del rispetto per le diversità, della tolleranza e della mitezza, in una parola della laicità. Virtù essenziale per una vita realmente democratica, un bene comune di cui le società occidentali, forgiatesi in oltre due secoli di cultura dei diritti, sono sempre meno disposte a fare a meno. La salute deve essere sempre più difesa dalle insidie che la deriva mercantile delle organizzazioni sanitarie le sta tessendo. Da quella scellerata tendenza che riduce a meri prodotti di consumo quelli che

dovrebbero essere i cardini per ristabilire o mantenere la salute, quali per esempio i test diagnostici o i farmaci.

UN CAMBIO DI PARADIGMA

Siamo di fronte a una sfida culturale importante, i problemi che abbiamo oggi non li possiamo risolvere all'interno della stessa cultura che li ha generati, per cui è necessario un radicale cambiamento di paradigma, perché dall'aziendalizzazione della sanità, iniziata vent'anni fa, si sta assistendo a una progressiva contrazione dei tempi di relazione e di cura, laddove invece c'è sempre più bisogno di ascolto e comunicazione. Il consenso informato è ridotto a una pratica burocratica, il totem della visione aziendalistica tenta di imporci il principio che se anche la salute non ha prezzo ha comunque molti costi. A furia di misurare il prezzo delle prestazioni stiamo perdendo di vista il valore della cura. Per quanto ancora assisteremo muti ai tagli ragionieristici delle risorse, che iniquamente toccano sia i percorsi virtuosi che quelli futili? Quanto continueremo a stare zitti di fronte allo spreco di denaro pubblico che continua a finanziare prestazioni inutili, inappropriate, a volte dannose, senza avere il coraggio di chiedere serie verifiche di esito delle nostre cure? A voltarci dall'altra parte, di fronte alle continue dimostrazioni di

disuguaglianze nella salute, lasciando fare al "mercato"? Da molti anni sappiamo che in sanità certi consumi aumentano tanto maggiore è lo svantaggio socio-economico, che si accompagna a minori capacità di esigere e ottenere informazioni. Invece di difendere e migliorare il nostro Servizio sanitario nazionale, mediante una verifica della sua efficienza, anche nell'erogazione di ciò che rientra nei Lea, si sta facendo strada la tentazione di creare due sanità, una pubblica per i poveri e una privata, per i ricchi. La sanità è sempre più un terreno di scontro tra offerte, esigenze e pretese sempre maggiori e risorse scarse e spesso male allocate. È dunque essenziale un pensiero riformatore, basato sulle radici dell'etica, che consideri l'economia un mezzo ma non il fine. L'obiettivo è riposizionare i servizi per la salute all'interno di una visione della medicina e della sanità più orientata al cittadino e alle sue reali necessità, e alla centralità del suo vissuto, soprattutto quando è sconvolto dalla malattia.

Alfredo Zuppiroli

UNO SGUARDO AL CORPO NEL PENSIERO MEDICO

Omero, nell'*Iliade*, descrive 147 ferite così suddivise: 12 da freccia, 12 da fionda, 106 da lancia, 17 da spada, concernenti il capo, il collo, il tronco, gli arti. Nonostante l'attenzione mirata alla causa vulnerante e alla parte lesa, ogni ferita è un evento non solo fisico, *biologico*, di una parte corporea, di una sede anatomica. È anche e soprattutto un evento personale, *biografico*, di *tutto* l'uomo colpito. La cura-guarigione è un atto che, pur se rivolto alla "parte", coinvolge il "tutto", cioè il ferito nella sua totalità esistenziale.

Ciò trova riscontro nella concezione omerica dell'uomo, inteso come un tutto inscindibile, senza scissione tra anima e corpo e senza divisibilità di quest'ultimo in parti. La nozione di corpo come ente autonomo, altro dall'anima e pertanto divisibile, non appartiene al mondo di Omero.

Hermann Frankel (citato da Giovanni Reale) ha scritto che "il termine *soma*, che in greco dopo Omero significa *corpo*, in Omero significa *cadavere*. Non in vita, ma solo in morte (...) l'uomo omerico si distingueva in corpo e anima". Egli "si sentiva non già come scisso in una dualità, ma come un io unitario".

IL MITO GRECO

Chiede Socrate nel Fedro: "Ritieni che sia possibile conoscere la natura dell'anima in modo degno di menzione senza conoscere la natura dell'intero?"

Risponde Fedro: "Se si deve credere a

Ippocrate, che è della stirpe degli asclepiadi, non è possibile conoscere neppure la natura del corpo, se non si prosegue questo modo".

Il metodo per conoscere la natura del corpo è conoscere la natura dell'intero. Il corollario medico è che bisogna procedere alla terapia della *parti* non senza aver cura del *tutto*. Il procedimento prioritario è quello olistico, sintetico, trattandosi di ricondurre la parte al tutto, l'organo al *soma*, il *soma* alla persona, la persona alle sue concrete condizioni di esistenza. Procedere in senso inverso non ha minor rilevanza, ma viene dopo, trattandosi di ricondurre (ridurre) il tutto alla parte, le situazioni di vita all'uomo, l'uomo al suo corpo, il corpo a questo o quell'organo.

È il procedimento *riduzionistico*, analitico, complementare ma non primario, importante ma non esclusivo, costituente l'altra metà del *metodo clinico*. L'altra metà del metodo, cioè la procedura analitica, è da Platone teorizzata nel *Timeo*. Il mito svolto nel *Fedro*, diventa nel *Timeo* la realtà del suo substrato corporeo.

L'EPOCA RINASCIMENTALE

L'affermarsi rinascimentale dell'uomo porta a liberare il corpo umano e la sua immagina da preesistenti incrostazioni ideologiche, quali l'eresia iconoclastica bizantina e la negazione della *sectio cadaverum*, considerata pratica

profanatrice del corpo morto. Il naturalismo-umanesimo di un Leonardo o di un Verrocchio tocca vette artistiche anche in virtù di una conoscenza approfondita dell'anatomia da parte dei suoi cultori. Specularmente l'anatomia sistematica e topografica di Vesalio tocca punte massime, inaugurando una scienza rivoluzionaria anche in virtù dell'iconografia anatomica di Jan Stephan van Calcar. In rapida sequenza, dopo il *corpo fabbrica* di Vesalio, esso contempla il *corpo macchina*, da Cartesio a Lamettrie, con la macromacchina - il cuore - propellente il sangue, come descritto da Harvey, e con le micro macchine (osteoarticolari, alveolari, glomerulari) descritte dagli iatromeccanici di scuola galileiana, Borelli e Malpighi. Contempla anche il *corpo-provetta* dei paracelsiani iatrochimici e, un secolo più tardi, il corpo-organismo, visto come un tutto maggiore della somma dei suoi organi. Ma poi contempla anche il *corpo-particellare*, cellulare, visto - dalla morfologia di Schleiden, dalla fisiologia di Schwann, dalla patologia di Virchow - non più come un tutto gerarchico governato da cuore e cervello, ma come una "democrazia di cellule" in un'ottica bio-politica.

IL CORPO AI GIORNI NOSTRI

Siamo all'oggi, al *corpo-biomolecolare*

del Dna, alle immagini ultrastrutturali della microscopia elettronica, all'immaginario della avveniristica "eidologia", scienza di immagini corporee che si avvale di onde ultrasonore, di radiazioni ionizzanti elaborate da un computer, di segnali a radiofrequenza emessi da atomi sottoposti all'azione di un campo magnetico statico di grande intensità. Questa e altra futurologia iconografica proiettano nel presente e nell'avvenire, in una identità epistemologica di lunga durata, la cultura osservativa e descrittiva risalente al corpo osservato e descritto da Vesalio. Il riferimento alla tradizione può preservare l'attuale rivoluzionaria eidologia dal pericolo di diventare idolatria, può immunizzare la scienza d'immagini dal rischio di farsi mera manipolatrice di cose. Solo se ancorata all'ormeggio di una sensibilità che appartiene a una lunga tradizione, la *tecnologia positiva*, cioè positivamente applicata, può restare immune dal rischio di tradursi in una *antropologia negativa*, cioè negativamente gestita, dove le immagini corporee altro non sono che simulacri, vuoti di concreta umana realtà.

Giorgio Cosmacini

IL CORPO NELLA CULTURA DELL'ANTICO EGITTO

Per gli antichi egizi l'uomo non soltanto "aveva un corpo", ma, al contempo, "era un corpo". Nell'antico Egitto, infatti, il corpo era anche visto come elemento fondamentale per la vita eterna: la presenza dell'integrità corporea dopo la morte e la sua avvenuta riconoscibilità ad opera della parte incorporea dell'individuo erano, infatti, condizioni imprescindibili per l'immortalità. Questa duplicità emerge anche nel corso dello sviluppo del loro pensiero medico, uno sviluppo che ha una storia di più di due millenni e dove pensiero razionale e irrazionale coesistono armoniosamente e in modo convincente.

LA BELLEZZA DEI CORPI TRA NORMALITÀ E ANORMALITÀ

Nella scultura e nella pittura dell'antico Egitto l'uomo e la donna erano per lo più rappresentati con un corpo perfetto, bello, armonioso, pulito e curato. «I faraoni tendono a essere raffigurati nel pieno vigore della giovinezza con arti perfettamente proporzionati, muscoli ben sviluppati e poco adipe. Le donne sono usualmente raffigurate alte, snelle e belle con portamento aggraziato», scrive Nunn. Uomini e donne furono però anche rappresentati sia nella loro fisiologica normalità che nella loro patologica anormalità. In quest'ultimo contesto si possono ricordare le sculture che già dalla IV-V dinastia raffigurano i nani

acondroplasi, la scena "della carestia" della piramide di Unas a Saqqara (V dinastia), l'obesità da ginecomastia di Ankh-ma-hor rappresentato su bassorilievo (VI dinastia), l'addome globoso di Bak sulla sua stele (XVIII dinastia), le varie raffigurazioni di ernie ombelicali e scrotali che vengono rappresentate dalla VI dinastia (tomba di Ptahhotep) al Nuovo Regno (tomba TT100 di Rekmire).

ALCUNI MODI PER DIRE CORPO

Fin dall'Egitto più antico non vi è un unico modo per dire "corpo". Ci sono infatti geroglifici che significano più il corpo nella sua oggettività e geroglifici che invece servono a significare il corpo più nella sua accezione soggettiva. Tutti questi segni rappresentano comunque soltanto una parte dell'uomo nella sua interezza poiché l'uomo non era solo corpo, persona fatta di "carne e ossa" come anche studiato nei papiri medici, ma anche realtà spirituale: un insieme di pluralità convivevano pertanto in armonia tra loro.

Si discute se gli Egizi avessero o meno una visione d'insieme del corpo, cioè se per loro il corpo fosse un aggregato di membra, organi e ossa, oppure una struttura unitaria. L'ipotesi più accreditata prevede che: «gli elementi costitutivi del corpo non siano considerati come aventi delle proprietà intrinseche», ma che rispondano a un tutt'uno e cioè, appunto, al corpo nel

suo insieme, sottolinea Bardinet. Un discorso a parte merita la parola *khat* che rappresenta la parte più vulnerabile del corpo, e cioè quella mortale. Il corpo materiale *khat* con la morte va incontro a deperimento e pertanto la parola ha significato di “cadavere”. Era con la pratica della mummificazione che il corpo acquisiva una sua dimensione nobile o, meglio, era la mummificazione a nobilitare l’integrità corporea che da *khat* passava allo stato di *sah*, l’incorruttibile “corpo spirituale” dell’uomo, parola che infatti ugualmente significa nobiltà e mummia.

IL CORPO IN MEDICINA

«Non è per nulla sorprendente che un popolo che poteva costruire le piramidi nel III millennio a.C. potesse fornire grandi contributi all’iniziale sviluppo della medicina» commenta ancora Nunn. Questa fu la medicina di un Paese che - come disse Dominique Jean Larrey (1766-1842), il chirurgo colto e abilissimo della spedizione del generale Bonaparte in Egitto - ha dato al mondo «i primi astronomi, dei filosofi profondi e dei grandi medici». Medici che, come tutti gli antichi egizi, guardavano alla complessa totalità somato-psichica della persona umana. Per essi infatti, l’interazione tra la dimensione corporale (per non dire “anatomica”) e la componente spirituale (per non dire “psichica”) dell’uomo era proprio ciò su

cui si fondava la propria vita e la propria morte (per non dire la propria “filosofia di vita e di morte”). Anche se nello studio del pensiero dell’antico Egitto non ci dobbiamo aspettare di trovare la forte dicotomia tra corpo e anima, il corpo fu così tanto approfondito dal punto di vista concettuale che, oltre ad essere rappresentato in modo sia ideale che reale in disegni e sculture e oltre ad essere utilizzato per simboleggiare suoni e fonemi, fu oggetto di studio nei papiri medici di epoca faraonica e soprattutto fu oggetto di riflessione, anche trascendentale.

Paola Cosmacini

Riferimenti bibliografici

- T. Bardinet, *Les papyrus médicaux de l’Égypte pharaonique*, Fayard, Paris 1995
- Id., “Représentations du corps et théories médicales dans l’Égypte ancienne”, lezione in *Le Corps Réparé*, Paris 27.11.2010
- J. Nunn, *Ancient Egyptian Medicine*, University of Oklahoma Press, Oklahoma 1996

LO SPETTACOLO DEL CORPO IN LEONARDO DA VINCI

Sino al Rinascimento l'anatomia e la fisiologia descritte da Claudio Galeno nel secondo secolo dopo Cristo costituivano il fondamento della conoscenza e della prassi medica. Dopo di lui, per oltre un millennio non si avvertì l'esigenza di effettuare ricerca anatomica: l'anatomia era già descritta (o meglio sarebbe dire "scritta") nei testi classici antichi. Questa mancanza d'indagine non aveva consentito alcun progresso nella conoscenza della reale struttura del corpo umano. La ripresa della pratica dissettoria, iniziata (sia pure in modo ancora occasionale) a Bologna nel XIII secolo a opera di Mondino de' Liuzzi in funzione di un rinnovato interesse chirurgico e dell'inizio della critica alla trasmissione di un sapere tradizionale e statico, avrebbe avuto il suo apice tra Quattrocento e Cinquecento con il ritorno dell'uomo al centro della cultura. Questo nuovo umanesimo (letterario, artistico, medico) avrebbe condotto nel Rinascimento a una triplice "scoperta del corpo": artistica, anatomica, motoria¹. Lungo questo percorso di nuova conoscenza s'incontra la

complessa figura di Leonardo da Vinci.

ANATOMIA ARTISTICA E ANATOMIA MEDICA

Nel 1469, a diciassette anni, egli entra come apprendista a Firenze nella bottega di Andrea del Verrocchio, un artista già famoso, nelle cui opere traspare con evidenza quel nuovo umanesimo che sta rinnovando radicalmente l'arte. La dimensione antropocentrica di questa concezione porta inevitabilmente alla "scoperta del corpo": della sua componente spirituale non meno che della sua rappresentazione fisica.

Quest'ultimo è l'aspetto che interessa maggiormente pittori e scultori non meno di medici e chirurghi, anche se in maniera differente. Ai primi, per rendere "vere e realistiche" le loro rappresentazioni serve un'anatomia artistica, un'anatomia di superficie che faccia ben conoscere le ossa, i muscoli e la pelle, diversa dall'anatomia medica che deve invece guidare "per la cura dei malati" la mente e la mano di medici e chirurghi, un'anatomia di profondità che permetta di conoscere con

¹ L. Premuda, *Storia dell'iconografia anatomica*, Ciba, Saronno 1993; G. Cosmacini, *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Laterza, Roma-Bari 1997; A. Carlino, R.P. Ciardi, A. Petrioli Tofani, *La bella anatomia. Il disegno del corpo fra arte e scienza nel Rinascimento*, Silvana, Milano 2009,

esattezza la forma e i rapporti degli organi interni².

L'architetto umanista Leon Battista Alberti aveva ben teorizzato i canoni che gli artisti dovevano utilizzare nei loro studi anatomici. «Gioverà prima allegare ciascun osso dell'animale - aveva scritto -, poi appresso aggiungere i suoi muscoli, di poi tutto vestirlo di sua carne»³: un metodo ancora valido in pieno Rinascimento, come documenta un disegno del 1575 di Alessandro Allori che illustra letteralmente come "costruire" la figura di un arto inferiore umano partendo dal disegno delle ossa e aggiungendovi poi muscoli e cute.

Leonardo inizia ad avvicinarsi all'anatomia umana da artista. Nei primi studi anatomici eseguiti a Milano nel 1487 si riconoscono ancora le caratteristiche tipiche di questa impostazione artistica: raffigurazioni limitate a ossa e muscoli e, per questi ultimi, forte influenza visiva di ciò che appare in superficie. Le sue indagini dal vivo e le sue rappresentazioni anatomiche, pur con i limiti propri della

semplice indagine artistica, rappresentano già importanti innovazioni rispetto all'iconografia e alla cultura anatomica del tempo e trovano immediata applicazione nelle sue opere pittoriche, come ben evidenzia il confronto tra il San Gerolamo, dipinto probabilmente tra il 1480 e il 1482, in cui il movimento di estensione del braccio destro e quello di rotazione a sinistra della testa permettono di evidenziare in modo anatomicamente corretto la forte tensione dei muscoli del collo e del cingolo scapolo-omero-clavicolare e un disegno riguardante lo studio dei muscoli della spalla.

LA LOGICA MECCANICA DELL'ANATOMIA

Il desiderio di procedere oltre nella "scoperta della natura" gli fa però ben presto comprendere i limiti metodologici dello studio anatomico degli "scorticati": questa anatomia *statica* di superficie non gli consente di "approfondire lo sguardo" per osservare tutte le parti dell'uomo e comprenderne rapporti e connessioni.

² V. A. Sironi, *La rivoluzione anatomica e lo spettacolo del corpo: il ruolo di Leonardo da Vinci* nel volume collettaneo *I segreti del corpo. La prima edizione dei disegni anatomici di Leonardo da Vinci e il lungo viaggio alla scoperta della "meravigliosa macchina" umana*, Anthelios, Milano 2008, pp. XXIV-XXXV

³ La citazione di Leon Battista Alberti, ripresa dal trattato *Della pittura*, 1.II, è riportata in D. Laurenza, *Leonardo. La scienza trasfigurata in arte*, collana "I grandi della scienza" n. 9, giugno 1999, p. 31.

Occorre superare le limitazioni poste alle conoscenze scientifiche dell'artista e, integrando positivamente esplorazione anatomica (artistico-medica) e analisi meccanica (matematico-geometrica), puntare alla comprensione della struttura interna dei corpi attraverso un'*anatomia dinamica* profonda.

Il Leonardo pittore trae ispirazione dal Leonardo ingegnere: nella «ricerca leonardiana il modello visivo macchinale influenza quello anatomico».⁴ I suoi disegni anatomici assumono caratteristiche completamente diverse da quelle del tempo, fossero questi eseguiti per scopi artistici oppure con intenti medici. Nelle raffigurazioni dei corpi e delle loro parti egli imprime un carattere analitico nettamente differente da quell'aspetto schematico delle rappresentazioni anatomiche «scientifiche» del suo tempo, nelle quali il corpo umano rappresentava solo la cornice fissa entro la quale raffigurare le varie parti anatomiche e gli organi di riferimento del sistema umoralistico ippocratico-galenico (fegato, milza, cuore, cervello e vene, arterie, nervi), fondamento della conoscenza e della prassi medica.

Ecco allora il corpo come “esplodere” per permettere rappresentazioni analitiche delle sue varie parti: nei suoi disegni Leonardo mostra parti staccate, sezionate, offerte alla vista nelle loro componenti particolari, con un'analisi precisa dei rapporti tra loro esistenti, come nello studio particolareggiato del tratto cervicale della colonna vertebrale.

Altri disegni, come appare chiaramente in una tavola raffigurante l'arto inferiore, evidenziano sezioni assiali che, anticipando i successivi studi di anatomia topografica e le immagini ottenibili oggi con la tomografia assiale computerizzata o la risonanza magnetica, permettono di rappresentare con esattezza i rapporti topografici tra le varie componenti anatomiche della parte studiata. Infine spesso sono presenti nelle tavole precisi schemi - con riferimenti e richiami alla fisica meccanica delle leve (dinamica) e alla fisica dei fluidi (idraulica) - riguardanti le modalità di funzionamento dei componenti anatomici, come mostrano le linee di forza che spiegano il funzionamento come leve dei tendini e dei muscoli dell'arto inferiore o le analitiche

⁴ Ivi, p. 33.

raffigurazioni delle valvole cardiache che regolano il vorticoso flusso del sangue (e degli “spiriti”, come riteneva la concezione galenica) attraverso le sue cavità o il flusso del sangue attraverso l’aorta. Oppure ancora la rappresentazione da prospettive leggermente diverse in successioni accostate di un particolare anatomico, richiama quasi i fotogrammi di un film attraverso i quali si può osservare analiticamente la dinamica di un movimento, come nel caso dei muscoli dell’arto superiore: un’anatomia animata precorritrice di quell’anatomia funzionale o fisiologia che nascerà solo nel Seicento con gli studi sulla circolazione del sangue ad opera di William Harvey (1578-1657).⁵

In Leonardo disegni e schemi visivi del corpo umano sono in funzione della conoscenza. La sua anatomia meccanica (intera, esplosa o con sezioni assiali) supera in modo definitivo i limiti dell’anatomia artistica rinascimentale e la sua arte trasfigura la conoscenza divenendo così scienza.

IL FASCINO DELL’ANATOMIA DISEGNATA

Egli ritiene giustamente che l’immagine non eguaglia l’osservazione, ma rende onore al vero della natura assai più che le parole. Prima di lui, le immagini anatomiche presenti in alcuni testi medioevali erano semplici schemi utilizzati per memorizzare meglio i contenuti del testo: l’anatomia era *scritta non disegnata*. Nelle tavole anatomiche di Leonardo questo rapporto si capovolge: è l’immagine che mostra l’anatomia; le parole, se presenti, sono didascalie esplicative dell’immagine.⁶

In Leonardo arte e scienza si fondono in un *unicum* irripetibile. L’uso d’un disegno caratterizzato dal tratteggio che s’incurva per seguire la forma, utilizzato da Leonardo a partire dal 1500 nelle rappresentazioni del corpo umano e delle sue parti, gli consente di raggiungere risultati estetici e di “chiarezza espositiva” straordinari.⁷ Anche l’ideale di armonia tipico dell’arte rinascimentale, per cui le

⁵ La bibliografia riguardante gli studi anatomici di Leonardo è assai estesa. Si veda al riguardo D. Laurenza, *Leonardo. L’anatomia*, Giunti, Firenze 2009 e V. A Sironi, *op. cit.*

⁶ D. Laurenza, *Ricerca anatomica tra arte e scienza*, in *Leonardo. L’anatomia*, a cura di C. Pedretti, D. Laurenza, P. Salvi, Giunti, Firenze-Milano 2005, p. 14.

⁷ C. Pedretti, *L’anatomia della “bellezza umana”*, in *Leonardo. L’anatomia*, *op. cit.*, p. 5.

proporzioni geometriche devono essere utilizzate dall'artista per le sue rappresentazioni materiali (figure dipinte, sculture o edifici), influenza le modalità espressive di Leonardo quando disegna l'anatomia del corpo umano (in modo particolare del cranio e dei suoi contenuti), ma la sua fisiognomica si trasforma ben presto in antropometria passando del pregiudizio estetico (la ricerca delle caratteristiche psicologico-spirituali in base all'aspetto fisico) al giudizio scientifico (lo studio dei rapporti fisico-matematici relativi allo sviluppo delle parti).⁸

L'interesse per la natura e per l'uomo come sua massima espressione "compiuta" lo spingono nel tentativo di arrivare a realizzare una sintesi visivo-scientifica di questa complessità. Proprio per questa ragione i numerosi disegni, le tante osservazioni, le puntuali riflessioni che egli trae ogni volta che disseziona un cadavere alla ricerca "del vero della conoscenza" sono "appunti" che egli esegue con l'intenzione di comporre un'opera che rappresenti questa complessa realtà: non tanto una *Trattato di anatomia*, ma piuttosto come egli afferma un libro *De*

figura umana, che però purtroppo non vedrà mai la luce.⁹

I suoi studi anatomici trovano in parte immediata applicazione nelle sue opere pittoriche, ben note e apprezzate dai contemporanei, mentre i suoi manoscritti e i suoi disegni sulla struttura del corpo umano resteranno sconosciuti per quasi tre secoli, tranne rare eccezioni, come Albrecht Dürer, grande pittore e scienziato tedesco, che ha modo di conoscere questi disegni nei primi anni del Cinquecento, ricavandone una positiva sorpresa e una profonda impressione. Ecco la ragione per la quale l'opera anatomica del geniale Leonardo non ha inciso in modo significativo sull'evoluzione del pensiero medico, ancorato (così come sarebbe stato per altri tre secoli) all'antica concezione umoralistica di stampo ippocratico-galenico.

LA RIVOLUZIONE DELL'ANATOMIA ILLUSTRATA

Lo straordinario lavoro compiuto da Leonardo in ambito anatomico resterà dunque nell'oblio sino al 1769, anno in cui i suoi manoscritti e i suoi disegni relativi alla struttura del corpo umano

escono finalmente per la prima volta dalle lunghe tenebre che li hanno avvolti per quasi tre secoli. Questo spiega perché la *rivoluzione anatomica*, che grazie alla conoscenza dell'esatta struttura esterna e interna del corpo umano avrebbe aperto le porte alla nascita della medicina moderna, avverrà solo alcuni decenni dopo la sua scomparsa con la pubblicazione a Basilea nel 1543 dei sette libri a stampa dell'opera *De humani corporis fabrica* di Andrea Vesalio, lettore di chirurgia e di anatomia nell'università di Padova¹⁰. La rivoluzione vesaliana¹¹ schiude le porte a sviluppi teorici nuovi nell'ambito della conoscenza del corpo umano che nei secoli successivi avrebbero portato a passaggi fondamentali per la nascita della medicina moderna: dall'anatomia descrittiva alla fisiologia, dall'anatomia macroscopica a quella microscopica, dall'anatomia normale a quella patologica. Una conoscenza che sarebbe cresciuta grazie alla pratica ormai ricorrente della dissezione anatomica, destinata a divenire sempre più uno "spettacolo" del corpo umano: non solo privato per

lo studio dei medici dentro il teatro anatomico dell'università, ma anche pubblico nelle piazze trasformate in palcoscenici per l'istruzione dei cittadini.

Il teatro anatomico è tale di nome e di fatto, poiché su questo palcoscenico ha luogo la macabra "rappresentazione" della dissezione umana. Un "trionfo della carne" con una duplice funzione didattica: per i medici un *memento curare* (ricordati che devi curare) sottolineato dalla vista degli organi devastati dalla malattia e per i comuni cittadini un *memento mori* (ricordati che devi morire) evocato dalla visione della carne consumata dal tempo e corrotta nella putrefazione della morte. Sarà proprio grazie a questo spettacolo che la conoscenza anatomica potrà progredire diventando uno dei pilastri della moderna medicina.

Vittorio A. Sironi

¹⁰ A. Castiglioni, *Storia della medicina*, Mondadori, Milano 1948, pp. 366-372.

¹¹ A. Carlino, *Vesalio e la cultura visiva delle anatomie a stampa del Rinascimento*, nell'opera collettanea *Rappresentare il corpo. Arte e anatomia da Leonardo all'Illuminismo*, op. cit., pp. 75-91.

CHE COS'È L'EPISTEMOLOGIA DELLA MEDICINA?

In quali modi è possibile concepire salute e malattia? Quali sono i metodi della ricerca biomedica e della pratica clinica? Quali forme di ragionamento vengono messe in atto nella sperimentazione, nella spiegazione e nella previsione in ambito medico? Cosa caratterizza un processo diagnostico? Sono alcuni degli interrogativi sollevati dall'epistemologia della medicina. Questa disciplina, nata come branca autonoma dell'indagine filosofica in tempi relativamente recenti, ha saputo conquistare rapidamente uno spazio di rilievo nel dibattito contemporaneo sull'attività scientifica. Il punto di vista specifico assunto dalla filosofia della medicina, che vuole distinguersi dalla filosofia della biologia, dalla bioetica, dalle *medical humanities*, è una rigorosa analisi dei fondamenti, degli strumenti concettuali e delle metodologie della medicina scientifica. Le riflessioni epistemologiche sulle scienze biomediche si sono sviluppate nell'ambito di una crescente attenzione della filosofia della scienza per le cosiddette scienze speciali. Dopo essersi a lungo configurata come riflessione sulla fisica, la filosofia della scienza ha infatti riconosciuto l'importanza delle peculiarità disciplinari per un'analisi adeguata di nozioni come quelle di teoria, sperimentazione, spiegazione, causalità, e molte altre. La medicina è apparsa un campo d'indagine di

particolare interesse, dato il suo collocarsi al crocevia di settori disciplinari diversi: intrecciando e integrando conoscenze provenienti da settori quali biologia, chimica, psicologia, economia, sociologia, scavalca infatti la tradizionale distinzione tra scienze naturali e scienze sociali, e apre nuove prospettive metodologiche e concettuali.

FILOSOFIA DELLA MEDICINA: UN'ATTENZIONE CRESCENTE

Il numero di iniziative (convegni, riviste, volumi, ecc.) dedicate alla filosofia della medicina è significativamente aumentato negli ultimi due decenni, in concomitanza a un allargamento e a un approfondimento dei temi considerati. Se dibattiti con radici lontane, come quelli su concetti salute e malattia o sullo statuto scientifico della medicina, hanno avuto importanti sviluppi, sono state introdotte anche nuove tematiche. Tra queste ricordiamo la natura e il ruolo dell'evidenza, i presupposti e l'esecuzione dei *trials* randomizzati, il peso di bias ed errori e la prospettiva della medicina evolucionistica. Le riflessioni in merito sono ampiamente nutrite da dettagliate analisi di *case-studies*, da importanti intersezioni tra filosofia della scienza e storia della scienza, nonché da un'attenzione non solo per il livello teorico delle indagini

biomediche, ma anche per l'attività clinica. Anche in questo caso, si tratta di aspetti che si inseriscono in uno scenario più ampio, caratterizzato dal crescente interesse della filosofia della scienza per la *pratica* scientifica. Questa tendenza è altresì accompagnata dal riconoscimento delle diverse anime della medicina, così da portare all'elaborazione di considerazioni sempre più specifiche relative, per esempio, all'epidemiologia, alla psichiatria e alla fisiologia.

IL DIBATTITO TRA TEMATICHE TRADIZIONALI E NUOVE SFIDE

Quasi quarant'anni fa, negli atti di un convegno della Philosophy of Science Association si poteva leggere: «Alla filosofia della medicina è stato accordato il permesso temporaneo di accedere alle sacre stanze della filosofia della scienza. Il visitatore è ovviamente tenuto a rispettare le regole: le ore di visita non devono interferire con le attività degli addetti ai lavori; dev'essere mantenuto un comportamento corretto [...]; e soprattutto: non si accettano consigli non richiesti!». Oggi la situazione appare ben diversa: non solo l'epistemologia della medicina è riconosciuta a tutti gli effetti come una delle branche della filosofia della scienza in maggiore espansione, ma proprio da qui partono alcune delle più significative sollecitazioni per la stessa

general philosophy of science. Gli straordinari progressi della biologia molecolare e della genetica, l'affermarsi di modelli di patologie sempre più articolati, l'emergere di filoni di indagine epidemiologica focalizzati sui determinanti socio-economici della malattia, l'introduzione di nuovi metodi diagnostici e nuove terapie sono alcuni degli stimoli che indirizzano la filosofia della medicina verso una rilettura di molti dei nodi concettuali dibattuti nella filosofia della scienza.

La variabilità e complessità dei fenomeni indagati hanno sollevato interrogativi inediti, spingendo a un ripensamento, tra l'altro, dei termini del dibattito tra riduzionismo e antiriduzionismo, dei concetti di teoria e di legge scientifica, dei caratteri dei modelli esplicativi e d'intervento. La messa in discussione di posizioni a lungo accettate, la proposta di modelli "ibridi" e di approcci pluralistici sono alcuni degli esiti più felici dell'incontro tra epistemologia e medicina.

Raffaella Campaner

Riferimenti bibliografici

- M.W. Wartofsky, "How to Begin Again: Medical Therapies for the Philosophy of Science", *PSA* 1976, vol. 2, pp. 109-122, p. 109

MEDICAL HUMANITIES E MEDICINA NARRATIVA

Quello della medicina narrativa è da alcuni considerato un modello più comprensivo con cui interpretare la pratica medica rispetto al modello della *evidence based medicine*. Modello, quest'ultimo, che si è imposto quando le biotecnologie, e in generale la specializzazione, hanno fatto della biomedicina materia eccessiva per le competenze del singolo medico e soprattutto una scienza necessariamente sempre più astratta rispetto all'individualità dei casi e agli aspetti "qualitativi" della storia personale dei pazienti. La medicina narrativa è stata teorizzata in America soprattutto da due medici donne, Rita Charon e Kathryn M. Hunter, e oggi sta guadagnando in Italia ampio credito nell'ambito delle *medical humanities* e di una medicina centrata sul paziente, proponendosi, nelle sue versioni meno ideologicamente radicali, come complementare rispetto alla medicina più strettamente scientifica, ma sempre rivendicando alle narrative (del paziente) un ruolo insostituibile soprattutto nella clinica. L'utilizzazione delle narrative all'interno di questo modello di medicina oscilla tra il considerarle dal punto di vista epistemologico ed etico, genericamente una facilitazione nei rapporti medico-paziente, al considerarle uno *strumento di ricerca* qualitativo, una speciale *forma di comunicazione* tra medico e paziente o uno specifico *strumento*

terapeutico. Con enfasi diverse, in tutti questi casi, alle narrative viene attribuito un particolare valore conoscitivo che si intende stabilire in base a teorie psicologiche; in base ad assunti filosofici che includono concezioni della verità, del significato e dell'ontologia; in base a più generali considerazioni esterne che riguardano le tradizioni culturali e una certa accezione di "umanesimo".

PRO E CONTRO DELLA SVOLTA NARRATIVISTICA

Nonostante reputi di grande interesse i contributi sul valore epistemico delle narrative che la "svolta narrativistica" in medicina ha favorito, ritengo che, dal punto di vista epistemologico, essa porti con sé alcuni limiti non sempre adeguatamente valutati e soprattutto fraintendimenti gravi di cosa sia "scienza" e "scientifico". Riassumerò le mie perplessità schematicamente tramite un contrappunto di pro e contra.

Pro: le narrative offrono *patterns* più aderenti all'esperienza vissuta (soprattutto per quello che riguarda la temporalità e la qualità dell'esperienza), consentendo di rappresentare meglio gli aspetti soggettivi della stessa di quanto non possa fare una medicina "scientificamente" impostata.

Contra: è un'impropria semplificazione dire che gli aspetti individuali sfuggono

costitutivamente alla scienza. La medicina evoluzionistica su basi molecolari, per esempio, riesce a rispettare l'unicità del soggetto malato meglio di qualsiasi forma di narrativa. Va inoltre detto che ogni narrazione si basa sempre su un linguaggio condiviso, intersoggettivo, in cui si sono nel tempo sedimentate conoscenze, ma anche pregiudizi e limiti espressivi, e che comunque non può fare a meno di essere in qualche modo "oggettivo" per essere compreso.

Pro: le narrative esprimono un modo efficiente, modulare, memorizzabile e intrigante di ordinare l'esperienza, configurando una sorta di *forma mentis* alternativa a quella paradigmatica e logico-razionale che è anche più "naturale" in quanto precede l'altra nello sviluppo cognitivo.

Contra: che la scienza (come la democrazia, la monogamia e poco altro) non sia naturale o intuitiva non significa che si debba incorrere in una sorta di "fallacia naturalistica" nell'attribuire una superiorità ad atteggiamenti cognitivi ontogeneticamente più aderenti a una presunta (ma oggi sempre più mitica) natura umana. Inoltre, non è affatto vero che una *forma mentis* scientifica esclude necessariamente il ricorso a narrative o a storie, anche se la loro utilizzazione scientifica è sempre guidata dall'idea regolativa della verità e da un

atteggiamento "critico" in una cornice di riferimento che resta fondamentalmente causale.

Pro: le narrative sono eticamente raccomandabili perché rappresentano possibilità generali per le vite umane e sono particolarmente congeniali alla visione di chi persegue un'etica delle capacità.

Contra: non in tutti i campi e in tutte le situazioni un'etica delle capacità può aiutare a scegliere e a comportarsi correttamente. Si presentano ai soggetti molte situazioni in cui la conoscenza e la verità (e magari un mero calcolo utilitaristico o una stima consequenzialista) diventano dirimenti un contegno morale (tra l'altro, io sono tra coloro che ritengono che la verità oggettiva sia in sé portatrice di un valore morale).

Concludo brevemente con le parole, caute, di un teorico della medicina narrativa John Launer: «La più grande sfida nell'assumere un approccio narrativistico consiste nel sapere quando fermarsi. La malattia, la disabilità, la privazione e la morte non sono storie, sono fatti. Dei professionisti che si fanno prendere dalle idee narrativistiche al punto di dimenticarlo, non c'è da fidarsi».

Alessandro Pagnini

DALLE MEDICAL HUMANITIES ALLE BIOMEDICAL HUMANITIES

Le *medical humanities* sono nate negli Stati Uniti intorno agli anni Sessanta come risposta alla de-umanizzazione della medicina. Tuttavia questo approccio alla pratica clinica e al rapporto medico-paziente non era certo sconosciuto in Italia e in Europa, dove da sempre vi è un ruolo importante per il lato “umanizzante” e dove da sempre la medicina è considerata una “scienza dell’uomo”.

In modo un po’ semplificato, possiamo dire che esistono due vie alle *medical humanities*: una narrativa e una concettuale. Secondo la via narrativa, le *medical humanities* dovrebbero risultare in un approccio che, attraverso la letteratura, l’arte, la cinematografia, sviluppi l’empatia del medico nei confronti del paziente. All’interno di questa via, vi è pure una grande enfasi sulla narrazione della patologia da parte del paziente in modo da aiutarlo ad accettare il suo stato fisiologico. La via concettuale, invece, tende a proporre le *medical humanities* soprattutto come momento di riflessione a tutto tondo sulla medicina e sulla sua pratica, e quindi si avvale di discipline come l’etica, la filosofia e la storia della medicina, la sociologia, la metodologia clinica.

Queste, pur non essendo discipline mediche in senso stretto, dovrebbero però permettere al medico di aver una miglior consapevolezza del suo fare, sia da un punto di vista teorico, sia da un

punto di vista delle conseguenze etiche, sociali ed economiche che i suoi atti possono comportare.

DAL LABORATORIO AL LETTO DEL PAZIENTE

Tuttavia, grazie ai recenti progressi della genomica e della post-genomica, non è più possibile focalizzarsi unicamente sul rapporto medico-paziente ma bisogna prendere in considerazione tutta la catena che va dal bancone del laboratorio al letto del paziente, per ritornare nuovamente indietro al bancone. Ecco perché ha senso parlare di *biomedical humanities*. Ha sempre più rilevanza che la riflessione umanistica, pur sempre centrata sul paziente e sulla sua qualità di vita, prenda in esame l’intera filiera che dalla ricerca di base passa alla ricerca traslazionale e alla ricerca clinica per arrivare, infine, alla pratica clinica vera e propria. Quando vogliamo pensare a discipline umanistiche che incrementano la consapevolezza medica, dobbiamo considerarle relativamente non solo al rapporto medico paziente, o alla pratica usuale, ma all’intera catena che va dal laboratorio alla clinica. Insomma, un modo nuovo e più impegnativo, visto il raggio d’azione, di pensare l’umanizzazione della (bio)medicina.

Giovanni Boniolo

ISTITUZIONI DELLA SALUTE: PRIMO, COMUNICARE!

Quadro primo: la sala d'aspetto di un moderno ospedale d'eccellenza del nord Italia, luci soffuse, suoni smorzati. Il regime è comunque quello del servizio sanitario nazionale. L'infermiera rivolgendosi al paziente in attesa di un prelievo: «Allora mi raccomando, signor... se ha bisogno di qualunque cosa ci chiami». Poi si allontana, il tempo passa, in corridoio rimangono solo le persone in attesa. Chiamare? Non è così semplice, con buona pace della cortesia. Stessa scena: un paziente attende il suo turno per il prelievo al day hospital oncologico di un grande ospedale romano. L'infermiere lo cerca, lo chiama: «Aah Gianni, li mortacci tua, vvié qua!». Quale delle due situazioni è più vicina all'umanizzazione della medicina? O, per meglio dire, quale modello di comunicazione medico-paziente è più efficace?

Quadro secondo: il portale di epidemiologia pubblicato da un ente importante della sanità pubblica nazionale. Il sito ha una buona redazione, si aggiorna regolarmente ed esiste ormai da molti anni, così si è costruito un pubblico vasto, anche di non addetti ai lavori. Tanti utenti significano anche un discreto flusso di posta elettronica: si scrive alla redazione del sito perché dà fiducia, l'ente di riferimento gode di una buona immagine. La redazione ha stabilito che chiunque scriva a un ente pubblico non può restare senza risposta e per anni si è imposta di non trascurare queste richieste, ma alla fine deve arrendersi: non solo la posta è

tanta, ma soprattutto aumentano continuamente le domande di tipo clinico, che esulano dal mandato istituzionale del sito. Così alla fine predispone una risposta automatica che consiglia di rivolgersi al proprio medico. Un giorno una signora incinta scrive preoccupatissima per i risultati dei controlli che ha fatto, riceve la risposta automatica. Pochi giorni dopo scrive ancora per annunciare che era un falso allarme, gli esami erano sbagliati. Ringrazia per l'attenzione e la disponibilità. Non aveva trovato nessun altro disposto ad ascoltarla?

Sono due storie vere e non particolarmente originali, ed è proprio per questo che ci interessano, perché misurano la distanza tra l'interrogarsi, il ragionare, il proporsi di migliorare la comunicazione in ambito biomedico e la realtà quotidiana delle infinite occasioni in cui questo non avviene. Una comunicazione che è evidentemente riduttivo considerare solo nella relazione tra medico e paziente o tra personale sanitario e paziente. I portatori di interesse sono molti di più, e una buona comunicazione non può arrivare solo alla fine, quando si può e come si può. Una buona comunicazione si intreccia con una buona organizzazione, con le scelte sulle risorse e con una formazione adeguata di *tutte* le figure coinvolte. La buona comunicazione non si improvvisa e non è (o non basta che sia) il risultato della buona volontà di pochi. Rimbocchiamoci le maniche.

Eva Benelli

IN MEMORIA DI ALESSANDRO LIBERATI: L'INCERTEZZA EVITABILE, TRA RICERCA E COMUNICAZIONE

Quando nel novembre 2011 mi venne chiesto di indicare i temi e i possibili relatori della sessione sulla Comunicazione di questo workshop, proposi un intervento di Alessandro Liberati, dopo averne parlato con lui. Il titolo era: "L'incertezza evitabile, tra ricerca e comunicazione".

La nostra intenzione in realtà era di presentare all'incontro di Bologna, in anteprima, un video alla cui idea stavamo lavorando da oltre un anno, insieme a Patrizia Pasqui e a molte altre persone a vario titolo coinvolte¹. Non eravamo sicuri di farcela ad avere un prodotto finito per la data del convegno, ma con l'ottimismo che ad Alessandro non è mai mancato, ci eravamo detti che, male che fosse andata, avremmo potuto raccontare il work in progress del progetto. Alessandro è morto il primo gennaio di quest'anno di mieloma multiplo, una malattia che lo aveva accompagnato nell'ultimo decennio e più, tra fasi asintomatiche, autotrapianti di midollo ripetuti, remissioni, riprese di malattia e difficili scelte di strategie terapeutiche e anche esistenziali. Ora con Patrizia ci troviamo ad affrontare l'argomento

senza il video finito, ma con molti concetti importanti messi a fuoco insieme ad Alessandro negli ultimi mesi. Abbiamo anche un breve montaggio di riprese grezze, come appunti di viaggio o conversazioni tra amici, per cui potrete sentire anche diverse cose dalla sua voce. Altre, prese dal copione che Patrizia stava scrivendo, verranno lette dall'attore Mario Spallino.

UNA STORIA IN PROGRESS

L'idea iniziale era nata dalla convinzione che la complessa e decennale vicenda di malattia di Alessandro - vissuta direttamente sulla pelle come paziente in ogni suo aspetto, ma interpretata anche attraverso le competenze di medico, di ricercatore e di decisore, con responsabilità nel finanziamento della ricerca -, abbia un grande valore euristico e rappresenti un'occasione da non perdere per ripensare dove vanno oggi la medicina e la ricerca. Dopo aver esplorato la classica modalità della comunicazione scritta con vari testi (in italiano e in inglese, tra cui una memorabile lettera al *Bmj* del 2004²) ci eravamo convinti che

¹ Oltre agli autori di questo testo, hanno partecipato a varie fasi del progetto per il video sulla "Incertezza evitabile", in ordine alfabetico: Giulia Candiani, Augusto Cavina, Elisa Liberati, Fabrizio Palaferri, Silvio Soldini, Mario Spallino, Mariangela Taricco

² Liberati A. *An unfinished trip through the uncertainties*. *BMJ* 2004; 328: 531-32.

occorre qualcosa di più efficace per penetrare la barriera di indifferenza e distrazione che circonda questi temi, e ci si era orientati sull'idea di un breve video che sapesse comunicare a un pubblico generale, con rigore ma anche con ironia e lievità, facendo sorridere su temi in sé tutt'altro che leggeri, per portare alla fine lo spettatore a riflettere su questioni serie che riguardano tutti. Avevamo in mente il modello di alcuni video del giornalista Ray Moynihan sul disease mongering, ma avremmo voluto fare ancora meglio... Come sempre con Alessandro non si trattava di volare basso. Per questo abbiamo cercato il confronto con vari professionisti, tra cui Silvio Soldini, e siamo approdati a discuterne lungamente con la sceneggiatrice Patrizia Pasqui, che si era già cimentata su temi affini in ambito teatrale³, e col produttore Fabrizio Palaferri dell'Antoniano di Bologna. Per molto tempo però, soprattutto nell'estate del 2011 e con il gruppo allargato di persone citate nella nota, ci siamo sforzati preliminarmente di chiarire e articolare il messaggio che avremmo voluto trasmettere, giungendo infine a individuare come

nucleo centrale del progetto il concetto di "incertezza evitabile". È a mio avviso un punto di arrivo che merita di essere proposto alla discussione e all'approfondimento, in questo incontro e in tutte le sedi opportune.

L'INCERTEZZA EVITABILE

Il concetto, modellato su quello di "mortalità evitabile" ben noto a tutti gli epidemiologi ed esperti di sanità pubblica, parte dalla constatazione che l'incertezza è una condizione ineliminabile della medicina, in tutte le sue espressioni. Questa condizione è ben nota agli operatori, anche se quasi o nulla condivisa e compresa dal pubblico generale, presso cui è prevalente la convinzione che la medicina contemporanea, in quanto scientifica, sia fonte di certezze. La ricerca stessa in realtà, per ogni conoscenza che produce, apre sempre nuovi fronti per i quali non sono disponibili dati, e in ogni caso le prove cui la Ebm fa riferimento sono quasi sempre di natura solo probabilistica. Alla domanda del malato che chiede: «che cosa mi succederà?» nessuno potrà mai rispondere con una certezza. Ma se la morte è inevitabile, si può

³ Vedi lo spettacolo Farmageddon: www.emergency.it/teatro/farmageddon.html; www.scienzaexpress.it/formula-sipario/166-farmageddon.html

però evitare che segua ad alcune condizioni oggi ben curabili, come un'appendicite o un'ulcera. Allo stesso modo vi sono alcune sorgenti di dolorosa incertezza per i malati che oggi si potrebbero, e quindi si dovrebbero, evitare. In particolare vi sono domande a cui si potrebbe rispondere se solo si facessero le sperimentazioni che quei quesiti richiedono, e vi sono situazioni invece in cui la risposta è già nota, ma chi dovrebbe trasmetterla non ha la volontà o la capacità di comunicare in modo efficace con il paziente. Da qui l'idea di porre l'accento su ricerca e comunicazione, come i due assi principali attraverso cui si può individuare la quota evitabile dell'incertezza dal punto di vista dei malati, e su cui si può agire per tentare di abbatterla.

L'ESPERIENZA DI ALESSANDRO

Nel novembre del 2011, Alessandro aveva pubblicato su *Lancet* una lettera nella quale, riprendendo il filo del già citato intervento sul *Bmj* di diversi anni prima, utilizzava appunto *en passant* il concetto di "incertezza evitabile", senza peraltro poterlo definire e analizzare, data l'esiguità dello spazio a

disposizione⁴. Ecco il passaggio: «I have had the opportunity to consider from more than one perspective the mismatch between what clinical researchers do and what patients need. I am a researcher; I have responsibility for allocating funding for research; and I have had multiple myeloma for the past decade. A few years ago I stated publicly that *several uncertainties I faced at the beginning of my disease were avoidable*».

Quella lettera era in realtà una versione più volte rimaneggiata e abbreviata di un testo più ampio che Alessandro aveva inviato in un primo tempo al *New England Journal of Medicine* - come commento di una review dedicata dal settimanale allo stato dell'arte sul mieloma multiplo -, e che non era stato accettato per la pubblicazione. La lunga e ripetuta rielaborazione del testo, alla fine pubblicato a poche settimane dalla morte e per questo assimilabile a un testamento morale, era proceduta in parallelo con le riunioni, a Bologna e a Forte dei Marmi, per la progettazione del video, come due binari paralleli con lo stesso obiettivo finale.

Ancor più della lettera, però, nelle nostre intenzioni il video avrebbe

⁴ Liberati.A. Need to realign patient-oriented and commercial and academic research. *Lancet* 2011; 378:1777

dovuto evitare qualsiasi tentazione di portare il discorso su livelli generali e astratti (come inevitabilmente sto facendo in questo scritto), ma coinvolgere lo spettatore in una vicenda fatta di carne e sangue, di emozioni e pensieri, capace di liberare tutta l'energia che può derivare da un corto circuito folgorante come quello tra l'esperienza diretta di una malattia implacabile e la capacità di riflettere lucidamente su quello che accade e che potrebbe accadere.

Per questo, attraverso il racconto di un'infinità di episodi anche banali, avevamo individuato un canovaccio ideale fatto non di idee e argomenti, ma di incontri e "dialoghi": col vicino di letto, col curante, con l'organizzatore della giornata dedicata ai malati, con il collega ricercatore, con l'infermiera, con la figlia alle prese con la tesi di laurea, e così via. Una decina di dialoghi leggeri e precisi, nei quali Alessandro avrebbe interpretato se stesso e interloquito con attori o ancor meglio con persone reali disponibili, per guidare lo spettatore a cogliere almeno le facce più importanti di questo tema complesso.

Per riempire di parole un canovaccio di questo genere, sempre nel novembre avevamo registrato una video intervista, o meglio una lunga conversazione, durante un incontro/ritiro di due giorni a Bologna. Mentre Patrizia, dopo aver "sbobinato"

il testo, si accingeva a completare la prima bozza di sceneggiatura, la morte ha spezzato il filo della nostra trama. Scrivendo queste righe mi sono finalmente reso conto che il progetto, così come lo avevamo immaginato, non è più realizzabile. O almeno così sembra a me ora. Ma la necessità di trovare il modo per trasmettere tutto quello che Alessandro (come probabilmente molti altri malati prima e dopo di lui) aveva appreso dalla sua esperienza grazie ai tre "cappelli" che diceva di poter indossare, resta più urgente che mai.

Nel montaggio estratto dalla video intervista che vi mostreremo tra poco sentirete espressa questa urgenza dalla sua stessa voce, o ripresa nelle battute dell'attore, ma tocca a tutti noi ora raccogliere quel messaggio e cercare gli strumenti più adatti per dargli gambe.

*Roberto Satolli, Patrizia Pasqui,
Mario Spallino*

