

Recensioni

Libri

La compassione del cervello

«Penso che la misericordia, cioè la compassione del cuore, nel politico deve diventare anche compassione del cervello. È allora necessario che egli ami prevedendo i bisogni futuri, intuendo i venti in arrivo, giocando d'anticipo sulle emergenze collettive, utilizzando il tempo che spreca nel riparare i danni a trovare il sistema per prevenirli».

Antonio Bello



Un libro deve anche essere uno strumento per pensare. Ancora meglio sarebbe se divenisse, in conseguenza, un ausilio per agir bene. Lo diceva già ai suoi tempi e con le sue rime rotondeggianti il nostro Giuseppe Giusti: «Fare un libro è men che niente, se il libro fatto non rifà la gente». Un simile auspicio ha sigillo di garanzia nel caso del recente volume di **Rosy Bindi: La salute impaziente**. **Pagine 184. Jaca Book, Milano 2005. Euro 14,40. ISBN 88-16-40597-X.** Si tratta,

infatti, di argomenti e di Autrice già “verificati sul campo”. Argomenti che tuttora restano – e quanto urgenti! – in prima linea sul fronte degli interessi di ciascuno di noi e dell’intera comunità, come con icastica efficacia esprime l’allusione del titolo: i problemi della sanità pubblica sono impazienti. E Rosy Bindi ha tutti i titoli per affrontarli e illustrarceli: eletta nel 1994 alla Camera dei deputati, nel 1996 fu tra i fondatori dell’Ulivo. Ministro della Sanità nei governi Prodi e D’Alema dal 1996 al 2000, è stata rieletta al Parlamento nel 2001 ed attualmente è responsabile delle politiche sociali e della salute nel partito della Margherita ed è capogruppo in Commissione Affari sociali alla Camera.

Organizzato in 9 capitoli più una appendice, il libro è un documentato saggio tecnico e, insieme, una testimonianza ed un forte progetto politico; lo si evince citando anche solo alcuni titoli di temi paradigmatici: l’opzione neoliberista e l’opzione solidarista; programmare fa bene alla salute; dalla competizione alla cooperazione; la rivincita del territorio nell’integrazione sociosanitaria; dirigenti, non burocrati; formazione a tutto campo; medici di famiglia; verso il federalismo; la politica del farmaco; ticket sì, ticket no; verso un nuovo welfare.

Un nuovo welfare. Perché «il welfare non è un lavoro e non è residuale; se non teniamo insieme la società, se non sosteniamo i deboli, niente ripresa»: sono parole radicali di Romano Prodi, capisaldi di un programma politico; che trovano conferma in una sintetica quanto lucidissima prefazione: «Da studioso prima, e in politica poi, ho ripetuto forse fino alla noia che il Welfare State è la più grande conquista del XX secolo. È un patrimonio dell’Europa, del quale occorre avere

cura. Anche nei necessari aggiornamenti e miglioramenti in termini di efficienza e qualità, bisogna tener fede ai suoi obiettivi originari di benessere, di coesione sociale, di equità e giustizia sostanziale. Esso implica l’idea di una società solidale in cui nessuno è abbandonato alla solitudine delle proprie difficoltà e dei propri problemi. Ma al tempo stesso aiuto e sostegno mettono in campo una tale mole di conoscenze, saperi, ricerca, tecnologie e professionalità da diventare, a loro volta, moltiplicatori di benessere, innovazione, crescita per tutto il Paese. Nella società della conoscenza, la sanità diventa anche una delle leve con cui fronteggiare la competizione mondiale. È in questo quadro che il libro di Rosy Bindi pone la sanità al centro della politica, anzi ne fa la metafora di un intero progetto politico».

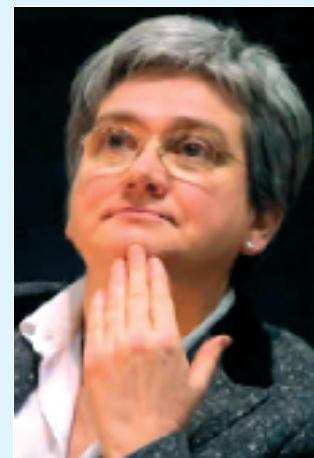
Politica nell’accezione alta: come insieme dei fini cui tende una comunità e dei mezzi impiegati per raggiungerli. E dunque: è ancora necessario sottolineare che la medicina in quanto teoria e pratica solidale, in quanto fenomeno storico-sociale, ha sempre una dimensione ed un ruolo politico?

Essa ha influenza politica ben prima di aver espressamente preso posizione in una data situazione. Sostenere che la medicina è e deve *a priori* rimanere neutrale, rivela o una mancanza di senso critico o il tentativo di camuffare immobilismi sospetti. Bisogna dunque sviluppare un’ermeneutica della medicina che sia insieme critica, pratica e politica, idonea cioè a impedirle di identificarsi con certe ideologie in modo incontrollato e di decadere, a causa di questo, al livello di una medicina meramente politicizzata.

“Medicina politica” significa piuttosto credere che il dominio dell’uomo sull’uomo ha conosciuto le sue disfatte, che occorre porsi dalla parte di coloro che soffrono, i quali, spesso proprio per questo, sono esclusi e rifiutati. Scriveva don Lorenzo Milani: «Il problema degli altri è uguale al mio. Sortirne tutti insieme è la politica. Sortirne da soli è l’avarizia».

“Medicina politica” significa reclamare la storia non semplicemente come uno schermo sul quale proiettare interessi attuali; significa mobilitare la tradizione come potenza critica e liberatrice contro la coscienza unidimensionale e contro la sicurezza di coloro “per i quali vi è sempre tempo”. Tale critica non cessa di sospettare che quelle che il Berger definisce «strutture di plausibilità» di una società possano rivelarsi, invece, i «contesti di cecità» denunciati da Marx.

In questa situazione sarebbe oggettivamente disonesto ricorrere all’ambiguità radicale delle realtà “militanti” per giustificare l’assenza di prese di posizione da parte della medicina e per razionalizzarne le astensioni.



«Faccio politica perché cerco la giustizia e credo nell’impegno a favore della dignità della persona, dei suoi diritti e delle sue libertà.» (Rosy Bindi).

Proprio i medici, in tal caso, potrebbero correre il rischio di divenire i mandarini di una scienza e di una professione che, sotto il manto della neutralità, pratica l'antico integralismo e stabilizza pericolosi sodalizi regressivi, non certo a vantaggio dei sofferenti e degli esclusi. Per eludere tale rischio, non si deve ridurre il compito della medicina alla sola sfera della ricerca e della pratica, né volgerlo solo verso fini extrastorici. Si deve chiedere ai medici e alla medicina di recuperare, in un quadro storico nuovo, la responsabilità del loro compito, che è compito di liberazione dal dolore e dalla disuguaglianza.

La prima condizione essenziale per il raggiungimento di questo obiettivo è che le strutture istituzionali della medicina siano organizzate in modi che non sanciscano i rapporti di dipendenza e di non-autonomia e non traducano in norma la delega ai vertici dell'istituzione.

L'altra condizione riguarda la coscienza professionale che ricerca la propria identità soltanto all'interno delle istituzioni tecniche. Non a queste essa deve chiedere i programmi per le trasformazioni di base, ma deve impegnarsi – piuttosto – a coniugare in se stessa le attese e le idee di una politica, dedotte non da un proprio *status*, ma indotte, piuttosto, dall'analisi scientifica della società.

Ne deriva – terza condizione – che il medico deve collocarsi dalla parte di chi aspira al superamento di un sistema "chiuso", senza far discendere dal ruolo la propria scelta, ma verificandola nella sua misura dialettica tra speranza politica e realtà scientifica. E se oggi si intende nella misura corretta questa scelta "partigiana" degli intellettuali e dei tecnici, si riscoprirà necessariamente il carattere liberatorio della medicina e dei medici, carattere che, per molto, troppo tempo, è stato nascosto sotto sogni umanitari.

La difficoltà a cogliere questa lezione consiste nel fatto che sempre più si tende a fare della città presente la città definitiva e sempre meno si aspetta quella futura; così non si vede altro che un cambiamento delle strutture. Una medicina veramente rinnovata nella storia legittima questo atteggiamento, ma esige qualcosa di più: esige che, cambiando l'uomo, proteggendolo la vulnerabilità, si anticipi l'avanzamento dell'esistente. Il punto focale di una tale speranza non è soltanto il futuro aperto, bensì e soprattutto è il futuro di coloro che non hanno speranza.

Il libro di Rosy Bindi è importante per queste e per molte altre ragioni. Innanzitutto – giova ripeterlo con le parole di Prodi – «per riaffermare che la salute – bene pubblico e diritto di ciascuno – merita un pensiero forte e un'idea di politica altrettanto forte. Sarà, ancora per tutti coloro che operano nel settore, un utile orientamento per capire fino in fondo le dinamiche istituzionali e organizzative in cui sono coinvolti. Di più, credo che esso possa costituire un importante strumento didattico di "educazione civica", per utilizzare il titolo di una troppo bistrattata materia scolastica. Il senso di comunità esige nei cittadini una consapevolezza dei propri diritti così come la nostra Costituzione ce li consegna. Comporta però anche la conoscenza delle condizioni che li rendono esigibili, dal reperimento delle risorse all'organizzazione della rete di servizi.»

E così conclude, infatti, l'Autrice:

«La nuova Sanità, dunque, deve riprendere il cammino di quella "rivoluzione copernicana" avviata con il Piano sanitario nazionale del '98 e la riforma del '99

e mettersi al servizio, con la sua organizzazione e i suoi professionisti, di un ambizioso progetto di umanizzazione. Non basta affidarsi a un'ordinata ed efficiente gestione, alla standardizzazione delle procedure, ai protocolli e alle linee guida. Occorre scommettere ancora una volta e con più convinzione sulla presa in carico della persona, sulla possibilità di tornare dall'auscultazione all'ascolto. In realtà è il compito più difficile: insegnarci a convivere con i nostri limiti e amministrare la dolorosa consapevolezza della nostra fragilità.»

Se fosse lecito scommettere sui risultati dell'agire in base alle virtù delle intenzioni, allora il coraggio, l'umanità e l'esperienza che pervadono le pagine di questo libro autorizzerebbero una fondata fiducia di progresso civile e sociale.

Benedetta Marra

VOLUMI DI CORRELATO INTERESSE

PAOLO VINEIS, NERINA DIRINDIN

In buona salute. Dieci argomenti per difendere la sanità pubblica.
Pagine 126. Einaudi, Torino 2004. Euro 12.

MARCO BOBBIO

Giuro di esercitare la medicina in libertà e indipendenza. Medici e industria.
Pagine 288. Einaudi, Torino 2004. Euro 15.

ROBERTO GRILLI, FRANCESCO TARONI

Governo clinico.
Pagine 360. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2005. Euro 28.

PAOLO CORNAGLIA FERRARIS, EUGENIO. PICANO

Malati di spreco. Il paradosso della sanità italiana.
Pagine 180. Laterza, Roma-Bari 2004. Euro 14.

La valutazione di esito in oncologia

«L'errore più grande è pensare che il valore sia un oggetto che si contempla, mentre, in realtà, è sempre un'azione da farsi o una pratica da seguire.»

Louis Lavelle

Gli anni recenti hanno visto un progressivo affermarsi dei concetti propri della medicina basata sulle prove di efficacia nel processo decisionale in materia sanitaria, ed il passaggio da una cultura essenzialmente basata sulla esperienza del medico ad una conoscenza basata sul dato del trial. Tale cambiamento ha generato nuove controversie per la ricerca o la pratica clinica quotidiana.

In questo contesto, alcuni tra i quesiti che più di frequente si pongono al medico sono i seguenti:

- I dati dei trial sono sempre applicabili alla pratica clinica quotidiana?
- Tutti i pazienti della pratica clinica sono assimilabili ai pazienti dei trial?
- Conseguentemente, quanto osservato nel singolo trial sarà quanto osserveremo sul singolo paziente?

- I contenuti di uno studio clinico controllato o di una meta-analisi rappresentano sempre il valore più alto che può essere offerto al singolo paziente nella pratica clinica?
- Quali obiettivi si pone il medico nell'affrontare i problemi del singolo paziente?
- Come, allora, si coniuga il lavoro per il singolo paziente con le esigenze della popolazione cui le prestazioni sono rivolte?
- In un contesto di risorse economiche "finite" ("limitate") quali criteri devono orientare il clinico e l'amministratore nella elaborazione di una strategia terapeutica?
- Quali differenze intrinseche esistono tra i concetti di attività, efficacia ed appropriatezza nell'ambito delle scelte sanitarie?
- Quale nuovo ruolo può essere attribuito al rapporto medico-paziente nel contesto della medicina basata sulle prove di evidenza?

La ricerca di esito (l'anglosassone "Outcome Research") rappresenta il tentativo di coniugare la dimensione della ricerca clinica (nello specifico: il dato del trial) con la dimensione della pratica quotidiana (sia essa il singolo rapporto medico-paziente, o al contrario il momento decisionale nei confronti di una popolazione data), ed in quanto tale rappresenta un momento conoscitivo essenziale per tutti i settori della medicina clinica.

In questo scenario la valutazione di esito in oncologia rappresenta un momento molto importante, in ragione sia della rilevanza epidemiologica del fenomeno cancro nel mondo occidentale, sia per la peculiarità dei trattamenti oncologici nell'ambito della storia naturale delle neoplasie. Il volume di **J. Lipscomb, C.C. Gotay e C. Snyder, Outcome assessment in cancer. Measures, methods and applications. Pagine 676. Cambridge University Press, Cambridge, 2004. Pagine 676. Sterline 90**, unico per completezza e rigore metodologico, risponde ai principali quesiti della oncologia clinica, organizzando in maniera sistematica le informazioni dei singoli trial in una ottica di applicazione alla pratica clinica.

Quattro grandi aree vengono affrontate dagli autori nel corso dell'opera.

La dimensione della ricerca di esito quando applicata alla peculiarità del paziente oncologico, classificando gli end point di un trial in "patient-outcome" e "cancer-outcome".

La valutazione della qualità della vita del paziente oncologico in una ottica di "patient-outcome", sottolineando i limiti metodologici cui su cui si fonda questo tipo di analisi.

La valutazione economica dei trattamenti in una ottica di appropriatezza all'impiego delle risorse.

Il rapporto tra la ricerca di esito e le scelte in materia di politica sanitaria.

In particolare si sottolinea la rilevanza data dagli autori alla valutazione della qualità della vita nell'ambito dei "patient-outcome", sottolineando il suo significato sia in una valutazione di esito in senso stretto, sia in una valutazione di tipo farmaco-economico. È noto infatti come la valutazione della qualità della vita rappresenti, assieme alla sopravvivenza, il principale obiettivo di un trattamento nell'ambito dei "cancer-outcome", ed è altresì noto come spesso la valutazione dei principali cancer outcome venga sostituita dall'impiego di esiti surrogati il cui significato rimane almeno controverso in letteratura.

Nel libro di Lipscomb, Gotay e Snyder il problema della valutazione della qualità della vita viene affrontato sia nei termini dell'analisi degli strumenti di misurazione, sia in quello della evoluzione del significato nelle diverse fasi della malattia (dalla fase diagnostica nei processi di screening alle problematiche della valutazione nella fase terminale della malattia), o nelle differenti forme neoplastiche (neoplasia della mammella, neoplasia della prostata, neoplasie del polmone, neoplasie del colon retto) o nelle differenti fasi dell'approccio terapeutico (chirurgia, radioterapia, chemioterapia, end-of-life care). Interessante, inoltre, nel contesto della valutazione della qualità della vita, il capitolo dedicato alla valutazione di quella dei "caregivers", con l'allargamento del concetto di esito alla definizione di salute propria della Organizzazione Mondiale della Sanità: "benessere fisico, psichico e sociale del paziente e dei suoi familiari".

Altrettanto interessante, anche per il rigore scientifico con cui l'argomento è affrontato, è il problema delle valutazioni farmaco-economiche in oncologia, alla luce degli risultati dei trattamenti oncologici. In un contesto di spesa sanitaria apparentemente in non controllata e non controllabile crescita, gli autori ripropongono il modello già fatto proprio dalle maggiori società scientifiche oncologiche internazionali: quello di una scelta terapeutica che sia innanzitutto adeguata alle esigenze del paziente e fondata sulle migliori evidenze scientifiche in termini di appropriatezza. Particolarmente acute sono le considerazioni proprio riguardo al discorso della appropriatezza delle scelte, in cui si ribadisce l'importanza di un modello di valutazione dei costi rapportato all'outcome del trattamento sulla popolazione-bersaglio.

Concludono l'opera due capitoli molto significativi, riguardanti il ruolo delle valutazioni di esito (in particolare della qualità della vita) per gli organismi che regolamentano la registrazione dei nuovi farmaci in oncologia (FDA ed EMEA), ed il ruolo delle valutazioni della qualità della vita nell'ottica dell'industria farmaceutica.

Nel complesso, il lavoro di Lipscomb, Gotay e Snyder rappresenta un'opera completa, ben strutturata, condotta in maniera razionale ma anche accattivante; ne consegue che la trattazione, affrontando tutti i principali argomenti della ricerca di esito in oncologia, rappresenta una occasione di approfondimento sia per l'operatore già formato ai principali concetti dell'argomento, sia per quello non esperto della materia. Per la completezza nella trattazione, e per la sua elaborazione, elegante e sobria, il libro di Lipscomb, Gotay e Snyder merita di occupare un posto di rilievo nella biblioteca di ogni oncologo che voglia impostare il proprio lavoro in una ottica moderna e adeguata al contesto sanitario in cui è chiamato ad operare; parimenti, nel testo si ritrovano cospicui spunti di riflessione per l'amministratore sanitario, il farmacista ospedaliero o il ricercatore dell'industria farmaceutica, figure professionali con le quali l'oncologo clinico è chiamato a confrontarsi nell'impostazione e nella valutazione dell'operare quotidiano.

Le parole del silenzio

«Questa immensa impossibilità di parlare
è agghiacciante: ne è gonfio il cuore!»
Quanto bene saprebbe parlare,
quanto male anche, se volesse!...»
F. Nietzsche, Aurora

Quando si qualifica un libro con l'appellativo di «punto fermo» gli si fa, insieme, un complimento e una critica: se ne riconoscono, cioè, le virtù di aggiornamento, ma non disgiunte, sovente, dai limiti di *hortus conclusus*.

Prendiamo il caso di un testo sulla depressione, capace di comunicarci un esaustivo stato dell'arte per quanto riguarda la biologia di tale condizione: i fondamenti fisiopatologici, i sintomi, i segni clinici e i disturbi somatici che non di rado l'accompagnano; un testo capace di dirci tutto, ma proprio tutto (persino troppo!) sulla farmacoterapia. Così che, senza esitazione, potremmo definirlo «caposaldo biologico» della materia.

È quanto si rileva da questo *Late-life depression*, curato da Steven P. Roose e Harold A. Sackeim; pagine 388. Oxford University Press, Oxford 2004; Dollari 89,50; ISBN 019-515274-3. Di più: considerato il taglio meramente organicistico, ci verrebbe da intitolarlo in modo più esplicito: «Textbook of medical and biological perspectives of late-life depression». Giova sottolineare – a conferma – il ruolo primario attribuito all'elettroshock nelle pagine dedicate al trattamento e quello riconosciuto alla psicoterapia, alla quale è dedicato un solo smilzo capitolo!

Però, qui è il rovescio della medaglia, qui sono i limiti del «punto-fermo», di quell'*hortus conclusus* sopraccennati. Nell'accezione, oggi, più diffusa: ad indicare un ristretto campo di lavoro intellettuale di cui qualcuno è – o si ritiene – geloso specialista; l'accezione che il parlar comune chiama «coltivare il proprio orticello»: da parte di chi si occupa con

inarrivabile competenza di un settore particolare, senza ulteriori aperture (del resto, l'origine della locuzione, presente due volte nel «Cantico dei Cantici» come delicato e bellissimo elogio della sposa, sta nell'allusione alla sua verginale fonte d'amore). Il rifiuto dell'impostazione obiettiva e l'importanza della soggettività come sorgente di conoscenza davanti alle esperienze psicotiche sono i due elementi della sfida alla connotazione nosologica fino a ieri dominante in psichiatria.

«Le esperienze psicotiche sono segni: realtà umana antinomica, certo, ma consegnata al senso, non all'ignificanza degli eventi naturali. Può, ancora oggi, illuminarci Karl Jaspers quando, nella *Psicopatologia generale*, ci avverte: «non conosciamo alcun concetto fondamentale con il quale l'individuo possa essere compreso, nessuna teoria con la quale la sua realtà sia riconosciuta come un evento oggettivo del tutto» (Bruno Callieri: *Breviario di psicopatologia. La dimensione umana della sofferenza mentale*. Feltrinelli, Milano 1996: pagg. 9 e 10). Nel libro di Roose e Sackeim, al contrario, il contenuto è chiuso ad altra ottica che non sia quella del corpo inteso nella sua fisicità (Körper, mai Leib), come se all'evento biologico fosse preclusa la soglia dell'esperienza biografica del depresso. «Del depresso» – si noti – non della depressione. In quanto il grande assente – nel volume – sembra essere proprio il malato, colui che approssimandosi al delta della vita paga il costo – radicale e impietoso – della solitudine, spesso dell'abbandono, quasi sempre della vulnerabilità. Vengono trattate, nei diversi capitoli, ipotesi eziologiche vascolari, correlazioni tra neuroendocrinologia e depressione, ma non si fa mai cenno alla psicopatologia, alla fenomenologia dell'anziano in un contesto socio-culturale – come quello attuale – sempre più crudelmente alienante; mai riecheggia, nel libro, il grido di Gogol nei racconti di Pietroburgo: «Mamma, salva il tuo povero figlio! Versa una lagrima sulla sua testolina malata!» (Nicolaj Gogol: *Il diario di un pazzo*).

La profonda storia di un vuoto



Carpaccio: Le cortigiane (Museo Correr, Venezia)

Desolazione senza nome di un quadro: *Le Cortigiane*, di Carpaccio. Di dove viene? Ancora un'opera perfetta ottenuta per contrari... Sulla leggiadra terrazza ogni forma di bellezza è raccolta, come in un'immagine araldica: i fiori, i cagnolini, le bianche tortore domestiche, i pavoni dalle code preziose, i melograni più ardenti del rubino. L'aria è calmissima, quasi bronzea nello spessore profondo dell'azzurro. E l'ora immobile, profondamente bella che si vorrebbe arrestare. E 'a che serve? sembrano gridare in silenzio i due sguardi fissi, di una mitezza senza centro, perduta, i due vuoti e puri profili, uguali come due cose uguali, come due minerali in un trattato, due piante acquatiche: robuste e prigioniere. Ma nei volti delle Cortigiane non c'è giovanile morte né lamento amoroso. Esse non sono che «la profonda storia di un vuoto», dell'orrore ovattato dell'ozio, sbriciolato dal tedio, l'orrore della bellezza inutile, più vuota di una vuota conchiglia. «Mostri infelici» le chiamò un gentiluomo del loro tempo. Questo ha detto Carpaccio in silenzio: enumerando, ripetendo, mettendo in un angolo, dove nessuno lo vede, un cane atroce e disperato che morde un pezzetto di legno». (Cristina Campo: *Gli imperdonabili*, Adelphi, Milano 1997).

L'ansia, che è angoscia e orrore della bellezza che muore, con cui Carpaccio la descrive nascosta e ovattata nelle figure delle cortigiane e del cane, è un'ansia spiritualizzata e dematerializzata, direi, a cui sono sottratti gli artigli: trasfigurata dalla grazia della forma e dell'ispirazione.

Da: Eugenio Borgna, *Le figure dell'ansia*. Milano 1997: Feltrinelli; pagine 222-223.

È invece, questa, una richiesta che ha ormai udienza nella medicina e nella psichiatria contemporanee, così come ha felicemente sintetizzato Umberto Galimberti: «La strada della riumanizzazione della medicina deve partire dalla stessa antropologia medica; in particolare, se non riconosciamo che - oltre ad una intelligenza strumentale - possa esserci un'intelligenza che si interroga sui fini e sul senso della quantità, noi cospiriamo contro la realtà, diffondendo un atteggiamento di manipolazione nei confronti dell'uomo stesso». E come, più recentemente, ha ribadito Umberto Veronesi: «Insufficiente sarebbe un medico che non sa più vedere la differenza fra curare la malattia e curare il malato, tra curare il dolore e curare la sofferenza. La sofferenza, quella profonda, psicologica e esistenziale, si lenisce solo con la compassione e con l'empatia, che significa immedesimazione nei bisogni e nelle paure di chi ci sta di fronte».

C'è un'altra importante assenza, nel libro: ed è quella del medico di famiglia, dell'internista di base, che è proprio l'operatore di prima linea. È nell'ambulatorio del generalista, infatti, che - solitamente - prende avvio il rapporto col l'anziano depresso, non negli studi dello specialista psichiatra o nelle asettiche sale dei consultori ospedalieri.

Coerenti con i propri intendimenti - la malattia in luogo del malato - i Curatori del volume sembrano ignorarlo, con conseguenti omissioni relative al rapporto coi familiari, con l'ambiente di lavoro, con la storia vissuta di "quell" anziano, di "quel" depresso. Sono omissioni che feriscono: chi, oggi, potrebbe - ad esempio - ipotizzare un testo sulle vasculopatie in cui non fosse fatta menzione dei fattori di rischio: ambientali e soggettivi (iperlipidemia, abitudine al fumo di sigaretta, sovrappeso, sedentarietà)?

Ci troviamo quindi di fronte ad un libro rispettabile ma incompleto, un libro che può apparire addirittura fiero della propria zoppia. Cui è, tuttavia, lecito - e doveroso nei confronti del lettore - porre un interrogativo di base: sofferenza, solitudine, malattia, sono soltanto luoghi o, piuttosto, suonano come parole del silenzio? Il disagio, il dolore della mente, dell'anima, la morte: sono solo destini di una *culpa per esse* o, piuttosto, interpellanze per un'ermeneutica di confine? Ecco le domande che ci vengono poste dalla metamorfosi dell'evento biologico in esperienza biografica. Nelle risposte che ad esse sapremo dare sarà possibile promuovere ad arte di medico la tecnica della medicina.

Alice Morgan



La bilancia e la piuma

Con **Il segreto di Vera Drake** - due premi all'ultimo festival veneziano (miglior film e migliore attrice) - **Mike Leigh**, veterano dei registi britannici, ci offre un toccante spaccato degli stenti e delle umiliazioni sofferte dalle famiglie del proletariato inglese durante gli anni immediatamente successivi al secondo conflitto mondiale. Ambientato in una Londra agli albori del welfare state, ancora convalescente delle ferite di guerra, il film racconta la routine quotidiana di Vera (una memorabile Imelda Staunton), brava massaia che non ha conosciuto giovinezza, moglie e mamma premurosa. Vera acudisce anche l'anziana madre, aiuta i vicini di quartiere condividendone indigenza ed affanni, va su e giù per le scale di alloggi senza luce e senza speranza in sobborghi dimenticati, instancabile samaritana di corpi e di anime. Perché Vera è anche compassionevole "mammana", che assume su di sé l'angoscia di tante giovani ingannate o illuse, e al di là di giudizi e pregiudizi, le aiuta a interrompere non desiderate gravidanze; ella pratica aborti clandestini con lo stesso animo con cui dona ai più poveri una zuppa calda, con cui lenisce solitudini irridimibili e culla bimbi senza famiglia: non chiede un grazie, men che mai uno scellino. Finché - ingannata e tradita - viene scoperta, processata e condannata. Ma alla algida sentenza della legge oppone, ancora una volta, la partecipe fede della misericordia: «Non ho mai pensato di fare del male, ho voluto semplicemente aiutare delle povere ragazze che da sole non avrebbero potuto cavarsela». Come mettere una piuma sulla bilancia.



Qui è il nucleo della denuncia di Leigh: nei confronti di una latitante sensibilità comunitaria, di una educazione civica carente, di un'assistenza sociale e sanitaria discriminatoria; e - insieme - la radice della sua dolente indulgenza verso la colpa di chi, avvertendo l'urgenza di una giustizia fatta per l'uomo, non esita a correre il rischio di contravvenire alle leggi d'un sistema poco sollecito nei confronti della sofferenza di tanti. Infatti, pur se la sceneggiatura non esplicita motivazioni meno immediate, lo spettatore ha vissuto e vive, con gli occhi di Vera, il dramma umano e sociale sotteso all'aborto, il deserto affettivo che lo genera, le disuguaglianze economiche e culturali che lo favoriscono, il silenzio dell'istituzione che prima lo esorcizza e poi lo condanna senza attenuanti.

E dunque, al di là del racconto così fortemente evocatore, quale senso ha questo film? Ognuno ovviamente vi troverà il suo. Quello che a noi è sembrato di scorgere è quello di un duplice messaggio. Il primo: anche Vera Drake, come le sue desolate assistite, è - ad un tempo - attrice e vittima in una società "separata" dai bisogni primari delle persone: una società in cui stentava ancora a farsi strada il principio che la salute non è una merce, e nella quale ancora timido era l'imperativo a ridurre condizioni di insicurezza che favoriscono il disagio (povertà, disoccupazione, aborto, morbidità). Secondo: la insostituibilità di un sistema sanitario idoneo ad assicurare a tutti i cittadini, senza distinzione di censo o di stato, l'intervento pubblico necessario.

C.B.