



## Recensioni

### Il malato ed il medico:

#### «Ei dice cose e voi dite parole»

«Graziano dice una quantità di un bel nulla...  
Le sue ragioni sono come due granelli di frumento  
nascosti in due moggi di pula: cercherete tutto il  
giorno prima di trovarli; e quando li avrete trovati,  
vi accorgete che non metteva conto di cercarli»  
William Shakespeare

Due scritti apparsi recentemente su questa rivista hanno richiamato l'attenzione sull'attualità (e la complessità) del rapporto medico-paziente (Recenti Prog Med 2004; 95: 1-4): rapporto in cui si intrecciano confidenza, abbandono, reticenza, angoscia, empatia e giudizi di valore, con implicazioni di natura etica, giuridica, psicologica, sociale oltre che medico-biologiche. Tale problematica – così come vissuta dai protagonisti, il malato e il medico, nel corso degli ultimi decenni – costituisce l'oggetto di un libro che, pur pubblicato per la prima volta nel 1984, conserva interesse e – riedito dopo venti anni – continua a richiamare attenzione: **The silent world of doctor and patient**, di Jay Katz, con una nuova introduzione di Alexander Morgan Capron. Pagine 264. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2002; dollari 18,95, ISBN 0-8018-5780-5. Il New England Journal of Medicine lo ha definito: «un manifesto poetico, pietra miliare nell'itinerario verso una medicina veramente umana» e il New Physician lo giudica «parto d'amore generato da un'intera vita dedicata alla medicina, al diritto e alla psichiatria». L'Autore, infatti, è professore emerito nella Facoltà di Giurisprudenza e in quella di Medicina all'Università di Yale e, durante la lunga e brillante carriera accademica e professionale, si è dedicato in prevalente misura allo studio e all'approfondimento del tema. Il focus della sua analisi critica è la posizione dominante del medico rispetto a quella del malato; posizione che consegue al convincimento (erroneo) che questa egemonia, fondata su un sapere tecnico ("sacralizzato" dall'esperienza), possa e debba far aggio sulla (altrettanto tecnica) "ignoranza" del paziente, il quale è destinato, quindi, ad un ruolo di silente deponenza. Il perpetuarsi di tale disparità, nonostante le ormai copiose ed autorevoli obiezioni dell'etica medica moderna e contemporanea, è – per l'Autore – causa ed insieme conseguenza del fallimento dell'alleanza terapeutica, cioè di quello stato di grazia da sempre teorizzato ma non altrettanto spesso praticato nel rapporto tra il malato ed il medico. Causa e conseguenza – scrive Katz – in quanto l'origine del guasto si annida nella radice stessa della formazione del medico, la quale è storicamente orientata più ad una missione protettiva e paternalistica che ad un confronto paritario di compartecipazione col malato. A questa conclusione l'Autore perviene attraverso un dotto *excurus* multidisciplinare (giurisprudenziale, psichiatrico, etico) che, quantunque non confortato da letteratura recente, è tuttavia attualizzato da un ampio saggio – una vera e propria appendice – di Alexander Morgan Capron, docente all'University of Southern California, saggio che introduce e ringiovanisce la presente riedizione (2002)

In alto, accanto al titolo: Giorgione, particolare della "Madonna che legge", Ashmolean Museum, Oxford.

sottolineandone, a suo parere, l'immutata validità. Esso conferma l'assunto del libro: occorre sì, che il medico crei e coltivi speranza e fiducia nel malato, che non alimenti ansie, timori ed infondati convincimenti. ma questo risultato non deve discendere da una posizione esponenziale, da un privilegio *ex cathedra*; bensì deve formarsi in un processo di libero e paritetico scambio, in un confronto trasparente e non rituale, affrancato dalla falsa coscienza (di entrambi i dialoganti) e/o da miopi pietismi; nello specifico, Katz ridimensiona l'istituto del consenso informato, istituto che, secondo lui, ha man mano ceduto funzionalità sostanziale al formalismo burocratico, ed afferma con forza il primato del dialogo. Dialogo che non è soltanto conversazione, così come il silenzio non è solo assenza di parola. Ci sono parole mute e silenzi eloquenti, e già Francesco Berni, medico e letterato, distingueva saggiamente: «Ei dice cose e voi dite parole». Perché il dialogo – sintetizzano Katz e Capron – è essenzialmente colloquio, scambio, ascolto reciproco e la parola è per metà di colui che parla e per metà di colui che l'ascolta. È quindi consigliabile – soprattutto al medico – ascoltare molto e parlare con parsimonia, così come ammonisce San Bernardino da Siena: «Dio ti ha dato due orecchie ed una sola lingua, perché tu oda più che tu non parli». Ciò che è alla base di un vero dialogo è l'attitudine ad accettare la diversità dell'altro, l'essere disposti a confrontarsi con le sue ragioni. Nel monologo, al contrario, gli si concede di esistere soltanto come contenuto della propria esperienza.

Tuttavia, alla fine, un lettore meno connivente potrebbe chiedersi: perché accade che nel corso della formazione del medico questi "fondamentali" vengano ignorati o recepiti in misura tanto spesso inadeguata?

Jay Katz – come abbiamo detto – ci fornisce una risposta incline a privilegiare motivazioni più psicologiche e tecniche che sociopolitiche, evitando (eludendo?) – in sintonia con una "pedagogia mite" – causali meno trasparenti, quali potrebbero essere quelle correlate ad interessi economici, di classe, di corporazione o, tout-court, di potere. Ma tant'è: ipotesi del genere – presumibilmente all'Autore non congeniali – avrebbero anche avuto bisogno di un diverso terreno di cultura o lo avrebbero portato troppo lontano, in acque ben più procellose; così che, a ben pensarci, avrebbe forse rinunciato a scrivere questo libro.

Chiara Fedeli

### Dare vita agli anni

«Sul capo che ha molto sofferto  
e sul petto canuto  
sparga qualcuno la mirra».  
Alceo

Nei Paesi industrializzati è in corso un cambiamento demografico epocale. Nella maggior parte di essi, il 15% della popolazione ha più di 65 anni. Negli Stati Uniti l'attuale 13% di ultrasessantacinquenni è destinato a divenire il doppio nei prossimi sei lustri, da 35 a 70 milioni. Il fenomeno della "baby boom generation" raggiungerà il traguardo in meno di un decennio, con buona pace di ostetrici e pediatri e con speculare incremento di lavoro per internisti dell'adulto, soprattutto geriatri. I quali verificano sin da ora la nuova situazione, dato che il segmento della popolazione in maggior crescita è addirittura quello degli ultra ottantenni.

Anche in Italia abbiamo, in proporzione, una situazione analoga: ci sono più persone sopra i 65 anni (18,2%) che sotto i venti (16,8%); ed il Servizio Sanitario Nazionale – unitamente alle Regioni – dovrebbero far di più per fronteggiarla, innanzi tutto rivendicando con vigore risorse più cospicue, sia finanziarie che organizzative. Si pensi, soltanto, che nelle quattro facoltà di Medicina a Roma, ai 37 professori di pediatria ne corrispondono appena 7 di geriatria.

La vasta e complessa problematica interpella anche dottrina e teoria, le richiama allo studio di nuove patologie (o – almeno – di “inconsueti pazienti”) e alla messa a punto di appropriati *itinerari* diagnostici e terapeutici.

Un cospicuo Trattato – di recente pubblicato negli USA – intende contribuire allo scopo: **Clinic Geriatrics, a cura di T.S. Dharmarajan e Robert A. Norman. Pagine 686. Rilegato. Parthenon Publishing, New York 2003. Dollari 89,95. ISBN 1842141120.** È strutturato in cinque sezioni. La prima mette a fuoco i principi fondamentali, la fisiologia dell’anziano (giovane e meno giovane), gli orizzonti che si aprono alle peculiari esigenze in tema di medicina preventiva, di esercizio fisico, alimentazione, trattamenti palliativi e correlati dilemmi etici e deontologici. La seconda sezione dettaglia la patologia speciale: cadute, fratture, incontinenza urinaria, osteoporosi. I problemi neuropsichiatrici vengono trattati nella terza parte, mentre la quarta è organizzata seguendo il coinvolgimento dei diversi organi: dalla cute all’apparato respiratorio, da naso-orecchio-gola ai sistemi digerente, renale, cardiovascolare, urinario; non mancano capitoli speciali dedicati all’oncoematologia geriatrica, ai disturbi ginecologici dell’anziana, al tema della sessualità. La quinta ed ultima sezione – dal titolo “Miscellaneous” – presenta argomenti vari, quali: deficit di vitamina B<sub>12</sub>, terapia ormonale sostitutiva, infezione da HIV nell’anziano.

Tutti i capitoli sono interessanti e ben scritti, con tono e stile omogenei, virtù assai apprezzabile in un libro a più mani; questo risultato è anche frutto dell’attenzione diligente e fattiva dei Curatori, i quali hanno collaborato in prima persona a quasi la metà dei capitoli, affiancando i cinquanta e più Autori (tutti statunitensi).

Da un libro di tal natura sarebbe stato improprio attendersi minuzia di dettagli ed esaustività. Esso non si ripromette finalità enciclopediche (peraltro non sembra esserci futuro per testi che abbiano simili pretese in un contesto così tumultuosamente cangiante). Dunque possiamo notare, senza eccessivo scandalo, alcune lacune: ad esempio, la mancata trattazione della stenosi lombare, che pure è condizione di frequente riscontro nell’anziano, o l’esilità del capitolo sul mal di schiena, patologia che i generalisti usano solitamente “girare” allo specialista geriatra. Dharmarajan e Norman hanno inteso offrirci, piuttosto, un testo di base: nozioni fondamentali da cui uno specializzando non può non prender mosca, valutandone, insieme, il limite essenziale: che diviene, così, sprone e incentivo ad ulteriori letture per approfondimento. Le bibliografie, infatti, sono doviziose ed aggiornate, così come dimostrativo e stimolante è il corredo iconografico.

Franco D’Angelo

## Il suicidio nella scienza e nell’arte

«La sola questione filosofica veramente seria è quella del suicidio».  
Albert Camus

Fino al principio degli anni sessanta, un medico del Regno Unito che avesse constatato un tentativo di suicidio era tenuto a notificarlo agli organi di polizia

ed a ricoverare il paziente in ospedale. L’obbligo fu rimosso dal Suicide Act. È uno dei tanti momenti della storia di un fenomeno, antico quanto la vita, che ha da sempre richiamato l’attenzione di scienza ed arte. Su quest’ultimo tema è stato pubblicato un volume dal titolo ambiguo ed ammiccante: **The art of suicide, di Ron M. Brown. Pagine 254. Reaktion Books, London 2001. Sterline 25. ISBN 186189 1059.** L’autore illustra (nel vero senso del termine, essendo il libro arricchito da ben 116 figure di cui 17 a colori) la rappresentazione che del suicidio hanno fornito scrittori, pittori e scultori nel corso dei secoli, dagli antichi Greci ai giorni d’oggi.

Nell’età classica c’era il suicidio imposto dall’osservanza della legge (Socrate, Sofonisba, Seneca) e quello dei condottieri che preferivano la morte alla resa (Antonio, Cleopatra, Catone). Di suicidio per mal d’amore abbiamo numerosi esempi letterari: Romeo e Giulietta, Ofelia, Anna Karenina. Importante è anche lo strumento del suicidio: onorevole è la spada, privilegio, ad esempio, dell’eroina Lucrezia; crudele e ignominiosa la forca, destino, invece, dell’incestuosa Fedra. Il principio di sacralità della vita sancito dalla Bibbia condannò il suicidio presso il popolo d’Israele (con curiose eccezioni quali il re Saul e Sansone) ed ugualmente, per i Cristiani, l’autopunizione di Giuda fu paradigma di irredimibile sentimento di colpa. È di Agostino – nel primo libro de “La città di Dio” – il distinguo assolutorio per le donne di Roma, violentate dai Goti durante il sacco della città, nel 410: ad esse, in quanto vittime incolpevoli, non spetta l’obbligo di lavare col proprio sangue la macchia dell’onore perduto, così come la tradizione aveva imposto nel passato. Dal sesto secolo, parallelamente alla celebrazione del martirio, la legge canonica decreta la dannazione dei suicidi: ad essi vengono negate esequie religiose. Anche nell’Inghilterra edoardiana e poi addirittura fino al secondo decennio del XIX secolo, i suicidi furono esclusi dai camposanti ed interrati, con un palo nel cuore, in luoghi remoti della città. Nella rappresentazione artistica figurativa, ai primi del 1300, la “Disperazione” – nella icasticità del genio gotico – aveva sembianze di misera impiccata, là dove, due secoli dopo, il suicida – nella interpretazione di Donne – non necessariamente si sarebbe identificato col trasgressore. Erano prodromi di quella medicalizzazione del fenomeno che fu caratteristica nel 1700 britannico: gli anni in cui ipocondria e melanconia assunsero un ruolo preminente, specie nella patologia della donna; così che il suicidio venne secolarizzandosi e venne legalmente classificato quasi sempre come un momento di follia, al fine di risparmiare a chi lo commetteva giudizio di fellonia e confisca dei beni. La reazione dell’età romantica sublimò, successivamente, il suicidio a destino dell’ “uomo delle passioni”, creatura pronta a lanciarsi nell’abisso dell’inevitabile fiamma della poesia.

Brown sottolinea, altresì, come la rappresentazione del suicidio sia sovente legata ad una idea di femminilità violata, espressa in tanti dipinti della donna-vittima e si sofferma in particolare sul prototipo di Ofelia annegata. Una annotazione al proposito (che peraltro potrebbe significare qualcosa di più di una occasionale curiosità) riguarda la schiacciante maggioranza di autori di sesso maschile nel corredo iconografico del libro, là ove non avrebbe certamente sfigurato – ad esempio – l’aggiunta di opere di pittrici, quali, ad esempio, Elisabetta Sirani, Artemisia Gentileschi, Angelica Kauffman. Che l’Autore sia stato contagiato “dal complesso” del sesso-forte?

Cecilia Bruno