



Alma Mater Studiorum - Università di Bologna  
Dipartimento di Filologia Classica e Italianistica  
Biblioteca "Ezio Raimondi"

# Narrare la medicina

a cura di  
GIAN MARIO ANSELMI E PATRIZIA FUGHELLI





## **Petali 10**



**Alma Mater Studiorum - Università di Bologna**  
Dipartimento di Filologia Classica e Italianistica  
Biblioteca “Ezio Raimondi”

## **NARRARE LA MEDICINA**

a cura di  
**GIAN MARIO ANSELMI E PATRIZIA FUGHELLI**

2017

Questo volume trae spunto e sviluppa i contributi presentati al Convegno “Narrare la Medicina” organizzato dal Centro Studi *Medical Humanities* dell’Università di Bologna e tenutosi il 2 ottobre 2015.

### **Comitato scientifico**

Gian Mario Anselmi, Paola Italia, Giuseppe Ledda, Federica Rossi, Gino Ruozi, Mercedes López Suárez, Maria Gioia Tavoni

### **Realizzazione editoriale**

Biblioteca “Ezio Raimondi” del Dipartimento di Filologia Classica e Italianistica, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Via Zamboni, 32, 40126 Bologna - Tel. 051-2098558 - Fax 051-2098589

E-mail: [ficlit.biblioteca@unibo.it](mailto:ficlit.biblioteca@unibo.it)

### **Politiche editoriali**

Tutti i contributi presenti in questo volume sono stati selezionati con il metodo della *peer review*.



Attribuzione - Non commerciale 3.0 Italia (CC BY-NC 3.0)

Prima edizione 2017

ISBN 978-88-98010622

I numeri della collana sono disponibili *on-line* in ALMA-DL AMS Acta:

<<http://amsacta.unibo.it/view/series/Petali.html>>

In fondo, la medicina non può consolare,  
ma aiuta a raccontare la storia di una vita.  
E una volta che la medicina ha finito di fare  
quanto può, sono le storie che vogliamo e,  
da ultimo, tutto quello che abbiamo.

Lisa Sanders



## Sommario

### *Premessa*

PATRIZIA FUGHELLI.....p. 9

### *Introduzione*

GIAN MARIO ANSELMI..... p. 17

*La terminologia medica nei vocabolari e nella letteratura italiana: qualche errore da evitare negli studi di Medical Humanities*

ANDREA BATTISTINI..... p. 19

*La circolarità delle idee nel mondo medico bolognese ottocentesco preunitario*

PATRIZIA FUGHELLI..... p. 31

*«Rialzare gli studi». La proposta di riforma universitaria di A. C. De Meis*

MARCO VEGLIA..... p. 43

*Esperienza, cultura e narrazione. Il contributo dell'antropologia medica*

IVO QUARANTA..... p. 59

*La narrazione del medico e del paziente in medicina*

MARIA PAOLA ZAMAGNI..... p. 68

*Il dolore globale nella malattia in guaribile*

GUIDO BIASCO..... p. 85

*Elogio della cura. Una riflessione sull'incontro tra pedagogia e medicina*

SILVIA DEMOZZI..... p. 91

*Immagini, storia dell'arte e Medical Humanities: tra evidenze e narrazioni*

CHIARA TARTARINI..... p. 101

<i>L'esperienza del Café Philosophique</i>	
GIOVANNA CENACCHI.....	p. 117
<i>Da Sherlock Holmes al Dr House. Analogie fra pensiero medico e metodo investigativo</i>	
CLAUDIO RAPEZZI .....	p. 121
<i>Indice dei nomi</i> .....	p. 137

## *Premessa*



Molti oggi chiedono alla Medicina di diventare sempre più scientifica e sempre più guidata da considerazioni epidemiologiche. Si appellano sia a ragioni etiche che economiche per una più corretta allocazione delle risorse.

Molti altri però rilevano che questo atteggiamento tende a chiudere le finestre su un mondo unico ed irripetibile, aggiungendo che il linguaggio della biomedicina è arido e non ci dice nulla sul vissuto del paziente. Un essere umano sofferente diviene così “l’infarto del letto numero 5”.

La Medicina non è certo solo evidenza statistica ma è anche fatta di storie, di narrazione di casi individuali e spesso è proprio il modo in cui un singolo caso si discosta dalla media che ci fornisce informazioni utili per la diagnosi e la prognosi. Dunque la Medicina non si occupa solo di biologia ma anche di biografia.

Il nucleo della prassi clinica è l’esperienza narrativa e nel rapporto medico-paziente la narrazione della malattia (*anamnesi*, dal verbo greco che significa «ricordare») è importante almeno quanto l’esame obiettivo anche se, necessariamente, più soggettiva.

Se si considera ora il modello corrente della NBM (*Narrative Based Medicine*), si vede immediatamente che la malattia non è soltanto una deviazione dalla norma di strutture anatomiche o di variabili quantitative ma anche un evento biografico ricco di significati, che possono e dovrebbero entrare nella relazione diagnostica e terapeutica, a completamento dell’interpretazione causale e riduzionistica tipica della biomedicina. È questa la chiave che apre la porta alla comprensione reciproca ed alla comunicazione, facilitando la *compliance* terapeutica.

Anche i professionisti della sanità elaborano negli anni storie da raccontare sulla propria esperienza, e a volte vulnerabilità, sul modo in cui l’interazione con i pazienti ha cambiato il loro modo di pensare e di agire. Questi racconti vengono “scambiati” tra colleghi, espressi a convegni, in

diari autobiografici, in forma letteraria o ai pazienti stessi. Non è un caso che molti medici, nel corso della loro vita, a un certo punto scoprono di possedere la vocazione dello scrittore, sia pure con esiti molto variabili. Leggere e raccontare storie quanto meno può servire al medico, ad ogni medico, come educazione alla gestione personale delle emozioni. L'attività narrativa presenta forti valenze etiche perché aiuta a porre le scelte e ad affrontare i dilemmi legati alla malattia in una prospettiva esistenziale. A questo proposito alcune storie di medici e sui medici sono particolarmente utili per capire come la narrazione può dare un senso morale ed anche una valenza estetica agli eventi biografici. Una delle storie più belle è quella sulla morte di Anton Čechov, raccontata dal suo primo biografo, Henri Troyat e che riporto di seguito:

Čechov, medico e scrittore, morì ancor giovane di tubercolosi. Negli ultimi giorni di vita, lasciò la Russia e si trasferì in Germania, in una clinica vicino alla Foresta Nera. Sentendo che le sue condizioni peggioravano, fece chiamare il medico di quella clinica, il Dr. Schwohrer, che arrivò alle due di notte e poi raccontò così l'incontro.

Le finestre della stanza erano spalancate ma il paziente non cessava di rantolare e le sue tempie erano bagnate di sudore. Quando Čechov lo vide, si mise seduto sul letto, appoggiandosi ai cuscini e, con estremo sforzo, in un gesto di cortesia, riuscì a dire in un tedesco incerto "Ich sterbe" - sto morendo -. Il dottore immediatamente gli fece una iniezione di canfora ma il cuore del malato non reagì. Il dottore propose di mandare a prendere una bottiglia di ossigeno ma Čechov, lucido fino alla fine, protestò con voce rotta: "A che servirebbe? Prima che arrivi, sarò morto." Così, al posto dell'ossigeno, il Dr. Schwohrer mandò a prendere una bottiglia di champagne. Quando la bottiglia arrivò, Čechov prese un bicchiere e, voltandosi verso la compagna Olga, disse con un sorriso: "da quanto tempo non bevevo champagne!". Svuotò lentamente il bicchiere, poi si adagiò sul fianco sinistro. Dopo pochi istanti smise di respirare. Erano le tre del mattino del 2 Luglio 1904. Una grande falena dalle ali scure era entrata dalla finestra e sbatteva freneticamente contro la lampada. Il Dottore cominciò a dire qualche parola di consolazione quando, all'improvviso, il tappo della bottiglia

saltò con un rumore allegro, la spuma cominciò a versarsi abbondante dal collo della bottiglia e la falena volò via nella notte buia. Tornò il silenzio. Allo spuntare dell'alba, Olga stava ancora guardando il viso di Anton, che aveva un'espressione pacificata, quasi sorridente. Non una voce, scrisse più tardi Olga, non un suono. C'erano solo pace, bellezza e la grandezza della morte.

Questo libro è nato da tutta una serie di riflessioni sulle *Medical Humanities* che hanno avuto un punto molto interessante durante il Convegno "Narrare la Medicina" organizzato dal Centro Studi *Medical Humanities* dell'Università di Bologna e tenutosi il 2 ottobre 2015. Studiosi provenienti da varie discipline hanno dialogato con un pubblico di non solo addetti ai lavori e se si volesse cercare di concettualizzare a questo punto la malattia, lo si potrebbe fare individuandola sì come un'astrazione mediante la quale il medico tenta di spiegare i problemi del paziente in termini meccanicistici e riduzionisti, ma la diagnosi in questo caso sarebbe solo un'etichetta utile per classificare la malattia. E in fondo la malattia di ogni persona è, e resta, unica.

Patrizia Fughelli



## *Introduzione*



Oggi ci troviamo a vivere davvero una sorprendente e contraddittoria condizione: da un lato la scienza medica ha fatto nell'ultimo secolo progressi enormi e specie nel mondo occidentale avanzato l'aspettativa di vita si è dilatata in modo impensabile solo per i nostri padri; pericolose e devastanti malattie sono state o debellate o sono efficacemente contrastate (si pensi ad esempio all'ambito oncologico); dall'altro lato però è cresciuta la nostra paura della morte (che rimuoviamo continuamente in una sorta di rinnovato mito faustiano dell'eterna giovinezza), siamo in ansia continua per la nostra salute e ogni fatto serio che la riguardi ci destabilizza. Di qui il risorgere con grande e imprevedibile vigore di quelle infinite "narrazioni" intorno al male, alla sofferenza, alla malattia che appunto sono spesso state il fulcro nei secoli passati di tanta arte e letteratura. Il ruolo del medico non può più quindi essere quello di un asettico e lapidario esegeta del nostro destino ma da lui pretendiamo dialogo, comprensione, "spiegazioni" (quanto mai necessarie del resto oggi col proliferare in rete di inesattezze gravi e banalità divulgative su malattie e cure, si pensi al "caso-vaccini"). Aver "cura" (in senso filosofico quasi alla Heidegger) è divenuto un territorio molto più ampio di quello strettamente diagnostico, ospedaliero e terapeutico-farmacologico. E' divenuto metafora di un dialogo e di una comprensione medico-paziente inedita in queste proporzioni fino a non molto tempo fa: le competenze e la formazione del medico esigono oggi saperi umanistici in senso lato che lo rendano idoneo ad affrontare secondo statuti affettivi e narrativi adeguati le nuove frontiere della sofferenza. Non casualmente in Italia la formazione del medico prevedeva un tempo una buona formazione classica e letteraria (il Liceo classico...) come indispensabile per accedere agli studi medici: idea certo elitaria e aristocratica del sapere ma che aveva in fondo una dose di buon senso che specie i medici condotti (come allora erano chiamati gli attuali medici di famiglia) sapevano ben applicare. Né è neppure casuale che proprio nel mondo anglosassone e negli Usa queste tematiche siano state rilanciate negli ultimi decenni in modo crescente: al medico neopositivista e asettico (prima dominante specie negli USA) si è venuto contrapponendo un medico attento, sensibile, colto, capace

di dialogare e interpretare con generosa dedizione le sofferenze del paziente (e di cui danno conto le tante serie televisive che a partire dagli USA hanno avuto e hanno ancora tanti esiti in vari paesi e con ascolti di pubblico molto vasti). Così sono nate le “Medical Humanities”, area di ricerca e di didattica interdisciplinare per eccellenza volta a rivoluzionare non solo il rapporto medico-paziente ma gli stessi statuti della scienza medica, costretta a volgersi appunto, come decisive, alle “Humanities”. In Italia il terreno si è rivelato fertile (proprio per la nostra antica vocazione umanistica di cui dicevamo) e le *Medical Humanities* stanno diventando sempre più praticate, al confine tra medicina, letteratura, antropologia, diritto, psicologia, scienza della comunicazione, ecc. con esiti talora sorprendenti e anche decisivi per i pazienti (esemplare lo sviluppo ad esempio delle cosiddette terapie del dolore e della medicina palliativa che hanno in Bologna un grande punto di riferimento scientifico non meno che di solidarietà umana di fronte ai mali estremi). Per questo abbiamo voluto, in piena sintonia con gli amici e Colleghi della Scuola di Medicina di Bologna, creare, presso un Dipartimento umanistico e letterario per eccellenza come il Dipartimento di Filologia classica e italianistica, il Centro di “Medical Humanities” universitario bolognese che sapesse dialogare con molteplici saperi e discipline e avviasse un fertile terreno di confronto e di progetti tra tanti e appassionati studiosi afferenti a molti Dipartimenti di Bologna e di altre città e Paesi. Uno dei primi risultati di questa intrapresa è proprio il volume che qui presentiamo, frutto di un Convegno a più voci che si tenne presso il Policlinico S.Orsola il 2 ottobre del 2015. Altri appuntamenti e progetti ci sono stati o sono stati avviati e altri ne seguiranno presto nell’augurio che questo Centro possa crescere e divenire punto di riferimento nazionale e internazionale. Ringrazio tutti gli amici e le amiche, i colleghi e le colleghe che hanno contribuito a questo risultato (con particolare menzione per Patrizia Fughelli e Federica Rossi che hanno reso possibile con il loro impegno questa pubblicazione) e che spero ci saranno vicini nel futuro.

*Gian Mario Anselmi*

Responsabile del Centro “Medical Humanities”  
dell’Alma Mater Studiorum Università di Bologna

*La terminologia medica nei vocabolari e nella  
letteratura italiana: qualche errore da evitare negli studi  
di Medical Humanities*

A causa dei diversi codici linguistici delle diverse discipline, il transito dalle scienze della natura alle scienze umane non può avvenire con uguale frequenza e intensità. Sarà più difficile per i settori che si servono di un linguaggio altamente formalizzato, come per esempio l'algebra o la matematica, e per quelli delle cosiddette "scienze dure", mentre invece sarà più agevole con una disciplina come la medicina che, pur avendo ovviamente una propria terminologia, attinge in proporzioni maggiori alla sintassi e al lessico comune, che è comunque il codice linguistico da cui derivano e si specializzano tutti i linguaggi che i linguisti chiamano settoriali. Non è un caso che uno scrittore di fine Ottocento, Carlo Dossi, poté scrivere che «tra medicina e letteratura corse sempre amicizia».<sup>1</sup> Non per nulla qualche tempo prima Émile Zola riprese nei saggi del *Roman expérimental* i metodi della medicina sperimentale di Claude Bernard, sostenendo che la letteratura avrebbe dovuto adottarne le procedure per analizzare le vicende umane con la stessa oggettività.

Propriamente, le frontiere possono essere attraversate da due direzioni, e quindi si può verificare sia che la letteratura tragga spunti e ispirazione dalla medicina, sia che sia la medicina ad assimilare forme e generi della letteratura. Questo secondo vettore è senza dubbio più raro, anche se oggi paradossalmente potrebbe avere uno sviluppo. Storicamente i casi di medici che si sono ispirati alla letteratura nel loro ambito professionale (naturalmente è un altro discorso quello di medici che possiedono una cultura letteraria e magari la praticano scrivendo opere letterarie) sono del

---

<sup>1</sup> L'asserzione è nella dedica-prefazione di CARLO DOSSI, *Dal calamaio di un medico* (1883), ora in ID., *Opere*, a cura di DANTE ISELLA, Milano, Adelphi, 1995, p. 6.

tutto eccezionali. Cito solo, come curiosità, il caso di un medico che è ancora oggi ricordato con una targa murale all'Università di Macerata, Francesco Puccinotti, amico di Leopardi, che imitò la forma delle *Operette morali* nei suoi *Dialoghi intorno alla teoria della flogosi*. Oggi però, come accennavo e come dimostra l'impostazione di questo convegno, si ha la consapevolezza che le scienze sperimentali, come è la stessa medicina, nel momento in cui devono mettere sulla pagina il resoconto delle loro operazioni, assumono inevitabilmente la fisionomia di una narrazione, e come tali acquistano la dimensione di un racconto. Lo stesso potrebbe dirsi nella registrazione di un decorso di una malattia. In fondo, l'anamnesi, avendo una temporalità, implica sempre una natura diegetica. Di queste convergenze si era reso conto, con lungimiranza, Italo Calvino, secondo cui

la scienza si trova di fronte a problemi non dissimili da quelli della letteratura; costruisce modelli del mondo continuamente messi in crisi, alterna metodo induttivo e deduttivo, e deve sempre stare attenta e non scambiare per leggi obiettive le proprie convenzioni linguistiche. Una cultura all'altezza della situazione ci sarà soltanto quando la problematica della scienza, quella della filosofia e quella della letteratura si metteranno continuamente in crisi a vicenda.<sup>2</sup>

Non c'è dubbio, comunque, che è la letteratura, per la sua natura più inclusiva se non addirittura enciclopedica, che, ancora più dell'esportazione delle sue forme alla medicina, si presta meglio ad importare contenuti e termini delle scienze mediche. Una conferma si può riscontrare nei vocabolari nati, nelle età normative del classicismo, per selezionare il lessico medico che si può impiegare in letteratura. Per quanto sia pubblicato solo nel Seicento, il Vocabolario della Crusca risponde a un'ideologia ancora rinascimentale ispirata al canone selettivo di Pietro Bembo. È quindi ancora più significativo che nelle più tarde edizioni di questa impresa lessicografica siano accolti anche termini medici che però hanno dato

---

2 ITALO CALVINO, *Filosofia e letteratura*, in ID., *Saggi 1945-1985*, a cura di MARIO BARENGHI, Milano, Mondadori, 1995, I, pp. 193-94.

luogo a non meno significativi errori di prospettiva. Per semplificare, essi possono essere di tre tipi.

Il primo errore di prospettiva è che, essendo Francesco Redi non solo l'archiatra della famiglia dei Medici ma anche l'«arciconsolo» dell'Accademia della Crusca e quindi anche il lessicografo del Vocabolario della Crusca per la medicina,<sup>3</sup> si è attribuita in gran parte a lui la formazione della terminologia medica. Se questo è avvenuto, è perché prima dei recenti studi di Maria Luisa Altieri Biagi mancavano spogli linguistici sistematici delle opere in volgare dei medici medievali, in primo luogo la *Chirurgia* di Guglielmo da Saliceto e l'*Anothomia a capite usque ad pedes* di Mondino de' Liucci, rilevanti per la loro grande diffusione. Il glossario desunto dal trattato di Guglielmo, vero «capostipite della tradizione medico-chirurgica italiana»,<sup>4</sup> è servito a «dimostrare la falsità dell'impressione, ricavabile dai nostri vocabolari, che la terminologia medica volgare cominciasse nel Seicento» e fosse dovuta a Redi.<sup>5</sup>

La realtà è che nella nostra letteratura medica esiste una tradizione ininterrotta sia in latino sia in volgare, anche se nel tempo gli arabismi, entrati nella scuola salernitana e adottati dalla scolastica aristotelica, sono stati in gran parte aboliti per il contrastante ed emergente interesse umanistico e rinascimentale delle fonti greche e latine e per la lettura di Aristotele non più filtrata da Averroè e Avicenna. Il ruolo di Redi, più che portare nel *Vocabolario della Crusca*, pensato per i letterati, la terminologia medica, è semmai consistito nel semplificarla, nell'eliminare lemmi, «per la rinuncia a gran parte della terminologia già esistente», di natura «complessa, pluristratificata, spesso inadeguata e mistificatoria». <sup>6</sup> Si potrebbe dire, azzardando un'analogia, che la funzione svolta da Redi nel

---

3 Sulla coscienza metalinguistica degli scienziati di Sei e Settecento si rinvia a MARIA LUISA ALTIERI BIAGI, *I "filosofi" e la Crusca*, in *L'avventura della mente*, Napoli, Morano, 1990, pp. 307-37.

4 EAD., *Guglielmo volgare*, Bologna, Forni, 1970, p. 8.

5 Ivi, p. 28.

6 EAD., *Lingua e cultura di Francesco Redi*, Firenze, Olschki, 1968, p. 30.

lessico della medicina è stato molto simile a quello svolto nel campo della lirica da Petrarca, che propriamente non ha inventato nulla rispetto alla tradizione della Scuola siciliana, dei guittoniani e dello Stil novo, ma ha provveduto a decantare e a canonizzare il linguaggio e le forme metriche che lo hanno preceduto.

Una seconda deformazione prospettica proviene dal diverso valore e significato che le parole usate in medicina assumono nel momento in cui sono considerate da chi le valuta con competenze e prospettive letterarie, ignorando la loro storia e il significato da loro assunto in senso tecnico. È questo un rischio che si corre sempre quando si attraversa una frontiera, nel passaggio da un discorso scientifico, che è denotativo, a un discorso letterario, che è connotativo. Il messaggio scientifico, in quanto di natura denotativa, ambisce a essere preciso, stabile, rigido, biunivoco nel fare corrispondere a ogni concetto un termine e uno soltanto. La letteratura, viceversa, coltiva un lessico connotativo, ossia ricerca la polisemia delle parole, le suggestioni evocative, gli echi, le stratificazioni, le associazioni emotive oltre che razionali. Mentre il termine scientifico è neutro e asettico, prescindendo da chi lo usa, la parola poetica ricerca significati aggiuntivi in modo da incrementare lo spessore dei significati secondari.

La parola letteraria, in altri termini, è positivamente ambigua, mentre per la scienza non c'è linguaggio che più sia alieno di quello ambiguo. Quando per esempio Giambattista Marino impiega nell'*Adone*, che è un poema mitologico, parole scientifiche come «vene, arterie, membrane» (VI, 32, 3), «cartilagini» (VI, 116, 8), «pupilla» (VI, 31, 1), «narici» (VI, 119, 4), «ventricoli» (del cervello) (VI, 120, 6), ossia il lessico dell'anatomia, lo fa per allargare il suo vocabolario a livello enciclopedico e per suscitare la meraviglia nel lettore che trova in poesia vocaboli che non si sarebbe aspettato in questo ambito, producendo un effetto di straniamento. Nel nuovo contesto anche il termine più neutro e rigoroso si converte quindi a un effetto connotativo. È dunque sufficiente cambiare il contesto e l'orizzonte di attesa per fare cambiare il senso di un termine, anche quando questo è riportato senza alcuna modificazione.

Questi diversi orizzonti d'attesa hanno creato fraintendimenti, finendo per attribuire un valore connotativo ed estetico a termini medici che invece erano usati in senso denotativo. Un esempio probante è dato dal sintagma «serviziali miti, piacevoli e gentili» presente in un consulto medico di Francesco Redi,<sup>7</sup> nel quale gli aggettivi non sono affatto una scelta personale, espressiva, eufemistica dell'autore, presunta manifestazione di «una aggettivazione garbata e accomodante» con cui attenuare la spiacevolezza di certe procedure, ma termini «ormai istituzionalizzati nella lingua della medicina», dove significano «leniente, senza aggiunta di correttivi», così come «urine piacevoli» significa «non acide».<sup>8</sup>

È lo stesso genere di fraintendimento in cui è incorso il lessico di un altro scienziato del Seicento, Lorenzo Magalotti, quando, per fare un altro esempio, si è ammirata la presunta qualità letteraria individuata le volte in cui questo scienziato definisce un termometro «squisito», o «pigro», o «infingardo»: questi aggettivi, che per chi li valuta dal punto di vista letterario potrebbero avere delle qualità estetiche e connotative, ricche di incisività espressiva, sembrando attuare una personificazione del termometro attraverso metafore antropomorfe, sono invece dei tecnicismi che designano diversi gradi di “sensibilità” dello strumento. «Squisito» quindi significa “esatto”, “preciso”, “molto sensibile”; «pigro» significa “impreciso”, “approssimativo”, allo stesso modo per cui quando in un testo medico del Seicento si trova scritto che una certa soluzione è «satolla», non si deve pensare a un'elegante invenzione letteraria che per analogia personifica una soluzione come se fosse un individuo sazio e piacevolmente appagato, perché più semplicemente «satollo» è un termine che si impiegava con lo stesso significato di “saturo”, che in seguito si imporrà e, facendo decadere “satollo”, farà dimenticare che anche questo è stato un termine tecnico e denotativo, riconosciuto per tale solo se si ha «la consapevolezza del contesto storico-linguistico e storico-culturale in cui

---

7 FRANCESCO REDI, *Opere*, Milano, Società tipografica dei Classici Italiani, 1811, p. 399.

8 M. L. ALTIERI BIAGI, *Lingua e cultura di Francesco Redi*, cit., pp. 5-6.

l'opera dell'autore si colloca». <sup>9</sup> Quando dunque uno storico della letteratura prende a considerare testi di medicina deve liberarsi dall'impressionismo soggettivo, che corre sempre il rischio di provocare equivoci grossolani. Questo rilievo è un invito a fare riferimento al codice della lingua medica valutandola come si suol dire *iuxta propria principia* e non con chiavi di lettura appartenenti ad altri codici.

Pur partendo sempre dal linguaggio comune e procedendo in via analogica, letteratura e medicina ne prelevano il lessico secondo strategie diverse. Per fare un altro esempio concreto, si può prendere in esame la terminologia che designa le parti dell'occhio. Nell'anatomia di questo organo l'elemento metaforico intervenne dapprima a livello aggettivale, in modo che la parte che assomiglia a una lente, svolgendone la funzione, si designò come costituita di «umor cristallinus», i sottili filamenti che avvolgono il cristallino, simili a una ragnatela, si denominarono «tunica aracnèa», la rete spugnosa del bulbo oculare divenne la «tunica ùvea» per assomigliare al frutto della vite, la membrana dura e trasparente si designò «tunica cornea». In un secondo tempo, con un processo di abbreviazione rispondente al principio scientifico della massima economicità terminologica, si sostantivò l'aggettivo e si parlò per sempre di cristallino, di ùvea, di cornea, che, diventati termini tecnici e opachi, nel senso che tendono a fare dimenticare la loro origine etimologica e analogica. Quando la poesia riprende questi termini che in medicina sono diventati referenziali, ossia si riferiscono ormai direttamente alle parti dell'occhio, avviene un recupero etimologico e analogico che li riporta alla loro origine. <sup>10</sup> Anche in questo caso si può prendere un esempio dall'*Adone* di Marino, che è particolarmente indicato in quanto in questo poema si immagina una visita del protagonista nel palazzo dei cinque sensi, che consente di mettere in versi l'anatomia e la fisiologia dell'occhio, del naso,

---

<sup>9</sup> È ciò che è mancato nel libro di GEORGES GÜNTERT, *Un poeta scienziato del Seicento. Lorenzo Magalotti*, Firenze, Olschki, 1966, recensito da Maria Luisa Altieri Biagi in *Lingua nostra*, 27, 1966, pp. 134-36.

<sup>10</sup> Questo processo è seguito da Giovanni Pozzi nel commento a GIAMBATTISTA MARINO, *L'Adone*, Milano, Mondadori, 1976, II, pp. 58-59.

dell'orecchio, della bocca e della lingua. La descrizione del tatto invece non compare, sostituita dall'amplesso tra Adone e Venere. Per limitarsi all'esempio dell'occhio, Marino a sua volta ritorna alla metafora originaria, per restituire alle parole la primitiva concretezza:

di tuniche e d'umori in vari modi  
havvi contesto un lucido volume  
ed uva e corno e con più reti e nodi  
vetro insieme congiunge, acqua ed albume;  
che son tutti però servi e custodi  
del cristallo, onde sol procede il lume  
(*L'Adone*, VI, 33, 1-6).

In medicina cristallino, cornea, uvea sono termini e hanno valore denotativo; in poesia i termini tecnici della medicina sono ricondotti al loro originario significato metaforico o meglio analogico e diventano cristallo, corno, uva.

Se dunque i vocabolari storici ospitano termini della medicina, questi dovrebbero essere assunti con la funzione e con il valore che essi hanno in campo medico. Invece, essendo i vocabolari compilati spesso da letterati, si commette un terzo errore, quello di ospitare soltanto il lessico che è emigrato in opere letterarie, o se è impiegato da scienziati autori di testi letterari, come Redi o Magalotti, gli unici medici o quasi a essere schedati da linguisti di formazione umanistica. Il paradosso è che la letteratura rischia di interessarsi dei testi medici fagocitandoli in modo, potremmo dire, imperialistico, ossia non rispettando lo statuto linguistico proprio della medicina, che pretende dal linguaggio precisione lessicale, linearità sintattica, essenzialità espositiva, rigore terminologico, ordine logico e consequenziale della *dispositio*, ma estrapolando i testi medici in funzione di criteri estetici, come possono essere l'eleganza, l'uso raffinato della lingua, la scelta felice delle analogie, la battuta arguta, l'aneddoto curioso, la divagazione divertente. In verità, anche in ambito medico si può dire che perfino una prognosi o una diagnosi o il risultato di una ricerca sperimentale possano essere più o meno eleganti, ma questo

aspetto non è un fine, ma semmai un mezzo perché a interessare è in primo luogo “che cosa” si dice e non tanto “come” lo si dice, che è ciò che invece costituisce l’obiettivo della letteratura. Se quindi si analizza un testo medico per come dice le cose e non per che cosa dice, si verificano degli errori di prospettiva. Un caso esemplare è rappresentato ancora una volta da Redi, di cui la critica letteraria ha considerato e apprezzato più di ogni sua altra opera i *Consulti medici*, che sono una specie di placebo verbali, ovvero una forma di terapia psicologica adottata per rimuovere con una prosa garbata e persuasiva l’ipocondria dei pazienti. Questi *Consulti* hanno ben poco di scientifico, ma, essendo scritti con grande perizia letteraria, hanno oscurato le *Esperienze intorno alla generazione degli insetti*, un testo di Redi che sancisce la risolutiva smentita della generazione spontanea ed è fondamentale nella storia delle scienze naturali. Casi di questo genere sono tutt’altro che rari: del medico Lorenzo Bellini gli storici della letteratura che si sono occupati di testi medici hanno privilegiato i *Discorsi di anatomia*, stilisticamente accurati perché recitati nell’accademia della Crusca ma scientificamente molto meno significativi della sua dissertazione latina sull’anatomia dei reni.

Questa gerarchia di valori che, nell’introdurre in ambito letterario i testi di medicina, ne altera lo spirito e la consistenza originaria, si è mantenuta anche per buona parte del Novecento, nel corso del quale le storie letterarie prevedevano e prevedono abitualmente un capitolo dedicato alla scienza, gravitante su Galileo. Ma anche Galileo è stato assunto come modello di bella prosa senza che vi sia stata un’effettiva ricerca sulla consistenza e la novità del suo linguaggio scientifico. Nel primo dopoguerra l’interesse si è esteso e approfondito, di pari passo con un certo rinnovamento della letteratura che, uscita dallo sperimentalismo e dall’irrazionalismo delle avanguardie, è venuta proponendo un ideale di prosa più sciolto e moderno, guardando con più interesse a un modello di scrittura in cui trovava posto anche la tradizione scientifica. Ma nel momento in cui si faceva spazio anche a testi di medicina, soprattutto del Seicento, si finiva anche con il fraintenderli. Si tendeva infatti a considerare la pagina del medico, come anche di altri scienziati, come esempio di pagina realistica, modernamente intesa, redatta con una prosa attenta alle cose, in cui veniva sottolineato il

dato di sensibilità, il senso dell'impressione viva, la limpidezza del dettato, la naturalezza dello stile. Ossia, in una parola, si metteva in evidenza il momento non scientifico di una prosa di scienza.

Ora, è naturale che chi si occupa di letteratura sia attratto dallo stile, dalla forma, ma l'errore non sta in questa prospettiva, quanto nel fatto che dei testi di medicina si compiva un'opera di antologizzazione che selezionava esclusivamente le parti di contorno e periferiche rispetto al vero discorso medico. Responsabile di questa tecnica del «taglia e cuci» che privilegiava le parti in realtà meno pertinenti è stato Leopardi, che i fautori della prosa d'arte appartenenti alla cerchia della rivista «La Ronda» hanno preso a modello seguendo i criteri adottati da lui nella *Crestomazia della prosa italiana* nel selezionare molti passi delle opere di Galileo. Il modo di leggere e interpretare i testi di medici e di altri scienziati procedendo per frammenti e rapsodicamente ha seguito per molto tempo lo stesso metodo descritto da Leopardi in una lettera inviata all'editore milanese che fu il committente della *Crestomazia*, al quale preannunziava di procedere così:

Tra le altre cose, vi saranno i luoghi del Galileo, che senza essere né fisici né matematici, contengono dei pensieri filosofici e belli; estratti da me con diligenza da tutte le sue opere. Essi soli farebbero un librettino molto importante. Sarebbero letti con piacere da tutti; laddove nella farraggine (sic) fisica e matematica delle opere di Galileo, nessuno li legge né li conosce.<sup>11</sup>

Nulla vieta di estrapolare dai testi di medicina la bella pagina, ma in questo modo non si realizza quell'incrocio e quell'autentica interazione che si auspica con le *Medical Humanities*, perché si finisce per giudicare esclusivamente secondo parametri estetici e letteraristici che sono estranei agli interessi e alla natura primaria di un testo medico.

A cambiare profondamente la prospettiva negli ultimi decenni sono stati due maestri dell'Alma Mater, lo storico della letteratura Ezio Raimondi

---

11 GIACOMO LEOPARDI, *Le lettere*, a cura di FRANCESCO FLORA, Milano, Mondadori, 1959<sup>3</sup>, p. 738.

e la storica della lingua Maria Luisa Altieri Biagi. Raimondi, dovendo scrivere il capitolo sugli scienziati del Seicento per la fortunata *Storia della letteratura italiana* della Garzanti, i cui criteri editoriali prevedevano l'inserimento nella trattazione di passi degli autori analizzati, fece le sue scelte non secondo un principio estetico ma privilegiando quella che chiamò la «letteratura d'idee». Con questi nuovi criteri Raimondi ha rivisto il canone della letteratura medica, cercandovi la tempra dell'autentico uomo di scienza, che non viene più confuso con il «dilettante di sensazioni». Più che a un Francesco Redi, è dato spazio, e con un significativo rilievo, a Marcello Malpighi, esponente della «scienza più autentica nella sua forma più rappresentativa e più pura per l'Italia di quegli anni». Nell'applicare alla medicina il metodo galileiano e le sue ragioni linguistiche, questo grande anatomista si è fatto erede di una «scienza pronta a discutere e a illustrare le proprie ragioni, a riflettere lucida su se stessa, a considerare il suo linguaggio non come un esercizio di virtuosismo tecnico, ma come uno strumento per trasmettere il vero a tutti gli uomini». <sup>12</sup> La letteratura medica viene così interpretata in chiave diversa da quella tradizionale, non più per dare risalto alla bella pagina, all'esercizio di stile che esibisce la bravura, ma per la sostanza speculativa, per il gusto dell'esattezza non più fine a se stessa, o quale retaggio del classicismo rinascimentale, ma per le esigenze intrinseche al discorso operativo e comunicativo della scienza, che si traducono in sottigliezza analitica, sintassi chiara e scandita, aderenza docile al dato sensibile, familiarità del dire, impegno abituale a non cadere nell'astratto o nell'astruso, trovando l'accordo tra medicina e letteratura nella comune fedeltà al reale. Il medico di razza, come è stato Malpighi, anche quando in passato si rivolgeva a pazienti illustri o a consessi accademici in cui la forma aveva la sua importanza, era perfino disposto ad ammettere anche le ineleganze, una volta che a contare era, ben più della tessitura delle parole, la sostanza delle cose, la concatenazione precisa, la

---

12 EZIO RAIMONDI, *Scienziati e viaggiatori*, in *Storia della letteratura italiana*, diretta da EMILIO CECCHI e NATALINO SAPEGNO, vol. 5: *Il Seicento*, Milano, Garzanti, 1967, pp. 225-318, in part. p. 307.

concretezza, la severità della logica, la tensione analitica, mettendo da parte i casi in cui la medicina si disimpegnava con lo spirito di una conversazione galante.

Un'altra battaglia, idealmente complementare a quella di Raimondi, è stata combattuta, negli stessi anni, da Maria Luisa Altieri Biagi sul versante della storia della lingua. Oltre ad avere studiato la terminologia medica di Guglielmo da Saliceto e di Mondino de' Liucci e avere ridimensionato il ruolo lessicografico di Redi, Altieri ha anche analizzato i *Termini dell'«anatomia razionale» in Malpighi*, considerato a ragione il più galileiano dei medici. L'intento della ricerca, pur essendo di tipo linguistico, si pone da un punto di vista che è anche euristico e metodologico. Per esempio l'impiego in Malpighi del termine «modello», inteso quale «dispositivo costruito (o individuato in natura) dall'uomo in grado di riprodurre un fenomeno in maniera semplificata (contenente cioè solo gli elementi essenziali relativi al comportamento in esame)»,<sup>13</sup> indica il progresso in senso ipotetico-deduttivo, che va molto oltre il semplice empirismo, realistico sì, ma anche per questo miope, perché accumula senza discernere, in modo da riuscire a cogliere solo le costanti significative dei fenomeni. Altrettanto probante è la sostituzione in Malpighi del termine «struttura» in luogo di «fabbrica» in riferimento al corpo umano, che vuol dire il passaggio dalle «statiche architetture anatomiche» di Vesalio – mi riferisco ovviamente al *De humani corporis fabrica* – a una concezione più dinamica e relazionale di un insieme di elementi che funzionano connessi organicamente per uno scopo, senza più il presupposto metafisico di un *faber* (implicito in *fabrica*) e quindi di un principio causale, cui subentra un interesse nuovo per l'organizzazione e la colleganza delle componenti, sottese al termine «struttura», che implica un sistema di relazioni e di funzioni. In questo modo le competenze linguistiche acquistano un valore epistemologico. Da tutto ciò deriva da parte dell'Altieri un monito euristico per il futuro:

---

13 M. L. ALTIERI BIAGI, *Termini dell'«anatomia razionale» in Malpighi*, in EAD., *L'avventura della mente*, cit., p. 150.

troppo spesso, in passato, l'interesse per la *terminologia* si è arrestato alla documentazione materiale della *presenza* di un termine nell'opera di un autore, o alla caccia di *retrodatazioni* episodiche. Le definizioni terminologiche [...], lungi dall'essere etichette estrinseche, sono intimamente connesse al concetto, interagenti con esso.<sup>14</sup>

Il rilievo che assume la sostituzione del termine «fabbrica» con il termine «struttura» è solo un esempio di come uno storico della lingua possa, con le sue competenze, dare un valore semantico più profondo e consapevole al linguaggio della medicina, senza tradirne la sua natura ma rivedendo sotto una luce meno semplicistica e riduttiva i rapporti che intercorrono tra le *humanities* e la medicina.

---

14 Ivi, p. 144.

PATRIZIA FUGHELLI

*La circolarità delle idee nel mondo medico  
bolognese ottocentesco preunitario*

Nella prima metà dell'Ottocento per quanto riguarda la circolarità del pensiero medico, la figura più importante non è quella di un medico, bensì quella di un cardinale. Il Convegno di Studi promosso dall'Istituto per la storia della Chiesa di Bologna tenuto nel novembre 2013, intitolato «Il cardinale Carlo Oppizzoni tra Napoleone e Unità d'Italia», per quanto estremamente interessante non ha presentato nessuna relazione che parlasse di storia della medicina e soprattutto del rapporto di Oppizzoni con la medicina. Per cui in questo necessariamente breve intervento, cercherò di colmare questa lacuna facendo un po' di luce su due facce di questo aspetto: la prima sul perché il cardinale Oppizzoni fosse contro ad ogni blocco ideologico e la seconda se lo si possa considerare come “validatore” di questioni mediche.

Questo mio lavoro vuole contribuire a definire alcune linee tematiche non molto indagate nell'evoluzione della cura delle sofferenze e non è un caso questa storia che voglio raccontare inizi dal Convento dei Frati Minori Cappuccini di Bologna: infatti, se l'11 ottobre 1818 i Cappuccini poterono entrare nella sede di San Giuseppe, questo avvenne per merito dell'arcivescovo cardinale Carlo Oppizzoni (1769-1855), arcicancelliere dell'Università di Bologna e protettore della Società Medica Chirurgica. Qui, esattamente nell'archivio e nella biblioteca, sono conservati documenti estremamente importanti per capire fino a che punto la figura di Oppizzoni ebbe estrema rilevanza nelle vicende religiose, politiche e “umanamente mediche” dei suoi tempi. Il suo fu un lunghissimo governo episcopale, dal 1803 al 1855, iniziato con presupposti non certo positivi e fu uno dei più importanti e controversi, soprattutto se si vuole determinare la reale circolarità delle idee nel pensiero medico bolognese dell'epoca.

*Contro ogni “blocco ideologico”*

Nel corso dei loro duecento anni di vita, l'archivio e la biblioteca del Convento sono sopravvissuti a varie difficoltà e insidie. Luoghi deputati all'esercizio per testare nonché rafforzare le capacità intellettuali e morali di giovani eruditi (frati e laici), hanno raccolto un notevole patrimonio bibliografico costituito da diverse migliaia di volumi e di documenti, grazie a scambi, donazioni e acquisti. Da tutta questa documentazione preziosa, spicca una circolare<sup>1</sup> del cardinale Oppizzoni dove, con toni solenni, si associa all'iniziativa dei medici e scrive ai parroci perché raccomandino la vaccinazione antivaaiolosa sui bambini.

In questo documento, la prima cosa che balza agli occhi dei letterati è l'uso dell'arte retorica per propagandare la vaccinazione. Anche se questa di solito viene percepita come definizione di “segno negativo”, le parole di questo testo rispondono ad esigenze strategiche di persuasione, che sono poi azioni destinate a produrre effetti concreti. Si può dire che la capacità di comunicare, molto ben sviluppata in Oppizzoni, è stata l'essenza del tessuto sociale dell'epoca nel senso che è stata la strada maestra per l'intreccio dei rapporti individuali e collettivi, basilari per lo sviluppo della comunità bolognese. E la comunicazione in medicina ha rivestito un aspetto molto particolare perché ha incluso ed esasperato fattori emozionali.

Infatti, il propagandare la vaccinazione mostra ragioni valide ma sicuramente controintuitive<sup>2</sup> e le perplessità hanno in questo caso anche spiegazione psicologica soprattutto per quanto riguarda la popolazione: si pensi al nostro percettivo senso del disgusto che ci preserva da alcune infezioni tenendoci alla larga ad esempio dai cibi marci; ecco che è sempre la repulsione che ci fa inorridire di fronte alla dose, seppur minima, di

---

1 La stessa circolare è conservata anche presso l'Archivio Generale Arcivescovile di Bologna, Raccolta Oppizzoni.

2 Ai giorni nostri si parlerebbe anche di un altro meccanismo cognitivo noto come *omission bias*, secondo il quale si tende a considerare più pericoloso qualcosa che si fa piuttosto che qualcosa che non si fa. Nel caso dei vaccini l'iniezione che immunizza, che è un'azione concreta, viene percepita come rischiosa per i possibili effetti collaterali della malattia che previene, che viene considerata come un'eventualità.

agenti contaminanti introdotta nel corpo attraverso la vaccinazione.

Per quanto riguarda il vaiolo<sup>3</sup>, viene immediatamente alla mente papa Leone XII (1760-1829) che sembrerebbe avere proibito «*l'innesto del vaiuolo che mischiava le linfe delle bestie con quelle degli uomini*», ma questo non corrisponde al vero del tutto: a Bologna la Circolare del Legato non proibiva ai medici condotti di somministrare la vaccinazione<sup>4</sup> a tutti quelli che la richiedevano. Inoltre, come risulta da quanto riportato dalla Società Medica Chirurgica sul periodico societario<sup>5</sup>, la Sacra Congregazione degli Studi nel 1827, dunque mentre Leone XII era ancora papa, aveva approvato i regolamenti della Società tra i quali c'era anche quello di darne valido impulso. Vero è comunque che Leone XII non aveva fiducia in questo metodo preventivo e non voleva che i regolamenti dello Stato lo favorissero.

Inizialmente la vaccinazione incontrò vari generi di difficoltà che spaziavano dall'atteggiamento di medici portati a sottolinearne soprattutto gli inconvenienti, fino a chi credeva contrario al volere di Dio sottrarsi ad una malattia vista evidentemente come espiazione. Inoltre, considerando appunto ad esempio il vaiolo, la pelle dei malati era vista come l'espressione cutanea ed esterna di un purgatorio viscerale interiore, indispensabile per liberare l'uomo dall'originale impurità della carne, così come era indispensabile il battesimo per liberare l'anima dal peccato originale. Anima e corpo erano collocate in scale gerarchiche differenti: l'anima, dotata di vita eterna, si contrapponeva al corpo, destinato a una finitezza che lo rendeva indegno di cura. Tuttavia anche in ambiti ecclesiastici si cominciava a controbattere obiettando che l'anima comunque si serviva del corpo come di uno strumento necessario perché senza di esso non poteva compiere la sua finalità.

---

3 I primi decenni dell'Ottocento sono caratterizzati da un incremento del vaiolo con una rapidità allarmante. Tra i malati, una persona su sei moriva.

4 Era gratuita.

5 *Circolare di S.E.R. il signor Card. Arcivescovo ai R.R. Parroci della Città e Diocesi di Bologna sull'importanza della Vaccinazione*, in «Buletino delle Scienze Mediche», 3, 7, 1845.

Considerando un simile preambolo pregiudiziale, la prima cosa del documento di cui prima e che invece balza agli occhi dei medici, è una domanda: come mai il cardinale Oppizzoni non ebbe il blocco ideologico opposto da più parti al metodo preventivo, consistente nel cosiddetto innesto o inoculazione? E che anzi sollecitasse i preti a fare opera di convincimento presso le famiglie?

Dalla lettura della documentazione conservata si evince che potrebbe essere plausibile parlare non solo di ‘un’ipotesi igienica’, tipo quella che sarebbe stata di Stanley Plotkin<sup>6</sup> ma circa ben cento anni dopo, si potrebbe addirittura pensare che Oppizzoni non percepisse affatto una netta scissione o un aspro conflitto tra medicina e religione. I conti non li faceva contrapponendo le risposte della medicina a quella della religione ma con l’esigenza di oltrepassare la situazione esistente, sottolineando che rispondevano a bisogni diversi. Fu grazie anche a questa visione che i medici di allora riuscirono abbastanza agevolmente a percorrere la strada verso l’“immunità di gregge”, che ha protetto poi da quell’epidemia sia sul piano individuale che su quello collettivo, e quindi si è conseguito un valore etico per la tutela della salute pubblica.

Altro fatto da considerare, e non di poco conto, era che solo allo stato laico veniva concesso dedicarsi alla cura dei corpi venendo così a contatto con la loro pelle e le varie sostanze,<sup>7</sup> mentre allo stato sacerdotale si chiedeva di mantenersi separato nell’intento di conservare ‘purezza’. L’interdizione alla pratica medica<sup>8</sup> rivolta a tutto il clero ebbe un effetto centrifugo e la medicina venne solitamente respinta nell’ambiente, ma il cardinale

---

6 Stanley Plotkin, medico americano operativo verso il 1960 sul campo dei vaccini, sostenitore della tesi secondo la quale «era l’acqua che contribuiva alla crescita della popolazione». Ai giorni nostri è noto che esiste una diversa risposta ai vaccini in rapporto al soggetto vaccinato (*non responders/ipers responders*) e che è il sequenziamento genomico che consente il percorso individuale.

7 Le tecniche diagnostiche della medicina erano basate sull’applicazione diretta dei sensi del medico (la vista, il tatto, l’odorato, il gusto) all’esame del paziente.

8 Infatti era la teologia il cardine su cui tutto ruotava. Era il culmine di tutti i saperi perché in fondo tutto parlava di Dio.

Oppizzoni non ebbe alcun ‘blocco ideologico’ perché evidentemente conosceva bene cosa volesse dire vaccinare<sup>9</sup>: sapeva distinguere tra mito e realtà. La storia dice che nel 1796 Edward Jenner (1749-1823) condusse un esperimento che alla fine lo avrebbe portato a debellare il vaiolo: inoculò ad un bambino materiale tratto da una pustola di vaiolo bovino e circa sei settimane dopo, inoculò in modo convenzionale materiale vaioloso sullo stesso bambino. Siccome non ci fu alcuna reazione, Jenner si persuase di avere dimostrato che il vaiolo bovino poteva produrre l’immunità per il vaiolo. Domanda: Jenner aveva fatto qualcosa di immorale? In ambito medico si dice che il suo primo esperimento non sarebbe mai stato approvato da un comitato etico moderno.

Si era comunque in presenza di un problema di carattere logico, e non di poco conto, che neppure oggi riusciamo a dipanare del tutto: i teologi che erano stati chiamati a pronunciarsi sulla legittimità o meno del vaccino quale protezione preventiva, erano dubbiosi perché l’inoculazione sembrava contrastare con i disegni imperscrutabili della Divina Provvidenza, sola arbitra della vita e della morte, della salute e della malattia. Era una questione che non solo richiedeva un netto pronunciamento fra scienza e religione ma che soprattutto costituiva un momento di confronto con le correnti più avanzate del movimento illuminista.

Da una prospettiva storica il ruolo di Oppizzoni con il suo schierarsi, è sicuramente di avere favorito il confronto tra diverse posizioni ideologiche e di avere modificato radicalmente l’atteggiamento dell’uomo verso la sofferenza. Siamo in presenza di un processo, descritto come nascita dello Stato terapeutico, che mostra chiaramente che il miglioramento nelle aspettative di vita del XIX secolo passa attraverso l’arte della difesa praticata da medici impegnati sul fronte sanitario. Le serie preoccupazioni di Oppizzoni, che condivideva con i medici dell’epoca, sono ben visibili nelle relazioni e nei suoi appunti conservati in modo mirabile: qui mostra il quadro buio della situazione sanitaria e, nonostante avesse ben chiaro il

---

<sup>9</sup> Per un approfondimento si veda ARTHUR BOYLSTON, *The origins of vaccination: myths and reality*, «Journal of the Royal Society of Medicine» 2013, 106, p. 351.

concetto “medico che cura, Dio che guarisce”, evidenzia la necessità che il sacerdote e il medico collimino in un’opera di “educazione all’igiene”. Quindi Oppizzoni supera anche il concetto secondo il quale la funzione del medico è intesa solo come ancillare e preparatoria all’intervento del parroco. Da questo momento in poi la teologia perse così a poco a poco la sua ambizione inglobante.

Si evince però altrettanto chiaramente anche che, trovandosi ad affrontare un’idea di medicina che intendeva essere liberatrice,<sup>10</sup> vigilò attentamente sulla produzione scientifica anche medica perché era il nuovo modo di ragionare, che implicava una “verità” clinica basata su malattia-metodo-esito, che suscitava più di una perplessità nell’ambiente ecclesiastico. Non bisogna dimenticare che la prima metà dell’Ottocento in generale è un periodo storico di scontro frontale tra ragione e religione, ma il cardinale Oppizzoni sa usare perfettamente la prudenza necessaria per evitare urti e reazioni locali allo scopo ovviamente anche di non compromettere il prestigio della religione.<sup>11</sup> Si trattava da un lato della necessità di sopravvivenza e dall’altro di usare strategicamente la medicina per la conquista delle anime, quindi la cura dei corpi non fu necessaria solo alla “permanenza in vita” della popolazione ma anche strumentale all’evangelizzazione.

*Può essere il cardinale Oppizzoni considerato “validatore” di questioni mediche?*

Nei primi decenni della Restaurazione molti medici, uomini di cultura dell’Italia pontificia, avevano guardato a Bologna con fiducia per pubblicare i risultati delle proprie ricerche. Qui avevano avuto modo

---

10 I medici, per di più, non sono più impegnati in dotte diagnosi senza cure, ma sono operativi e operatori, sono interventisti.

11 Fu sempre convinto che la cultura in sé, non sorretta e mediata dal filtro della fede e della morale cristiana, rappresentasse un pericolo per gli uomini.

di sedimentarsi i frutti di una più ampia circolazione di libri e di idee<sup>12</sup> ma, alla diffusa libertà di stampa, si sostituì un pesante controllo tramite l'obbligo di "approvazione", concesso da Revisori nominati dal cardinale Oppizzoni, e l'obbligo della "licenza di impressione", concesso dalla Cancelleria Ecclesiastica Arcivescovile.

Vero è che, nonostante il mondo della medicina in epoca preunitaria veda sempre lo stesso pubblico, registra però la moltiplicazione dei periodici medici come luogo di dibattito anche culturale. Si è formato insomma un luogo ampio di circolarità delle idee<sup>13</sup> e delle notizie; quindi, l'analisi dei meccanismi comunicativi, di circolarità e fruizione dell'informazione, passa qui attraverso una semplice considerazione: l'accento è posto sì sulla trasmissione lineare delle conoscenze indirizzata ad un particolare profilo di utente ed implica l'idea di un sapere specializzato, ma anche sulla necessità di rendere partecipi dell'intero processo di produzione scientifica (creazione, controllo, verifica) i membri di una 'certa' comunità. Va da sé che, anche in un clima come quello di contrapposizione tra medicina e potere, si capisce che non bastava solo un buon linguaggio a trasmettere nuove conoscenze, ma sono state necessarie Persone vere e un po' fuori dagli schemi che pensavano già alla necessità di una visione geograficamente globale della medicina e salute pubblica.

L'organizzazione dell'informazione in questo periodo ha avuto sicuramente un ruolo chiave ed è proprio in periodi di "emergenza" in cui la conoscenza e la circolarità dell'informazione scientifica diventano strategiche, che vengono sviluppati nuovi strumenti e nuove modalità per consentire ogni ulteriore progresso. L'aspetto inedito in questo caso lo si trova soprattutto nelle Circolari ed appunti del cardinale Oppizzoni, dove si trovano citazioni per il riconoscimento della validità ed autorevolezza, e dove si evince che non bastando più le "parole", sostituite a questo

---

12 Per un approfondimento si veda MARIA GIOIA TAVONI, *Libri e lettura da un secolo all'altro*, Modena, Mucchi, 1987.

13 Quindi "circolarità" e non "circolazione", perché non è previsto l'obiettivo divulgazione al pubblico: i tre quarti della popolazione era analfabeta.

punto da “termini”. Nell’esposizione c’è sempre un aggancio alla realtà, reso esplicito nella presentazione stessa attraverso l’accurata distribuzione e organizzazione del materiale storico-informativo e lo scopo di questo tipo di informazioni era di far riflettere sui problemi sociali e sull’ambiente.

Ciò che appare evidente è che, considerato che la lettura “scientifica” nella Bologna del primo Ottocento era divenuta pratica sociale molto diffusa tra i medici, di fronte a questo fenomeno le autorità pontificie sembrano oscillare tra la difesa delle tradizionali pratiche di controllo controriformistiche e l’esigenza di più funzionali strumenti repressivi. Nessuno dei due comportamenti riuscì però a raggiungere l’obiettivo. Infatti la storia della censura nell’età della Restaurazione è prima di tutto la storia della sconfitta di una politica che tenta di frenare con strumenti repressivi un mutamento culturale assolutamente inarrestabile, che ha le sue radici nella naturale evoluzione della società in senso moderno. A ben guardare, la storiografia italiana non è certo avara di contributi sulla censura libraria nella prima metà dell’Ottocento, ma questi scritti non sono “usabili” perché nascono tutti per lo più in due periodi chiave per la ricostruzione storica dell’identità nazionale: l’età postunitaria ed il ventennio fascista. I primi, che affondano le loro radici nella nascente ricerca archivistica di ispirazione positivista, sono contrassegnati da un assolutamente fuorviante furore anticlericale, i secondi, tra i quali si registra pure il Sighinolfi<sup>14</sup>, sono altrettanto assolutamente intrisi di retorica patriottica che spesso conduce a forzature. Stupisce però che il periodo storico che va dalla fine dell’età napoleonica alla formazione dello Stato unitario sia rimasto sostanzialmente in ombra per tantissimi aspetti e fatalmente condizionato da interpretazioni che oggi appaiono quantomeno inadeguate. Se la riaffermazione del principio del controllo preventivo della stampa è comune a tutti gli Stati preunitari, diverse e molteplici sono le modalità di attuazione che dipendono non solo dalle

---

14 Lino Sighinolfi (1876-1956) autore di numerosi lavori storici, relativi soprattutto a Bologna e alla storia dell’Università e della cultura, conseguì nel 1912 la libera docenza in Storia moderna all’Università di Bologna.

legislazioni vigenti nei singoli Stati, ma anche dalle preferenze ideologiche e culturali dei singoli censori.

Vien da sé ora considerare ancora di più se possibile, il rilievo della scrittura e della registrazione, e non c'è dubbio che la società della prima metà dell'Ottocento era anch'essa una società dell'informazione, intendendo con ciò tanto la necessità della comunicazione per la società quanto il fatto che era un'epoca storica caratterizzata da una vera espansione della comunicazione nonostante la censura. Di certo una società per esistere deve comunicare, ma l'atto di comunicare da solo non basta anzi si rivela come una funzione subordinata a qualcosa di più sostanziale, cioè la registrazione. L'importanza del linguaggio e della scrittura nel "fare medicina" a Bologna in epoca preunitaria, sembra difficilmente contestabile come fatto intrinsecamente sociale, e in effetti la scientificità ha a che fare con la documentalità<sup>15</sup>, cioè con un sistema di comunicazione, iscrizione e attestazione. Una delle idee di fondo che dimostro nello svolgersi di questo discorso, risiede però anche nel fatto che la condizione indispensabile per la medicina è comunicare le scoperte e registrarle. Inoltre, che il "deposito" in biblioteche e/o archivi conduce a una sorta di tradizionalizzazione delle scoperte.

Se, come ho fatto, si considerano come punto di partenza i documenti riguardanti il cardinale Oppizzoni conservati presso la biblioteca e l'archivio del Convento dei Frati Minori Cappuccini di Bologna, è bene dire subito che il termine "biblioteca" designa un deposito di libri, significando quindi tanto il contenente quanto il contenuto. Documento traduce il latino *documentum*, da *doceo* e significa «ciò che mostra o rappresenta un fatto». Questa descrizione si coniuga perfettamente alle sfere che ho citato all'inizio del mio intervento: quella storica, dove documento designa tutto ciò che appare rilevante per la ricostruzione del passato e quella informativa, dove il termine comprende tutto ciò che veicola un'informazione. Nella prospettiva che ho proposto, il documento

---

15 Cfr. MAURIZIO FERRARIS, *Documentalità. Perché è necessario lasciare tracce*, Bari, Laterza, 2009.

va concepito, piuttosto che come qualcosa di dato una volta per tutte, come reificazione di atti sociali. Ma che cosa stabilisce il nesso tra questi oggetti di cui sopra e i soggetti che stanno alla loro origine? E' la firma, la cui importanza è decisiva e fondamentale. Oppizzoni quindi che si esplica attraverso l'*imprimatur*. Quindi un altro aspetto stranamente non ancora considerato sempre dagli storici, documentazione alla mano, è quello di Oppizzoni appunto quale promotore e "validatore" di questioni mediche. Quello che sarebbe diventato il meccanismo del *peer review* si affermò come il criterio più efficace per assegnare attendibilità e valore scientifico alle pubblicazioni: in fondo ad esempio ai vari volumi del «Bulettno delle Scienze Mediche» compare una sua approvazione ed è evidente certo che teneva la stampa sotto la sua sorveglianza, ma anche che la sua circolare si pone di conseguenza come una sorta di validazione.

*In conclusione: Non più la malattia ma il malato*

Nei vari scritti di Oppizzoni è visibile una sorta di evoluzione nella struttura e nel contenuto: quanto scritto, unitamente alla presentazione di nuove idee, è preceduto e motivato da una rassegna, da quanto fatto fino a quel momento, volto a mostrare l'insufficienza delle idee esistenti. Si è comunque riscontrato che i risultati spesso sono presentati in forma di ipotesi. Il pregio di queste circolari, appunti e interventi, è nei loro valori etico-umanistici legati al senso critico, alle problematicità e alle scelte: al loro interno si parlava soprattutto di responsabilità e le questioni che venivano affrontate erano molte, non solo religiose o deontologiche, ma pratiche.

Il mio intervento ha mirato sia ad evitare assolutamente di porre la medicina unicamente sul versante della razionalizzazione sia di attribuire alla Chiesa di Oppizzoni un'anima unica essenzialmente conservatrice e repulsiva delle novità, comprese quelle provenienti dalla medicina. Quello del cardinale Oppizzoni, ad una prima analisi, è un approccio alla medicina che mette da un lato la ricerca delle cause, considerate al pari di questioni metafisiche magari già "risolte", e che vira nettamente verso una medicina che invece si configura come impegno a lottare socialmente

contro la miseria riconosciuta come prima causa di malattia. E' in questo modo che comincia perciò a realizzarsi un fondamentale cambiamento: lo spostamento dell'attenzione dalla malattia al malato.

Con questo articolo che ricorda il nostro passato prossimo, si vuole anche invocare una nuova alleanza tra medici, operatori sanitari, ricercatori e industria; tutto questo per evitare che il patrimonio di salute pubblica, conquistato in anni di campagne vaccinali e alla cui formazione Oppizzoni ha partecipato attivamente, vada disperso. Se oggi è possibile avanzare dubbi sul bisogno di una operazione vaccinale è perché probabilmente si è persa la memoria storica delle epidemie e della mortalità infantile, le quali, prima che fossero scoperti vaccini e antibiotici, sterminavano nel vero senso della parola intere generazioni. Spetta anche a storici della medicina come me ristabilire questa memoria e difenderla da chiunque metta a rischio la salute di tutti.



«Rialzare gli studi». *La proposta di Riforma  
universitaria di A.C. De Meis*

1. Nel capitolo IX di *Alma Mater Studiorum* (1948), Carlo Calcaterra concedeva il proscenio a un personaggio che i suoi lettori avevano forse dimenticato da tempo<sup>1</sup>. Taluni, ove fossero stati cultori di storia letteraria, ne avrebbero tutt'al più potuto rammentare la presenza a margine, quasi in chiosa, alla giovinezza poliduciana, quale antimodello monarchico del democratico e sulfureo Enotrio Romano. Altri, con la medesima inclinazione a raccordare i nomi della letteratura ai fatti e ai personaggi della storia, avrebbero forse ricordato che, in omaggio al professore-medico-filosofo, Luigi Pirandello aveva attribuito al suo personaggio, protagonista del *Fu Mattia Pascal*, il cognome *Meis*. A lui pure erano ispirati, a quanto pare, il personaggio del Dottor Antonio di Giovanni Ruffini e la figura di Roberto De Nittis, uscita dalla fantasia romanzesca di Alfredo Oriani.

Su questo primo aspetto è bene riflettere, poiché, per trovare un

---

1 CARLO CALCATERRA, *Alma Mater Studiorum. L'Università di Bologna nella storia della cultura e della civiltà*, a cura di EMILIO PASQUINI ed EZIO RAIMONDI, Bologna, Bononia University Press, 2009, pp. 359-399. Per il contrasto fra De Meis e Carducci, *ibid.*, pp. 394-396. Per De Meis, *ivi*, pp. 365-376. Per la vita bolognese del Carducci: MARCO VEGLIA, «*La vita vera*». *Carducci a Bologna*, Bologna, Bononia University Press, 2007. Utile, anzi ancora oggi insostituibile, AUGUSTA DEL VECCHIO-VENEZIANI, *La vita e l'opera di Angelo Camillo De Meis*, Bologna, Zanichelli, 1921, dal quale si attingono le notizie su Oriani e su Ruffini: *ibid.*, p. 24. Per una prospettiva sulla città universitaria e le vicende politico-accademiche dei suoi professori, vd. MARCO VEGLIA, *Dal mito alla storia. L'Università di Bologna dal 1860 al 1911*, nel volume miscellaneo «... E finalmente potremo dirci italiani». *Bologna e le estinte Legazioni tra cultura e politica nazionale. 1859-1911*, a cura di CLAUDIA COLLINA e FIORENZA TAROZZI, Bologna, Compositori, 2011, pp. 161-184 (cui si rinvia, inoltre, per la bibliografia implicita). Preliminare a ogni discorso su De Meis nel contesto filosofico-politico bolognese è, insieme con il volume della Del Vecchio-Veneziani, il ricorso a GUIDO OLDRINI, *Le idee napoletane a Bologna*, nel volume *Filosofia e scienza a Bologna tra il 1860 e il 1920*, a cura di GUIDO OLDRINI e WALTER TEGA, Bologna, Cappelli, 1990, pp. 9-43. Miei, qui e altrove, i corsivi.

docente universitario così nutritivo per l'affabulazione narrativa dobbiamo risalire ai nostri giorni e alla presenza fertile e ramificata di Francisco Rico, poniamo, nei romanzi di Javier Marías, soprattutto in *Negra espalda del tiempo*. Se, dunque, Angelo Camillo De Meis rappresentava un riferimento per la cultura idealistica italiana a cavaliere tra Otto e Novecento, egli si insediava del pari nell'immaginario degli scrittori, vuoi per essere stato egli pure un romanziere singolarissimo e fecondo in *Dopo la laurea*, vuoi per quelle caratteristiche che gli vedremo riconosciute da Augusto Murri nel ritratto che ne tracciò – lucido, vibrante e commosso - in occasione della sua scomparsa, nell'*Annuario della R. Università di Bologna*.

Quanto più, del resto, Carlo Calcaterra si avvicinava alla vita presente dello Studio, coeva o di poco anteriore alla stesura di *Alma Mater Studiorum* (solo sedici anni separano la morte di Augusto Murri, tanto per fare un esempio, dall'uscita del libro per Zanichelli)<sup>2</sup>, tanto più i volti rievocati si coloravano di nervature autobiografiche, culminanti, è il caso di dirlo, nel ritratto mirabile di Vittorio Putti<sup>3</sup>, con l'intenzione non dissimulata di ricollocare, al centro della sua storia (un affresco epico-lirico dell'avventura secolare dell'Ateneo), una «eletta schiera» di professori che onorarono l'Università non solo con la loro dottrina, ma con un modo particolare di intendere la vita universitaria, come lezione quotidiana e come quotidiana testimonianza di civiltà (a questo, in particolare, avrebbe teso l'ultimo capitolo di Calcaterra, il X, scritto a ridosso delle devastazioni della Seconda guerra mondiale, dal titolo *Ricognizione nella città da riedificare*, aperto coerentemente da una riflessione sui «Capisaldi dell'insegnamento universitario»)⁴.

---

2 Il volume di Calcaterra fu «un libro magnanimo, per il suo coraggioso incardinarsi alla drammatica attualità di un'Italia appena uscita da un conflitto nefasto e distruttivo: licenziato nel 1945, e frutto degli ultimi anni della seconda guerra mondiale, esso usciva a Bologna per i tipi di Zanichelli nel 1948». Così Emilio Pasquini nella sua *Introduzione* a C. CALCATERRA, *Alma Mater Studiorum*, cit., p. 21.

3 Ivi, pp. 445-446.

4 Ivi, pp. 462-463.

2. Nelle pagine dedicate all'esperienza politica del Carducci, Carlo Calcaterra non mancava di porre in evidenza sia i contrasti del poeta con De Meis, sia le progressive, certo imprevedute affinità che i due personaggi avrebbero mostrato, nel tempo, quando anche Carducci si sarebbe volto, al pari di larga parte della sinistra, alla Monarchia:<sup>5</sup>

E certo, se si pensa all'impeto focoso e passionale, con cui nel 1868 aveva egli assalito il De Meis per il primo scritto *Il Sovrano*, nel quale il collega suo aveva sostenuto essere allora necessario in Italia il sovrano come mediatore tra il ceto intellettuale, riflessivo e pensante, sensitivo e immaginoso, non si può non vedere un contrasto tra il giacobinismo infocato del «poeta della democrazia» (così era allora detto) e l'atto di gentilezza italiana, mista a gratitudine, di cui l'autore dell'ode *Alla Regina d'Italia* parla nell'*Eterno femminino regale*.

Rispetto alle posizioni estremistiche della giovinezza, che non venivano rinnegate nelle loro idealità, Carducci si trovò turbato, come altri intellettuali del fronte democratico-garibaldino, dal corso nuovo che prendevano in Italia le rivendicazioni di giustizia sociale: «non appena vide che una politica demagogica» avversava «lo Stato sorto dai plebisciti» e si avvide che ciò «avrebbe potuto condurre a scoscendimenti nella formazione dell'Italia risorgente e metterne a repentaglio la sorte», egli decise che «l'interesse vitale del nuovo Stato» andasse con risolutezza collocato «sopra quello del suo partito». La strada era propriamente quella che aveva percorso, sul declinare degli anni Sessanta del XIX secolo, Camillo De Meis<sup>6</sup>. Quando poi, a cinque giorni di distanza dal 6 marzo 1891, che aveva registrato la scomparsa del collega medico e filosofo, Carducci fu aggredito in aula dagli studenti radicali che ne contestavano con asprezza

---

5 Per questa e altre citazioni che seguono, il riferimento bibliografico è contenuto nella prima nota di questo saggio.

6 Ora, per l'itinerario politico del poeta, si ricorra all'imprescindibile FRANCESCO BENOZZO, *Carducci*, Roma, Salerno, 2016 (2<sup>a</sup> ed.), *passim*. Fondamentale, del resto, è la monografia di UMBERTO CARPI, *Carducci. Politica e poesia*, Pisa, Edizioni della Normale, 2010. Si veda pure ALDO MOLA, *Giosuè Carducci. Scrittore, politico, massone*, Milano, Bompiani, 2007.

di contumelie il “passaggio” alla Monarchia e la fedeltà a Crispi, il poeta avrà forse ripensato al collega, alle loro antiche e giovanili schermaglie ideologiche, che pur non avevano impedito che sedessero insieme tra le colonne della Loggia massonica Felsinea nel 1867<sup>7</sup>.

Ecco, allora, che nell’indugiare su «L’idealismo di Camillo De Meis e il suo disegno organico di studi», Calcaterra accennava scientemente a idee, tratteggiava consapevolmente un ritratto che, più di altri, riverberava la propria fisionomia sugli assunti principali, diciamo pure sulle idee direttive di *Alma Mater Studiorum*:

Tra gli scienziati dello Studio di Bologna il più disciplinato assertore dell’idealismo di contro al positivismo fu Angelo Camillo De Meis, che dalla cattedra di storia della medicina irradiava le sue indagini e le sue trattazioni a tutta la storia dello spirito umano e attirava alle sue lezioni studenti di facoltà diverse e ascoltatori estranei all’Ateneo. Medico filosofo, non si fermava alle indagini analitiche delle scienze naturali e della medicina, nelle quali aveva pur dato saggi insigni, ma [...] mirava a una visione unitaria dell’essere e del pensare. Egli non dispregiava lo scienziato che con intendimenti particolari limita le ricerche all’esperienza dei sensi, ma disdegnava il medico meccanico e positivistico, che, riducendo la medicina a una fisica, negava l’altra esperienza, quella dell’anima, che è la viva costanza dell’uomo, non meno che il principio e la vita della natura.

È merito particolare di Calcaterra aver sottratto all’oblio alcune pagine di De Meis uscite a Bologna sul giornale «L’Università» nel 1887, a ridosso, pertanto, dell’VIII centenario dell’Ateneo, che sarebbe culminato con la prolusione carducciana e con l’elezione di Augusto Murri a Rettore dell’Alma Mater<sup>8</sup>. A monte delle pagine di De Meis, dal titolo *Rialzare gli studi*, Calcaterra ricostruiva un dibattito che «Panzacchi e molti altri» avevano intrattenuto sulla «Rivista Bolognese di Scienze, Lettere, Arti e

7 M. VEGLIA, «*La vita vera*», cit., pp. 107-126 (per i contesti politici che prima unirono, poi divisero, Carducci e De Meis). Per la contestazione a Carducci, ivi, pp. 265-276.

8 Ivi, pp. 233-254.

Scuole». Dapprincipio, «saporoso per argutezza e buon senso pratico», veniva ricordato un intervento dello stesso Panzacchi, *Dell'insegnamento universitario e sue riforme*, che, a sua volta, rispondeva a Pasquale Villari, «il quale aveva agitato la questione» con un articolo affidato alla «Nazione» di Firenze. In verità, bisogna riconoscere che Calcaterra ridimensionava in eccesso la proposta di Panzacchi. Questi, non pago dell' «ordine architettonico della facciata» dell'edificio universitario, si proponeva di riflettere, con quel tono di grazia mondana e conversevole che gli era peculiare, sulla «interna struttura», ovvero sulle finalità, dell'insegnamento universitario, che, pertanto, necessitava di «vere e sostanziali riforme». A contrastare della «suprema ingerenza della Chiesa negli studi laicali», Villari sembrava additare la via della «ingerenza governativa», che, di contro, non persuadeva affatto il Panzacchi. Da un lato, a suo giudizio, l'Università dovrebbe rendere atti e preparati alla speculazione, tanto che i «giovani possano abbracciare coll'occhio i vari orizzonti delle scienze, e indi calarsi da quelle sommità a portare nuova luce e forza nelle diverse regioni della operosità sociale». Dall'altro, essa dovrebbe formare «gli studiosi a trattare i più nobili e delicati ministeri che l'uomo possa compiere verso i suoi simili». Onde, per il più squisito gentiluomo bolognese dell'epoca, «la necessità di biforcare l'ordine degli studi proporzionandoli per un verso alla diversità degli ingegni, per l'altro al doppio loro fine», sicché da un lato si dovrebbero avere studi «indirizzati alla pratica professionale», dall'altro studi «volti alla conquista della scienza in sé», senza un «rimescolio scientifico» che a nulla e a nessuno riuscirebbe a giovare. Con delicata e intelligente argomentazione, Enrico Panzacchi portava l'attenzione dei lettori sulla necessità di affrontare la riforma dell'Università sul piano dei principi di fondo, senza lasciarsi irretire da cure sintomatiche, diciamo così, che non avrebbero affrontato il problema nella sua radicalità.<sup>9</sup>

---

9 Per una delle ultime, più acute riflessioni sull'Università, si deve ricorrere a JACQUES DERRIDA-PIER ALDO ROVATTI, *L'Università senza condizione*, Milano, Raffaello Cortina, 2002. Mi piace ricordare, per le osservazioni acute sull'Università, un libretto aureo, nutritivo, come è quello di ALBERTO CASTOLDI, *Congedi. La crisi dei valori della modernità*, Milano, Mondadori, 2010.

3. A quest'ultima, invece, puntava un'altra figura di spicco dell'Ateneo bolognese, Pietro Ellero, che non mancava di mettere in luce quella che Calcaterra designava apertamente quale «inettitudine riformatrice» italiana, a rimedio della quale Ellero stesso anticipava sulla «Rivista» uno scritto di Carlo Matteucci, indirizzato *Agli studiosi del migliore ordinamento delle scuole in Italia*. Ellero – il suo intervento reca a stampa la data del 20 aprile 1867 – annunciava l'imminente pubblicazione di un volume dello stesso Matteucci, la *Raccolta di scritti vari intorno all'istruzione pubblica*, pubblicata in Prato dalla Tipografia Alberghetti & C. nello stesso 1867 (non dimentichiamo, tra l'altro, che il Sen. Matteucci, come puntualmente sottolineava Calcaterra, «nel 1862 era stato ministro della Pubblica Istruzione»). Mentre, nelle pagine introdotte da Ellero, Matteucci si fermava largamente su questioni disciplinari, in un altro saggio, uscito ancora sulla «Rivista» con la data del 28 febbraio 1867, egli non mancava, rivolgendosi a Francesco Magni – medico insigne, luminare della clinica oculistica, massone, rettore dell'Università di Bologna dal 1877 al 1885 – di intervenire *Sul riordinamento delle Università*. È forse a queste pagine, tralasciate da Calcaterra nella trama argomentativa del capitolo dedicato a De Meis,<sup>10</sup> che dobbiamo tornare per meglio comprendere la posizione assunta dal filosofo e scienziato abruzzese, se non altro perché in queste pagine di Matteucci affiorava, per almeno due volte, l'espressione che fornirà il titolo programmatico all'intervento di De Meis: «rialzare gli studi». Con uno sguardo moderno e franco, che mirava alla concretezza dei problemi, considerati pure nella loro consistenza economica, Matteucci sosteneva che, a carico dello Stato, dovessero risultare unicamente quegli istituti universitari che possano servire «all'alta coltura», non quelli che «non presentano vantaggio se non alle Città e alle Provincie in cui esistono, e a quei pochi insegnanti che vi sono»: ciò, aggiungeva, senza aver la pretesa di «decidere ora quante e quali siano le Università a cui lo Stato dovrebbe rinunciare per ragioni di economia, di buona istruzione e di buona amministrazione». Le Università potrebbero prosperare soltanto

---

10 Si trovano sempre nella «Rivista», per l'anno 1867, alle pp. 309-325.

a condizione di «rialzare gli studi e soprattutto l'alta coltura scientifica e letteraria». Tutte, ciascuna nel modo che più ritenga opportuno, dovrebbero sì fornire le conoscenze «ritenute essenziali per fornire quel minimo di cognizioni, accertato dagli esami, che l'esercizio di una certa professione richiede», ma non dovrebbero rinunciare a «educare la mente dei giovani alla buona osservazione, al rigore dei ragionamenti, all'uso del metodo scientifico». Per la Medicina, egli allegava l'autorità somma di Claude Bernard, auspicando che «collo spirito scientifico moderno» vengano studiate Chimica, Fisica, Anatomia, Fisiologia, senza le quali «un buon corso medico, si chiami o no professionale, non si può dare». Per l'Italia, con «qualche sacrificio a certe vanità provinciali», si potrebbe coltivare dunque la speranza che, su questa via, «gli studî ripiglieranno vita». Ma, a questo fine, dovrebbero cessare i «vaniloquî» sulla «libertà d'insegnamento, sui privati docenti, sul contrasto delle forze». Solo rimedio fattivo alla decadenza riuscirebbe l'impegno dello Stato a fare che «gl'istituti d'insegnamento superiore s'impongano al paese per lo splendore, per la ricchezza, pel frutto degli insegnamenti e dei lavori originali che nascono, e senza un miracolo questi risultamenti non si possono ottenere se non raccogliendo in quegli'istituti quei pochi uomini sommi che l'Università e soprattutto i giudici competenti considerano come le più belle glorie del paese». Perché questo accada, il livello dell'impegno pubblico dovrebbe tendere a mantenere le Università al loro più alto livello, senza che vengano «fondate come se fossero ginnasi o licei», ma consolidandole e arricchendole invece nella prospettiva che, tutte, conferiscano al proposito – una finalità così alta e insieme pervasiva da essere capace di inverarsi nella quotidianità di un impegno istituzionale – di, appunto, «rialzare gli studi».

4. Su questa linea s'innestavano le pagine dedicate alla riforma degli Atenei italiani dal pensatore e romanziere e medico di Bologna, radicate in un'ampiezza di disegno concettuale che esprimeva, per sé sola, la forza speculativa della mente filosofica del De Meis.<sup>11</sup>

---

11 Il saggio, nella sua interezza, si trova nella rivista «L'Università. Rivista dell'Istruzione Superiore pubblicata da una società di professori», nell'anno 1887, alle pp. 597-607.

Scriveva a questo proposito Carlo Calcaterra:

Egli, riprendendo dall'intimo la questione e non dall'esterno, ebbe l'ardimento di proporre che tutti gli insegnamenti fossero ordinati in modo tale da dare agli studenti una formazione filosofica generale, in cui fossero radicate come in un organismo vitale le scienze particolari e quindi le singole specializzazioni fossero come forti rami di un albero vivo.

Ecco, allora, che l'insegnamento universitario veniva ripensato nelle sue ragioni sostanziali, da ricondurre all'urgenza sottesa e strutturante di un pensiero critico. Così, con una chiarezza che non lasciava spazio a possibili fraintendimenti, si esprimeva Camillo De Meis: «*Rialzare gli studi universitari adunque è far che a tutti serva di base la scienza delle idee*». Occorreva, al conseguimento di questo nobile fine, interrogarsi sulle finalità del magistero accademico: deve esso formare «dei veri, e veramente colti uomini», o, si chiedeva De Meis, «fabbricar degli abili professionanti», puramente «tattili» e «sperimentali»?

La domanda retorica non lasciava spazio a dubbi di sorta.<sup>12</sup> Affinché l'esercizio di una professione colta non risultasse chiuso in uno specialismo astratto dalla vita morale e politica, che finirebbe con il compromettere l'efficacia stessa dell'esercizio professionale, sarebbe opportuno che una disciplina fosse pensata filosoficamente, acquisita nelle sue specificità, ricostruita storicamente e così restituita alla forza delle idee che ne informano il carattere e le finalità. Qualcosa del genere, si può subito aggiungere, sarebbe echeggiato, anni più tardi, nelle lezioni di Augusto Murri del 14 e 17 gennaio del 1905, dedicate a *Il pensiero scientifico e didattico della Clinica medica bolognese*<sup>13</sup>:

---

12 Per inquadrare, in lunga durata, il fervore etico che guidava personaggi come De Meis e Augusto Murri è da riprendere a mano GIORGIO COSMACINI, *La religiosità della medicina. Dall'antichità a oggi*, Roma-Bari, Laterza, 2007.

13 AUGUSTO MURRI, *Il cammino del vero. Lezioni di clinica medica*, a cura di MARCO VEGLIA, Roma, Carocci, 2003, p. 36.

Ad una società illuminata ciò, che dovrebbe più premere, sarebbe l'acquisto di queste nozioni nuove, che arricchiscono il comune patrimonio. Ma neppure i Governi più civili hanno ordinamenti diretti a render fruttifera la suprema dote della nostra specie. Le Università mirano solo a diffondere una certa coltura, non a provocare indagini fertili. [...]. L'Università germanica rappresenta sopra tutto un sistema di congegni atti a fornire alla società degli uomini bene istruiti per i diversi uffici, a cui dedicheranno in servizio del pubblico la loro opera mentale: ma ciò porta un'uniformità di studi e di regole, una tale disciplina intellettuale, che impaccia il libero volo delle intelligenze individuali.

Contro una simile burocratizzazione degli intelletti, mortificati nella loro inclinazione a «indagini fertili», De Meis si poneva quindi il problema, che potremmo definire strutturale, di un accurato riordinamento delle Facoltà, da prospettarsi «in tal maniera che in ciascuna il primo stadio del suo insegnamento consista nella esposizione di quel particolare sistema d'idee, che è in fondo alla materia, che vi è insegnata; la quale prenderà allora», egli aggiungeva, «il carattere di scienza». La Facoltà di Lettere si manteneva, a titolo d'esempio, niente più che al livello di un Liceo, con l'insegnamento delle stesse materie, affrontate magari con «maggiore estensione» e «copiosa erudizione» (ed era pur la Facoltà del Carducci!...).

Senza filologia e senza filosofia, diciamo senza pure estetica, si sarebbe mai potuti giungere a una matura professione letteraria, se perfino una mente speculativa come quella di Francesco De Sanctis si preoccupò, quando fu Ministro della Pubblica Istruzione, soprattutto della ginnastica? Allo stesso modo, senza filosofia della storia, o, potremmo dire, senza teoria e storia della storiografia e dei metodi storiografici, sarebbe risultato impoverito quel ramo di scienza, ridotto a uno studio delle sue epoche, ma non ricondotto a un suo essenziale e critico discernimento. «A questa stregua», osservava di rincalzo De Meis, «lo studio della storia va sollevato in tutte le nostre Università, e dallo stato di semplice narrazione alzato al grado di scienza, che è quanto dire di filosofia».

E dopo aver indugiato sul danno derivato al pensiero italiano dalla soppressione delle Facoltà di Teologia, De Meis ampliava il suo orizzonte

argomentativo alla Facoltà Legale, dove, soggiungeva, avrebbe desiderato che la Filosofia del Diritto divenisse «la severa e necessaria introduzione allo studio della Giurisprudenza». Ciò, per un ragionamento semplice e radicale, cui egli conferiva con naturalezza un vibrante spicco: «Le idee generali devono andare innanzi alla loro particolare attuazione; e questo non è spirito di sistema, è affar di senso comune». Per le Scienze Naturali e la Medicina, del resto, sarebbe stato necessario cominciare gli studi movendo dalla Filosofia della Natura:

E allora si comprenderà che lo studio dell'Anatomia dee precedere, non già seguire quello delle forme inferiori. E infine la Fisiologia non sarà una serie di processi chimici, fisici, meccanici, ma un solo processo razionale, che in sé raduna e domina tutti gli altri, e di cui l'anima è il principio.

Sembrava, in effetti, che tutto questo fosse agevole:

Non c'è medico di microscopio, di macroscopio eccetera, che ci arrivi. Per questo ci vuole una speciale educazione intellettuale.

In assenza di quest'ultima, la Medicina «che vien fuori cruda e brutta dal lambicco, dal microscopio, dal termometro», sarebbe riuscita utilissima cosa, ma «senza intelletto», quindi «subscienza, materia della scienza vera». Va da sé allora che per Camillo De Meis, come per Augusto Murri, la progressiva e auspicabile evoluzione delle pratiche diagnostiche e degli strumenti che le consentono avrebbe richiesto non un abbassamento, ma un radicale innalzamento della «educazione intellettuale» dei medici.<sup>14</sup> A

---

14 «Non vi lasciate sedurre dai falsi positivismi. Pensate che fare una diagnosi non è né più, né meno che stabilire una proposizione. Ora una proposizione può essere errata sia perché la base di fatto è falsa, sia perché dalla base non falsa s'è costruito un edificio, che quella non può sostenere. Dunque per accogliere una di tali proposizioni non c'è prudenza, che sia soverchia. Tanto ciò è vero, che pur troppo l'errare una diagnosi è cosa tutt'altro che rara. Quanto più la critica dei fatti e del giudizio è pertinace, quanto più il dubbio è insistente e molteplice, quanto più l'assenso della ragione è difficile e acuto, tanto più è valoroso il medico, tanto più diventa raro l'errore della diagnosi»: così A. MURRI, *Il cammino del vero*,

questo avrebbe dovuto aggiungersi poi il beneficio di una Storia critica della Medicina (una storia puntuale degli errori compiuti dagli scienziati e delle loro cause, non solo metodologiche, ma culturali), quale appunto il De Meis professava in Bologna.

Per quanto il filosofo abruzzese fosse incline a lasciare facoltativi questi corsi, non nascondeva il suo desiderio che il titolo rilasciato dall'Università fosse eguale a quello concesso anticamente, ovvero di *Dottore in Medicina e Filosofia*.

Un grande filosofo contemporaneo, H. G. Gadamer, si è interrogato del resto sulla «salute», giudicandola non il semplice rovescio della malattia e auspicando, del pari, che i tratti umani e filosofici necessari alla formazione della figura del medico possano ricevere una giusta trasposizione negli ordinamenti universitari.<sup>15</sup> Ebbene, possiamo scorgere, a ritroso nel tempo, una traccia di questo percorso nelle pagine magniloquenti del medico e pensatore di Bucchianico insediatosi sotto le Torri.

Con una limpidezza che non lasciava adito a equivoci, De Meis si rendeva conto che, se il medico deve possedere certe qualità umane e intellettuali, esse andavano formate e affinate nel percorso di formazione universitaria, che doveva così rispecchiarne l'esigenza nell'organamento del piano degli studi, in modo tale da provvedere alla preparazione tecnica dei futuri clinici, ma pure alla loro «educazione intellettuale», che determinava fattivamente il corretto uso logico-critico della scienza clinica e la sua conseguente efficacia terapeutica.

5. Del retaggio particolare di Camillo De Meis fu perfettamente consapevole Augusto Murri, che ne lasciò testimonianza in alcune pagine

---

cit., p. 74. Cfr. inoltre MARCO VEGLIA, *Appunti su filologia e diagnostica in Augusto Murri*, «Studi e Problemi di Critica Testuale» 82 (2011), pp. 199-209.

15 HANS G. GADAMER, *Dove si nasconde la salute*, trad. it., Milano, Raffaello Cortina, 1994. Il medico, in quest'ottica, sul modello del *Christus patiens*, deve essere un «guaritore ferito», deve possedere e coltivare in se stesso quell'umanità che gli consente di curare non la sola malattia, ma l'uomo malato, con ciò stesso ponendosi nella condizione diagnostica e prognostica ideale.

di commemorazione dell'amico e collega affidate *all'Annuario della R. Università di Bologna* per l'a.a. 1891-1892.<sup>16</sup> Non senza il fastidio mal dissimulato per «quei sospetti che sono inseparabili da ogni cerimonia convenzionale e livellatrice», Murri avvertiva che intorno a De Meis si era a lungo aggirata «una folla inconsapevole». La ragione era semplice: «La sua natura privilegiata era così fine che, a non guardarci ben dentro, si rischiava di non capirne nulla». Sgomento dinanzi alla cessazione di tanto vigore intellettuale («quel meraviglioso meccanismo cerebrale, per cui tante energie potevano così bene accumularsi per poi svolgersi in mille faville di bene, di vero e di bello, ora è rotto per sempre!»), Augusto Murri sapeva, dopo tutto, che «la lode menzognera dei morti non vale molto di più della calunnia ai viventi».<sup>17</sup> Certo non furono molti coloro che seppero conoscere distintamente il «sapere aristocratico del De Meis», sia fra i dotti, sia fra gli studenti, che si sentivano accendersi «di fiamma scientifica alle parole di lui». Vi fu un tempo nel quale Murri credette mancare al De Meis «lo sdegno per l'ingiustizia trionfante», ma poi si dovette ricredere e dové anzi riconoscere di non cogliere la benché minima manchevolezza nel profilo dell'amico scomparso. Con la forza prensile di un pensiero laico che non si specchiava compiaciuto nelle proprie categorie, Murri aggiungeva che, «se l'epoca fosse stata propizia alle santificazioni, io l'avrei creduto

16 *Camillo De Meis. Parole dette sul suo feretro dal Prof. A. Murri*, nell'*Annuario della R. Università di Bologna*, a.a. 1891-92, pp. 123-130 (onde son tratte le citazioni che seguono).

17 Alla forza della mente umana si richiamava il Murri nella lezione, più sopra ricordata, del 14 gennaio 1905, laddove deprecava che le «società odierne, alquanto meno incivili delle passate», trascurassero «la forza meravigliosa, ch'è nella parte pensante del cervello umano». E soggiungeva: «Che ci sieno tante terre italiane ancora incolte è certamente cosa che non si può lamentare abbastanza. Ma non è strano che la materia più feconda di quante son note all'uomo, tutti quei milioni di cellule e di fibre dal cui lavoro erompono sprazzi di luce capaci di rinnovare il mondo, resti inoperosa senza che alcuno se ne lamenti? Da qualche tempo è venuta anzi la moda di dolersi del proletariato intellettuale. Sapete voi quanti fra 32 milioni d'Italiani godono, come voi, del privilegio d'affacciarsi almeno nel sacro recinto, in cui vive l'oligarchia dei pensatori? Avete mai sospettato, che nei campi e nelle officine ci fossero dei Galilei e dei Colombi latenti?»: *Il cammino del vero*, cit., pp. 36-37.

un santo». <sup>18</sup> Consapevole che i processi di mistificazione coincidono non di rado coi processi del «sacro», che costruisce una identità attraverso l'esclusione delle identità diverse e non omologabili alla propria, Murri si avvedeva che l'ottica della «santità», ovvero della testimonianza indefessa di un ideale entro un vita spesa per il bene altrui, riusciva forse la più adatta a cogliere la vastità, insieme scientifica e morale, dell'eredità intellettuale di De Meis. Più ancora, pareva che a quel modello, che Michel Serres definirebbe oggi «l'avventura contingente e libera della santità», si ispirasse consapevolmente il suo illuminato collega:

E dei santi infatti non c'è vita, ch'egli non avesse letta, ché, quantunque libero del tutto da ogni fede religiosa, era il più fervente ammiratore di Cristo. Collo sforzo costante verso la perfezione ideale Camillo De Meis era pervenuto a nutrire la sua grande anima non d'altro che di pensieri d'amore; onde avvenne che negli ultimi tempi di vita sua, essendo spessissimo incosciente, non espresse nel delirio né un'idea, né un desiderio, che non fossero purissimi. Quel cervello mirabile, anche nel suo dissolversi, dimostrò la sua peregrina natura.

Su questa strada era possibile tratteggiarne un profilo, disegnarne un ritratto:

Camillo De Meis non fu semplicemente un medico e non fu neppure un filosofo nel senso moderno della parola: fu piuttosto un filosofo di quelli, che da Aristotele a Herbert Spencer, coll'estendersi enorme dello scibile, si son fatti sempre più rari. Se per l'indole degli studi prediletti, per il felice connubio dell'arte e del sapere, per la grande varietà di coltura, per la tendenza a trattare gli alti problemi della filosofia naturale, io dovessi pensare a qualche vivente, che gli somigli, mi si presenterebbero alla mente Du Bois Reymond e Huxley.

---

18 Per cogliere la portata del discorso di Murri è bene ricordare quanto attuale sia la destinazione, che si deve a René Girard, tra sacro e santo. A questo proposito si rimanda a RENÉ GIRARD-MICHEL SERRES, *Il tragico e la pietà*, trad. it., Bologna, Edizioni Dehoniane, 2015.

Mente sintetica, lucida, argomentativa, affabulatrice, De Meis apparteneva alla tradizione, sempre più esigua in tempi di specialismo imperante, di coloro che nello slancio e nel diletto del pensiero sapevano mirare all'essenziale, sapevano ricondurre a unità la diffrazione costante delle contingenze storiche e dei loro «pensamenti»:

Per lui non c'era differenza di antico e di moderno: conoscitore accuratissimo degli antichi egli meravigliava spesso i giovani medici colla conoscenza delle opere più recenti. La storia l'attraeva irresistibilmente: storia delle arti e delle scienze, storia politica, tutto egli conosceva con mirabile precisione. Modestissimo non esponeva mai il tesoro di cognizioni, che aveva raccolto, ma se s'avveniva con un geografo, con un filosofo, con un grecista entrava nelle più minute o nelle più alte controversie e, per confessione de' suoi stessi contraddittori, n'usciva vittorioso il più spesso. Conoscere il latino, il greco antico e moderno, il francese, l'inglese, il tedesco e lo spagnolo potrebbe bastare anche ad un esigente: ma Camillo De Meis sentì il bisogno di studiare anche il sanscrito, l'arabo e il russo. Nella filosofia era così versato e felice, che Betrando Spaventa, Francesco Fiorentino e Vittorio Cousin l'ebbero in altissimo pregio. Il *Dopo la laurea* è un romanzo tale, che per consenso unanime ogni letterato vorrebbe avere scritto.

La versatilità delle conoscenze e delle attitudini sembrava del resto rispecchiarsi nella latitudine delle sue esperienze mediche. Con «vivo ardore» De Meis aveva insegnato «Anatomia e Medicina teorico-pratica a Napoli, dove poi insegnò anche Antropologia, Semeiotica a Parigi, Fisiologia a Modena, Storia critica della medicina a Bologna». A tutto ciò si aggiungeva il «sentimento vivissimo» che egli ebbe della politica, vissuta nondimeno con «ammirevole mitezza» che egli sapeva coniugare, con accenti del tutto personali, con una fermezza audace ma non cieca, coraggiosa ma non dogmatica.

Augusto Murri si domandava, dischiudendo uno spiraglio sulla propria intransigenza democratica, come potesse uno scienziato, ovvero «una natura tanto intimamente compenetrata» della tendenza «perennemente rinnovatrice» che si ravvisa come distintiva della «indole della scienza», la

quale «porta che senza tregua sia distrutto l'errore esistente o conquistato un nuovo vero», essere in politica un deciso conservatore. Ma in quest'ambito, con la consueta capacità di distinguere il vero dal falso, il certo e sodo dalle sue distorte letture, Murri recava una ulteriore osservazione, che attingeva direttamente dalla biografia politica dell'amico e collega:

Il cuore giovanile di Camillo De Meis non ebbe palpiti che per una rivoluzione: egli fu congiurato e ribelle, soffrì la confisca de' beni, meritò la condanna a morte, sfuggì al tiranno e ramingò tapinando, immolò studi, cattedra, ricchezza, i conforti della famiglia, la vista del suo paese adorato, tutto sé stesso ad un'idea. Né pertanto dee recar meraviglia se, allorquando per un impreveduto concorso di eventi quest'idea, che i conservatori d'allora chiamavano un sogno od un crimine, divenne una splendida realtà, De Meis fu così pienamente consolato che d'allora in poi nulla gli apparve mai, che sembrasse a lui opera più degna del conservare il frutto di quella rivoluzione, a cui tutti i suoi sospiri giovanili erano stati rivolti.

Nascere in un'Italia a pezzi, così indegna del suo passato da sentire appena vergogna dell'oppressione straniera, e vedere da tanti troni crollati sorgere, miracolo insperato, la patria una e libera, non doveva dunque bastare?

Non per questo De Meis aveva cessato di coltivare idee «nuove e radicali», come quella di considerare «come ingiusto il diritto di proprietà ereditario». Riservato e umile come sanno essere i grandi uomini, egli non cercò e non ebbe onori, fu sempre «schivo di certe lustre esteriori»: «non ebbe seggio al Senato, non all'Accademia dei Lincei, neppure a questa delle Scienze in Bologna». Tanti, nondimeno, furono coloro che «procurarono al De Meis la compiacenza, che viene dal sapersi stimato spontaneamente da pochi, ma supremi giudici»: Briquet, Trousseau, Claude Bernard, Victor Cousin, G. Pepe, Gioberti, Manzoni, Silvio e Bertrando Spaventa, Francesco De Sanctis, Camillo di Cavour, Luigi Carlo Farini, Marco Minghetti (colpisce, nell'elenco di Augusto Murri, l'omissione del Carducci...).

Da codesta stima corale di uomini sommi il De Meis trasse la forza

di cercare «non il saluto della folla, non l'ammirazione degl'ignoranti», ma ciò che «nessuno può dare», vale a dire «la dolce, incomparabile contentezza di sé, la persuasione che colla propria vita dignitosa e feconda si lascia l'insegnamento che le anime elette sentono il bisogno di fare il proprio dovere, non lo stimolo di riceverne premio».

Se questo è vero, cominciamo forse a comprendere meglio le ragioni, le sfaccettature, le prospettive inscritte nel proposito di riformare l'Università, affidato a *Rialzare gli studi*. E, se non c'inganniamo, intendiamo ora con più riposata e informata coscienza quanto merito vi fosse nella scelta di Carlo Calcaterra di cercare in Angelo De Meis la conferma retrospettiva delle ragioni che lo avevano guidato, con uno sguardo rivolto piuttosto al futuro che al passato dell'Ateneo di Bologna, a stendere, perturbato e commosso, le terse pagine di *Alma Mater Studiorum*.

*Esperienza, cultura e narrazione.  
Il contributo dell'antropologia medica*

La ricerca antropologica in ambito medico ha tradizionalmente messo in luce quanto l'esperienza di malattia non sia – e non possa essere – indipendente dal valore che le persone gli attribuiscono, alla luce dei significati culturali che caratterizzano il loro contesto sociale. Nello sforzo di tradurre in termini applicativi i risultati di tali analisi, gli antropologi hanno sottolineato come ignorare tali significati in ambito clinico implichi il rischio di minare l'efficacia dell'intervento terapeutico stesso.

Gli approcci narrativi hanno avuto ampia fortuna in antropologia medica a partire dagli anni 90 del Novecento, anche per la loro capacità di tradurre i risultati delle analisi culturali dell'esperienza vissuta di malattia in possibili strategie applicative, sul piano clinico. Ma di quale concetto di cultura abbiamo bisogno per rendere clinicamente rilevanti le prospettive dei pazienti circa le loro esperienze di malattia?

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 abbia a che fare con pazienti stranieri, come se le nostre esperienze e le nostre forme di conoscenza non fossero parimenti culturali.

Il secondo equivoco che mi preme sottolineare è relativo alla definizione stessa del concetto di cultura come un qualcosa che “abbiamo” in quanto membri di un gruppo. L'idea della cultura concepita semplicemente come un sistema di simboli, condivisi socialmente dai membri di un gruppo, rischia di generare l'idea che le interpretazioni dei pazienti (stranieri o meno) debbano essere ricondotte a un qualche modello culturale di riferimento: alla cui luce “i marocchini credono che...”, “i ghanesi credono che ...”, producendo una rappresentazione dei mondi culturali simile a un atlante geografico frammentato in tasselli culturali ben definiti e distinti (KAUFERT 1990). Questo atteggiamento, a cascata, rischia di alimentare una visione

essenzializzata dei mondi culturali incapace di tenere debitamente conto delle molteplici dimensioni attraverso cui si declinano le differenze, non più solo *tra* mondi culturali ma anche *entro* i mondi culturali: differenze di genere, generazionali, socio-economiche, di orientamento religioso, sessuale, ecc. (MARCUS-FISCHER 1986).

Inoltre, questa visione della cultura, ancor più problematicamente, mette in ombra la natura processuale delle dinamiche simboliche: detto altrimenti, la cultura non è solo qualcosa che abbiamo ma anche un processo che *facciamo*. Con questa affermazione non si vogliono certamente mettere tra parentesi le dimensioni collettive, storicamente profonde, delle dinamiche culturali, quanto piuttosto segnalare la necessità di cogliere anche le dimensioni attraverso cui i soggetti culturali si appropriano creativamente dei repertori collettivi di saperi e pratiche, segnalando la natura intrinsecamente aperta e dinamica della produzione culturale (APPADURAI 1996 e 2004).

La cultura può essere definita in termini antropologici come un processo intersoggettivo di produzione di significati attraverso cui interpretiamo la realtà e qualificiamo la nostra esperienza di esso. Ma come prendiamo parte a tale processo?

Autori come Marcel Mauss (1936), prima, e Pierre Bourdieu (1972), poi, hanno messo in luce quanto sia per esposizione pratica a un contesto che incorporiamo quelle forme simboliche attraverso cui interpretiamo la realtà e così facendo qualificiamo e plasmiamo noi stessi. Sono ragioni pratiche quelle che ci guidano nel comportarci in modo ragionevole senza bisogno di ragionarci su.

L'artefice della plasmazione culturale non è dunque un qualche mondo storico-sociale, ma la nostra esperienza incorporata in esso: è l'esperienza intersoggettivamente vissuta, e dunque posizionata all'interno di specifici contesti sociali e culturali, il terreno di apprendimento e di produzione della cultura. In altre parole: l'esperienza rappresenta la dimensione vissuta dei processi culturali, il loro terreno generativo (CSORDAS 1990 e 2002).

Queste considerazioni assumono una veste eminentemente pratica proprio quando ci soffermiamo a riflettere sull'esperienza di malattia. Quest'ultima, infatti, ci proietta in modo problematico al di fuori di quella

rete di significati e relazioni su cui poggia implicitamente la nostra abituale esistenza (COMAROFF 1981; YOUNG 1982; TURNER 1967).

Volenti o nolenti la malattia genera una vera e propria crisi in quel silente, ancorché costitutivo, processo di produzione di significati attraverso cui interpretiamo la realtà e qualifichiamo la nostra esperienza di essa (BECKER 1999; GOOD 1994; SCARRY 1985). È in quest'ottica che l'esperienza di malattia genera un processo di dissoluzione del mondo vissuto, imponendoci di rinegoziare nuovi significati alla cui luce dare senso alla nostra esistenza (GARRO 1992; TOOMBS 2001).

Se a caratterizzare l'esperienza di malattia è precisamente una crisi del nostro ruolo di attori culturali, difficilmente si potrà procedere a una mera estrapolazione della prospettiva del paziente per stipulare una qualche alleanza terapeutica. Culturalmente, oltre che giuridicamente, riteniamo che il modo migliore per garantire il miglior interesse dei pazienti sia quello coinvolgerli nei processi decisionali attraverso la pratica del consenso informato.

Le ricerche, antropologiche e non, sul consenso informato (QUARANTA-RICCA 2012) mettono in luce come la logica della scelta non sempre garantisca l'interesse dei pazienti: come operare una reale scelta se ad essere messo in discussione è proprio quell'orizzonte intersoggettivo di significati alla cui luce poter definire in cosa consista il proprio bene? Agire nel miglior interesse del paziente, allora, significa impegnarsi innanzitutto sul fronte della promozione del diritto al significato, favorendo la sua partecipazione nel comune processo di produzione di un significato per l'esperienza di malattia, alla cui luce poter operare una possibile scelta. Volenti o nolenti la sofferenza ci costringe a riconsiderare le nostre vite, a trasformare a tessere inedite trame di senso capaci di riqualificarle.

Gli approcci narrativi sono stati accolti in antropologia medica precisamente con questo duplice obiettivo: da un lato, quello di favorire l'analisi dei processi di dissoluzione del mondo vissuto alla cui luce arrivare a comprendere che cosa significhi, per i soggetti coinvolti, una particolare esperienza di afflizione; dall'altro lato, quello di promuovere la partecipazione attiva dei pazienti nella produzione del significato attraverso cui arrivare a ricostruire un mondo di senso (MATTINGLY 1998; MATTINGLY-GARRO 2000).

Se la cultura è un processo intersoggettivo, la relazione fra medico e paziente viene ad essere ripensata nei termini di un contesto in cui porre mano alla co-costruzione di significati. Operativamente tutto questo si traduce nel programmatico tentativo di mettere il paziente in condizione di esplorare le proprie “concezioni”, di far emergere una sua prospettiva. La prospettiva del paziente non è dunque assunta come un “qualcosa” che deve essere tenuto in considerazione, ma come un prodotto da realizzare intersoggettivamente e le narrazioni come il processo attraverso cui farlo.

Le narrazioni di malattia in quest’ottica rappresentano tanto lo strumento quanto il risultato del processo di attribuzione di significato alla malattia. Le narrazioni non sono solo un mezzo per rappresentare la propria esperienza, per condividerla, ma emergono piuttosto come mezzi per costruire l’esperienza stessa, per ordinarla, per collocarla nella complessiva economia della propria vita (Cozzi 2012).

Gli approcci narrativi in antropologia in altre parole non si concentrano tanto sul prodotto, quanto sul processo di produzione di significati alla cui luce viviamo la malattia, dando un rinnovato impulso alle riflessioni sulle dimensioni simboliche dell’efficacia terapeutica.

La dimensione del significato ci aiuta ad allargare le maglie del concetto di efficacia: perché, ad esempio, non si mette in discussione l’efficacia della biomedicina, anche se questa non può produrre un esito di guarigione (come spesso avviene tanto nel caso delle malattie cronico-degenerative quanto in quelle terminali), mentre la si pone in discussione se questa non è in grado di elaborare una diagnosi? Proprio perché la diagnosi è essa stessa un processo di elaborazione di significato per l’esperienza di malattia (Good 1994). Questa considerazione ci porta a prendere consapevolezza quanto le dimensioni simboliche siano centrali e fondanti quando si ha a che fare con la malattia, anche se il sistema medico le espelle dalla sua ideologia esplicita (Moerman 2002). L’incapacità di dare senso alle proprie esperienze problematiche emerge dunque come la fonte stessa della crisi, andando a minare la nostra stessa capacità di azione: in che direzione muoversi, cosa fare, se non sappiamo la natura del problema, se questo non ha un significato?

È evidente come le dimensioni simboliche dell’efficacia non vadano

viste in alternativa all'efficacia della biomedicina, in virtù del fatto che esse sono in realtà sempre presenti, anche in quegli ambiti marcati culturalmente in termini tecnici. Se queste dimensioni simboliche sono sempre presenti, e informano anche le pratiche biomediche più riduzioniste, diventarne consapevoli apre uno spazio di operatività altrimenti precluso. Volenti o nolenti l'azione medica partecipa di processi di produzione simbolica che gli approcci narrativi cercano di ricondurre in seno ad un'azione consapevole, volta precisamente a coinvolgere i pazienti nel processo di produzione di un senso capace di riqualificare l'esperienza.

A produrre una trasformazione dell'esperienza non è il significato in sé, trasmesso ad esempio nella comunicazione di una diagnosi, ma la sua produzione (QUARANTA 2012). Per questo è fondamentale il coinvolgimento del paziente, favorendo le condizioni affinché possa fare chiarezza a se stesso su quali siano le questioni centrali in ballo nelle proprie vicende di sofferenza.

La narrazione non è però un'esperienza potenzialmente trasformativa solo per chi soffre. Il coinvolgimento intersoggettivo nella produzione narrativa dei significati trasforma radicalmente anche l'esperienza di chi ascolta nel lavoro di comprendere anche ciò che non può condividere a livello esperienziale. Sally Gadow (1980) mette in luce, attraverso le sue esperienze di ricerca, come spesso i medici resistano a questo approccio, sostenendo che, aprendosi alle dimensioni personali della sofferenza, oltre al *burn-out* rischierebbero anche un coinvolgimento che potrebbe minare la propria capacità di giudizio professionale. La studiosa mostra come sia piuttosto vero il contrario: attraverso il duplice processo di personalizzazione del professionista e di professionalizzazione del personale non solo aumenta il livello di soddisfazione dei pazienti, ma anche quello dei medici. A produrre l'esperienza di *burn-out*, in questo caso, non sarebbe tanto il coinvolgimento personale, ma il disagio vissuto rispetto alla violenza iscritta nell'astrazione della malattia come mera patologia. Detto in altre parole: se ci si apre alle dimensioni personali della sofferenza, senza sapere come valorizzarle, allora si vivrà un profondo disagio circa la loro elisione attraverso un atteggiamento riduzionista. Se, di contro, ci si impegna nel promuovere il coinvolgimento del paziente nel processo di chiarificazione di

cosa debba essere rilevante nella propria vicenda di malattia, non solo non si vive la frustrazione del dover ridurre il vissuto a mera patologia, ma si vive la profonda soddisfazione di aver espletato al meglio il proprio mandato.

Un'altra obiezione che sistematicamente viene sollevata è quella relativa alla tempistica del lavoro medico, che difficilmente consente un investimento adeguato nella relazione con il paziente tale da favorire il processo di elaborazione narrativa dell'esperienza. Nuovamente abbiamo bisogno di riconfigurare i termini della questione: se infatti guardiamo all'intero processo terapeutico, quello che la ricerca in ambito medico-antropologico indica è piuttosto il contrario (KLEINMAN 2006; CSORDAS 1990). Investire sulla relazione produce complessivamente una maggiore efficienza del sistema medico. Detto in altri termini: investire sul fronte dell'efficacia simbolica riduce i tempi complessivi del processo terapeutico, configurandosi nei termini di una virtuosa sinergia fra efficacia ed efficienza. Evidentemente per realizzare una tale sinergia bisogna intervenire tanto sul fronte della formazione quanto su quello della riorganizzazione dei servizi, in termini compatibili con la possibilità di espletamento pratico di tali principi (QUARANTA-RICCA 2012). In estrema sintesi, dunque, agire per il miglior interesse del paziente, promuovendo il suo diritto al significato, arriva a coincidere con la promozione del miglior interesse del medico e in ultima analisi con il potenziamento dell'efficienza del sistema sanitario.

In chiusura mi preme segnalare un'ulteriore critica che è stata mossa agli approcci narrativi da parte di quegli studiosi maggiormente impegnati, in molteplici ambiti disciplinari, sul fronte dell'analisi dei processi eziopatogenetici nel quadro dei determinanti sociali di salute (MARMOT-WILKINSON 2005). Gli approcci narrativi vengono accusati di riprodurre sul piano dell'analisi antropologica lo stesso riduzionismo che caratterizzerebbe le biomedicina nel concentrarsi esclusivamente sulle dimensioni individuali della malattia (KLEINMAN-BENSON 2006).

Promuovere il diritto al significato non è sempre sufficiente. È tuttavia sul piano della fine tessitura delle biografie che si possono spesso cogliere in modo cristallino i meccanismi attraverso cui fenomeni sociali di ampia portata vengono incorporati come eventi biologici o fattori di rischio, consentendo così la possibilità di far emergere quali altri diritti

devono essere promossi nel miglior interesse del paziente (FARMER 2003). Il concetto di efficacia può essere dunque ulteriormente esteso: 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 gli approcci narrativi possono favorire; ma anche nei termini di una trasformazione dei rapporti sociali in cui i pazienti sono coinvolti. In un momento in cui le risorse sono sempre più scarse, diventa ancor più urgente aumentare lo spazio di operatività e risolutività dell'agire terapeutico, facendo leva anche sulle dimensioni che vedo i pazienti e i loro altri socialmente significativi concorrere nella produzione dei meccanismi dell'efficacia. In conclusione, sebbene i mattoni della nostra esistenza siano definibili in termini biologici, il progetto di edificazione è intimamente sociale e culturale.

È in questo senso che possiamo affermare, con Nancy Scheper-Hughes (2000), che la malattia non è solo uno scontro sfortunato con la natura; non è semplicemente qualcosa che capita alla gente. Essa è anche qualcosa che gli esseri umani fanno: attraverso le categorie con cui la definiscono; attraverso le pratiche con cui se ne prendono cura; attraverso la loro esperienza intersoggettiva; attraverso dinamiche economiche che espongono alcuni, piuttosto che altri, a patologie, fattori di rischio e forme di sofferenza. Mettere in luce quanto di costruito c'è in quella complessa esperienza che culturalmente chiamiamo malattia ci aiuta a comprendere che il margine di azione a riguardo è maggiore di quanto le nostre abituali categorie lascino trapelare. Ogni volta che definiamo, infatti, la vita riducendola a uno solo dei suoi tratti costitutivi (siano le dimensioni simbolico-sociali, o quelle biologiche o psicologiche) la catturiamo all'interno di un riduzionismo contraddittorio, che chiama in causa la nostra responsabilità sociale. Oggi ci troviamo di fronte alla necessità di dover ricucire forme di conoscenza che, nel corso di una storia plurisecolare, hanno prodotto una frammentazione dell'esperienza umana in differenti ambiti disciplinari, contribuendo a creare il divario fra ciò che sappiamo e ciò che facciamo, producendo la faticosa necessità di dover ritessere ogni volta le trame delle congiunture e delle connessioni. È una sfida formidabile, ma se non la raccogliamo noi, chi altri dovrebbe farlo?

## Bibliografia

- APPADURAI 1996 - ARJUN APPADURAI, *Modernità in polvere*; trad. it. Roma, Meltemi, 2001
- APPADURAI 2004 - ARJUN APPADURAI, *The Capacity to Aspire: Culture and the Terms of Recognition*, in VIJAYENDRA RAO and MICHAEL WALTON, *Culture and Public Action*, Stanford, Stanford University Press, 2004, pp. 59-82
- BECKER 1999 - GAY BECKER, *Disrupted Lives: How People Create Meaning in a Chaotic World*, Berkeley, University of California Press, 1999
- BOURDIEU 1972 - PIERRE BOURDIEU, *Per una teoria della pratica. Con tre studi di etnologia cabila*, trad. it. Milano, Raffaello Cortina, 2003
- COMAROFF 1981 - JEAN COMAROFF, *Symbolic healing: medicine as a socio-cultural system*, in *Encyclopedia of the Social History of the Biomedical Sciences*, Milano, Franco Maria Ricci, 1981
- COZZI 2012 - DONATELLA COZZI, *Narrazione della malattia*, in *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, a cura di DONATELLA COZZI, Perugia, Morlacchi, 2001
- CSORDAS, KLEINMAN 1998 - THOMAS J. CSORDAS, ARTHUR KLEINMAN, *Il processo terapeutico*, in *Magia, medicina, religione e valori*, a cura di VITTORIO LANTERNARI e MARIA LUISA CIMINELLI, Vol. II, Napoli, Liguori, 1998, pp. 109-112
- CSORDAS 1990 - THOMAS J. CSORDAS, *Embodiment as a paradigm for anthropology*, «Ethos», 18, 1990, 5-47
- CSORDAS 2002, THOMAS J. CSORDAS, *Body/Meaning/Healing*, New York, Palgrave, 2002
- FARMER 2003 - PAUL FARMER, *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, Berkeley, University of California Press, 2003
- GADOW 1980 - SALLY GADOW, *Existential advocacy: Philosophical foundation of nursing*, in *Nursing: Images and Ideas*, edited by STUART F. SPICKER and SALLY GADOW, New York, Springer, 1980, pp. 79-101
- GARRO 1992 - LINDA GARRO, *Chronic Illness and the Construction of Narratives*, in *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*,

edit by MARY-JO DEL VECCHIO GOOD, PAUL E. BRODWIN, BYRON J. GOOD, ARTHUR KLEINMAN, Berkeley, University of California Press, 1992, 100-37

GOOD 1994 - BYRON J. GOOD, *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994

KAUFERT 1990 - PATRICIA A. KAUFERT, *The 'Boxification' of culture: the role of the social scientist*, «Santé, Culture, Health», 7, 1990, pp. 139-48.

KLEINMAN-BENSON 2006 - ARTHUR KLEINMAN and PETER BENSON, *Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it*, «PLoS Medicine», 3(10), 2006, pp. 1673-1676

KLEINMAN 2006 - ARTHUR KLEINMAN, *What really matters: living a moral life amidst uncertainty and danger*, Oxford, University Press, 2006

MARMOT-WILKINSON 2005 - MICHAEL MARMOT, RICHARD WILKINSON, *The social determinants of health*, Oxford, Oxford University Press, 2005

MATTINGLY-GARRO 2000 - *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*, a cura di CHERYL MATTINGLY and LINDA GARRO, Berkeley, University of California Press, 2000

MATTINGLY 1998 - CHERYL MATTINGLY, *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*, Cambridge, Cambridge University Press, 1998

MAUSS 1936 - MARCEL MAUSS, *Le tecniche del corpo*; trad. it. in MARCEL MAUSS, *Teoria generale della magia ed altri saggi*, Torino, Einaudi 1965, pp. 383-409

MOERMAN 2002, DANIEL E. MOERMAN, *Medicine and the 'Placebo Effect'*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002

QUARANTA 2012 - IVO QUARANTA, *La trasformazione dell'esperienza. Antropologia e processi di cura. Antropologia e Teatro*, Vol. 3, 2012, <<http://antropologiaeteatro.unibo.it/article/view/3187/3279>>

QUARANTA-RICCA 2012 - IVO QUARANTA, MARIO RICCA, *Malati fuori luogo. Medicina Interculturale*. Milano, Raffaello Cortina, 2012

SCARRY 1985 - ELAINE SCARRY, *La sofferenza del corpo*; trad. it.: Bologna, Il Mulino, 1990

SCHEPER-HUGHES 1994 - NANCY SCHEPER-HUGHES, *Embodied Knowledge: Thinking with the Body in Critical Medical Anthropology*, in ROBERT BOROFKY, *Assessing Cultural Anthropology*, New York, McGraw-Hill, 1994, pp. 229-242

TOOMBS 2001 - *Handbook of phenomenology and medicine*, edited by S. KAY TOOMBS, Dordrecht, Kluwer Academic Publishing, 2001

TURNER 1967 - VICTOR TURNER, *La foresta dei simboli. Aspetti del rituale Ndembu*; trad. it. Brescia, Morcelliana, 2001

YOUNG 1982 - ALLAN YOUNG, *Antropologie della illness e della sickness*; trad. it. in *Antropologia medica. I testi fondamentali*, a cura di IVO QUARANTA, Milano, Raffaello Cortina, 2006

MARIA PAOLA ZAMAGNI

*La narrazione del medico e del paziente in medicina*

Come non ci sono due cose eguali,  
così non ci sono ammalati eguali

(A. Murri, *Lezioni di Clinica Medica*, 1905-1907)

1. La medicina narrativa fa il suo ingresso nel panorama delle scienze mediche ed umanistiche circa trent'anni dopo l'esordio delle *Medical Humanities*. Pur essendone sempre stata parte costitutiva, si deve ad autrici di formazione medica, quali Hunter (1991), Shapiro (1993) e Charon (1993 e 2000), il suo battesimo ufficiale attraverso la denominazione *Narrative-Based Medicine*.

Da un punto di vista storico le *Medical Humanities* prendono avvio negli Stati Uniti a metà degli anni Sessanta del secolo scorso, essenzialmente sotto la spinta di due componenti: da una parte i professionisti che, impegnati in vari ambiti clinico-assistenziali, criticano l'impianto fortemente riduzionistico e medicalizzante della medicina. Dall'altra la società civile che preme affinché il paziente venga riconosciuto portatore di diritti, diventando così parte attiva del percorso terapeutico, come testimoniato, ad esempio, dal consenso informato ai trattamenti.

Poco prima della nascita del movimento delle *Medical Humanities*, venne pubblicata un'opera che, per molti aspetti, potrebbe essere assunta come suo manifesto programmatico. Con *Medico, paziente e malattia* Balint (1961), considerando le complesse dinamiche che intercorrono nella relazione clinica, esordisce con l'enunciato che in medicina il "farmaco più usato è proprio la persona del medico", anche se di tale farmaco, avverte, non si conoscono le indicazioni o i possibili rischi causati da una somministrazione spesso incontrollata e imprudente. Proseguendo nella sua analisi, Balint evidenzia che chi cura spesso tende ad esercitare sui propri assistiti una sorta di "funzione apostolica", da intendersi laicamente

come una necessaria conversione del paziente alla sua filosofia di vita e all'orientamento scientifico che lo accredita nel ruolo di esperto di malattie.

Più rapidamente negli Stati Uniti che in Europa, le *Medical Humanities* guadagnano posizioni di prestigio grazie ai contributi di autorevoli rappresentanti della medicina che auspicano un viraggio da un'impostazione prettamente biomedica ad una che, con pari attenzione, sappia accogliere la persona del malato.

Nel *modello biomedico* l'accento è posto sulle malattie intese come entità biologiche osservabili con rigorose procedure cliniche e di laboratorio che ne indagano l'eziopatogenesi e i risultati ottenuti per effetto degli interventi approntati.

Gli assunti di base del modello biomedico si rinforzano ulteriormente con l'affermazione della più recente *Evidence-Based Medicine*. Evidenze scientifiche di indubbio valore, tanto da dettare le linee guida in ambito diagnostico e terapeutico. L'attività clinica e di ricerca viene condotta con criteri statistico-quantitativi attingendo indicazioni da *trials* clinici randomizzati. È tale l'interesse verso la malattia che, non di rado, la persona del malato viene quasi assorbita nella sua patologia, perdendo quei caratteri che definiscono la sua identità.

Appare qui una chiara diversità di posizioni tra l'orientamento idiografico e quello nomologico. Il primo, caldeggiato dalle *Medical Humanities*, si volge alla conoscenza dell'individuo, alla sua storia personale, senza che ciò comporti una deviazione dalle finalità mediche. Il secondo, perseguito dall'impostazione biomedica tende, in forza del suo statuto epistemologico scientifico, alla formulazione di "leggi generali" riferite alla malattia più che al malato.

A tale proposito Engel (1977) osserva che se il modello biomedico è pienamente adeguato allo studio e alla ricerca dei meccanismi biologici alterati, non altrettanto lo è quando, senza altre mediazioni, viene tradotto nella pratica clinica, nel rapporto con il malato nel quale interagiscono a vari livelli di consapevolezza fattori psicologici e sociali.

Nel proporre il *modello biopsicosociale*, Engel sottolinea che tali componenti sono inscindibili nella persona, da lui intesa come sistema dinamico in cui esperienze personali e condizionamenti culturali incidono

non solo sulla rappresentazione mentale della malattia, ma internamente, nel sentimento di sé come malato. La riflessione di Engel, tuttavia, difficilmente trova posto nella formazione di chi si appresta alla professione clinico-assistenziale.

Nei sei anni curriculari degli studi medici, la preparazione teorico-pratica segue fundamentalmente l'approccio biomedico e delle evidenze quantitative, trascurando spesso di approfondire la conoscenza personale del paziente. Questa marginalizzazione esercita una sorta di imprinting: una volta appresa si mantiene anche negli anni successivi, nel pieno della professione, attraverso un atteggiamento difensivo-razionalizzante che, per motivi diversi, tuttavia produce risultati non dissimili.

Da un lato, infatti, la dimensione soggettiva del paziente appare come una *sine cura*, qualcosa che di fatto non aggiunge nulla di significativo all'impianto scientifico della medicina, e pertanto senza danno può essere trascurata; dall'altro, invece, viene temuta prospettandosi come un terreno insidioso per il quale manca una bussola che indichi la direzione da prendere. Per evitare errori, dunque, meglio lasciarla sullo sfondo.

Per affrontare queste problematiche alcuni propongono un rimedio: la bussola di cui equipaggiarsi viene identificata nell'apprendimento di strategie relazionali attraverso le quali il medico, dotandosi di *communication skills*, può avventurarsi anche nella conoscenza personale del malato.

C'è del vero in tutto questo, ma non manca l'avvertimento che l'«uso meccanico delle tecniche di comunicazione porterebbe nel tempo a un nuovo e più severo impoverimento relazionale» (MOJA-VEGNI 2000).

Concettualmente strategie e tecniche comunicative evocano sistemi di applicazione di regole abilmente studiate in vista di uno scopo pratico da raggiungere. Se all'inizio possono infondere in chi cura una sorta di salvacondotto da possibili errori comunicativi, la loro reiterazione, appagando il bisogno di sicurezza, finisce col produrre una relazione artificiosa, costruita su un copione di domande e risposte standardizzate, utili a raccogliere dati e informazioni ma inadatte a comprendere il malato nella sua complessità. A questa si può accedere attraverso vie diverse, sviluppando nello spirito delle *Medical Humanities* un linguaggio che intenzionalmente si volge al malato e lo accompagna nel racconto di sé.

Certo non mancano professionisti dotati di “intelligenza emotiva” (GOLEMAN 2006) i quali credono nel valore della relazione che si costruisce e si anima di gesti e soprattutto di parole capaci di creare un clima di interesse e partecipazione. Su questi aspetti si era già soffermato Kleinman (1978), rappresentante dell’antropologia medica, apportando un significativo contributo alle *Medical Humanities*.

In considerazione di una medicina *doctor/disease centered* ed una medicina *patient centered*, Kleinman sottolinea che se nella prima fondamentalmente entrano in gioco le competenze del medico rivolte alla cura della malattia (*disease*), spesso decontestualizzata dalla persona che ne è afflitta, nella seconda invece si fa strada il vissuto (*illness*) del malato, rivelatore non solo delle vicende personali, ma anche – come segnalato da Engel – dei modelli culturali interiorizzati che orientano l’esperienza di malattia.

Da queste due diverse “centrature” derivano stili differenti nella conduzione del rapporto medico-paziente.

In un caso è predominante l’atteggiamento direttivo, con flessioni più o meno accentuate verso il paternalismo autoritario. In quanto esperto del *disease*, il medico è il regista del colloquio: secondo un modello consolidato dalla pratica, stabilisce tempi e modi della consultazione, con domande mirate indaga sui sintomi, costruisce ipotesi diagnostiche, informa e prescrive trattamenti, ma in una cornice in cui la malattia richiama su di sé l’interesse prevalente del clinico.

A fronte di un’anamnesi clinica scrupolosa, la componente soggettiva del malato resta infatti ai margini della relazione. E vi resta spesso anche nelle situazioni gravi, quando il medico ricorre ad espressioni rassicuranti allo scopo di proteggere il paziente dall’angoscia. Tuttavia, invece di calarsi nel suo vissuto, sovrappone ai bisogni dell’assistito un generico incitamento a combattere, a non darsi per vinto. Parole che, ormai entrate nella semantica medica, fuoriescono di getto ma restano in superficie, non senza però produrre una reazione di delusione e di estraneità in chi le riceve.

Nell’altro caso (nella medicina centrata sul paziente) è invece presente nel medico un atteggiamento partecipativo, capace di coniugare in una

prospettiva multidimensionale il *disease* con l'*illness*, la conoscenza biologica della malattia con quella della persona.

Ogni medico sa, per studio e per esperienza professionale, gli effetti indotti da una patologia grave sul piano del comportamento e dell'umore. Conosce così bene la materia da poter facilmente prevedere tra le possibili risposte – più spesso disforiche che positive, non solo emotive ma anche fisiologiche – quelle descritte in letteratura sotto il nome di sindrome ansiosa-depressiva.

Cionondimeno nella medicina *patient centered* la capacità di previsione, mentre può acuire la sensibilità interpretativa di chi cura, non si sostituisce alla conoscenza personale del malato, che solo nel racconto di sé trova il modo di manifestarsi. Una conoscenza perciò non aprioristica, ma animata dal dialogo, dalle parole che si scambiano medico e paziente, apportando per entrambi non pochi vantaggi.

Al beneficio di sentirsi ascoltato, nel malato se ne aggiunge un secondo riguardante la sua stessa attività mentale. Nel raccontarsi infatti il paziente si riscatta, almeno in parte, dalla tensione interna che può spingere talora a reazioni scomposte o paralizzanti.

Tradurre in parole la propria sofferenza non solo allenta l'agitazione intrapsichica per effetto della catarsi, ma permette, attraverso sequenze sintattiche e spazio-temporali più o meno ordinate, l'elaborazione di una storia che può essere comunicata.

D'altro canto il medico acquisisce dal racconto del paziente non solo quegli elementi che meglio lo indirizzeranno nella formulazione della diagnosi (SANDERS 2009), ma anche di accedere al suo mondo interno: ora per rafforzarne le difese, ora per suggerire letture alternative a quelle che, per lo sconforto, sembrano senza sbocchi.

In qualsiasi contesto la narrazione è luogo di incontro tra persone. Questo vale anche per la medicina narrativa, sebbene nella relazione terapeutica si renda necessario che il medico mantenga una posizione asimmetrica rispetto al paziente per non generare derive intimistiche o dinamiche transferali inappropriate. Il primo, infatti, non racconta di sé, ma partecipa al racconto dell'altro cercando di comprenderne il vissuto e, per quanto possibile, di entrare nella sua esperienza. Paragonato a questo

scopo, appare ancor più insoddisfacente il consueto repertorio di frasi che indistintamente vengono rivolte ai pazienti affinché mobilitino tutte le risorse disponibili per fronteggiare la situazione. Del resto è proprio la mancanza di conoscenza personale dell'altro che rende il linguaggio del professionista generico e standardizzato come se – parafrasando Marie Cardinal – mancassero “le parole per dirlo”.

Non sono pochi tra i professionisti della cura coloro che, nonostante l'utilizzo di tecniche comunicative, si riconoscono portatori di una particolare forma di “afasia” che non riduce tanto di numero le parole, ma le rende povere di espressività, anemiche di sentimenti, impersonali sul piano della relazione.

A tale scopo le *Medical Humanities* propongono a chi esercita un'attività clinico-assistenziale (medici, infermieri e operatori in genere) una formazione che non solo non ostacola le competenze scientifiche, ma le arricchisce attingendo un paradigma narrativo dalle scienze umane. Tradizionalmente ne fanno parte discipline che spaziano dalla filosofia alla psicologia, dall'antropologia alla pedagogia, dall'etica alla letteratura e all'arte nei suoi molteplici generi. Con sottolineature diverse tutte quante mirano a conoscere ed interpretare l'esperienza umana che, nella sua unicità, reca il segno impresso non solo dagli accadimenti personali, ma anche dal luogo e dal tempo in cui si è sviluppata.

Nell'attività interpretativa coltivata dalle scienze umane non si inseguono associazioni estrose o inclinazioni narcisistiche; certo l'immaginazione e l'intuizione vi hanno un ruolo fondamentale, ma esse amplificano la disposizione empatica favorendo la comprensione dell'altro. Attraverso le scienze umane il medico può sviluppare una mente relazionale che fluisce con continuità dall'introspezione al confronto con l'altro, scoprendo all'occorrenza richiami e assonanze con la propria storia, o con quella che potrebbe essere. In tal caso anche il linguaggio di chi cura assumerà una connotazione diversa: nutrito di forme e contenuti di cui è fatta la molteplicità delle esistenze, si arricchirà non solo di parole, ma di parole che hanno senso.

2. Non per soggezione alla lingua inglese, ma per non tradire il significato originale, anche in italiano si preferisce mantenere la dizione *Medical Humanities*. La traduzione letterale potrebbe infatti dare adito ad interpretazioni ambigue che limiterebbero quelle stesse finalità che caratterizzarono la loro nascita.

Il progetto delle *Medical Humanities* non si identifica tout court con l'umanizzazione della medicina, se con questa espressione si intendono interventi, che chiameremo "esterni", volti ad esempio a snellire le liste d'attesa per coloro che hanno bisogno di cure, a sviluppare iniziative d'intrattenimento per sottrarre dalla noia/solitudine chi, a causa del protrarsi dei ricoveri, è privato della normale vita di relazione, o a rendere più confortevole la degenza migliorando sia l'ambiente fisico dei reparti, sia incrementando negli operatori atteggiamenti di cortesia e rispetto.

Interventi auspicabili e necessari, ma di contorno allo spirito delle *Medical Humanities* il cui scopo consiste piuttosto nell'attivare dall'interno, in chi cura, la comprensione del malato nella sua individualità: termine questo che etimologicamente rimanda ciò che non può essere diviso e scomposto in parti.

Nel nostro caso l'individualità del paziente inerisce intimamente al suo essere malato e alla sua persona, così che separare l'uno dall'altra si configura come un'operazione arbitraria e riduzionistica, tuttavia funzionale per quella medicina a vocazione cartesiana prima e positivistica poi, riconoscibile ora più modernamente nell'approccio biomedico ed iperspecialistico.

Un filo conduttore accomuna questi tre modi di fare medicina: la separazione tra soggetto conoscente (medico) e oggetto conosciuto (paziente), tra eventi osservati (patologia) e chi li osserva (l'esperto), investito di una sorta di neutralità scientifica rispetto all'oggetto indagato; la fiducia che le malattie, al pari dei fenomeni naturali, possono essere trattate con criteri oggettivi e procedure sperimentali controllate; la ferma convinzione che alla guarigione, obiettivo condiviso tanto dal medico quanto dal paziente, altro non serva se non l'applicazione di protocolli terapeutici elaborati dalla ricerca scientifica, la via più efficace e, tra l'altro, anche la più idonea per preservare l'esperto dal coinvolgimento emotivo con l'assistito.

In tale contesto si vorrebbe che persino il paziente arrivasse a separare ciò che è di pertinenza del medico da quelli che invece sono i suoi bisogni, spesso preesistenti la malattia ma da questa enfatizzati tanto da causare sintomi analoghi a quelli presenti nel disturbo post-traumatico da stress.

Non è che non si veda l'angoscia nel paziente, ma in generale verso di essa il medico adotta manovre di aggiramento confidando che il malato, una volta restituito alla salute e magari rafforzato dal superamento della prova, saprà trovare il giusto equilibrio per riappropriarsi della sua vita. In attesa che ciò si realizzi, sembra sufficiente ed adeguato l'appello a vincere la paura, a darsi forza e combattere con animo fiducioso.

Si sa che le malattie possono produrre dolore e sofferenza essendo coinvolti sia l'apparato nocicettivo, corrispondente alla componente sensoriale, sia l'apparato psichico, nei suoi aspetti cognitivi ed emotivi. Dolore e sofferenza tuttavia rappresentano concetti distinti, sebbene molto spesso concorrano a generare un'esperienza totalizzante. Il dolore, generalmente collegato ad una causa organica o comunque ad uno stimolo lesivo, viene trattato con terapie di sedazione proporzionate all'intensità rilevata dalle c.d. "scale oggettive del dolore".

Il concetto di sofferenza invece si presta a più di un'interpretazione, e pertanto attira su di sé modalità d'approccio diverse. Se assimilata al dolore fisico, tanto da esserne sinonimo, viene medicalizzata e curata con farmaci volti a normalizzare la sintomatologia. Se invece la sofferenza è intesa come un disagio interiore di natura psicologica, alimentato non solo dalla malattia ma dal vissuto che ne ha il paziente, allora l'aiuto dovrebbe prendere un'altra direzione: quella della condivisione partecipata, dove la parola entra nella relazione. Obiettivo questo spesso evitato più per paura e imbarazzo che per cinismo o indifferenza e forse, spingendo sul tasto della provocazione, non è un caso che negli ospedali si faccia esplicito riferimento alle terapie del dolore (fisico) più che a quelle della sofferenza. Per autori di diversa formazione culturale – umanistica l'uno, medica l'altro – essa si qualifica come "dolore inutile, sofferenza in più del malato" (ZAVOLI 2002) e "sofferenza non necessaria" che deve essere "alleviata e per quanto possibile eliminata" (BRUERA 2011).

In entrambi i casi vi è un'identità di vedute: la sofferenza è tale

perché aggiunge a quella causata dalla malattia sentimenti di solitudine, di privazione affettiva, di colpa e talora di autoaccusa. E come se non bastasse, insieme alla paura della morte che resiste all'argomentazione esorcizzante di Epicuro, avanza il timore di perdere la lucidità mentale per pensarsi nel tempo ancora da vivere.

Temi questi che oltrepassano la formazione medico-specialistica, necessaria ma non di per sé sufficiente a creare una relazione empatica, capace di dialogare con il malato. Ma perché essa si realizzi occorre, come preconditione, che il medico si disponga all'ascolto ed entri nelle storie dei pazienti assumendo, a sua volta, un registro narrativo per dare svolgimento al racconto commosso e frammentario di chi ha l'animo oppresso. Per questo l'uso di formule tanto rassicuranti quanto generiche, lasciate cadere sui drammi personali, appare molto al di sotto delle attese del paziente, ma forse anche della sensibilità di non pochi medici.

Connaturato o appreso, l'atteggiamento empatico può trarre profitto dai contributi elaborati non solo dalle scienze umane strettamente intese, ma anche dal linguaggio dell'arte. Un linguaggio che si declina su registri differenti, da quelli dell'opera d'arte compiuta alle narrazioni naïves che contrassegnano la comunicazione quotidiana. Al riguardo può essere stimolante sia la lettura di testi narrativi che rappresentano la condizione umana nella molteplicità delle sue forme, sia di testi "fanzionali", che utilizzano la verosimiglianza per mettere a fuoco le dinamiche della malattia, sia infine di testi "autobiografici" costruiti dal malato per meglio afferrare il significato della sua esperienza.

Quest'ultimo genere narrativo – il "grado zero" della letteratura, riecheggiando Barthes (1982) – può presentare a volte una realtà romanzata nella quale, però, il malato si riconosce e si fa conoscere. Orali o scritte che siano, le storie dei malati non sono irrilevanti sul piano della relazione: come un filo d'Arianna esse indicano la strada da seguire per accedere alla comprensione del loro autore, suggerendo all'interlocutore le parole che meglio possono rispondere alle attese.

3. Sul piano culturale le discipline umanistiche godono di ampi e meritati riconoscimenti. Ciò non toglie tuttavia che la loro presenza in medicina sia guardata con una certa diffidenza, quasi ne potesse compromettere l'autorevolezza scientifica. E se anche compaiono nel curriculum degli studi medici, il loro "credito", al di là delle ore di lezione assegnate, è sostanzialmente ritenuto marginale essendo prive di strumenti scientifici deputati a combattere le malattie.

Ma combattere le malattie non sempre comporta, per di più in tempi brevi, la vittoria su di esse. Quand'anche con la guarigione l'esito fosse raggiunto, non si possono trascurare le difficoltà di adattamento cui va incontro la persona costretta a modificare lo stile di vita, o ad accettare un'immagine corporea che mal s'accorda, per le mutilazioni subite, al preesistente sentimento di identità.

Non solo: molte patologie risultano refrattarie ai trattamenti ed è comprensibile lo smarrimento del malato che, stretto nel clima omertoso alimentato da familiari e operatori, non riesce ad elaborare la sua angoscia. In questi casi la medicina scientifica ha una battuta d'arresto, ma se deve arrendersi alla "morte" può alleviare, come scrive Kübler-Ross (1976), la solitudine del "morire". Mettendosi accanto al malato la medicina mostra il coraggio, forse lo stesso di cui ha bisogno il paziente inguaribile, di uscire da pratica del *disease* per diventare a pieno titolo scienza dell'uomo.

Non è un caso che nella formazione accademica lo spazio comunque dedicato alle discipline umanistiche sia limitato in ristretti moduli di insegnamento, spesso confinati in corsi elettivi a fine semestre: poco più che una parentesi tra materie che costituiscono l'irrinunciabile *core curriculum* degli studi medici. Questo posizionamento in ordine spazio-temporale delle scienze umane rispetto a quelle biomediche induce a riflettere che senza una continuità didattica interdisciplinare, basata sul confronto tra esperienze e competenze diverse, difficilmente potrà realizzarsi quella *concordia discors*, in cui possono dialogare con pari dignità l'approccio scientifico alla malattia e quello umano al malato.

Senza una visione olistica, scrive Galimberti (2000), "lo sguardo del medico non incontra il malato ma la sua malattia e nel suo corpo non legge una biografia, ma una patologia".

Alla voce del filosofo si unisce quella del neurofisiologo. Benedetti, infatti, osserva che in medicina la mancanza di una sintesi superiore tra approcci diversi è in verità frutto di “muri ideologici” e divisivi, ritenuti necessari per preservare il linguaggio oggettivo-razionale della scienza da quello emotivo “irrazionale”, fondamentalmente legato alla biografia degli individui. E ciò che per sua natura è soggettivo e contingente, si ribadisce, non può essere “misurato” e riprodotto sperimentalmente, escludendosi di fatto dalla possibilità di produrre conoscenza scientifica.

Per molti versi le cose stanno così. Infatti la biografia non può che essere unica e legata ad esperienze individuali, ma invece di ignorarla, o addirittura temerla, può diventare una preziosa alleata nell’attività clinica. Con questo intento Benedetti (2013) si dedica, forse per sfida, a scrivere una storia che “... parla sì di scienza”, ma anche di “sentimenti, stati d’animo ed emozioni. [...] E lo fa tramite il rigore scientifico, l’introspezione e la medicina narrativa”, per cercare di capire il significato della sofferenza.

Per quanto sotto il suo nome possano rientrare tutte le umane vicende di afflizione, tuttavia, nella sofferenza vi è sempre una nota di originalità, che non può venire assorbita “in quella grammatica dei sintomi con cui il medico classifica le entità morbose come un botanico le piante” (GALIMBERTI 2000). Originalità della quale Tolstoj si fa interprete quando in Anna Karenina esordisce “Tutte le famiglie felici si assomigliano fra loro, ogni famiglia infelice è infelice a suo modo”.

Infelicità, paura, sofferenza sono qualcosa di più e di più profondo che momentanei stati d’animo attivati da eventi spiacevoli. Esse esprimono, piuttosto, la fragilità della condizione umana che di fronte al proprio limite, quale può essere la malattia grave, si sente sospesa tra speranza e disperazione, tra rassegnazione fatalistica o, invece, ricerca di senso.

In questo caso, nella ricerca di senso, la sofferenza non viene allontanata dall’Io per effetto della rimozione, e neppure coltivata per soggezione al masochismo, ma può essere ospitata nella relazione terapeutica se il medico dall’*expertise* sulla malattia passa a guardare con com-passione il malato. Soccorre qui l’immagine del “guaritore ferito”, rappresentato da Chirone, antesignano dei medici. Con questa espressione Jung (1985) sintetizza efficacemente la funzione terapeutica: solo condividendo le “ferite” del

paziente si può dare l'aiuto necessario.

La compassione è un atteggiamento – se disturba la parola virtù – che per sua natura spinge alla prossimità, al prendersi cura dell'altro ma nei modi da lui richiesti, a differenza del pietismo, sempre inconsistente e non di rado umiliante per il destinatario. Chi riceve su di sé uno sguardo compassionevole non per questo guarisce: il male resta male, eppure cambia qualcosa nel rapporto di sé con il mondo. Di “guarigione utopistica”, che è tale se misurata con criteri scientifici, scriveva Bachelard (1972) per il quale, tuttavia, le “belle parole sono un rimedio per l'anima”. Per il filosofo francese le belle parole non fanno sfoggio di retorica o di promesse ingannevoli, ma sono quelle che con la semplicità delle cose buone, come “pani caldi”, recano l'atteso conforto.

Compassione è avvicinarsi all'altro ma senza perdersi nella sua sofferenza: una prossimità prudente che, nell'accoglierla, la contempla senza però lasciarsi travolgere. Così risolvono il dilemma avvicinamento-evitamento i porcospini di Schopenhauer: se troppo distanti moriranno di freddo, se troppo vicini periranno per le reciproche trafiggiture. Dalla giusta distanza tutti trarranno beneficio: il conforto che dall'uno passa all'altro renderà il gelo più sopportabile.

Agli animaletti infreddoliti della metafora basta la vicinanza fisica del compagno per ricevere calore, ma certo non è questo il calore di cui ha bisogno il malato.

Come i personaggi di Pirandello in cerca di un autore che dia completezza alla loro esistenza, anche i malati chiedono che qualcuno presti attenzione alle loro storie per cercare insieme un senso, senza il quale resta più difficile accettare la penosa realtà.

È così forte il bisogno di narrare che Gottschall (2014) lo considera come un istinto speciale, il solo che appartiene interamente alla natura umana, e che si soddisfa nella presenza di un “altro”. Un altro che, sempre più spesso, si affaccia da luoghi lontani, dove la distanza fisica viene ridotta per la molteplicità degli spazi offerti dal web: una rete aperta al dialogo tra chi ricerca aiuto e chi vi corrisponde con gratuita solidarietà. Questa forma di comunicazione, per quanto in genere possa alleviare la solitudine, non risponde appieno alle richieste del malato, dal momento che la sua

condizione necessita di specifiche competenze mediche.

Nella prospettiva delle *Medical Humanities*, la medicina narrativa crea le condizioni perché le “cose umane” e le “cose mediche” si incontrino in una storia di cui sono co-autori tanto chi cura e chi è curato, e che pertanto può essere la migliore storia possibile di malattia.

Da più parti, tuttavia, si segnala quanto sia difficile trovare il tempo necessario da dedicare a tale scopo. Si fa presente infatti che la consultazione deve tener conto di un modello standard in cui efficacia ed efficienza si misurano anche in termini di minuti: l'apertura verso la dimensione soggettiva del paziente allungherebbe i tempi ostacolando, così, l'espletamento della quotidiana pratica clinica.

Questo problema è reale e per molti aspetti condivisibile. Ma la medicina narrativa – che molto spesso richiede solo pochi minuti in più rispetto al tempo standard della visita (LAUNER 2002; BERT 2007) – può essere un investimento proficuo proiettandosi nel prosieguo delle cure. Nelle patologie complesse, ad andamento ingravescente, la molteplicità degli interventi terapeutici si estende infatti nel lungo periodo che, per il malato, è tempo di vita, spesso sospeso tra inattese complicanze e progetti da realizzare. Questo tempo può essere sottratto, almeno in parte, all'angoscia e al clima anonimizzante se nella relazione con il medico la storia di malattia diventa storia che cura.

## Bibliografia

BACHELARD 1972 - GASTON BACHELARD, *La poetica della rêverie*, Bari, Dedalo libri, 1972 (1° ed. 1960)

BALINT 1961 - MICHAEL BALINT, *Medico, paziente e malattia*, Milano, Feltrinelli, 1961 (1° ed. 1957)

BARTHES 1982 - ROLAND BARTHES, *Il grado zero della scrittura*, Torino, Einaudi, 1982 (1° ed. 1953).

BENEDETTI 2013 - FABRIZIO BENEDETTI, *Il caso di G. L.*, Roma, Carocci 2013

BERT 2007 - GIORGIO BERT, *Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 2007

BRUERA 2011 - EDUARDO BRUERA, *Sulle cure palliative*, Bentivoglio, Asmepla, 2011

Bruner 2002 - JEROME BRUNER, *La fabbrica delle storie. Diritto, letteratura, vita*, Roma-Bari, Laterza, 2002

CHARON 1993 - RITA CHARON, *The narrative road to empathy, in Empathy and the Practice of Medicine: Beyond Pills and the Scalpell*, edited by HOWARD M. SPIRO, MARY G. MCCREA CURNEN, ENID PESCHEL, New Haven, Yale University Press, 1993

CHARON 2000 - RITA CHARON, *Literature and medicine: origins and destinies*, «Academic Medicine», 75, 1, pp. 23-27

DONGHI, PELUSO 2014 - DINO DONGHI, GIANFRANCO PELUSO, *Di cosa parliamo quando parliamo di cancro*, Milano, Raffaello Cortina, 2014

ENGEL 1977 - GEORGE L. ENGEL, *The need for a new medical model, a challenge for biomedicine*, «Science», 196, 129-136.

GALIMBERTI 2000 - UMBERTO GALIMBERTI, *Il corpo*, Milano, Feltrinelli, 2000

GILBERT 2012 - PAUL GILBERT, *La terapia focalizzata sulla compassione*, Milano, Franco Angeli, 2012

GOLEMAN 1999 - DANIEL GOLEMAN, *Intelligenza emotiva*, Milano, BUR, 1999

GOTTSCHALL 2014 - JONATHAN GOTTSCHALL, *L'istinto di narrare*, Torino, Bollati Boringhieri, 2014

HUNTER 1991 - KATHRYN M. HUNTER, *Doctors' Stories. The Narrative Structure of Medical Knowledge*, Princeton, Princeton University Press, 1991

JUNG 1985 - CARL GUSTAV JUNG, *Psicologia e poesia*, in ID., *Opere*, Vol. 10, 1, Torino, Boringhieri, 1985 (1° ed. 1930)

KLEINMAN-EISENBERG-GOOD 1978 - ARTHUR KLEINMAN, LEON EISENBERG, BYRON GOOD, *Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research*, «Annals of Internal Medicine», 88, 2, pp. 251-258

KÜBLER-ROSS 1976 - ELISABETH KÜBLER-ROSS, *La morte e il morire*, Assisi, Cittadella, 1976

LAUNER 2002 - JOHN LAUNER, *Narrative-based Primary Care*, Abingdon, UK: Radcliffe Medical Press, 2002

LIPPI 2010 - DONATELLA LIPPI, *Specchi di carta*, Bologna, CLUEB, 2010

MOJA-VEGNI 2000 - EGIDIO MOJA, ELENA VEGNI, *La visita medica centrata sul paziente*, Milano, Raffaello Cortina, 2000

PENNEBAKER 2000 - JAMES W. PENNEBAKER, *Telling stories: the health benefits of narrative*, «Literature and Medicine», 19, 1, pp. 3-18

SANDERS 2009 - LISA SANDERS, *Ogni paziente racconta la sua storia*, Torino, Einaudi, 2009

SHAPIRO 1993 - JOHANNA SHAPIRO, *The use of narrative in the Doctor-Patient encounter*, «Family Systems Medicine», 11, 1, pp. 47-53

SPINSANTI 2009 - SANDRO SPINSANTI, *Medicina e letteratura*, Roma, Zadig, 2009

ZAMAGNI 2012 - MARIA PAOLA ZAMAGNI, *Modelli di approccio alla malattia: evidenza scientifica e narrazione in medicina*, Bologna, Bononia University Press, 2012

ZAMAGNI 2013 - MARIA PAOLA ZAMAGNI, *La comunicazione in oncologia. Storie di malati e di malattie*, Bologna, CLUEB, 2013

ZANNINI 2008 - LUCIA ZANNINI, *Medical humanities e medicina narrativa*, Milano, Raffaello Cortina, 2008

ZAVOLI 2002 - SERGIO ZAVOLI, *Il dolore inutile*, Milano, Garzanti, 2002



*Il dolore globale nella malattia in guaribile*

Il trattamento del dolore in molte malattie croniche inguaribili, di cui i luoghi di cura sono inevitabilmente pieni, è un tema presente da molto tempo ma che negli ultimi anni sta assumendo un interesse sempre crescente per lo sviluppo di una consapevolezza etica e per l'aumento delle possibilità di controllo.

Il tema però viene spesso affrontato in maniera disorganica. Ci sono i programmi dell'“Ospedale senza dolore” e le linee di indirizzo che derivano dalla Legge 38 del 15 aprile 2010. Ma queste indicazioni sono spesso disattese con risultati clinici talora insufficienti anche sotto il profilo etico.

Il problema è rilevante anche perché gli operatori della salute sanno che, al contrario di quello che in genere si pensa, il dolore non è un problema limitato alle patologie oncologiche. Ma soprattutto la questione del dolore, che parte dalla necessità di fare fronte ad un dolore fisico, deve essere in realtà visto in una ottica più complessa in cui accanto alla percezione fisica del male sono presenti segni di sconforto, rabbia, depressione, crisi spirituali.

Il tema del dolore necessita pertanto di competenze tecniche, come la sequenza dei farmaci attivi o come l'impiego di tecniche radioterapiche e chirurgiche, che devono essere coordinate in un contesto di gestione del problema, allargato alla persona.

*Il dolore globale*

Il dolore non è solo una esperienza fisica ma coinvolge altri aspetti della sfera personale e per questo il dolore è uno dei più comuni e stressanti sintomi descritto dai pazienti affetti da patologie croniche inguaribili ed in particolare dai pazienti con cancro. Nel tentativo di descrivere tutta la natura del dolore di una persona, Cicely Saunders ha coniato il termine di “dolore globale”. Questa infermiera che ha fortemente contribuito

alla nascita e allo sviluppo delle cure palliative ha suggerito che il dolore contiene componenti psicologiche, sociali, spirituali che contribuiscono a rendere il sintomo un evento che coinvolge e sconvolge tutta la persona. Il contributo di ogni componente del dolore è diverso in ognuno di noi e dipende da noi stessi e dalle condizioni in cui questo si sviluppa.

Questo concetto è stato accettato nella comunità della cure palliative anche se alcuni, per dare un significato più preciso, hanno proposto il termine di “sofferenza totale”, che include molti sintomi e che si estende dalla componente fisica, minacciando la integrità della persona e procurando una sensazione di disintegrazione imminente del mondo circostante.

Il dolore fisico più il dolore interiore. Sul primo la medicina si muove secondo indicazioni evidence-based. Ma sul dolore interiore, cioè il dolore non fisico, le modalità di approccio sono diverse e basate soprattutto su tratti psicologici, psico-sociali, spirituali, religiosi, filosofici, in ultima analisi umanistici. Questi aspetti sono poco misurabili sul piano della evidenza scientifica e richiedono attenzione tanto quanto quella che richiede il dolore fisico da cui il dolore interiore in qualche modo dipende.

### *Le componenti del dolore interiore*

Il dolore interiore è alimentato da molte componenti, ognuna delle quali pesa in maniera diversa nel determinare la dimensione del dolore globale. Tra queste componenti spiccano la rabbia, l'ansia, la depressione, la perdita di relazioni sociali, le crisi spirituali e religiose. Sono elementi non nuovi ma che sono spesso trascurati e sul cui trattamento si dibatte da oltre quaranta anni.

La rabbia: la medicina moderna crea la convinzione che possiamo curare la maggior parte delle malattie. In realtà ci sono ancora molti problemi che sono irrisolti e alla fine della vita le persone sono spesso arrabbiate per la trasformazione che hanno vissuto nel tentativo di curare la loro malattia. Il fallimento terapeutico, è un grilletto sufficiente per creare la rabbia in ciascuno di noi. Poi, complicanze burocratiche, ritardi nella diagnosi, poca disponibilità dei medici, una cattiva relazione, una insufficiente comunicazione amplificano lo stato di disagio ed alimentano

la rabbia. Permettere di esprimere questa rabbia può alleviare alcune difficoltà che la rabbia stessa provoca.

Ansia, depressione: molti di noi si preoccupano del morire, della possibile perdita di controllo delle proprie funzioni e dell'aumento delle sofferenze oppure ancora della oscurità della morte. Con l'aiuto di consiglieri spirituali e di altre figure analoghe si possono spesso alleviare questi problemi ma la paura più difficile da alleviare è quella di perdere la propria dignità. Mano a mano che il corpo si indebolisce diventa sempre più difficile mantenere il controllo del proprio corpo, conservare autonomia e mantenere dignità. Perdita di continenza, confusione mentale, discorsi e comportamenti deliranti creano preoccupazione e ansia che si assommano alla rabbia di perdere in maniera progressiva razionalità e autonomia. Subentra la preoccupazione per la nostra famiglia, per lo stato economico, per il futuro. Non sempre il curante o il caregiver sono all'altezza di accompagnare in maniera appropriata e intelligente il processo di deterioramento che caratterizza il processo del morire. Molte delle cose praticate hanno poco rispetto per la dignità del morente.

Tristezza: la morte è pressochè sempre triste. La tristezza deriva da varie perdite: indipendenza, futuro, ruolo all'interno della società. La impotenza e la debolezza che accompagnano la malattia cronica hanno un effetto spaventoso. La deturpazione che causa tristezza non è quella di cambiamenti pesanti quali la amputazione o la mastectomia, ma quella nelle sottili mutazioni della struttura fisica come le variazioni di colore della pelle la perdita di peso, l'incanutimento o il diradamento dei capelli. La tristezza non può essere alleviata dai farmaci.

Problemi di relazione: associati e cause di tristezza ci sono elementi legati all'individuo e aspetti correlati alla relazione con familiari e conoscenti. Il cambio di aspetto fisico, la paura dell'isolamento, la perdita della posizione lavorativa, il timore dell'abuso di farmaci fanno parte dell'individuo. Invece la comparsa o la accentuazione dei contrasti coniugali, la esclusione della famiglia di origine, l'isolamento da coniuge e figli, i conflitti con i collaboratori, l'aumento dello stress economico sono aspetti legati alla vita di relazione e sono difficilmente controllati dai farmaci. Elemento individuale è forse anche la cultura. Chi è più colto

soffre di meno forse perché ha una abitudine al ragionamento composto e razionale. Sapendo cosa stiamo subendo, vi sappiamo resistere meglio. La conoscenza (cultura) forse alza la soglia della sofferenza.

Disagio spirituale: la spiritualità è spesso soggettiva, arbitraria e personale. Generalmente si includono in questo tema le credenze di un individuo, i valori, il senso di significato e di scopo della vita stessa, l'identità e, per alcune persone, la religione. Per molti le domande sulla condizione umana possono essere ignorate durante altre fasi esistenziali, ma si pongono fortemente alla fine della vita. A causa della natura strettamente personale della spiritualità può essere difficile riconoscere i problemi specifici individuali, ma i concetti di disperazione e mancanza di comprensione sono forse i più facili da identificare. Permettendo la esternazione di questi timori e la verbalizzazione della disperazione, si può alleviare almeno una parte del disagio spirituale che contribuisce allo stato di sofferenza.

### *Conclusioni*

Il dolore è un termine che in campo medico è generalmente identificato come stato di sofferenza fisica. In realtà il suo vero significato deve comprendere una sofferenza emotiva, sociale, spirituale, affettiva. La carenza della medicina moderna sta molto nella ignoranza della componente non fisica del dolore. Il dolore viene affrontato unicamente con l'obiettivo di sollevare il male fisico, con conseguenze parcellari e l'affinamento, quando c'è, di competenze tecniche e non umanistiche.

Il dolore è invece espressione di un bisogno che richiede un intervento globale di cura. È sulla base di questo bisogno che emerge la necessità di cambiare l'approccio della medicina al malato, prestando attenzione alla persona con la malattia e non solo alla malattia della persona.

Il dolore globale è probabilmente il maggior problema delle malattie croniche degenerative inguaribili. Per i suoi connotati rappresenta l'essenza delle cure palliative. Tuttavia per comprenderlo meglio e proprio per le limitazioni sopra enunciate sarebbe opportuno togliere il significato del dolore dalla relazione medico-paziente così come strutturata oggi ed inserirlo in un contesto diverso nel quale la parola dolore può svincolarsi

da legami stereotipati di derivazione clinica.

Il dolore fisico e il dolore spirituale, il dolore percepito ed il dolore provocato, il dolore desiderato ed il dolore dell'amore perduto, il compiacimento del dolore altrui e il dolore per le proprie debolezze, la raffigurazione del dolore, il dolore come rigeneratore dello spirito, il dolore come strada per la conoscenza e la conoscenza del dolore come forma di sopportazione, la cultura e il controllo dei sintomi, il dolore come viatico per la redenzione.

L'analisi dei molteplici aspetti e significati del dolore può offrire anche al campo della cura un temine che completo e asettico, può essere utilizzato per comprendere meglio e riuscire a raggiungere l'obiettivo di un solido e completo trattamento.

## Bibliografia

BIASCO 2014 - GUIDO BIASCO, *Introduzione*, in UMBERTO ECO, *Riflessioni sul dolore*, Bentivoglio, Asmepa, 2014

MALATESTA 2014 - *Doctors and Patients. History, Representation, Communication from Antiquity to Present*, edited by MARIA MALATESTA, San Francisco, University of California, Medical Humanities Press, 2015

ECO 2014 - UMBERTO ECO, *Riflessioni sul dolore*, Bentivoglio, Asmepa, 2014

MACDONALD 2005 - *Palliative Medicine. A case-based manual*, edited by NEIL MACDONALD, associate editors MARCEL BOISVERT, DEBORAH DUDGEON, NEIL HAGEN, international editor DEREK DOYLE, Oxford, Oxford University Press, 2005

PARKES 1978 - COLIN MURRAY PARKES, *Psychological Aspects*, in *The management of terminal Disease*, edited by CICELY SAUNDERS, London, Edward Arnold, 1978

SAUNDERS 2006 - CICELY SAUNDERS, *Selected writings 1958-2004*, foreword by DAVID CLARK, Oxford, New York, Oxford University Press, 2006



Silvia Demozzi

*Elogio della cura.*

*Una riflessione sull'incontro tra pedagogia e medicina*

*Premessa*

Sul terreno della reinterpretazione del concetto di “salute” - da mera “assenza di malattia” ad uno stato di benessere psico-fisico globale - nasce il possibile incontro tra Pedagogia e Medicina. Attraverso una nuova alleanza tra le scienze della natura e le *humanitas*, infatti, si dipana la forza del “prendere in cura” e “prenderci cura”, secondo una logica che privilegia le connessioni e le ricomposizioni. Una cura “riflessiva” ed esperta che si esplicita non come “riparazione” ma come progettualità educativa tesa alla costruzione del ben-essere, risultato di sguardi e gestualità “sensibili al tutto”: il suo focus sono la persona-nel-suo-ambiente e il “corpo vissuto”, le cui trame sono date dall'intreccio di emozioni e conoscenze. Non solo competenza tecnica al servizio della cura, quindi, ma anche un orientamento clinico-pedagogico, nella sua accezione etimologica originaria del “chinarsi” (*clinein*), ossia del volgere l'attenzione e l'ascolto verso qualcuno di cui “ci si cura” e del cui progetto di vita non ci si occupa, bensì pre-occupa.

Raccontava lo psicoanalista Donald Winnicott, in una conferenza tenuta nel 1970 per medici ed infermieri, che se si desse al termine *cura* il permesso di parlare, probabilmente essa racconterebbe una *storia* (WINNICOTT 1986). Alle radici del suo significato, infatti, c'è una intenzionalità molto forte che, con una postura attenta e preoccupata, si muove nel tentativo di sostenere l'essere nei suoi momenti di massima vulnerabilità. Molto spesso, però, nel contesto sanitario, tale origine si perde, soprattutto nelle accezioni più moderne, e sfuma in concetti che hanno a che fare con la “guarigione” e la “sconfitta della malattia”. Influenzata da una cultura scienziata e da una valorizzazione di uno sguardo positivista, infatti, la “cultura medica” ha finito per assegnare alla cura il significato di “trattamento” - per lo più tecnico -, il cui valore è determinato

esclusivamente da un risultato, il ristabilirsi della salute del paziente e la sconfitta della malattia, e nessun peso o quasi viene assegnato al processo, ossia alla distanza che si percorre tra il prima e il dopo la guarigione (che, peraltro, come sappiamo, non sempre si può verificare).

È avvenuto, infatti, un passaggio dal momento del “prendersi cura”, della medicina degli antichi i cui medici si mettevano ai crocevia delle strade e ascoltavano i racconti dei pazienti, a quello del “porre rimedio” proprio della pratica più moderna (COSMACINI 2013). Tra i due estremi esiste uno “scarto” nel cui interstizio, a nostra ragione, si potrebbe inserire la pedagogia, che è culla della “cultura del prendersi cura”, e che, attraverso la sua riflessione e la sua pratica, può contribuire a costruire un dialogo prezioso e sempre meno distante fra la competenza tecnica, propria della scienza medica, e una “postura professionale umana” (ANNACONTINI 2012; MARANO 2010; ZANNINI 2008).

#### *Il fronte pedagogico: la “culla” del prendersi cura*

Nel tempo della tecnica e dello scientismo (GALIMBERTI 2002) si fa fatica a parlare di *cura*; in un mondo che segue tutt’altro tipo di logiche, infatti, il concetto appare ai più debole e fuori luogo. A maggior ragione, se parlando di cura, intesa nei termini pedagogici di cui diremo a breve, la accostiamo al lavoro sanitario e alla pratica medica: il costruito può apparire forzato. Cosa hanno in comune, infatti, pedagogia e medicina? Cosa, che già non sia stato detto e riconosciuto, quando, ormai da alcuni anni, si è iniziato a convergere sul riconoscimento della necessità di una medicina “più umana”, “centrata sul paziente” (MOJA-VEGNI 2000) nonché nutrita da un confronto con le *humanitas* (COSMACINI 2016)?

Partiamo dalle origini, le nostre, di quando, esseri umani indifesi veniamo alla luce. La pedagogia tra i suoi diversi ambiti di studio e applicazione, vede, ovviamente, quello della prima infanzia e porta la sua attenzione attorno al delicato momento della nascita e alla relazione che i nuovi nati hanno con le figure primarie. Laddove tutto ha inizio, infatti, ha origine anche la cura, intesa nella sua accezione pedagogica di presa in carico di un’altra soggettività, in questo caso quella vulnerabile del neonato, con il duplice obiettivo della sua protezione e della promozione

delle sue possibilità (CONTINI-MANINI 2007). È proprio su questo terreno che risiede il comune denominatore tra pedagogia e medicina.

Tornando al tempo dell'infanzia e, in particolare, al rapporto di cura e amore che si sviluppa tra il neonato e la sua principale figura di attaccamento, possiamo tentare, con un esercizio di similitudine, un accostamento tra questa delicata fase della vita di un essere umano, il bambino appunto, e lo stato della malattia. Inizialmente malattia e infanzia, infatti, si incontrano su un terreno comune, quello della "dipendenza"<sup>1</sup>. Paziente e bambino hanno bisogno di dipendere da chi (madre, padre, medico, infermiere, ecc.) non solo è competente tecnicamente, ma si dimostra affidabile anche umanamente, dunque, sul piano della cura. Il ruolo centrale è giocato, infatti, dalla *relazione*, che non può essere esclusivamente simmetrica e che, per questo, richiede, da parte di chi ne detiene il "governo" (genitore, medico), una grande assunzione di responsabilità. Per riprendere Winnicott, possiamo immaginare "il prendersi cura" (sia esso educativo o sanitario) come un'estensione delle competenze di accudimento e contenimento (*holding*) messe in atto da una madre "sufficientemente buona", ossia quella madre che è in grado di far sentire il bambino al sicuro, anche in una situazione di crisi e difficoltà (WINNICOTT 1986). Il grembo e l'abbraccio della madre, infatti, sono un ambiente "sufficientemente buono" per lo sviluppo e la crescita personale di quel bambino che sente di essere, per dirla letteralmente, "in buone mani". Un essere umano adulto in situazione di malattia vive lo stesso tipo di situazione: ha bisogno di un professionista competente dal punto di vista tecnico, ma, allo stesso tempo, necessita di un contesto che lo accolga e lo accudisca e in cui si possa affidare e fidare; un contesto, per dirla in altre parole, che di lui si prenda cura.

Ecco perché, dunque, questo *prendersi cura* ha a che fare con l'impegno

---

1 Con ciò non intendiamo affermare che il bambino e il paziente siano privi di una "soggettività attiva", anzi è proprio sulla rivalutazione del protagonismo dei loro ruoli all'interno della relazione di cura che ci stiamo focalizzando. La dipendenza cui qui si fa riferimento è relativa a un insieme di competenze possedute dall'adulto genitore/medico che - sia nel caso del bambino sia nel caso del paziente - sono assolutamente necessarie per garantire una crescita e un miglioramento.

tipico dell'azione educativa quando essa accompagna i soggetti che ha preso in carico, non sostituendosi a loro, ma orientandoli e promuovendo i loro spazi di possibilità (CONTINI 2014).

Cosa c'entra questo con l'azione di un medico o di un altro professionista della cura sanitaria? C'entra nella misura in cui si riconosce nel paziente, proprio come nell'educando, una dipendenza "naturale", uno stadio di immaturità per cui è richiesta una azione che vada oltre ad un trattamento agito esclusivamente come "rimedio". Il paziente richiede, accanto a quella tecnica, *anche* una cura educativa, nel senso che la sua esperienza di malattia (la quale reca con sé non solo dolore fisico), per essere attraversata, necessita di una *mediazione*. Il contesto sanitario ed i suoi attori, infatti, dovrebbero potersi porre come *facilitatori* per la crescita del paziente, al di là e al di fuori della sua malattia, malattia con cui, e questo va ribadito a parole capitali, il paziente non può e non deve essere "riduzionisticamente" identificato.

*Trovare una soluzione personale a problemi complessi: dal corpo "oggetto" al corpo "vissuto"*

Un paziente andrebbe accompagnato ed aiutato a trovare una soluzione personale a problemi che per lui sono complessi: solo sui manuali, infatti, i problemi sono lineari e facilmente riconducibili a protocolli e procedure, ma nella vita reale, quella di un soggetto confuso e disorientato, essi rappresentano una grande complessità. La condizione dell'essere malati fa sentire le persone in balia della vita biologica e della sua finitudine, ma anche degli altri e, in particolare, di quegli altri - medici e curanti - sui quali si proiettano grandi speranze e aspettative.

Il concetto di cura su cui andiamo riflettendo, dunque, rimanda alla parola *terapia*, dal greco *teràpeia*, nella sua accezione olistica, ossia nel nobile intento di considerare la persona che si ha di fronte nella sua complessità, provando a mettersi in contatto con i diversi piani della sua esistenza. Si tratta della parola inglese "*care*" che si distingue dal più scientifico "*cure*" (la greca *iatreia*, che riporta invece, sin dalla sua accezione originaria, esclusivamente alla tecnica necessaria per curare le affezioni del corpo) (MORTARI 2015).

In relazione a ciò, diviene primario, dunque, il ruolo che all'interno

della relazione di cura assume il *corpo*; molto spesso e in diversi contesti (non solo, quindi, quello sanitario), il rischio è di identificare il soggetto malato con la sua malattia e, in particolare con il suo corpo malato; un corpo che diviene “oggetto” e con cui ci si rapporta come ad un manichino senz’anima, per lo più “sezionabile” e scomponibile in parti che non sono considerate nella loro relazione né nella loro profonda connessione con la soggettività (MANUZZI 2009).

Ancora una volta, però, la pedagogia ci può venire in aiuto, poiché da tempo impegnata, soprattutto nei confronti dell’infanzia, nella diffusione di un paradigma di pensiero e di azione che rifiuta i dualismi – tra mente e corpo, tra ragione e sentimento, tra natura e cultura – e che ricerca la connessione come momento di integrazione che più si avvicina - e quindi più la rispetta - alla natura umana (CONTINI-FABBRI-MANUZZI 2006). L’educazione, infatti, è “sensibile al corpo”, nel suo accostarsi ad esso (il proprio e quello dell’altro) come al più vulnerabile manifesto della soggettività: il corpo è *vissuto*, è espressione soggettiva di quello che siamo; noi non abbiamo un corpo, noi siamo il nostro corpo (GAMELLI 2005).

È evidente che questa prospettiva ha forti implicazioni anche sul piano della cura sanitaria: il soggetto malato è, lo ricordiamo, in una condizione di vulnerabilità in cui sente di perdere quel minimo di sovranità sul proprio esserci, sulla propria vita. Il rischio di sentirsi ridurre ad oggetto è dietro l’angolo e la prima dimensione a farne le spese è quella della sua corporeità. Il corpo del paziente, così come quello del bambino, è “intensamente sensibile”: “*avverte (molto facilmente) la leggerezza di un sorriso e la dolcezza di una carezza*” (MORTARI 2015, p. 35), ma allo stesso tempo è profondamente esposto al dolore di un gesto brusco o di un’offesa.

Il *rimedio*, se così vogliamo chiamarlo, non può essere, dunque, solo alla malattia, non può risiedere solo nel farmaco, nella tecnica chirurgica o nella manovra. Perché la malattia è uno stato più o meno transitorio, che non ha esclusivamente aspetti di oggettività, curabili pertanto solo in termini di misure e ponderazioni. Il rimedio, o meglio, la *cura* ha a che fare con quello che già Platone scriveva nel *Carmide*, quando, accanto al farmaco biologico, ribadiva la necessità anche di un farmaco fatto di *logos*: di discorso, un buon discorso. E il discorso è pensiero, è azione, è una buona cura.

*La cura: da “logos” a “pratica” di impegno e rispetto*

Per non rimanere su un piano puramente astratto e rischiare, così, di relegare il concetto di *cura* solamente a idea o sentimento, è bene ribadire in questa sede che con il concetto di cura educativa si interpella anche la *pratica*. Trattandosi, infatti, come abbiamo detto, di una *relazione* – che si snoda nello spazio tra chi si prende cura e chi riceve cura – la cura si fa, si concretizza nell’azione, nella relazione con gli altri. È dai gesti e dalle parole, infatti, che il soggetto sente di essere preso in cura, non solo quindi dalle cartelle cliniche e dai referti diagnostici.

La cura nella pratica si esplicita come una vera e propria forma di impegno, strettamente connessa con il fare. Riprendendo la favola raccontata da Heidegger in “Essere e Tempo” (1927), vediamo come la cura sia qui rappresentata da una persona che è impegnata ad impastare l’argilla: la cura fa, la cura si “sporca le mani”. Il verbo “fare”, infatti, nella sua origine greca, ha due etimologie: *praxo*, da cui hanno origine, appunto, la prassi e la pratica; ma anche il verbo *poiein*, dalla cui radice discende la parola poesia. “Il fare” della cura riguarda questa seconda accezione, è un fare poetico che cerca, con la tecnica dell’artigiano e l’umanità dell’artista, di “dare forma all’essere” che ha davanti.

Non si tratta di una cura *spontanea*, dunque, ma di una direzione consapevole, scelta ed esercitata come impegno etico-deontologico all’interno della propria professione, sia essa sanitaria o educativa. È una cura giocata, come abbiamo detto, sul piano di una relazione che non è esclusivamente simmetrica: questa disparità di livelli attribuisce al professionista il potere di orientare il percorso (terapeutico, di apprendimento, ecc.) e ciò significa che è connessa con un alto livello di responsabilità. Nella debolezza dell’altro, infatti, c’è un appello inconfutabile alla responsabilità e, quindi, ad una scelta eticamente orientata. La debolezza dell’altro, tuttavia, non può e non deve essere l’unico motore della relazione, pena la perdita di quello sguardo al futuro che la riflessione e l’azione pedagogiche sempre recano con sé. L’azione della cura, infatti, non può essere solo riparativa, ma si deve porre, come ideale regolativo, quella che già abbiamo definito come “promozione di possibilità”, siano esse nel breve o nel lungo periodo.

Aggiungiamo un’ultima riflessione sul concetto di *rispetto*, senza

il quale una filosofia della cura non può essere né pensata né agita. *Rispetto* che si esplica soprattutto attraverso le parole e i gesti, che in una cultura come la nostra, tendono ad essere veloci, scarsamente ponderati, superficiali e che, nel contesto medico, si scorgono ormai a fatica poiché sostituiti molto spesso dalle macchine e dalle immagini della sempre più potente tecnologia. Parole e gesti “logori” (CONTINI 2009), svuotati dei loro significati originari e per i quali sarebbe necessaria un’opera di ri-significazione e riabilitazione.

Chi lavora con i bambini racconta che il primo passo per rispettarli nella loro irripetibilità e specificità è chinarsi e portarsi alla loro altezza. Il chinarsi (o l’inclinarsi) ha origine etimologica nella verbo greco *klinein*, da cui deriva anche la parola “*clinica*”. Il clinico, dunque, è colui che si inchina, che si porta all’altezza dello sguardo dell’altro, per manifestargli il suo interesse ad ascoltarlo e, soprattutto, il rispetto per la sua identità. Colui che rispettosamente si inchina sceglie di “andare verso l’altro” con delicatezza e si offre come “oste” per accogliere l’altrui soggettività. Non riduce, dunque, l’altro, alle proprie attese, alle proprie convinzioni e alle proprie aspettative, bensì lo aspetta, lo attende, dandogli il tempo di uscire e di esprimere pensieri, preoccupazioni e sentimenti.

Il dolore, in questo inchino, è sì dell’altro, ma non resta *altro* (MORTARI, 2015). Il professionista della cura, infatti, si lascia interpellare dall’altro e dal suo dolore. Ciò non significa che lo debba far proprio, perché il rispetto è, in primo luogo, rispetto di sé, della propria intimità e della fatica legata ad una professione il cui carico emotivo è denso e pesante. Il professionista della cura sa come gestire le emozioni e i vissuti ed è consapevole del limite individuale oltre il quale è bene esitare a mettere piede. Ha lavorato per questo, ossia per costruire la “giusta distanza” (o “giusta vicinanza”) che gli permette di esercitare la propria professione senza soccombervi, ma nemmeno abdicando a quella componente empatica e compassionevole che lo porta a concedere, autenticamente, un sorriso ed una carezza in più.

Un atteggiamento empatico è un tentativo di “avvicinarsi”, di “*approssimarsi*” all’altro, pur mantenendo le proprie specificità individuali: «siamo troppo opachi a noi stessi per riuscire ad attraversare l’opacità degli altri, sappiamo troppo poco di come pensiamo e sentiamo per interpretare

e rendere nostri i pensieri e le emozioni degli altri» (CONTINI 2005, p. 35).

Giova a tal proposito riportare il famoso “dilemma dei porcospini” narrato da Shopenauer. Un gruppo di porcospini, in una fredda giornata d’inverno, si strinsero vicini, per proteggersi, col calore reciproco, per paura di rimanere assiderati. Ben presto, però, sentirono il dolore delle spine che li costrinse ad allontanarsi di nuovo l’uno dall’altro. Quando poi il bisogno di scaldarsi li portò di nuovo a stare insieme, si ripeté quel dolore. Tutto questo durò finché non ebbero trovato una moderata distanza reciproca, che rappresentava per loro la migliore posizione (SCHOPENHAUER 1851). La metafora dei porcospini ci aiuta a delineare il concetto di “giusta distanza” che, come dicevamo, è data dalla capacità di saper tracciare i “confini della cura”. Il confine, infatti, protegge e contiene ciò che appartiene alle singole soggettività, ma, al contempo, permette una connessione con l’altro, con la sua alterità. Attraverso l’esperienza, i porcospini trovano la “giusta distanza” e proprio nella distanza, che non equivale a separazione, è possibile il verificarsi di un incontro autenticamente empatico. E’ la capacità di abitare la distanza tra sé e l’altro che attiva e genera la possibilità dell’incontro.

La costruzione di questa capacità richiede alcune competenze; è importante, quindi, che la formazione dei professionisti della cura sia connotata anche dall’acquisizione degli strumenti che favoriscono la comunicazione empatica, ponendo al centro, fra le altre, la competenza meta-cognitiva, «che apre al decentramento dei propri schemi di riferimento e all’individuazione di stereotipi e rigidità cognitive», e la competenza comunicativa, «che fa emergere analfabetismi, nodi e blocchi emozionali» (CONTINI 2005, p.33).

È troppo chiedere di “prendersi cura”? Sì, se corrisponde ad una svalutazione della tecnica, ad una confusione dei ruoli, ad un carico di pesantezza troppo eccessivo da portare con sé e, quindi, di ostacolo alla lucidità necessaria per la professione. No, se si riconosce che nella pratica sanitaria risiede una componente educativa, la cui azione si svolge sul terreno, appunto, della cura, dello sguardo al futuro e della tensione alla costruzione del ben-essere dei suoi soggetti. Soggetti da guardare negli occhi, cui sorridere e porgere una carezza, soggetti che devono

essere riconosciuti come parte attiva della relazione. Soggetti di cui, per professione, si è chiamati inevitabilmente ad occuparsi: il cui modo di farlo, però, dovrebbe rispondere ad una scelta e ad un impegno etico ben precisi, ovvero orientati, sempre, nella direzione dell'accoglienza, dell'ascolto e, dunque, del *prendersi cura*.

### Bibliografia

ANNACONTINI 2012 - GIUSEPPE ANNACONTINI, *Dalla mano al pensiero. Nessi pedagogia e medicina*, Lecce, Pensa, 2012

CONTINI 2005 - MARIAGRAZIA CONTINI, *La difficile empatia*, in *Per una pedagogia del nido*, a cura di PAOLA MANUZZI e ALESSANDRA GIGLI, Milano, Guerini, 2005

CONTINI 2009 - MARIAGRAZIA CONTINI, *Elogio dello scarto e della resistenza. Pensieri ed emozioni di filosofia dell'educazione*, Bologna, Clueb, 2009

CONTINI 2014 - MARIAGRAZIA CONTINI [ET AL.], *Deontologia pedagogica. Riflessività e pratiche di resistenza*, Milano, Franco Angeli, 2014

CONTINI-FABBRI-MANUZZI 2006 - MARIAGRAZIA CONTINI, MAURIZIO FABBRI, PAOLA MANUZZI, *Non di solo cervello. Educare alle connessioni mente-corpo-significati-contesti*, Milano, Raffaello Cortina, 2006

CONTINI-MANINI 2007 - *La cura in educazione. Tra famiglie e servizi*, a cura di MARIAGRAZIA CONTINI e MILENA MANINI, Roma, Carocci, 2007

COSMACINI 2013 - GIORGIO COSMACINI, *La scomparsa del dottore. Storia e cronaca di un'estinzione*, Milano, Raffaello Cortina, 2013

COSMACINI 2016 - GIORGIO COSMACINI, *Medicina narrata*, Mergozzo, Diego Dejaco, 2016

DEMOZZI 2006 - SILVIA DEMOZZI, *Il dolore: limite o possibilità?*, «RPD Journal of Theories and Research in Education», Vol.1 2006, pp. 1-12

DEMOZZI 2009 - SILVIA DEMOZZI, *La cura ricevuta. Medical Humanities: formarsi alle professioni sanitarie ripensandosi "dall'altra parte"*, in *I corpi e la cura. Educare alla relazione corporea della relazione nelle*

*professioni educative e sanitarie*, a cura di PAOLA MANUZZI, prefazione di PATRIZIA DE MENNATO, Pisa, ETS, 2009

DEMOZZI 2010 - SILVIA DEMOZZI, *Quando l'infanzia incontra la malattia*, in *Molte infanzie molte famiglie*, a cura di MARIAGRAZIA CONTINI, Roma, Carocci, 2010

GALIMBERTI 2002 - UMBERTO GALIMBERTI, *Psiche e Techne. L'uomo nell'età della tecnica*, Milano, Feltrinelli, 2002

GAMELLI 2005 - IVANO GAMELLI, *Sensibili al corpo. I gesti della formazione e della cura*, Roma, Meltemi, 2005

HEIDEGGER 1927 - MARTIN HEIDEGGER, *Sein und Zeit*, Halle, Max Niemeyer, 1927

MANUZZI 2009 - *I corpi e la cura. Educare alla relazione corporea della relazione nelle professioni educative e sanitarie*, a cura di PAOLA MANUZZI, prefazione di PATRIZIA DE MENNATO, Pisa, ETS, 2009

MARANO 2010 - PASQUALE MARANO, *Ritorno al paziente? Una sfida per la formazione medica del nuovo millennio*, prefazione di ANDREA LENZI, presentazione di GUIDO GALLI, Milano, Franco Angeli, 2010

MOJA-VEGNI 2000 - EGIDIO A. MOJA, ELENA VEGNI, *La visita medica centrata sul paziente*, Milano, Raffaello Cortina, 2000

MORTARI 2015 - LUIGINA MORTARI, *Filosofia della cura*, Milano, Raffaello Cortina, 2015

SCHOPENHAUER 1851 - ARTHUR SCHOPENHAUER, *Parerga und Paralipomena*, Berlin, Druck und Verlag der Bibliographischen Anstalt, 1851

WINNICOTT 1986 - DONALD W. WINNICOTT, *Il bambino deprivato. Le origini della tendenza antisociale*, Milano, Raffaello Cortina, 1986

ZANNINI 2008 - LUCIA ZANNINI, *Medical humanities e medicina narrativa*, Milano, Raffaello Cortina, 2008

*Immagini, storia dell'arte e medical humanities:  
tra evidenze e narrazioni*

I grandi progressi compiuti dalla medicina nell'ultimo secolo hanno sortito un curioso effetto collaterale, che Edward Schorter, nel suo fortunato *La tormentata storia della relazione medico-paziente*, riassume così: oggi, nel momento esatto in cui il “Dottor Esculapio Rossi – Medico Chirurgo” (cito dall'edizione italiana) ha acquisito poteri che fino a pochi decenni fa sarebbero stati impensabili, il paziente non gli crede più. Ne ha ancora una stima curiosa, declinabile in reazioni che spaziano dal timore all'irritazione, ma non si accontenta di una cieca acquiescenza al suo sapere e chiede di essere sempre più riconosciuto come soggetto attivo.<sup>1</sup> D'altra parte, oggi al medico viene chiesto di avere una “umanità” più profonda, una capacità di relazione più intensa con gli uomini e le cose, da conquistare, o riconquistare, poco alla volta, attraverso un semplice esame di realtà o una vera e propria critica della ragion medica.<sup>2</sup>

Le medical humanities hanno a cuore la costruzione di questo tipo di relazione. Nelle pagine che seguono cercherò di far dialogare alcune parole chiave utilizzate dalle medical humanities con alcune immagini, mettendo in luce potenzialità e limiti degli approcci più diffusi che, in quest'ambito, si servono delle immagini e delle arti visive.

Una delle parole più spesso adoperate dalle medical humanities è *empatia*. I medici, si dice, sono sempre meno empatici nei confronti dei pazienti. La storia dell'arte può essere utile per affrontare il problema? Certamente sì, visto che ci offre molte rappresentazioni del rapporto

---

1 EDWARD SHORTER, *La tormentata storia del rapporto medico paziente*, trad. it. Milano, Feltrinelli, 1986, p. 17.

2 GEORGES CANGUILHEM, *È possibile una pedagogia della guarigione?* (1978), trad. it. in Id., *Scritti sulla medicina*, Einaudi, Torino 2007, p. 52.

medico-paziente, a partire dalle quali è possibile dibattere sulla questione.

Quanto alla scarsa empatia, le opere che potremmo prendere in esame non appartengono necessariamente a epoche recenti. Penso qui a un'immagine estremamente eloquente: un dipinto realizzato tra il 1770 e il 1775 dall'americano Winthrop Chandler, oggi conservato presso la Historical Society di Marietta, in Ohio, che ritrae il dottor Gleason, un medico dall'aria altezzosa, che indossa una marsina rossa ed eleganti stivali da cavaliere, e siede accanto a una tenda verde-azzurra. Dalla tenda semichiusa sbucca un pallido polso, che il medico afferra con due dita, mentre sul suo volto si imprime un'espressione a mezza via tra la noia e il fastidio. Di quel paziente del XVIII secolo non c'è niente di più: soltanto un polso.

D'altro canto, la storia dell'arte ci offre anche dei veri e propri elogi visivi all'umanità del medico: penso a *Scienza e carità* di Picasso (1897, Barcellona, Museu Picasso), alla serie *Country doctor* di Eugene Smith (pubblicata su *Life* nel 1948) o al popolarissimo *The Doctor* di Luke Fildes (1891, Londra, Tate Britain). Vorrei soffermarmi un poco su quest'opera, considerata la rappresentazione ideale del medico empatico e, in questa chiave, spesso analizzata nei programmi di medical humanities. Ci troviamo all'interno di una modesta casa di campagna, dove un medico condotto assiste preoccupato all'evoluzione della malattia di un bambino, che è steso su un cuscino sorretto da due sedie spaiate. La madre è piegata dal dolore, mentre il padre le tiene una mano sulla spalla e fissa il medico con sguardo inquieto. Su un tavolo, accanto al medico, c'è una tazza con un cucchiaino, mentre su panchetto vicino al piccolo paziente vi sono una brocca, una bacinella e un panno che, forse, è servito per far impacchi di acqua fredda sulla fronte del malato.

Fildes, il pittore, aveva clienti assai facoltosi, tra i quali alcuni membri della famiglia reale. Realizzò il quadro su commissione di Henry Tate, collezionista e mercante di zucchero, per il compenso di ben 3.000 sterline, e fu proprio Tate che, sei anni più tardi, donò quest'opera alla nazione. Da allora, *The Doctor* si trova alla Tate Gallery. Quanto all'ispirazione per il dipinto, esistono diverse storie possibili: dalla morte del figlio maggiore di Fildes, avvenuta nel 1877, per il quale si era prodigato un certo dottor Murray, a quella che ipotizza una commissione della stessa Regina Vittoria,

desiderosa di onorare il servizio del suo medico, Sir James Clark, che avrebbe prestato soccorso al figlio di un servitore della residenza reale di Balmoral.<sup>3</sup>

Sta di fatto che la fortuna di questo dipinto iniziò prestissimo. L'anno successivo alla sua prima esposizione pubblica, sul *British Medical Journal*, apparve questo encomio:

Potremmo mai essere abbastanza grati a Mr. Fildes per aver mostrato al mondo il tipico medico così come ci piacerebbe fosse rappresentato – un uomo onesto, un gentiluomo che fa del suo meglio per alleviare la sofferenza? Interi scaffali di libri scritti in nostro onore non potrebbero uguagliare ciò che questa immagine ha fatto, e continuerà a fare, per la professione medica, accendendo i cuori dei nostri simili di tanta fiducia e tanto affetto nei nostri confronti.<sup>4</sup>

Negli stessi anni – che erano anni di grandi cambiamenti, di grandi scoperte e invenzioni, ognuna con le proprie appendici di pericolosità – il quadro venne menzionato in un articolo che biasimava la nascente consuetudine dei medici di far diagnosi per telefono. “Osserviamo il dipinto di Fildes”, si legge; “forse non c'è più nulla che il medico possa fare per salvare questo bambino, ma ugualmente resta lì a vegliarlo”. Poi si aggiunge: “Ora immaginiamo una scena diversa, in cui la sedia del medico resta vuota e i due genitori, sconvolti, stringono in mano la cornetta del telefono”.<sup>5</sup>

Telefono o meno, a partire dall'ultimo decennio dell'Ottocento, e per tutto il Novecento, le riproduzioni di questo dipinto figurarono sulle pareti delle sale d'attesa di molti ospedali e studi medici. Ce lo ricorda tra gli altri anche Ernst Gombrich in un articolo che oggi fa parte delle

---

3 JANE MOORE, *What Sir Luke Fildes' 1887 painting The Doctor can teach us about the practice of medicine today*, «British Journal of Medical Practice», marzo 2008, vol. 58, p. 210. Cfr. YECHIEL MICHAEL BARILAN, *The Doctor by Luke Fildes. An icon in context*, «Medical Humanities», giugno 2008, vol. 28, n. 2, pp. 59-80.

4 WILLIAM MITCHELL BANKS, *Doctors in literature*, «British Medical Journal», 1892, vol. 8, pp. 787-788 [trad. nostra].

5 J. MOORE, *What Sir Luke Fildes' 1887 painting The Doctor*, cit., p. 211 [trad. nostra].

sue *Riflessioni sulla storia dell'arte*, e il cui titolo originale è, appunto, *Calling for The Doctor*.<sup>6</sup> In anni recenti, infine, la sua immagine è stata scelta come commento visivo per la voce *Physician* di Wikipedia. Non c'è nulla di sorprendente, dunque, nel fatto che venga così spesso utilizzata nei programmi di medical humanities: è l'icona di ciò che dovrebbe essere una medicina *patient-centered*, il ritratto di un medico empatico con cui potrebbe aver empatizzato persino il pittore.

Tuttavia, uno storico dell'arte potrebbe informare del fatto che Fildes, pur essendo un fervente sostenitore del realismo, non eseguì il dipinto dal vero, cioè in un'umile casa di campagna dalle finestre piccole, in presenza di miseri oggetti, di sedie spaiate e di persone in preda all'afflizione e al dolore, con cui magari empatizzare. Lo realizzò nel suo studio londinese, dove aveva fatto ricostruire un interno rurale e fatto posare alcuni modelli professionisti (quello che interpreta il medico, tra l'altro, gli somiglia parecchio...). *The Doctor* è dunque una finzione, una costruzione dal sapore dickensiano? Certo, ma ciò non dovrebbe sottrarre nulla alla sua icasticità, alla sua efficacia nell'evocare sentimenti empatici.

Mi è capitato spesso di mostrare questo dipinto agli studenti di arti visive. Bene, è molto raro che essi lo leggano in chiave *patient-centered*. A questi "esperti di immagine", che hanno il pallino per la composizione e le sue ricadute sul piano del significato, non sfugge un elemento: il fatto che al centro della scena ci sia il medico, che è l'unico ad essere illuminato, concretamente e, quindi, metaforicamente. A dire il vero, la lampada posata sul tavolo, con il suo paralume di sghimbescio, getta tutta la luce che può anche sul piccolo malato, sul suo viso, sul suo braccino ciondoloni, sui panni che lo coprono e sul cuscino che gli sorregge il capo. Solo che, fanno notare questi "esperti", il piccolo paziente è, appunto, troppo piccolo per poter avere con quell'uomo barbuto e pensieroso una relazione simmetrica e paritaria. Quanto agli adulti, cioè la madre e il padre del bambino, Fildes li ha infossati nella penombra – una penombra che, in alcune delle

---

6 ERNST HANS JOSEF GOMBRICH, *Aneddoti dipinti* [*Calling for "The Doctor"*, "New York Review of Books", 13 luglio 1967], in Id., *Riflessioni sulla storia dell'arte*, Torino, Einaudi, 1991, p. 204.

diffusissime riproduzioni del dipinto, si trasforma in una voragine di oscurità dalla quale i due non riescono a emergere. Se l'osservatore aguzza la vista, e permette loro di manifestarsi, vedrà una madre disperata che non può far altro che piangere e pregare, e un padre sgomento che squadra il medico nell'illusione di cogliere sul suo volto un segno che gli permetta di confidare in una soluzione positiva.

Non è detto, insomma, che la presenza della cornetta del telefono sia un elemento determinante per valutare il livello di comunicazione tra i partecipanti alla scena. Qui, dicono quasi tutti i nostri studenti di storia dell'arte, la figura centrale è quella del dottore che, posata la sua tuba sul tavolo, esamina il paziente conservando tutta la sua pacata autorevolezza (anzi: pare essersi messo in posa come, di lì a poco, farà il *Penseur* di Rodin). Nulla di grave, chiosano: erano i tempi in cui non c'erano ancora gli antibiotici e il medico non poteva fare di più! Ma non è affatto sorprendente che questo dipinto si intitoli *The Doctor*.

Altre volte le medical humanities prendono in esame opere in cui del medico non c'è alcuna traccia e fanno giocare alle figure dipinte il ruolo di pazienti. Detto altrimenti, capita spesso che facciano qualcosa di simile alla *iconodiagnostica*, un termine coniato negli anni ottanta del Novecento dalla psichiatra di Harvard Anneliese Pontius che definisce le pratiche utilizzate per ricavare notizie su una malattia attraverso immagini della storia dell'arte, che, in questo modo, assumono valenze patognomoniche.<sup>7</sup> Ora, perché a un'immagine dipinta o scolpita possa esser accordato il credito di possedere qualità patognomoniche, occorre, come minimo, che le si attribuisca lo status di rappresentazione realistica, nozione per nulla ovvia per chi proviene dall'ambito della storia dell'arte.

Un piccolo aneddoto. Diversi anni fa ebbi il piacere di accompagnare un endocrinologo in visita a Palazzo Poggi, un luogo che tutti gli storici dell'arte conoscono o, meglio, uno di quelli dalla cui conoscenza di massima dipende il buon esito di un esame di storia dell'arte moderna nella

---

7 ANNELIESE A. PONTIUS, *Icono-diagnosis*, «Perspectives in Biology and Medicine», n. 27, 1983, pp. 107-120.

nostra università. Ebbene, questo medico di provata esperienza e di grande simpatia si ostinava a dire che la figura femminile ritratta in sovracamino che rappresenta un'*Allegoria della pace* aveva "il gozzo". E mica un gozzo qualsiasi: uno struma tiroideo del tutto assimilabile a quelli da carenza di iodio! Nonostante non avesse potuto domandare nulla a quella donna dipinta, se avesse altri sintomi, se si sentisse affaticata o più irritabile del solito, era certo, o meglio fingeva di esserlo per alimentare le sue gustose congetture, che per la sua realizzazione avesse posato una modella la cui tiroide non funzionava per niente bene.

L'aneddoto non testimonia affatto l'ingenuità di questo colto signore. Prova soltanto che, soprattutto quando si ha a che fare con le immagini, è normale avere una diversità di vedute. Se agli occhi di uno storico dell'arte la figura rappresentava, per così dire, le *prove di efficacia* di una metafora, per l'endocrinologo non era così: abituato ad avere a che fare con persone e con gozzi, vi vedeva, appunto, una persona con il gozzo.

Abbiamo tutti i nostri piccoli tic professionali, che, in ultima analisi, possiamo anche interpretare come estremizzazioni delle nostre competenze disciplinari. Per di più, dinanzi a oggetti estetici che rappresentano corpi, l'attitudine a considerare le figure ritratte come individui in carne e ossa non è né incomprendibile, né insolita. Perché, come diceva Dufrenne, l'oggetto estetico è sempre un "quasi soggetto".<sup>8</sup> Tuttavia, i rischi della sovrainterpretazione sono sempre in agguato. Mirko D. Grmek e Danielle Gourevitch, nel loro libro dedicato alle malattie nell'arte antica, affrontano apertamente la questione, riportando diversi casi di sovrainterpretazione iconodiagnostica. Per esempio quello di un medico tedesco che rimase colpito da un bacchino della collezione ungherese Fejervary a cui, inesplicabilmente, mancava il braccio sinistro; non solo: all'altezza dell'articolazione della spalla mancava pure lo spazio necessario per l'inserzione dell'osso. Cos'era successo a questo Bacco, si chiese? Aveva forse subito una mutilazione? D'altra parte il dettaglio morfologico della spalla faceva pensare agli esiti di un intervento chirurgico eseguito "con

---

8 MIKEL DUFRENNE, *Phénoménologie de l'expérience esthétique* (1953), t. II, Paris, PUF, 1992, p. 281.

raro successo”, dove i lembi della pelle erano stati riuniti “*per primam intentionem*”.<sup>9</sup> Le sue elucubrazioni durarono per un po’, dopodiché intervenne un archeologo che rimproverò aspramente il dottore: non si era domandato se, per caso, non si trattasse soltanto di una statuína composta di due pezzi di cui uno era andato perduto?<sup>10</sup>

Gli esempi di questo tipo di sovrainterpretazione potrebbero essere numerosi. Ne riporto solo alcuni, piuttosto recenti e relativi a opere assai note. Un celebre neurologo britannico si è domandato quale relazione vi fosse, dal punto di vista neurofisiologico, tra l'emiparesi e l'afasia dello *Storpio* di Ribera oggi al Louvre, afasia che sarebbe testimoniata dal fatto che il ragazzino stringe in mano un foglietto con su scritto “Fatemi l'elemosina, per l'amor di Dio”.<sup>11</sup> Altri medici si sono interrogati sulla salute degli arti inferiori della moglie di Rubens<sup>12</sup> o sulle condizioni psicofisiche della presunta Santa Monica del *Giudizio* della Sistina, che mostra una evidente protrusione del bulbo oculare (aveva forse pianto troppo a lungo per la condotta dissoluta del figlio Agostino o soffriva di ipertiroidismo associato a esoftalmo, sindrome descritta da Graves e Basedow molto tempo più tardi?).<sup>13</sup> Altri ancora si sono preoccupati per la mano destra della *Dama con l'ermellino*, che è piuttosto sovradimensionata e presenta una deformazione della seconda articolazione dell'indice,<sup>14</sup> o hanno diagnosticato un versamento pleurico a un *Cristo* di El Greco (Prado) e una rizartriosi alla base del pollice destro della *Friggitrice di uova*

---

9 MIRKO D. GRMEK E DANIELLE GOUREVITCH, *Le malattie nell'arte antica*, Firenze, Giunti, 2000, p. 306.

10 *Ibidem*.

11 FRANK CLIFFORD ROSE, *The neurology of art*, in *Neurology of the Arts*, editor FRANK CLIFFORD ROSE, London, Imperial College Press, 2004, pp. 43-76.

12 PHILIPPE ABASTADO E D. CHEMLA, *A portrait of a female body*, «Medical Humanities», vol. 34, n. 2, 2008, p. 85.

13 PAOLO POZZILLI, *Endocrinologia e arte*, in *L'arte nella medicina, la medicina nell'arte*, a cura di GIAN CARLO MANCINI, Roma, Azimut, 2008, p. 130.

14 *Sciences & arts. représentations du corps et matériaux de l'art*, sous la direction d'ÉVELYNE BARBIN et du DOMINIQUE LE NEN, Paris, Vuibert, 2009, p. 3.

di Velázquez (Edimburgo, National Gallery of Scotland).<sup>15</sup> Oppure si sono arrabbiati per alcune gravi incongruenze rappresentative, prima tra tutte il fatto che la maggior parte degli artisti ha rappresentato Adamo con un inammissibile ombelico: solo Hieronymus Bosch ha saputo fare astrazione e, nel pannello di sinistra del *Giardino delle delizie*, ha osato raffigurare entrambi i nostri progenitori con l'addome completamente liscio.<sup>16</sup>

Ora, questi medici sanno perfettamente che l'arte non è pura rappresentazione della natura, né è soltanto *evidenza*. Sanno anche che è assai poco probabile che, dall'ambito della storia dell'arte, giunga un avallo a queste loro letture e che, al cospetto di tutte queste diagnosi, gli storici dell'arte possono essere colti da involontarie reazioni di sgomento, con contrazioni muscolari ed effetti sull'umore... Eppure questi approcci, pur rappresentando spesso per i loro autori solo una sorta di *divertissement*, non sono privi di una loro utilità, visto che, ai tempi di medicina protocollare e ipertecnologica, azzardare una diagnosi a partire dalla sola osservazione di un dipinto può costituire per un medico una sfida e un esercizio di tutto rispetto. Gli storici dell'arte non dovrebbero dunque essere troppo severi con questi medici che interpretano le opere a modo proprio: non solo perché medici e pittori condividono lo stesso patrono (San Luca), ma perché essi stessi dovrebbero saper bene che la sovrainterpretazione rappresenta un rischio per qualsiasi esegeta, il quale, inoltrandosi lungo le vie impervie e potenzialmente infinite dell'interpretazione di un oggetto estetico, talvolta può perdere perfino la propria reputazione di studioso. Insomma, non c'è niente di male nel permettere a questi medici di vestire i panni di tanti Sherlock Holmes a cui qualche genietto maligno ha rubato la lente d'ingrandimento. Soprattutto se questo può servire a riconnettere, in una qualche forma, universi e discipline che, nel tempo, sono diventati sempre più estranei gli uni agli altri. Tuttavia, fa capolino una questione: siamo certi che le due parti, medicina e *humanities*, abbiano davvero voglia di dialogare tra loro se questo significa mettere in discussione il proprio acquisito arsenale di nozioni?

---

15 ALEJANDRO ARIS, *Art et médecine*, trad. fr., Paris, Mengès, 2002, pp. 42 e 161.

16 Ivi, p. 11.

Un esempio di dialogo possibile – o almeno della presa d'atto di un problema essenziale sul quale, magari, ipotizzare un dialogo. Nei primi anni novanta del secolo scorso, tre radiologi svizzeri, Yves Ligier, Dominique Didier e, in testa, Osman Ratib, hanno inventato la *pataradiologia* e hanno cominciato a presentarla in alcuni congressi. È una “scienza dell'immaginario visivo” che attribuisce simbolicamente e graficamente alle forme di una determinata immagine medica le proprietà di oggetti virtuali. I suoi esiti contemplano, ad esempio, la fantasiosa presenza di piccole lucertole in una angiografia epatica o di un naso da clown in una TAC cerebrale – elementi che, appunto, entrano a far parte a tutti gli effetti dell'immagine. La pataradiologia affronta così un argomento fondamentale per la cultura visiva: ci ricorda che le conoscenze acquisite dagli osservatori orientano prepotentemente non solo l'interpretazione di una immagine ma anche la sua visione *tout court* e abbozza un metodo, pur elementare, per far convivere diverse letture, che traduce graficamente e, appunto, simbolicamente.<sup>17</sup>

Non è una consapevolezza da poco, visto che, secondo parte delle medical humanities, le immagini della diagnostica sarebbero responsabili del deterioramento del rapporto medico-paziente. Esse, infatti, si sarebbero sempre più insinuate tra i due attori della relazione, esonerando il medico dalle pratiche e dai gesti di prossimità, dal contatto, dalla palpazione, perfino dall'auscultazione, e facendo giocare al paziente il ruolo di narratore dalla dubbia affidabilità. In altri termini: con l'esito di una TAC o di una PET tra le mani, che bisogno avrebbe un medico di ascoltare per ore il racconto di un paziente su un'aura o su una fotofobia per diagnosticargli un'emicrania?<sup>18</sup>

Pensiamo invece a una situazione estrema, e francamente paradossale, in cui un medico e un paziente decidano di leggere assieme un'immagine diagnostica. Non parlo di una lettura “guidata”, in cui il medico narra al paziente ciò che ha potuto leggere nell'immagine. Parlo di due letture

---

17 OSMAN RATIB, *Le corps et son image*, Lausanne, Favre, 2010, p. 87.

18 Tra i diversi contributi possibili, si vedano quelli di Rita Charon, pioniera della Narrative Based Medicine. Cfr. RITA CHARON, *Narrative medicine*, Oxford, Oxford University Press, 2006.

parallele e autonome, cui attribuire pari autorevolezza, nell'ipotesi che diano origine, appunto, all'auspicata *negoziiazione del significato*. In una situazione di questo genere, ovviamente, si scontrerebbero due interpretazioni: per il paziente l'immagine funzionerebbe come una sorta di test di Rorschach, in cui forme sempre meno iconiche si presterebbero alle letture più fantasiose; il medico, invece, a partire da quell'immagine, effettuerebbe una lettura ancorata ai principi della semeiotica. Anche se più iconologi esperti, cioè più medici, potrebbero discutere sul significato dell'immagine, la lettura autonoma compiuta dal paziente verrebbe comunque sempre considerata alla stregua di quei dati che, emersi dall'immagine, sono ritenuti ininfluenti o privi di significato clinico.

La posizione di parte delle medical humanities al riguardo è molto chiara: la prepotente intromissione dell'immagine diagnostica ostacola l'instaurarsi di una relazione *patient-centered*, perché l'immagine esclude il paziente, e non gli appartiene affatto. Ma le cose non sono così semplici. Lo dimostrano, tra gli altri, gli studi di Christine Durif-Bruckert, psicologa sociale dell'università di Lione, che, qualche anno fa, ha invitato centinaia di persone di diversa cultura e diversa estrazione sociale a narrarle come si figurassero l'anatomia e la fisiologia, quali ruoli assegnassero agli organi, nonché quale funzione attribuissero all'imaging biomedico. Su quest'ultimo punto la posizione degli intervistati è piuttosto omogenea: le immagini della diagnostica non sbagliano, forniscono verità e verdetti infallibili, e dunque fanno anche un po' paura ("il peggiore è lo scanner", dice uno di loro: "con lo scanner possiamo sapere quando moriremo").<sup>19</sup>

Si direbbe, insomma, che nei pazienti agisca una sorta di riduzionismo spontaneo che suffraga, più o meno inconsciamente, la relazione tra immagine e verità. Per il medico, invece, l'immagine ha una funzione meno assoluta e su di essa va operata un'interpretazione. È qui che si inserisce il tema della natura e della retorica delle immagini (e non solo scientifiche): è impossibile pensarle come qualcosa che rappresenta la natura così com'è, e noi le osserviamo e le descriviamo a seconda del contesto in cui siamo

---

19 CHRISTINE DURIF-BRUCKERT, *Une Fabuleuse machine*, Paris, L'œil neuf, 2008, *passim*, in part. p. 18.

immersi, dell'orizzonte teorico e di competenze entro cui ci muoviamo (da cui, tra l'altro, le accuse rivolte ai cultori dei criteri oggettivi di verità anche in ambito sanitario).

Uno storico dell'arte, inevitabilmente, pensa ancora una volta a Gombrich, il quale, oltre a sottolineare l'utilità di tener sempre a mente che cosa si nasconda dietro a una certa interpretazione,<sup>20</sup> ricordava anche che quando siamo consapevoli del processo di classificazione diciamo che "interpretiamo" e quando non lo siamo diciamo che "vediamo".<sup>21</sup> Perciò pochi pazienti accettano che un medico dica "dall'immagine..." – ovvero, per il paziente: "nonostante l'immagine..." – "io non vedo niente". Uno spettatore in salute è in grado di riconoscere che leggere un'immagine diagnostica non è affatto un'operazione semplice, ma per un malato la situazione è diversa: per lui, l'imaging si inserisce in un orizzonte d'attesa quanto mai urgente, e la riumanizzazione del medico, e della lettura che questi compie o ha compiuto sull'immagine, può iniziare solo al termine di un processo in cui la catastrofe della malattia evolve in senso positivo.

Ma c'è dell'altro. Perché l'imaging, ovviamente, agisce anche sull'immaginario del paziente, attraverso sollecitazioni di vario genere. Penso, per esempio, alla consuetudine di inserire immagini diagnostiche per veicolare elementi narrativi nel cinema e nella televisione: penso all'ecografia (generica), che ci viene mostrata per informarci che la protagonista è in dolce attesa; oppure alla linea piatta (altrettanto generica) che compare sul monitor cardiaco e, se accompagnata dal lungo *beep*, indica la morte del personaggio di una storia di cui fino a quel momento abbiamo seguito le vicende con partecipazione. Il tutto si compie in maniera perfettamente coerente con le aspettative di uno spettatore sensibile al dettaglio, che sa riconoscere il corpo dell'eroe, e il suo destino, anche nella separazione

---

20 E. H. J. GOMBRICH, *Riflessioni sulla storia dell'arte*, cit., p. 111.

21 ERNST HANS JOSEF GOMBRICH, *Arte e illusione*, Torino, Einaudi, 1965, p. 129 e Id., *A cavallo di un manico di scopa*, Torino, Einaudi, 1971, p. 16. Cfr. KARL POPPER, *Scienza e filosofia*, Torino, Einaudi, 1969, pp. 121-158. Cfr. MARTIN KEMP, *Immagine e verità*, Milano, Il Saggiatore, 1999, pp. 14-15; RÉGIS DEBRAY, *Vita e morte dell'immagine*, Milano, Il Castoro, 1999, p. 44.

differenziale, per dirla in termini fenomenologici, tra il *Leib* e il *Körper*. I prodotti visivi delle strumentazioni diagnostiche, una volta drammatizzati, diventano così elementi meta-psicologici che producono specifiche cognizioni ed emozioni nello spettatore, il quale, ormai, aspetta il loro intervento per poter fare chiarezza nella narrazione (“ma X è davvero incinta...?”; oppure: “speriamo che Y non muoia... speriamo che muoia Z!”).

È in questo modo che lo spettatore-paziente (ogni spettatore, ahinoi, è un virtuale paziente) si avvicina alle immagini della diagnostica. Lo fa alla propria maniera, senza poter penetrare nelle loro regole o nei loro significati semeiotici, ma le integra ugualmente nel proprio immaginario. Perciò oggi il *Leib* non è più soltanto quello del silenzio degli organi, o della misteriosa e “umidiccia intimità” di cui parlava Sartre,<sup>22</sup> ma è a sua volta abitato da un’idea di *Körper*. Insomma, il nostro immaginario di pazienti – cioè, tra l’altro, quello in base alla cui aderenza di un’esperienza concreta misuriamo e dichiariamo il nostro grado di soddisfazione di una prestazione medica – include diverse forme di oggettività e soggettività. Perciò, se siamo malati e andiamo dal medico, la visita “fatta a mano, come una volta”<sup>23</sup> non ci basta più, accettiamo a fatica che questi, dopo averci osservati, palpato o auscultati, non ci prescriva neppure un esame diagnostico, e reclamiamo: “Ma come, dottore? Non mi fa fare neanche una lastra...?”.

L’imaging biomedico è ormai parte integrante del rituale medico dei nostri giorni. Eppure le medical humanities continuano spesso a presentare l’immagine diagnostica come nemica e preferiscono rivolgersi a immagini altre, a immagini non mediche, inserendole in programmi sull’arte che, spesso, vengono percepiti dagli studenti come piacevoli intermezzi di scarsa rilevanza.<sup>24</sup>

---

22 JEAN-PAUL SARTRE, *Un’idea fondamentale della fenomenologia di Husserl*, in ID., *Che cos’è la letteratura*, Milano, Il Saggiatore, 1963, p. 280.

23 ALFREDO ZUPPIROLI, *Le trame della cura*, Firenze, Emmebi, 2013, p. 31. Sulla retorica del “fatto a mano”, si veda GIANFRANCO MARRONE, *Addio alla natura*, Torino, Einaudi, 2011, in part. pp. 57-88.

24 Molti contributi scientifici sono assai espliciti al riguardo. Si veda, per esempio,

Parlare di medical humanities e immagini oggi, a mio avviso, significa superare questa impasse, e iniziare a ripensare il ruolo di quelle immagini con cui i medici hanno a che fare. Pensiamoci: a quale modello di relazione *patient-centered* si rivolgono quelle medical humanities che faticano a riconoscere che, oltre ai medici, negli ultimi decenni sono cambiati anche i pazienti, i quali attribuiscono un ruolo centrale alle immagini diagnostiche e, non di rado, le esigono? Non è un caso che, negli ultimi anni, la letteratura internazionale abbia sottolineato con sempre maggiore chiarezza come molte delle innovazioni auspiccate dalle medical humanities non abbiano portato ad altrettanti auspicati cambiamenti.

Credo dunque che occorra mutare un poco la strategia, trovare altre mediazioni tra esigenze e risorse, evitando in ogni modo di corroborare la vecchia idea delle “due culture”: da un lato la scienza come il prodotto di una comunità insensibile e ottimistica, dall'altro l'arte e le scienze umane come rispettose della problematicità e della complessità del mondo, nonché detentrici di un sapere moralmente superiore. Nessuno, infatti, può mettere in discussione l'importanza della cultura umanistica. È una regola che vale per tutti, non solo per i medici: vale anche per gli avvocati, per gli ingegneri, per gli agronomi, e vale pure per gli umanisti...! Ma se la cultura umanistica viene presentata agli studenti di medicina con il velato sottinteso che buona parte del sapere e della pratica medica (cioè: quello per cui si stanno impegnando, quello che hanno scelto di fare nella loro vita) sarebbe al contrario un po' disumanizzante, i benefici di queste azioni non sono affatto certi.<sup>25</sup>

C'è una norma generale che, a mio avviso, va sempre tenuta presente quando si opera in campi spiccatamente interdisciplinari – o, più

---

DELESE WEAR, *The medical humanities at the Northeastern Ohio University College of Medicine*, «Academic Medicine», vol. 78, n. 10, ottobre 2003, p. 998; LARS R. DITTRICH, *Preface*, «Academic Medicine», vol. 78, n. 10, ottobre 2003, p. 952; CAROLINE WACHTLER, SUSANNE LUNDIN e MARGARETA TROEIN, *Humanities for medical students?*, «BMC. Medical Education», vol. 6, n. 16, marzo 2006, p. 8; ALLAN PETERKIN, *Medical humanities for what ails us*, «Canadian Medical Association Journal», vol. 178, n. 5, 26 febbraio 2008, p. 648.

25 GILBERTO CORBELLINI, *Ambiguità delle medical humanities*, «L'arco di Giano», n. 36, 2003, pp. 64-65 e Id., *Storia e teorie della salute e della malattia*, Roma, Carocci, 2014, p. 17.

modestamente, multidisciplinari – ed è quella di evitare di pensare che sia la diluizione dei paradigmi di una disciplina a condurre al successo di quelli dell'altra, o delle altre. Molti anni fa, Roland Barthes precisava che l'interdisciplinarietà “non consiste nel mettere a confronto discipline già costituite (nessuna delle quali è pronta ad arrendersi)”. Per fare qualcosa di interdisciplinare, scriveva, “non è sufficiente scegliere un tema e fargli girare attorno due o tre scienze insieme”: è necessario, invece, “creare un nuovo oggetto che non appartenga a nessuno.<sup>26</sup> Ora, se Barthes aveva ragione, e credo sia così, nelle medical humanities non dovremmo cercare qualcosa di intermedio tra la “oggettività” della scienza e la “soggettività” delle scienze umane, ma, appunto, trovare un oggetto che non appartenga (ancora) a nessuno – il che, ovviamente, è assai più arduo.

Nel caso specifico, potremmo iniziare riconoscendo che il profondo mutamento nel rapporto tra medico e paziente ha fatto sì che, che al tradizionale atto terapeutico, quello della “visita fatta a mano”, sia subentrato qualcosa di diverso, ma che questo qualcosa di diverso è a tutti gli effetti un rituale terapeutico: quello di una medicina che, con i suoi macchinari e le sue rappresentazioni di corpi o di cellule, ha cambiato “l'arredo della nostra esistenza quotidiana” di pazienti.<sup>27</sup> Quanto alle immagini, dovremmo forse inventarci un'iconologia specifica, “strabica”, capace di tener presente nello stesso tempo le ragioni, gli intenti e i metodi dell'arte, e le ragioni, gli intenti e i metodi della medicina, integrando l'idea di sguardo medico, per così dire, foucaultiano (in senso molto generico, così generico che, immagino, avrebbe infastidito lo stesso Foucault) con nozioni provenienti da una più ampia e aggiornata visual culture. In mancanza di questo aggiornamento, infatti, si rischia di restare ciechi all'immaginario dei pazienti, cioè alla stessa dimensione della *illness*, che tanto sta a cuore alle medical humanities.

---

26 ROLAND BARTHES, *Giovani ricercatori* (1972), in Id., *Il brusio della lingua*, Torino, Einaudi, 1988, p. 157.

27 PIER LUIGI GASPA e GIULIO GIORELLO, *La scienza tra le nuvole*, Milano, Raffaello Cortina, 2007, p. 3.

Insomma, non è solo la medicina ma sono anche le scienze umane coinvolte che dovrebbero essere disposte a rimettersi in gioco. Solo così potremmo evitare di cadere negli automatismi, che sono una delle tante facce del riduzionismo, e ipotizzare una relazione fertile tra tipi e forme di conoscenze diverse, al di là dei generici appelli a una maggiore umanità del medico.



*L'esperienza del Café Philosophique*

Il termine “caffè” deriva dall’ arabo “qahwa”, diventato “akhweh” in turco, poi “qahve” e finalmente “caffè”. “Qahwa”, usato anche per definire “il vino”, ha un curioso significato: vuol dire, letteralmente, “lo stimolante”, o meglio “ciò che solleva in alto”. Nella nostra più comune esperienza quotidiana, il caffè, lo sappiamo bene, ha la capacità di svegliare la mente, di renderla più acuta, più pronta e più critica, e di dare al nostro pensiero lucidità, forza e chiarezza. Il caffè è, forse, il principale produttore di immagine per un bar, ne connota lo stile, ne sottolinea la classe: ricordiamo che in Italia, ad esempio, il bar un tempo, era a tal punto identificato con la profumata tazzina da essere chiamato semplicemente il “Caffè”. E’ al bar/caffè che la nostra bevanda rivela il suo valore di “socialità”, come se fosse suo compito portare vivezza, brillantezza, garbo nei rapporti sociali. Bere insieme un buon caffè è condividere un piacere, ritrovarsi in sintonia, coltivare l’amicizia: è un rito, di cui oggi il bar è il tempio, dove il caffè può mostrare le sue magie. Il termine bar deriva da una contrazione del termine inglese “barrier”, cioè sbarra. Infatti, all’epoca della prima colonizzazione dell’America del Sud, l’angolo riservato alla vendita degli alcolici, nelle osterie o nelle bettole, era per l’appunto diviso dal resto del locale da una sbarra. Da ciò deriva l’uso del termine “bar”, sia per intendere l’angolo in cui i liquori vengono serviti e consumati, sia il locale stesso. Altre fonti indicano che il termine derivi dalla contrazione del termine “barred” (che significa “sbarrato”), in quanto nel XIX secolo, nei periodi in cui in Inghilterra era proibita la vendita di bevande alcoliche, sulle porte degli spacci venivano inchiodate delle assi sulle quali questa parola veniva pennellata in calce. Entrambi i termini sono di derivazione latina, basso latino “barra“. Non è da scartare poi l’ipotesi secondo la quale l’uso nell’italiano derivi dal fatto che al bancone del bar erano tradizionalmente presenti (e lo sono tuttora in alcuni locali) due barre, generalmente di ottone: una per i piedi, l’altra per il braccio o il gomito

Il termine caffè filosofico (dal francese *Café philosophique*) rimanda agli anni del Settecento, quando era comune riunirsi nei *salons* e nei *café* per discutere di argomenti di diversa natura. Pratica nata in Francia come esercizio dell'opinione, non confinato nei complessi problemi filosofici, ha subito varcato i confini nazionali, giungendo anche in Italia. Uno dei maggiori e seducenti conversatori dei principali salotti letterari dell'epoca era Diderot. Insieme a lui, vi partecipavano, tra l'altro, Montesquieu, Rousseau e Voltaire. A riscoprire la bellezza dei *Café Philo* fu, nel 1992, il filosofo francese Marc Sautet che identificò *Café des Phares* a Parigi nei dintorni di *Place de la Bastille* il luogo di dibattito: «L'expression café philo semble allier comme un oxymore les contraires: le caractère bruyant d'un lieu de consommation convivial mais superficiel fréquenté par la foule, opposé à la solitude de la pensée rigoureuse du chercheur dans une retraite austère...» (MARC SAUTET, *Un café pour Socrate*, Paris, Robert Laffont, 1995). Oggi, nonostante la prematura scomparsa di Sautet, avvenuta nel 1998, il fenomeno ha prodotto oltre 170 caffè filosofici in Francia e un'ottantina nei più diversi paesi del mondo. Essi sono coordinati e sostenuti da un'associazione, *Philos* diretta da Pascal Hardy, inizialmente collaboratore di Sautet, che ne promuove l'attività, favorisce la creazione di nuovi circoli, pubblica una rivista dallo stesso nome ed ha una ricca pagina Internet che presenta annunci da tutto il mondo e materiali di quanto i caffè filosofici fanno o hanno svolto in passato. Sulla scia di Sautet, ad oggi, sono circa 170 i *Café Philo* in Francia e 80 in diversi paesi del Mondo.

I *Café Philo* propongono attività che si basano essenzialmente sulla organizzazione di una riunione di circa due ore durante le quali si delinea una discussione su di un tema preventivamente deciso e suggerito o su di un argomento identificato al momento della riunione stessa ed eventualmente votato all'inizio dell'incontro. L'animatore introduce brevemente, conduce e modera la discussione tra i partecipanti che intervengono. È importante sottolineare che l'incontro è informale e non si tratta quindi di una conferenza accademica, ma di un libero dibattito in cui a tutti è data la possibilità di intervenire e di sostenere le proprie tesi. I fautori del *Café Philo* ritengono che tale modalità sia sicuramente la migliore in una prospettiva "democratica" per promuovere l'educazione alla filosofia di

tutti discutendo insieme senza pregiudizi; da qui comunque l'importanza per il gruppo al di là dello spirito conviviale e del diritto di ciascuno ad esprimersi, di condividere una visione « filosofica », ossia il tentativo di problematizzare, concettualizzare e discutere razionalmente: gli animatori del *Café Philo* hanno quindi il ruolo principale di mantenere questo spirito ispiratore. L'animatore stimola il gruppo alla discussione, e, soprattutto, coadiuva nel tentativo di far emergere le problematiche in modo non assertivo od impositivo, ma facilitando il dialogo fra i presenti. I temi trattati sono molteplici e possono essere ricompresi anche in un ambito semplicemente esistenziale.

L'esperienza del *Café Philosophique* di Bologna nasce nel 2006 per volontà di un gruppo di medici di differenti specialità; nasce dal bisogno espresso da colleghi ed amici di approfondire in termini amicali e conviviali alcuni temi di vario umanesimo, in qualche modo connessi alla professione ed all'essere "ricercatori". L'idea, per altro perfettibile, e sulla base di altre esperienze simili, è stata quella di organizzare incontri in una sede adeguata ad un piacevole clima conviviale, invitando un relatore cui viene affidato un tema nell'ambito delle sue competenze specifiche, disponibile ad una discussione informale durante la cena conviviale. I temi trattati sono sempre di ampio respiro culturale, interdisciplinari e vanno dall'etica e bioetica della medicina, alla relazione medico-paziente, alla filosofia della scienza e al rapporto tra scienze e discipline umanistiche e infine al rapporto tra diritto e medicina. La formula del *Café Philo* continua ad essere, pertanto, una modalità interessante ed attuale per favorire lo scambio interdisciplinare e soprattutto stimolante alla crescita culturale evitando la compartimentalizzazione dei saperi.



CLAUDIO RAPEZZI

*Da Sherlock Holmes al Dr House.  
Analogie fra pensiero medico e metodo investigativo*

Sherlock Holmes è qualcosa di più del prototipo dell'investigatore moderno: è un archetipo di intelligenza applicata e di metodo scientifico, valido in molte circostanze e nei contesti più svariati. L'idea di proporlo come compagno di viaggio attraverso i meandri della Evidence Based Medicine è assolutamente perfetta, come, più in generale, è stimolante il parallelismo fra “mondo clinico” e “mondo dei detective”.

Pur essendo l'alfiere ed il prototipo del metodo “logico-deduttivo”, Sherlock Holmes non è però l'unica figura di detective che abbia creato una “scuola”, cioè un metodo. Il mondo del romanzo poliziesco e della fiction è densamente popolato di figure di detective famosi, ciascuno dei quali ha portato contributi importanti alla scienza investigativa. Nell'arco di più di un secolo e mezzo (il romanzo poliziesco nasce “ufficialmente” con Edgar Allan Poe nel 1848) diversi metodi investigativi si sono succeduti, spesso embricandosi. Le analogie fra metodo clinico e scienza dell'investigazione, fra grandi clinici e grandi detective nonché i richiami incrociati fra medico e detective, fra crimine e malattia sono abbondantemente presenti nella letteratura, nel cinema e nella televisione. Sia il medico sia il detective hanno, come finalità principale del loro agire, l'identificazione del colpevole di una situazione abnorme e pericolosa (la diagnosi della malattia da un lato, l'identificazione dell'assassino dall'altro). Per arrivare a ciò, entrambi debbono, inoltre, reperire, archiviare e “gestire” una notevole quantità di informazioni sia tecnico-scientifiche, sia di cultura generale.

Una breve riflessione sulle analogie fra il pensiero medico e i metodi investigativi del romanzo poliziesco potrebbe contribuire alla “causa” del metodo clinico (PESCHEL-PESCHEL 1989; RAPEZZI 2003).

*Le analogie*

Gli aspetti comuni alle due discipline sono numerosissimi (Tabella I).

Tabella I

ROMANZO POLIZIESCO E METODO CLINICO

- 1 STESSO PERIODO STORICO
- 2 STESSA CLASSE SOCIALE DI RIFERIMENTO
- 3 STESSA FIDUCIA “ NEOPOSITIVISTA”
- 4 ANALOGIE NEL METODO
- 5 SCAMBIO LETTERARIO DEI RUOLI

Innanzitutto il periodo storico e la classe sociale di riferimento. Il poliziesco vive il suo momento di grande splendore nella seconda metà del XIX secolo, nel clima di fiducia nelle illimitate possibilità della scienza. Nello stesso periodo la medicina registra l'affermarsi del più classico dei paradigmi indiziari quello imperniato sulla semeiotica medica, la disciplina che consente di diagnosticare le malattie “interne” e quindi inaccessibili all'osservazione diretta attraverso la valorizzazione di “segni” che, insignificanti agli occhi del profano, possono essere decifrati soltanto dall'esperto e lo conducono alla diagnosi finale.

Il detective e il medico entrano in azione davanti al turbamento di uno stato di quiete, del corpo ammalato o del tessuto sociale minacciato dal crimine. Se il medico è colui che indagando i segni del male cerca di scoprirne la causa e di ripristinare l'originario stato di benessere, l'investigatore individua, isola e distrugge il criminale, cioè quella sorta di vero e proprio agente patogeno dell'ordinata convivenza civile in grado di minare l'ordine costituito e la certezza nei poteri di controllo dello stato.

*Le qualità del detective (e del clinico) ideale e i “modelli investigativi”*

Per usare le parole che Sir Arthur Conan Doyle fa pronunciare a Sherlock Holmes ne *Il Segno dei Quattro* “tre sono le qualità necessarie al detective ideale, capacità di osservazione, deduzione e conoscenza”(CONAN DOYLE

1890). Questa affermazione è di fatto il paradigma, il manifesto ideologico di tutta la letteratura poliziesca, a forte matrice anglo sassone, che si sviluppa fra la fine dell'ottocento e i primi del novecento, impersonata dai detective classici dell'epoca aurea del "giallo": Auguste Dupin, Sherlock Holmes, Miss Marple, Hercule Poirot (POE 1841; HARTSHORNE-WEISS 1966, CONAN DOYLE 1887, Jul., Sep., Oct. 1891, 1892 e 1901, STOUT 1944, SIMENON 1933, CHRISTIE 1934, WOODFIELD 1991). Se queste tre caratteristiche continuano a rappresentare i pilastri fondamentali del ragionamento investigativo per tutti gli anni successivi, emerge progressivamente nella letteratura poliziesca del novecento l'importanza di altre due qualità: la capacità di ricostruzione psicologica e ambientale della vittima (teorizzata sia dal Maigret di Simenon sia da Padre Brown di Chesterton) e la capacità di percepire le incongruenze all'interno della scena del crimine (è il caso tipicamente del tenente Colombo di Levinson & Link) (Tabella II).

Tabella II

LE CARATTERISTICHE IDEALI  
DI UN INVESTIGATORE E DI UN MEDICO

- capacità di osservazione
- capacità di deduzione
- cultura
- capacità di ricostruzione psicologica e ambientale
- capacità di percepire le discrepanze

Le analogie fra detective e clinico per quanto riguarda questo profilo di eccellenza sono impressionanti

Per convenzione l'origine del romanzo poliziesco viene fatta risalire al 1841, anno di pubblicazione dei *Delitti della via Morgue* di Edgar Allan Poe (POE 1841). In più di un secolo e mezzo le tecniche investigative adottate dalle centinaia di figure di detective più o meno conosciuti e popolari sono numerosissime ma in fondo riconducibili a 4-5 modelli fondamentali di ragionamento. L'identificazione dei modelli fondamentali consente anche

di classificare, anche se in modo approssimativo, personaggi ed autori della letteratura gialla (Tabella III).

Tabella III

**Modelli investigativi nel romanzo  
“poliziesco” dal XVII secolo ad oggi**

Caratteristica	Personaggio	Autore
Capacità di osservazione, capacità di sviluppare il ragionamento logico (deduzione, induzione e abduzione)	Zadig Auguste Dupin Sherlock Holmes Hercule Poirot Miss Marple Philo Vance Ellery Queen  Guglielmo da Baskerville	Voltaire Edgar Allan Poe A Conan Doyle Agatha Christie Agatha Christie S.S. Van Dyne F. Dannay & M. B. Lee Umberto Eco
Cultura	Nero Wolfe Miss Marple	Rex Stout Agatha Christie
Capacità di ricostruzione ambientale/psicologica; abilità nel condurre un interrogatorio	Maigret Padre Brown Charlie Chan	Georges Simenon G. K. Chesterton E. D. Biggers
Capacità di cogliere le incongruenze	Tenente Colombo	Levinson & Link
Azione, ostinazione, tenacia, intraprendenza	Philip Marlowe Lew Archer Sam Spade Mike Hammer	R. Chandler R. MacDonald D. Hammett M. Spillane
Adesione letterale a protocolli e line guida	Ispettore Lestrade	A. Conan Doyle

Più che succedersi nel tempo o rappresentare modalità di ragionamento mutuamente esclusive, i modelli si sono in realtà embricati e sommati, così che in singoli detective è di fatto riconoscibile più di una caratteristica dominante.

*Capacità di osservazione e di ragionamento logico*

Sherlock Holmes impersona il prototipo, quasi la caricatura, di questo modello. Nonostante il suo metodo venga generalmente descritto come “deduttivo”, in realtà Holmes non pratica né la deduzione (inferenza di una conoscenza particolare da una regola di carattere generale) né l’induzione (il percorso contrario, dal caso particolare alla regola generale), bensì l’abduzione. L’abduzione è il processo di formazione di ipotesi esplicative. E’ l’unica operazione logica che introduce una nuova idea, in quanto l’induzione non fa appunto che determinare una regola e la deduzione sviluppa le conseguenze necessarie di una pura ipotesi. La deduzione prova che qualcosa deve essere, l’induzione mostra che qualcosa è realmente operativa, l’abduzione suggerisce che qualcosa può essere e che quindi probabilmente è (Tabella IV).

Tabella IV

DEDUZIONE/INDUZIONE/ABDUZIONE

DEDUZIONE

Regola: tutti i fagioli di questo sacco sono bianchi  
Caso: questi fagioli vengono da questo sacco  
Risultato : questi fagioli sono bianchi

INDUZIONE

Caso: questi fagioli vengono da questo sacco  
Risultato: questi fagioli sono bianchi  
Regola: tutti i fagioli di questo sacco sono bianchi

ABDUZIONE

Regola: tutti i fagioli di questo sacco sono bianchi  
Risultato : questi fagioli sono bianchi  
Caso: questi fagioli vengono da questo sacco

L'osservazione di Holmes riguarda non solo i fatti e gli eventi visibili ma anche la loro assenza. L'evidenza negativa è considerata spesso altamente significativa. L'esempio classico è l'episodio di quando Holmes, che sta cercando un cavallo da corsa scomparso, viene così interrogato dall'ispettore Gregson (CONAN DOYLE 1892):

“c'è qualche altro punto su cui volete attirare la mia attenzione?”

“il curioso episodio del cane di notte” - “il cane non fece nulla durante la notte” - “questo è lo stesso episodio”, osservò Holmes.

Molti degli aforismi di cui sono costellati i romanzi e i racconti di Conan Doyle si adattano perfettamente anche al mondo medico e alla vita in corsia e potrebbero essere pronunciati da un qualsiasi clinico con un certo grado di “ipertrofia dell'ego” (Tabella V).

#### Tabella V

#### ALCUNI AFORISMI DI SHERLOCK HOLMES

Tu guardi, ma non osservi (CONAN DOYLE oct. 1891)

Conosci il mio metodo: si fonda sull'osservazione delle inezie (CONAN DOYLE sept. 1891)

Non fidarti delle impressioni generali, ragazzo mio, ma concentrati sui dettagli (CONAN DOYLE 1887)

È un errore madornale elaborare teorie prima di avere i dati. Senza accorgersene uno incomincia a distorcere i fatti per adattarli alle teorie invece di far sì che le teorie spieghino i fatti (CONAN DOYLE oct. 1891)

Non c'è niente di così importante come le evidenze “di prima mano” (CONAN DOYLE 1902)

Non c'è nulla di più ingannevole di un fatto ovvio (CONAN DOYLE Sep. 1891)

Il mondo è pieno di cose ovvie che nessuno mai osserva

Quando hai eliminato l'impossibile, ciò che rimane, per quanto improbabile, non può che essere la verità (CONAN DOYLE 1890)

Quando hai eliminato l'impossibile, ciò che rimane, per quanto improbabile, non può che essere la verità (CONAN DOYLE 1890)

Nella storia della Medicina del mondo occidentale la scoperta e la valorizzazione dei segni è relativamente recente. Il fascino e la grande popolarità dei “segni patognomici” elaborati dai grandi anatomo-clinici del Settecento e dell’Ottocento (Laennec, Auenbrugger, Trousseau, Austin Flint, Cheyne-Stokes etc.) sta proprio nella convinzione (a posteriori una illusione) di poter diagnosticare con precisione pressoché assoluta la “sede interna” della malattia a partire dai “segni esterni specifici” che la denunciano.

Nel processo di formazione individuale che inizia con il corso di Laurea in Medicina, la ricerca dei segni patognomici è spesso il primo approccio metodologico ad essere insegnato. Solo in una fase successiva della propria formazione il medico impara non solo ad amare la semeiotica ma anche a conoscerne i limiti e i falsi miti. Analoghe considerazioni valgono per la semeiotica strumentale.

La ricerca dei “segni diagnostici” è comune infatti alla lettura di tutte le metodiche indipendentemente dal loro contenuto tecnologico. Ma ancora una volta i limiti e i falsi miti incombono. Si tratta non solo di limiti personali legati alla scarsa esperienza del singolo clinico, alla scarsa confidenza con le nuove tecnologie o alla oggettiva difficoltà di lettura dei segni, ma anche di limiti strutturali, cioè filosofici. È il paradosso rappresentato dalla *teoria Bayesiana*, in altri termini l'*approccio probabilistico alla diagnosi*. Nel momento di massima sofisticatezza delle tecnologie diagnostiche e di massima fiducia “neopositivista”, la comunità scientifica prende consapevolezza del fatto che non solo la bontà del ragionamento e la potenza della metodica nello svelare i segni ma anche la prevalenza della malattia nella popolazione studiata determina l’accuratezza diagnostica finale del metodo, sia esso clinico o tecnologico. Non è legittimo dire che la malattia (ad esempio l’ischemia miocardica reversibile) è o non è presente alla luce della metodica applicata; è possibile semplicemente stabilire di quanto la probabilità pre test che la malattia esista venga ad essere incrementata dal fatto che un determinato segno è stato svelato grazie alla applicazione del metodo (la probabilità post test).

*Cultura*

Oltre ad eccezionali capacità logiche, Sherlock Holmes possiede conoscenze vastissime, ed in effetti la “cultura” è uno dei tre pilastri del suo metodo accanto alla capacità di osservare e a quella di dedurre. Sappiamo che la sua biblioteca nell'appartamento di Baker Street è piena di ritagli di stampa di resoconti di vecchi casi, di pile di vecchi giornali, almanacchi, orari ferroviari, volumi di una enciclopedia americana, testi di botanica. Watson prova in alcune occasioni a fare un ritratto culturale di Holmes. Così apprendiamo che la sua cultura è tanto vasta quanto caotica con estese nozioni di tipo scientifico ma scarse informazioni per quanto riguarda letteratura, filosofia e politica. Ecco il resoconto testuale del Dottor Watson sulle conoscenze di Holmes (CONAN DOYLE 1902): “Letteratura zero. Filosofia: zero. Astronomia: zero. Politica: scarse. Botanica: variabili. Conosce a fondo caratteristiche e applicazioni della belladonna, dell'oppio e dei veleni in generale. Non sa nulla di giardinaggio e di orticoltura. Geologia: pratiche ma limitate. Riconosce però a prima vista le diverse qualità di terra. Chimica: profonde. Anatomia: esatte ma poco sistematiche. Letteratura criminologica: illimitate. A quanto pare conosce i particolari di tutti gli orrori perpetrati nel nostro secolo. Suona bene il violino. È abilissimo nel pugilato e nella scherma. E' dotato di buone nozioni pratiche in fatto di legge inglese”. In un'altra occasione Holmes precisa di aver catalogato 75 tipi di profumo, che un esperto del crimine deve assolutamente saper distinguere l'uno dall'altro. Rivela anche di poter distinguere 42 diverse impronte di pneumatici. Sappiamo che Holmes si dedica alla redazione di alcune monografie specializzate tra cui una intitolata “Sulla distinzione tra le ceneri dei vari tipi di tabacco”.

Se è vero che un certo grado di cultura generale e di conoscenza specifica della casistica è necessario per qualunque indagine, in alcuni investigatori tale qualità si ipertrofizza e tende a rappresentare il principale se non l'unico strumento di soluzione del caso. Nero Wolfe ad esempio (chi è nato prima degli anni '70 non può non ricordare la superba interpretazione televisiva di Tino Buazzelli con Paolo Ferrari nella parte del fido Archie Goodwin) fonda sulla sua enorme cultura la propria abilità di risolvere anche i casi più complicati. Non è chiaro, dai romanzi di Rex Stout, come

Nero Wolfe si procura e riesca a gestire l'enorme quantità di informazioni (sia scientifiche sia di cultura generale) di cui fa sfoggio. L'investigatore però evita qualsiasi contatto diretto con la realtà esterna. Pur rimanendo all'interno del suo appartamento newyorkese a coltivare orchidee, la sua conoscenza della casistica criminale e la sua cultura generale sono tali da consentirgli la soluzione di pressochè tutti casi, fermo restando il ruolo del collaboratore Archie Goodwin, unico tramite con la realtà esterna.

Anche nel mondo medico esistono comportamenti analoghi. La tentazione di vicariare la scarsa propensione alla pratica clinica diretta con un ricorso sistematico a Internet e a Medline non è rara, anzi è decisamente in crescita, purtroppo senza produrre in genere gli stessi risultati di Nero Wolfe.

#### *Capacità di ricostruzione psicologica e ambientale*

Il caso emblematico è quello di Maigret. Il commissario creato da Simenon non ha apparentemente un metodo scientifico di indagine. Egli si immerge letteralmente nel mondo della vittima sino alla immedesimazione fisica e psichica. Per usare le parole del commissario l'importante è "lasciarsi impregnare dall'atmosfera, mettere a fuoco l'immagine del morto" e soprattutto stabilire con quest'ultimo una sorta di "sconcertante intimità". Così, ne *Il defunto Signor Gallet*, a chi gli chiede: "Lei sta indagando sull'assassino o sulla vittima?", Maigret risponde con lucida pacatezza: "Saprò chi è l'assassino quando conoscerò bene la vittima" (CHRISTIE 1934). Un altro aspetto qualificante dell'attività investigativa di Maigret è l'attenzione quasi maniacale che il commissario dedica all'interrogatorio del presunto colpevole. Sono proverbiali in quasi tutte le inchieste del commissario i lunghi interrogatori notturni che si chiudono generalmente all'alba con la resa dell'assassino e con una abbondante colazione alla birreria Dauphine (indimenticabile l'interpretazione televisiva di Gino Cervi sotto la regia di Mario Landi nella insuperata TV in bianco e nero degli anni '60).

Nella storia della medicina l'importanza attribuita al colloquio anamnestico ha conosciuto fasi alterne. Per tutto il diciottesimo secolo i medici basarono le loro diagnosi prevalentemente sulle dichiarazioni verbali dei pazienti. Dato che nelle nosologie di quel secolo le malattie

erano catalogate per sintomi, i pazienti potevano riferire i loro sintomi a voce o anche per lettera, per cui la visita clinica (di fatto la diagnosi) poteva tranquillamente avvenire per via epistolare. Nell'arco dell'Ottocento, progressivamente, l'anamnesi incomincia ad articolarsi in un protocollo fisso sotto forma di interrogatorio, in altri termini in una sequenza ordinata di domande precostituite con sempre meno spazio alle libere dichiarazioni e interpretazioni del paziente.

Ognuno di noi ha conosciuto Maestri o colleghi particolarmente abili a "tirar fuori" dal colloquio clinico gli elementi fondamentali per la diagnosi. Si tratta di una abilità personale quasi artistica, solo in parte purtroppo trasmissibile agli studenti e ai collaboratori.

### *Capacità di cogliere le incongruenze*

Il tenente Colombo, creatura letteraria di Levinson & Link resa popolare attraverso l'interpretazione televisiva di Peter Falk, ha una particolare abilità a percepire le incongruenze (ciò che non va o che stona) nella scena di un crimine. Perché la bottiglia di champagne non è stata aperta direttamente in camera da letto (luogo sia dell'incontro "romantico" sia del delitto) bensì in cucina e solo successivamente portata in camera assieme ai bicchieri? È molto probabile che si tratti di una messa in scena e che quindi la prima impressione non sia quella vera! (CHANDLER 1972).

Che cosa ha che fare questo elettrocardiogramma con voltaggi normali o addirittura ridotti con la diagnosi di cardiomiopatia ipertrofica che l'ecocardiogramma mi offre con apparente sicurezza? Probabilmente niente! Sono pertanto costretto a riconsiderare le mie pseudo certezze e a ripartire con una nuova ipotesi che mi porterà forse verso la diagnosi di amiloidosi cardiaca.

Sembra semplice, ma la capacità di percepire e valorizzare le discrepanze interne presuppone il pieno possesso culturale del "modello" diagnostico di riferimento e rappresenta quindi un mix di capacità di osservazione, ragionamento logico, conoscenza e fantasia abduttiva; in altre parole un punto molto avanzato nella scala di evoluzione del clinico.

*Azione, ostinazione, intraprendenza; ovvero dal Giallo al Noir*

A partire dagli anni '30-'40 prende forma un genere letterario (Noir nell'accezione francese, Hard Boiled in quella americana) in cui il gusto per il fine ragionamento logico lascia il posto ad altre caratteristiche dominanti: azione, tenacia, intraprendenza, ostinazione, disincanto e disillusione, utilizzo indiscriminato di tutte le risorse disponibili (inseguimenti, intercettazioni, confessioni estirpate con la violenza etc) (CHANDLER 1972). Philip Marlowe e Sam Spade (indimenticabili le interpretazioni cinematografiche di Humphrey Bogart) sono le indiscusse "icone" di tale genere.

Volendo a tutti i costi perseguire le analogie con il mondo medico, l'ufficio dell'investigatore privato hard boiled, fumoso e trascurato che lascia intravedere dalla finestra l'asfalto bagnato della città violenta, può ricordare la guardiola di un caotico ospedale metropolitano dove un clinico annoiato, distratto e demotivato "spara" a 360 gradi richieste di esami strumentali senza una precisa ipotesi diagnostica da perseguire, nella speranza che prima o poi qualche diagnosi finisca nella rete.

*Adesione letterale a protocolli, procedure e linee guida*

E' frequente, nel romanzo poliziesco, la situazione in cui il genio investigativo del protagonista (in genere un investigatore privato o dilettante) viene contrapposto alla stolidità degli investigatori istituzionali, in genere funzionari di polizia, interamente occupati a seguire in modo letterale e spesso acritico le procedure operative standard (le "linee guida"). Classica, ad esempio, è la contrapposizione fra l'Ispettore Lestrade e Sherlock Holmes nei racconti di Conan Doyle. Alla base del rigido comportamento degli investigatori ufficiali vi è in genere la loro paura di esporsi ai rimproveri dei superiori o della magistratura, associata alla assenza di fantasia e di acume investigativo.

Sono evidenti le analogie con i comportamenti medici ispirati esclusivamente alle linee guida, cioè ai protocolli comportamentali di diagnosi e di terapia che da qualche anno caratterizzano l'attività di moltissime società scientifiche nazionali e internazionali in tutti gli ambiti della medicina.

Indubbiamente le linee guida rappresentano un utilissimo strumento per orientare correttamente la pratica medica nelle principali situazioni della pratica clinica. All'interno di una comunità medica, la disponibilità di linee guida eleva la qualità media delle prestazioni sanitarie e riduce il rischio di errori grossolani. In alcuni casi, però, la lettura e l'applicazione acritiche delle linee guida può indurre il "sonno della ragione" e quindi generare comportamenti "mostruosi". I comportamenti ispirati ad una medicina difensivistica, più preoccupata di cautelare il medico da sanzioni penali e amministrative in caso di denunce che di risolvere "di fatto" il problema del paziente, sono purtroppo in aumento nella nostra realtà sanitaria e possono trovare nella applicazione letterale e acritica delle linee guida alibi e ispirazioni.

*Lo scambio e la fusione dei ruoli (medico/detective) nella letteratura e nella fiction televisiva*

Medicina e romanzo poliziesco sono collegati anche da rapporti strettamente letterari nonché da uno scambio letterario di ruoli. La storia della letteratura poliziesca è ricca di figure di medici: medici che indagano in prima persona, che affiancano i detective professionisti come esperti, medici assassini e medici vittime. Per non parlare dell'ampio bagaglio tecnico medico-scientifico a cui gli autori classici del poliziesco hanno spesso attinto per escogitare soluzioni raffinate per delitti sempre più sofisticati. Sia nel romanzo sia nel cinema o nella fiction televisiva, il medico-investigatore è generalmente un anatomo-patologo o comunque un medico legale. Il Dottor John Evelyn Thorndyke, prodotto dalla penna dello scrittore britannico Richard Austin Freeman nella prima metà del '900, è il capostipite di tali figure ibride. Medico forense di vasta cultura e di formidabili capacità logiche, è dotato di conoscenze tecnico-scientifiche che spaziano dalla medicina tropicale, alla chimica, alla tossicologia, alla metallurgia. Con i romanzi di Freeman nasce la cosiddetta "inverted detective story", una fiction in cui le circostanze del crimine e l'identità dell'assassino sono note sin dall'inizio e in cui la storia è interamente basata sul modo con cui il detective risale alla soluzione del caso. La storia si svolge su un piano pressoché esclusivamente scientifico, quasi come un esperimento di chimica o di fisica. In tal senso le storie del Dr Thorndyke anticipano di più di un secolo il modello e "il clima" delle

fiction “CSI: Scena del crimine” (CSI: Crime Scene Investigation), la serie televisiva le cui vicende ruotano attorno alle indagini della squadra della polizia scientifica di Las Vegas.

Pur mantenendo un elevato tasso di scientificità medica, l'intuizione personale ha un ruolo più importante nelle storie del Dr Quincy, il patologo dell'ufficio del medico legale della Contea di Los Angeles impersonato da Jack Klugman nelle fiction televisive prodotte fra il 1976 e il 1983. Il Dr Quincy tende a non essere soddisfatto dei risultati delle indagini ufficiali affidate ai suoi assistenti. Così, fidandosi delle proprie sensazioni e intuizioni, dispone approfondimenti destinati a gettare una luce completamente nuova sul caso.

L'anatomopatologa Kay Scarpetta (protagonista di molti libri dell'autrice Patricia Cornwell) è direttrice dell'Istituto di Medicina Legale della Virginia e del National Forensic Academy di Hollywood in Florida. Una delle componenti essenziali delle sue storie è il crudo “verismo” del patologo che ha come materie prime del proprio lavoro i resti dei corpi ed i materiali organici. La soluzione del caso è affidata sia alle conoscenze scientifiche e al rigore metodologico della protagonista sia alle sue doti di intuizione. Nel caso di Kay Scarpetta lo scambio dei ruoli è ancora più articolato; molto spesso la stessa coroner è infatti allo stesso tempo vittima o tentata vittima del killer di turno.

Il grado forse più estremo di scambio e fusione dei ruoli (ben quattro ruoli nella stessa figura) è rappresentato dal Dr Hannibal Lecter, soggetto letterario e cinematografico, nato dalla mente di Thomas Harris. È un serial killer con l'ossessione del cannibalismo, da cui gli deriva il soprannome “Hannibal the Cannibal”. Il suo comportamento è però gentile ed educato, da autentico gentiluomo. La mente è lucida e raffinata, logica e intuitiva allo stesso tempo. La fama letteraria e cinematografica del Dr Lecter nasce con “Il silenzio degli innocenti”, in cui è contemporaneamente medico (psichiatra) e paziente (ricoverato in un Centro psichiatrico), assassino (serial killer cannibale) e investigatore (guida dal carcere la detective Clarice Starling alla soluzione del caso che ha al centro il serial killer “Buffalo Bill”). Negli ultimi anni la fiction televisiva ci ha proposto figure di medici che, pur rimanendo in un contesto strettamente clinico-ospedaliero, adottano

categorie di ragionamento e metodi diagnostici del tutto simili a quelli dei detective, all'interno di storie scritte e rappresentate con uno stile narrativo ed un ritmo propri del romanzo giallo. Il caso più emblematico è quello del Dr House. "Dr. House M.D." è una serie televisiva statunitense, nata da un'idea di David Shore, ambientata nell'immaginario ospedale Princeton-Plainsboro Teaching Hospital, del New Jersey e lanciata negli USA il 16 novembre 2004. E' incentrata sulle vicende mediche di un'equipe guidata dal Dr. Gregory House, un medico poco convenzionale ma dotato di grande capacità ed esperienza. House preferisce occuparsi soltanto dei casi più rari e difficili, mentre gli altri pazienti sono per lui fondamentalmente una perdita di tempo. Una diagnosi errata gli ha compromesso l'uso di una gamba ed ora è costretto a fare grande uso di farmaci antidolorifici (quello che usa solitamente è il Vicodin) ed a camminare con un bastone. Le analogie con i racconti di Sherlock Holmes sono evidenti, sotto il profilo sia formale sia sostanziale. Nella struttura narrativa House è assimilabile a Sherlock Holmes mentre il suo amico Wilson è di fatto il Dr Watson. Il numero civico della residenza di House, il 221b, è lo stesso dove si trovava l'abitazione di Holmes nella Baker Street descritta da Sir Conan Doyle. Il Vicodin (un oppiaceo) che House assume può essere in fondo paragonato alla morfina che Sherlock Holmes di tanto in tanto assume sia per resistere alla noia della normalità sia per acuire la concentrazione sul caso.

Il suo codice morale è anticonvenzionale ed il suo senso di legalità e di giustizia è poco ortodosso, ma House ha comunque una sua integrità. È capace di rischiare la professione e la reputazione per inseguire i suoi valori e la sua verità e mira alla perfezione intellettuale per piacere personale, non per il successo. Apparentemente sembra non interessato alla vita dei pazienti, ma solo alla soluzione del caso clinico ("Sono diventato medico per curare le malattie, non i malati"). In realtà House ha un notevole spessore umano, ma rimuove o cerca di rimuovere la dimensione emozionale del rapporto medico-paziente per non essere intellettualmente influenzato o condizionato. Lo schema mentale adottato da House per arrivare alla diagnosi è molto simile a quello di Sherlock Holmes, basato sulla valorizzazione di segni fisici "patognomonic" e sul ragionamento abduttivo. Lo sviluppo narrativo di molte delle storie del Dr House è però

spesso caricaturale, sino a renderle poco verosimili o addirittura ridicole sul piano clinico (anche se accattivanti su quello televisivo).

*La clinica come arte e scienza dell'investigazione*

Come nel caso dell'investigatore, anche in quello del clinico "ideale" si realizza o si dovrebbe realizzare una fusione armonica fra tutti i modelli investigativi delineati in precedenza. Questa evenienza è però decisamente rara! La ricerca di questo sincretismo metodologico è continuamente minacciata dal rischio di esasperazione di una logica astratta, oppure di un compiacimento "psicologista" che conduce ad immergersi nella vita personale del paziente, oppure di abdicare dal ragionamento a favore della ricerca bibliografica, oppure di rinunciare a formulare ipotesi di lavoro per attivare acriticamente tutte le tecnologie diagnostiche possibili.

Se c'è una singola caratteristica che caratterizza il clinico maturo è la sua capacità, una volta formulato un orientamento diagnostico, di percepire le eventuali discrepanze fra i singoli rilievi clinici e strumentali, valorizzando non solo ciò che c'è ma anche ciò che manca e quindi di ripartire correggendo l'errore. Per lui la clinica non è, all'interno dell'iter diagnostico, semplicemente ciò che attiene all'anamnesi e all'esame obiettivo, bensì la capacità di stabilire collegamenti trasversali fra i singoli esami e i vari rilievi semeiologici per ricercare congruenze e incongruenze. In questo contesto non esiste una gerarchia di valori imposta dalla tecnologia per cui gli esami semplici valgono meno di quelli complessi e costosi. L'ECG che fa mettere in discussione la diagnosi di cardiomiopatia ipertrofica offerta dall'eco può "valere" di più della PET o della Risonanza Magnetica.

## Bibliografia

CHANDLER 1972 - RAYMOND CHANDLER, *The simple art of murder*, New York, Ballantine, 1972

CHRISTIE 1934 - AGATHA CHRISTIE, *Murder on the Orient Express*, London, William Collins Sons & Co., 1934

HARTSHORNE-WEISS 1966 - *Collected Papers of Charles Sanders Peirce*,

- edited by CHARLES HARTSHORNE and PAUL WEISS, Cambridge, Harvard University Press, 1966
- DOYLE 1887 - ARTHUR CONAN DOYLE, *A Study in Scarlet*, «Beeton's Christmas Annual», 1887
- DOYLE 1890 - ARTHUR CONAN DOYLE, *The sign of four*, «Lippincott's Magazine», February 1890
- DOYLE Jun. 1891 - ARTHUR CONAN DOYLE, *A Scandal in Bohemia*, «Strand Magazine», July 1891
- DOYLE Sep. 1891 - ARTHUR CONAN DOYLE, *A Case of Identity*, «Strand Magazine», September 1891
- DOYLE Oct. 1891 - ARTHUR CONAN DOYLE, *The Boscombe Valley Mystery*, «Strand Magazine», October 1891
- DOYLE 1892 - ARTHUR CONAN DOYLE, *Silver Blaze*, «Strand Magazine», December 1892
- DOYLE 1902 - ARTHUR CONAN DOYLE, *The Hound of the Baskervilles*, «Strand Magazine», August 1901 through April 1902
- POE 1841 - EDGAR ALLAN POE, *The Murders in the Rue Morgue*, «Graham's Lady's and Gentleman's Magazine», April 1841
- PESCHEL-PESCHEL 1989 - RICHARD E. PESCHEL, E. PESCHEL, *What physicians have in common with Sherlock Holmes: discussion paper*, «Journal of the Royal Society of Medicine», 82 (1989), pp. 33-36
- RAPEZZI 2003 - CLAUDIO RAPEZZI, *Crimini e malattie: metodo clinico e metodo investigativo poliziesco a confronto*, «Italian Heart Journal. Supplement» 2003, 4, pp. 415-419
- SIMENON 1933 - GEORGES SIMENON, *Monsieur Gallet, décédé*, Paris, Fayard, 1933
- STOUT 1944 - REX STOUT, *The Nero Wolfe Omnibus*, Cleveland, World Publishing, 1944
- WOOKFIELD 1991 - WILLIAM READ WOODFIELD, *Columbo and the murder of a rock star*, 1991

## *Indice dei nomi*

- Abastado, Philippe 107  
Auenbrugger, Joseph L. 127  
Altieri Biagi, Maria Luisa 21, 23-24, 28-29  
Annacontini, Giuseppe 92, 99  
Appadurai, Arjun 60, 66  
Aris, Alejandro 108  
Aristoteles 21, 55  
Averroes 21  
Avicenna 21
- Bachelard, Gaston 80-81  
Balint, Michael 69, 81  
Banks, William M. 103  
Barbin, Évelyne 107  
Barilan, Yechiel M. 103  
Barthes, Roland 77, 81, 114  
Basedow, Karl Adolph von 107  
Becker, Gay 61, 66  
Barengi, Mario 20  
Bellini, Lorenzo 26  
Bembo, Pietro 20  
Benedetti, Fabrizio 79, 81  
Benozzo, Francesco 45  
Benson, Peter 64, 67  
Bernard, Claude 19, 49, 57  
Biasco, Guido 89  
Borofsky, Robert 68  
Bert, Giorgio 81-82  
Biggers, Earl D. 124  
Bogard, Humphrey 131
- Boisvert, Marcel 89  
Bosch, Hieronymus 108  
Bourdieu, Pierre 60, 66  
Boylston, Arthur 35  
Briquet, Jean-Louis 57  
Brodwin, Paul E. 67  
Bruera, Eduardo 76, 82  
Buazzelli, Tino 128
- Calcaterra, Carlo 43-48, 50, 58  
Calvino, Italo 20  
Canguilhem, Georges 101  
Cardinal, Marie 74  
Carducci, Giosue 43, 45-46, 51, 57  
Carpi, Umberto 45  
Castoldi, Alberto 47  
Cavour, Camillo Benso, conte di 57  
Čechov, Anton Pavlovič 12  
Cecchi, Emilio 28  
Cervi, Gino 129  
Chandler, Raymond 124, 130, 135  
Chandler, Winthrop 102  
Charon, Rita 69, 82, 109  
Chemla, D. 107  
Chesterton, Gilbert K. 123-124  
Cheyne, John 127  
Christie, Agatha 123-124, 129, 136  
Clark, David 89  
Clark, James 103  
Collina, Claudia 43  
Comaroff, Jean 61, 66

Contini, Mariagrazia 93-95, 97-100  
 Corbellini, Gilberto 113  
 Cornwell, Patricia 133  
 Cosmacini, Giorgio 50, 92, 99  
 Cousin, Victor 56-57  
 Cozzi, Donatella 62, 66  
 Crispi, Francesco 46  
 Csordas, Thomas 60, 64, 66  
  
 Dannay, Frederic 124  
 De Meis, Angelo Camillo 43-46,  
 48-58  
 Del Vecchio Good, Mary-Jo 67  
 Del Vecchio-Veneziani, Augusta 43  
 Debray, Régis 111  
 De Mennato, Patrizia 100  
 Demozzi, Silvia 99-100  
 Derrida, Jacques 47  
 De Sanctis, Francesco 51, 57  
 Didier, Dominique 109  
 Dittrich, Lars R. 113  
 Donghi, Dino 82  
 Dossi, Carlo 19  
 Doyle, Arthur Conan 122-124,  
 126, 128, 131, 134-136  
 Doyle, Derek 89  
 Dudgeon, Deborah 89  
 Dufrenne, Mikel 106  
 Durif-Bruckert, Christine 110  
  
 Eco, Umberto 89, 124  
 Eisenberg, Leon 82  
 El Greco 107  
 Ellero, Pietro 48  
 Engel, George L. 70-72, 82  
 Fabbri, Maurizio 95, 99  
 Falk, Peter 130  
 Farini, Luigi Carlo 57  
 Farmer, Paul 65-66  
 Ferrari, Paolo 128  
 Ferraris, Maurizio 39  
 Fildes, Luke 102-104  
 Flint, Austin 127  
 Flora, Francesco 27  
 Freeman, Richard A. 132  
  
 Gadamer, Hans-Georg 53  
 Gadow, Sally 63, 66  
 Galilei, Galileo 26-27  
 Galimberti, Umberto 78-79, 82,  
 92, 100  
 Galli, Guido 100  
 Gamelli, Ivano 95, 100  
 Garro, Linda 61, 66-67  
 Gaspa, Pier Luigi 114  
 Gigli, Alessandra 99  
 Gilbert, Paul 82  
 Gioberti, Vincenzo 57  
 Giorello, Giulio 114  
 Girard, René 55  
 Gleason, Samuel 102  
 Goleman, Daniel 72, 82  
 Gombrich, Ernst H. J. 103-104, 111  
 Good, Byron J. 61-62, 67, 82  
 Gottschall, Jonathan 80, 82  
 Gourevitch, Danielle 106-107  
 Graves, Robert James 107  
 Grmeck, Mirko D. 106-107  
 Guglielmo da Saliceto 21, 29  
 Güntert, Georges 24

Hagen, Neil 89  
 Hammett, Dashiell 124  
 Hardy, Pascal 118  
 Harris, Thomas 133  
 Hartshorne, Charles 123, 135  
 Heidegger, Martin 17, 96, 100  
 Hunter, Kathryn M. 69, 82

Isella, Dante 19  
 Jenner, Edward 35  
 Jung, Carl Gustav 79, 82

Kaufert, Patricia A. 59, 67  
 Kemp, Martin 111  
 Kleinman, Arthur 64, 66-67, 72, 82  
 Klugman, Jack 133  
 Knipper, Olga 12-13  
 Kübler-Ross, Elisabeth 78, 82

Laennec, René 127  
 Landi, Mario 128  
 Lanternari, Vittorio 66  
 Launer, John 81, 83  
 Lee, Manfred B. 124  
 Le Nen, Dominique 107  
 Lenzi, Andrea 100  
 Leone XII <papa> 33  
 Leopardi, Giacomo 20, 27  
 Levinson, Richard 123-124, 130  
 Ligier, Yves 109  
 Link, William 123-124, 130  
 Liuzzi, Mondino dei 21, 29  
 Lundin, Susanne 113  
 MacDonald, Neil 89  
 MacDonald, Ross 124

Magalotti, Lorenzo 23, 25  
 Magni, Francesco 48  
 Malatesta, Maria 89  
 Malpighi, Marcello 28-29  
 Mancini, Gian Carlo 107  
 Manini, Milena 93, 99  
 Manuzzi, Paola 95, 99-100  
 Manzoni, Alessandro 57  
 Marano, Pasquale 92, 100  
 Marias, Javier 44  
 Marino, Giambattista 22, 24-25  
 Marmot, Michael 64, 67  
 Marrone, Gianfranco 112  
 Matteucci, Carlo 48  
 Mattingly, Cheryl 61, 67  
 Mauss, Marcel 60, 67  
 McCrea Curner, Mary G. 82  
 Minghetti, Carlo 57  
 Moerman, Daniel E. 62, 67  
 Moja, Egidio A. 71, 83, 92, 100  
 Mola, Aldo 45  
 Mondino dei Liucci vd. Liuzzi,  
 Mondino dei  
 Montesquieu, Charles-Luis de 118  
 Moore, Jane 103  
 Mortari, Luigina 94-95, 97, 100  
 Murray <medico> 102  
 Murri, Augusto 44, 46, 50, 52-57, 69

Napoléon I <imp. dei Francesi> 31

Oldrini, Guido 43  
 Oppizzoni, Carlo 31-32, 34-37,  
 39-41  
 Oriani, Alfredo 43

Panzacchi, Enrico 46-47  
 Parkes, Colin M. 89  
 Pasquini, Emilio 43-44  
 Peluso, Gianfranco 82  
 Pennebaker, James W. 83  
 Pepe, Guglielmo 57  
 Peschel, Enid 82, 121, 136  
 Peschel, Richard E. 121, 136  
 Peterkin, Allan 113  
 Petrarca, Francesco 22  
 Picasso, Pablo 102  
 Pirandello, Luigi 43, 80  
 Plato 95  
 Plotkin, Stanley 34  
 Poe, Edgar Allan 121, 123-124, 136  
 Pontius, Anneliese A. 105  
 Popper, Karl 111  
 Pozzi, Giovanni 24  
 Pozzilli, Paolo 107  
 Puccinotti, Francesco 20  
 Putti, Vittorio 44  
  
 Quaranta, Ivo 61, 63-64, 67-68  
 Raimondi, Ezio 27-29, 43  
 Rao, Vijayendra 66  
 Rapezzi, Claudio 121, 136  
 Ratib, Osman 109  
 Redi, Francesco 21, 23, 25-26, 28-29  
 Ribera, Jusepe de 107  
 Ricca, Mario 61, 64, 67  
 Rico, Francisco 44  
 Rodin, Auguste 105  
 Rose, Frank C. 107  
 Rousseau, Jean-Jacques 118  
 Rovatti, Pier Aldo 47  
  
 Rubens, Peter Paul 107  
 Rubens, Agostino 107  
 Ruffini, Antonio 43  
  
 Sanders, Lisa 73, 83  
 Sapegno, Natalino 28  
 Sartre, Jean-Paul 112  
 Saunders, Cicely 85, 89  
 Sautet, Marc 118  
 Scarry, Elaine 61, 67  
 Scheper-Hughes, Nancy 65, 68  
 Schopenhauer, Arthur 80, 98, 100  
 Schwohrer <medico> 12  
 Serres, Michel 55  
 Shapiro, Johanna 69, 83  
 Shore, David 134  
 Shorter, Edward 101  
 Sighinolfi, Lino 38  
 Simenon, Georges 123-124, 129, 136  
 Smith, Eugene 102  
 Spaventa, Bertrando 56-57  
 Spaventa, Silvio 57  
 Spencer, Herbert 55  
 Spicker, Stuart F. 66  
 Spillane, Mickey 124  
 Spinsanti, Sandro 83  
 Spiro, Howard M. 82  
 Stokes, William 127  
 Stout, Rex 123-124, 128, 136  
  
 Tarozzi, Fiorenza 43  
 Tate, Henry 102  
 Tavoni, Maria Gioia 37  
 Tega, Walter 43  
 Tolstoj, Lev N. 79

Toombs, Kay 61, 68  
Trocin, Margareta 113  
Trousseau, Armand 57, 127  
Troyat, Henri 12  
Turner, Victor 61, 68

Van Dyne, S. S. 124  
Veglia, Marco 43, 46, 50, 53  
Vegni, Elena 71, 83, 92, 100  
Velázquez, Diego 108  
Vesalius, Andreas 29  
Villari, Pasquale 47  
Vittoria <regina del Regno Unito di  
Gran Bretagna e Irlanda> 102  
Voltaire 118, 124

Wachtler, Caroline 113  
Walton, Michael 66  
Wear, Delese 113  
Weiss, Paul 123, 135  
Wilkinson, Richard 64, 67  
Winnicott, Donald W. 91, 93, 100  
Woodfield, William 123, 136

Young, Allan 61, 68

Zamagni, Maria Paola 83  
Zannini, Lucia 83, 92, 100  
Zavoli, Sergio 76, 83  
Zola, Émile 19  
Zuppiroli, Alfredo 112



Collana della Biblioteca "Ezio Raimondi"  
Dipartimento di Filologia Classica e Italianistica  
Università di Bologna

I "Petali" si propongono di ampliare l'eco degli eventi organizzati nella Biblioteca "Ezio Raimondi" del Dipartimento di Filologia Classica e Italianistica dell'Università di Bologna, pubblicandone i resoconti.

Volumi editi:

1. *Conservazione preventiva. Gestire e formare per la tutela del patrimonio librario antico*, a cura di E. Antetomaso, F. Rossi, P. Tinti, 2007
2. *Andrea Zanzotto. Un poeta nel tempo*, a cura di F. Carbognin, 2008
3. *Critici del Novecento*, a cura di N. Billi e F. Rossi, 2011
4. *Le voci dei poeti. Parole, performance, suoni*, a cura di E. Minarelli, con un *Dialogo aperto sulla poesia* di A. Guglielmi, N. Lorenzini, E. Minarelli, E. Sanguineti, 2011
5. *Dialogando sulla poesia*, a cura di L. Miretti, con un'intervista a P. Valesio, 2013
6. *Riflessioni sulla Letteratura nell'età globale*, a cura di S. Vita, 2013
7. *AlmaDante. Seminario dantesco 2013*, a cura di G. Ledda e F. Zanini, 2014
8. *Martino Capucci. Etica di uno studioso, umanità di un maestro*, a cura di A. Battistini, F. Marri, 2014
9. *Ezio Raimondi. In occasione dell'intitolazione della Biblioteca di Dipartimento a Ezio Raimondi*, a cura di A. Di Franco, 2017

ISBN 978-88-98010622

I numeri della collana sono disponibili on-line in ALMA-DL AMS Acta:  
<<http://amsacta.unibo.it/view/series/Petali.html>>

