

Medical Humanities

MARCO VEGLIA

Nel suo primo e fondamentale compito, capace di per sé di coniugare una moltitudine di approcci al tema della malattia e della salute, la prospettiva delle *Medical Humanities* tende allo studio di tutte le forme che definiscono il rapporto fiduciario tra medico e paziente. Quest'ultimo, con modalità rese oggi sempre più articolate e complesse dall'odierna società multiculturale e dall'accesso a informazioni non criticamente vagliate (che profilano il rischio della *parificazione di informazione e competenza*), secondo strategie consentite dagli attuali mezzi di comunicazione di massa, giunge dal medico con un *racconto* della propria malattia (ovvero, con una *pre-interpretazione*, con un *pre-giudizio*, della propria problematica o necessità). Il medico, dal canto suo, ascolta la narrazione del paziente e deve interpretarla: il medico, in altre parole, si trova a dover *decostruire*, a dover ascoltare e intendere un racconto (orale) per sostituirgli una nuova *narrazione*, che consiste propriamente nella diagnosi e nell'avvio del processo terapeutico. Quel racconto del paziente, come tutti racconti, ha una sua forma, ha sue caratteristiche lessicali, sintattiche, diciamo stilistiche, risponde a un orizzonte d'attesa, ha un tempo (il tempo della malattia, che non è il tempo del malato e che, tanto meno, è il tempo del soggetto sofferente considerato nella sua interezza). Un nuovo racconto, che è quello del medico, per riuscire a creare e a consolidare la fiducia del paziente, non può non risultare una narrazione autentica, capace di avvalersi di specifiche competenze e sensibilità che il professionista, nella sua formazione, dovrebbe acquisire (si ricordino almeno, in questa prospettiva, gli studi di Byron J. Good e di R. Charon). Non si tratta semplicemente, dalla parte del medico, di prendere nota di alcuni aspetti, che identificano i requisiti cui deve rispondere in prima battuta un'anamnesi corretta: poiché, come la letteratura insegna nel quadro di una prospettiva che sarebbe corretto definire olistica, in un insieme composto da elementi che entrano in stretta interrelazione e reciprocità, la somma delle parti non coincide con il significato del tutto, al modo stesso che, in un racconto, il significato che

il lettore percepisce e al quale collabora, per disvelarlo e per coglierlo nel suo movimento di presentazione testuale, non è l'addizione delle componenti del testo. Se questo è vero, *prima* di cogliere il contributo che singole discipline possono offrire alla comprensione del rapporto medico-paziente, nella linea composita e ibrida che costituisce il pregio euristico delle *Medical Humanities*, occorre forse al medico la capacità, che soltanto la letteratura e le arti possono offrire, di interpretare la totalità complessa dell'uomo, nella persuasione che la sola verità empirico-sperimentale non costituisca, né certo esaurisca, il significato dell'esistenza. In questo paradigma si spiega il contributo specifico che la Medicina Narrativa, nella declinazione offertane da Rita Charon, può offrire, sia ai medici sia, più ampiamente, agli operatori sanitari. Dalla teoria della letteratura, dall'estetica della ricezione, dall'ermeneutica insomma, possono derivare quelle prospettive che, sintetizzate in alcune griglie interpretative, sono in grado di offrirsi alla formazione del medico o all'affinamento del medico già operoso. Dinanzi al ritratto di un volto nessuno potrebbe credere, se non al prezzo di rendersi ridicolo, che il significato del quadro coincida con l'analisi chimica della pigmentazione dei colori o della composizione della tela. Come osservava a questo proposito Roger Scruton, nel caso dell'arte noi entriamo in relazione conoscitiva con un *oggetto* (ora, il dipinto), che è il vettore di mediazione, attraverso le forme delle quali esso si costituisce, di un *soggetto*, diciamo pure di una presenza, che vi è "trattenuta". Nelle "brucianti prossimità" fra il medico e il paziente, per riprendere un'espressione di Cristina Campo (dedicata al medico e scrittore Anton Čechov), il primo entra in relazione con il soggetto sofferente che è il secondo, attraverso quel "farmaco vero" che è lo sguardo del medico, la sua capacità di rendere presente la propria attenzione attraverso l'efficace connubio tra la propria competenza e un linguaggio vigile e rispettoso: un linguaggio da "gentiluomo", aggiungeva Cristina Campo, che, scrivendo di Čechov, pensava allo zio medico e chirurgo Vittorio Putti, primario dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna. Dopo tutto, in un passo del *Fedro* di Platone, cui più volte sarebbe tornato col pensiero Hans Georg Gadamer, rispetto alla salute concepita come uno stato soggettivo di equilibrio con la "natura del tutto", al "guaritore ferito" che è il medico riescono simultaneamente preziose la scienza e la retorica, quindi la capacità di risanare e la forza persuasiva e solidale della parola umana. Entro questa relazione, il *benessere* del paziente, che include la sua salute fisica ma con essa non coincide, si nutre di processi empatici che costituiscono la premessa del rapporto con il medico e, insieme, lo *status* soggettivo per l'edificazione (dialogica, relazionale) del proprio benessere.

In una tale cornice (in linea, peraltro, con la definizione di *salute* offerta dall'OMS, dov'essa è concepita come “stato completo di benessere fisico, mentale e sociale”, non semplicemente come “assenza di malattia o infermità”), la salute, via via, sempre più appare come l'esito del *significato* che siamo in grado di attribuire a quelle medesime realtà delle quali facciamo esperienza. Essa si compone insomma di un elemento organico, ambientale, sociale, ma anche di un elemento *soggettivo*, che, umanamente, non può che essere – ripeto – *relazionale* e che, per ciò stesso, deve avvalersi dei beni, dei valori, anche immateriali, che nutrono e definiscono la soggettività umana. La comprensione “olistica” di questo quadro composito, al quale appunto diamo il nome di *salute*, non è quindi la somma delle sue parti, ma una totalità significativa, alla definizione e intelligenza della quale giova una forma di comprensione che non è *causale*, ma *interpretativa* (e che, come tale, va appresa e assimilata inducendone le caratteristiche dalle discipline che ce la trasmettono e che, come tali, rientrano per così dire nel dominio dell'estetica).

Se comunico per esprimermi, se mi esprimo per farmi comprendere, la competenza testuale, retorica, argomentativa, lessicale, deve essere acquisita e padroneggiata. La salute, pertanto, sempre più appare come l'esito del modo, interdisciplinare e perciò dialettico, con il quale essa viene intesa e affrontata, da una spècola che è insieme epistemologica, etica, sociologica, antropologica e filosofico-giuridica. Tale prospettiva, com'è agevole intuire, induce a una radicale revisione delle discipline stesse che si impegnano a promuovere la conoscenza della salute, esito composito e multiforme di una integrazione dei saperi e delle competenze poste al servizio della persona e, più in generale, dei cittadini. Se il risanamento della malattia è compito peculiare della componente scientifica dell'arte clinica, il carattere composito della salute suscita, vuoi per la medicina, vuoi per altre aree disciplinari, la possibilità di integrare il processo della cura con il contributo di altre competenze

Perché tutto questo avvenga, il paradigma di riferimento dovrebbe volgersi all'uomo nella sua interezza (al *soggetto* che abita un *oggetto* che è il corpo malato). Un simile paradigma sembra allora definirsi attraverso il modello della narrazione e delle specifiche conoscenze che consentano di comprendere i processi dell'affabulazione narrativa. Si tratta, per dirla in altro modo, di mettere in luce come *le tecniche dell'interpretazione e dell'ermeneutica, le strategie dell'espressione verbale e non verbale*, possano essere preziose nelle situazioni della nostra multiforme vita professionale (clinica, ma non clinica soltanto). E poiché l'identità umana, in quanto sociale, è *relazionale e dialettica*, ecco che, in questa prospettiva e su questo fondamento, l'acquisizione di un *saper imparare* e di un *saper trasmettere la conoscenza* (l'uno e l'altro age-

volati dall'esperienza estetica) diventa essenziale, per una competenza che si traduca, di fatto, in una rinnovata cittadinanza consapevole (che altro è mai, nella sua concretezza in ampio senso *politica*, la nostra consapevole relazione con la "natura del tutto"?). Emerge dunque, con sempre più viva urgenza, la necessità di competenze narrative, espressive, comunicative, relazionali, non solo necessarie ma indispensabili per instaurare relazioni fiduciarie. Il caso medico-paziente è, in questo senso, il più evidente esempio che si possa fare, ma non è certo l'unico nel quale la fiducia nella relazione umana determini l'efficacia delle competenze trasmesse (lo stesso discorso vale per l'insegnante, per l'avvocato, per il giudice, per il tecnico che deve non solo valorizzare la propria professionalità, ma che deve farlo *calandola* nelle esigenze e nella sensibilità dell'altro, dell'interlocutore o del committente).

Asse portante delle *Medical Humanities* è pertanto la collaborazione di *specifiche competenze* che definiscano, ciascuna dal proprio punto di vista, un orizzonte *narrativo* e dialogico, nel quale, come s'è accennato, trovino giusta collocazione le sue componenti essenziali: oltre alle arti, la bioetica, la psicologia, la pedagogia, la linguistica, la retorica, tutte orientate a contribuire all'arte della cura. Alla luce di necessità empatico-relazionali, lungo l'architave della narrazione s'innesta il pregio particolare di competenze che, proiettate nella narrazione e nel rapporto espressivo con l'altro, divengono propriamente trasversali. Le *Medical Humanities* si collocano pertanto all'incrocio tra alcune importanti *soft skills*, quali la *comunicazione efficace* (che include, ripeto, modalità non verbali, prossemiche, cui ampiamente possono contribuire le arti figurative, il cinema, il teatro), la *capacità di instaurare relazioni interpersonali* efficaci e vicendevolmente "benefiche" (poiché incidono sul benessere mentale e sociale), l'*empatia* (una *lucida* capacità di immedesimazione con l'altro, come condizione per l'espressione compiuta della propria soggettività). La trasmissione e la valorizzazione di una qualsivoglia conoscenza richiedono pertanto il competente potenziamento di capacità relazionali (in ampio senso, ermeneutiche), che, a partire dal caso emblematico del rapporto medico-paziente, si estendano ad altri e molteplici ambiti professionali. La fiducia, che non è la conseguenza della competenza e la cui assenza o insufficienza rientra in quelli che gli economisti definiscono costi di transazione, è quindi un *sapere* che si trasmette unicamente attraverso un *saper fare*, ovvero un *bene* che si instaura e si infonde apprendendo a comportarsi *come se* esso già vi fosse: come accade a un attore o a un lettore, che debbono dar vita un testo da eseguire o interpretare, lasciandosi *interpellare* sia dalla *differenza* dell'altro, sia dalla propria soggettiva esperienza (l'oggettiva consistenza della prima *parla* in funzione della natura della seconda).

Da questo particolare punto di vista, la letteratura e le arti possono educare a una specifica, precisa, inconfondibile relazione (che è parte integrante della propria identità) e a una restaurazione della “prossimità”, che è condizione stessa dell’esercizio di lettura (la Nussbaum discorreva, a questo proposito, di *emozioni razionali*, che meglio si intendono ora alla luce dei *neuroni specchio* studiati dai neuroscienziati). Nel romanzo, nella pittura, nel cinema e nel teatro, le prospettive ideali dell’autore sono *calate* in circostanze (sociali, ambientali, linguistiche, culturali, religiose) ben definite, che educano il lettore al riconoscimento e alla conoscenza della dignità dell’altro e della sua differenza. Queste prospettive, che nascono dal mondo delle *Humanities*, vengono studiate e decostruite per ricavarne tecniche, modalità, esempi da offrire alla discussione *trasversale*. Su questa linea la relazione *io-tu*, che è la relazione del lettore-spettatore col testo o con l’immagine che egli deve interpretare, può essere spiegata e affrontata nelle sue tecniche e nelle sue dinamiche, nei suoi risvolti professionali, culturali, sociali, etici, religiosi (in una parola, antropologici), con un riferimento a un terzo elemento, nella sua datità e presenzialità, che è la vita, la natura, la storia (grammaticalmente, si tratta della terza persona che rende possibile il dialogo *io-tu*). Le stesse ipotesi scientifiche, per poter essere formulate, richiedono allora una *immaginazione scientifica*, ovvero la capacità – da educare – di ipotizzare contesti diversi sui quali esercitare il proprio metodo di verifica e di analisi. Senza un’educazione all’immaginazione, risulta compromessa la stessa mobilità prensile dell’immaginazione scientifica.

Oggi, se le neuroscienze e la bioetica costituiscono un ponte privilegiato fra le cosiddette “due culture”, è nondimeno tutta la scuola clinica, centrata sulla cura del malato e sull’alleviamento delle sue pene, a essere interpellata da questi percorsi (che, per seguire Michelle Serres, potremmo definire una *terza istruzione*). La parola che cura, la parola che consola, la parola che salva (il *Decameron* di Boccaccio si apre con un’affermazione lapidaria: “Umana cosa è aver compassione degli afflitti”), vengono così a toccare il centro stesso, la scaturigine antropologica delle arti, che, alla loro radice, sono e restano una terapia del dolore, una sospensione e un ripensamento – nella bellezza che li trascende e trasfigura – dei dolori della storia individuale e collettiva. Questa latitudine di orizzonti induce a sperare che le *Medical Humanities*, che promuovo competenze trasversali, possano essere un punto di incontro e di dialogo, un crocevia tra il mondo tecnologico-scientifico e quello umanistico.

Se la salute, come ricordava ancora H. G. Gadamer, è la restaurazione di uno stato di benessere che include la qualità e la dignità della vita umana, essa deve comprendere quei beni immateriali che, di quella dignità, sono

parte integrante ed essenziale (la cultura, la bellezza, l'ambiente: le api operaie, questo ci insegna la scienza epigenetica, quando vengano nutrite di pappa reale divengono, immancabilmente, api regine). La bellezza restituisce la viva coscienza che il recupero intelligente di una dimensione simbolica è cosa vitale per l'*humanitas* della nostra vita (il *simbolico*, come ha ricordato Régis Debray, è il contrario del *diabolico*). Le forme e contenuti delle arti, che da un lato formano il medico e ne agevolano la dimensione empatico-relazionale, e che, dall'altro, consolano il paziente e ne costituiscono un momento di effettiva terapia, s'innestano pertanto nella dimensione individuale e collettiva della salute. Strutturalmente empatiche, poiché fondate sul rapporto con l'altro, inteso come condizione del dispiegarsi della loro stessa efficacia, le arti della parola, della musica e dell'immagine, nel ricondurre la comprensione e l'interazione umana ai loro fondamenti antropologici divengono un momento essenziale della educazione trasversale alla complessità sociale e culturale del mondo in cui viviamo.

A questo punto può non essere inutile ragionare su una specificità che la tradizione clinica bolognese ha sempre mostrato di possedere, a maggiore dall'epoca di Augusto Murri. *Il pensiero scientifico e didattico della Clinica Medica bolognese*, per riprendere il titolo delle due lezioni di Murri lette il 14 e il 17 gennaio 1905, si è mosso coscientemente in questa direzione, che del resto s'inscrive nell'opera indefessa profusa, in Bologna, dall'antica e ancor gloriosa Società Medica Chirurgica. Non nella sola formazione del medico, ma nella costituzione dei luoghi stessi della cura, a Bologna scienza e bellezza camminarono congiunte: come accadde nel caso del Rizzoli, nel villino del direttore del quale nacque e crebbe, s'è ricordato, Vittoria Guerrini, alias Cristina Campo. Fortemente voluto, quel connubio, da chi, del Rizzoli, fu promotore e demiurgo, l'avvocato Giuseppe Bacchelli, padre del futuro romanziere Riccardo, il Rizzoli seppe armonizzare l'eccellenza della scienza moderna con il culto, gli agi, le comodità, l'accoglienza, il decoro, di un luogo "bello", che, ai pazienti, instillava ragioni di benessere e sollievo (Enrico Panzacchi, zio di Vittorio Putti, amico fraterno di Giuseppe Bacchelli, quando seppe di trovarsi prossimo alla morte chiese e ottenne una stanza al Rizzoli, per guardare dall'alto del colle di San Michele in Bosco la sua Bologna: fu questa, fuor di metafora, accanto al sollievo dei farmaci, la sua "terapia del dolore"). Camillo de Meis, medico e filosofo così celebre al suo tempo da fornire il cognome fittizio al protagonista del *Fu Mattia Pascal* di Luigi Pirandello, avrebbe desiderato che il percorso della formazione universitaria prevedesse un primo anno comune a tutti gli indirizzi, dove, in un cammino filosofico e umanistico, si fornissero agli studenti quegli elementi

comuni che si sarebbero in seguito articolati in un percorso di specializzazione delle loro competenze.

Da queste premesse, che sono un vanto dell'Università di Bologna, sono discese iniziative, come questo volume rappresenta, che il Centro Studi ha portato avanti con il contributo della Fondazione Cassa di Risparmio in Bologna e che, oggi, si offrono all'attenzione dei lettori, in apertura di una collana dedicata al dibattito e al confronto su temi e percorsi, se quanto abbiamo accennato ha un fondamento di verità, che parlano direttamente alla nostra vita quotidiana.