



La rivista *MEDIC New Series*, Metodologia Didattica ed Innovazione Clinica si caratterizza per un approccio globale e unitario ai temi della Salute e della Formazione Bio-Medica. Essa intende proporsi come uno spazio di dialogo tra le cosiddette *due culture*, quella scientifica e quella umanistica, nello sforzo di offrire spunti di riflessione e di confronto alla luce di un neo-umanesimo medico che ha nella persona il suo punto di coesione e di equilibrio. Si tratta di una rivista scientifica multidisciplinare, che ospita revisioni della letteratura e lavori originali, nonché editoriali, lettere all'editore su argomenti di particolare interesse e recensioni di libri.

La rivista si propone di fornire un'occasione di confronto sul piano internazionale attraverso la pubblicazione di contributi attinenti alle seguenti sezioni: *Metodologia, Epidemiologia, Clinica e Ricerca di Base, Educazione Medica, Filosofia della Scienza, Sociologia della Salute ed Economia Sanitaria, Ingegneria Bio-Medica, Etica ed Antropologia, Storia della Medicina*.

Uno degli obiettivi prioritari della rivista è aprire un dibattito sui temi di maggiore rilievo scientifico in ambito bio-medico, affrontandoli sotto diverse angolature attraverso i contributi dei vari autori. *MEDIC New Series* vuole in tal modo offrire agli studiosi che si confrontano con le grandi questioni della salute e della malattia, della vita e della morte, del dolore e della sofferenza, uno scambio fecondo con colleghi di altre discipline, perché si giunga a una composizione del tema più ampia di quella consentita dall'esclusiva ottica delle propria specialità.

Il dialogo tra le Scienze, per essere efficace e fruttuoso, deve essere prima di tutto un dialogo tra scienziati, capaci di analizzare la realtà anche con linguaggi diversi, per comprenderne aspetti che altrimenti resterebbero sottintesi o non sufficientemente elaborati e strutturati.

Ciascun manoscritto sottoposto per la pubblicazione verrà selezionato dai membri del Comitato Editoriale, in base alla tipologia di manoscritto e all'argomento contenuto, e sarà inviato dal responsabile della sezione specifica a due *referee* esperti che formuleranno un giudizio motivato. La decisione finale sull'accettazione del manoscritto verrà presa dal Comitato Editoriale, dopo aver conosciuto i pareri dei *referee*.

The scientific journal MEDIC New Series, Methodology & Education for Clinical Innovation distinguishes itself for its global and harmonious approach to Healthcare and Biomedical education issues. It wishes to foster the dialogue between the so called two cultures, the scientific and the humanistic one, in its effort to offer occasions of reflection and of confrontation in the light of a medical neohumanism which sees in the human being its point of cohesion and balance. It is a multidisciplinary scientific journal publishing literature reviews, original papers, editorials, letters to the Editor on topics of special interest as well as book reviews.

The journal intends to set up a space of comparison at an international level through the publication of papers relevant to the following sections: Methodology, Epidemiology, Clinical Medicine and Basic Research, Medical Education, Philosophy of Science, Health Sociology and Health Economics, Biomedical Engineering, Ethics and Anthropology, Medical History.

The journal's most important objectives is that of opening a debate on subject-matters of great scientific importance in biomedicine, tackling them from different view points through the contribution of various authors. Thus MEDIC New Series wishes to offer to scholars dealing with important issues such as health and sickness, life and death, pain and suffering, the opportunity of having a debate with colleagues of other disciplines so to make such discussion wider than it would be possible from the view point of a single specialty.

To make the dialogue among Sciences effective and fruitful, first of all it has to be a dialogue among scientists capable of analysing reality by using different languages, so to understand aspects that otherwise would be left unsaid or not sufficiently studied and explained.

Each manuscript submitted to publication will be selected by the members of the Editorial Board, on the basis of its typology and on its topic. It will be then sent by the responsible of the specific section to two expert referees who will express a motivated judgement. The final decision on the manuscript acceptance will be taken by the Editorial Board after having read the referees' opinion.

Editor

Paolo Arullani, Università Campus Bio-Medico di Roma

Paolo Dario, Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa

Pierpaolo Donati, Università degli Studi di Bologna

Antonio Farulla, Roma

Scientific Coordinator

Joaquín Navarro-Valls, Università Campus Bio-Medico di Roma

Giovanni Federspil, Università degli Studi di Padova

Luciano Floridi, University of Hertfordshire/ University of Oxford, Regno Unito

Associate Editors

Paola Binetti, Università Campus Bio-Medico di Roma

Maria Teresa Russo, Università Campus Bio-Medico di Roma

Daniele Santini, Università Campus Bio-Medico, Roma

Victoradolfo Tambone, Università Campus Bio-Medico di Roma

Albertina Torsoli, Parigi

Luigi Frati, Sapienza Università di Roma

Luigi Frudà, Sapienza Università di Roma

John Fox, University of Oxford, Regno Unito

Giuseppe Galli, Università degli Studi di Macerata

Enzo Grossi, Milano

Gregory Katz, ESSEC Business School, Francia

Renato Lauro, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Alessandro Martin, Università degli Studi di Padova

Alfred Nordmann, Technische Universität, Darmstadt, Germania

Michelangelo Pélaez, Università Campus Bio-Medico di Roma

Julian Reiss, Erasmus University, Paesi Bassi

Paolo Maria Rossini, Università Campus Bio-Medico di Roma

Cesare Scandellari, Università degli Studi di Padova

Luciano Vettore, Università degli Studi di Verona

Editorial Board

Maria Grazia Albano, Università degli Studi di Foggia

Luciana Angeletti, Sapienza Università di Roma

Dario Antiseri, Libera Università Internazionale degli Studi Sociali, Roma

Renzo Caprilli, Sapienza Università di Roma

Lucio Capurso, Sapienza Università di Roma

Martin Carrier, Universität Bielefeld, Germania

Michele Cicala, Università Campus Bio-Medico di Roma

Saverio Cristina, Università Campus Bio-Medico di Roma

Francesco D'Agostino, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Scientific Secretariat

Maria Dora Morgante, Università Campus Bio-Medico di Roma

Barbara Osimani, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

© *Academia Universa Press*

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi. La violazione di tali diritti è perseguibile a norma di legge per quanto previsto dal Codice Penale.

Contatti:

Per la redazione: redazione@academiauniversapress.com; Per gli abbonamenti: orders@academiauniversapress.com; Per la pubblicità: media@academiauniversapress.com;

Direttore responsabile/*Manager* Maria Teresa Russo; Stampa: AUP- Digital Printing, Asti

ABBONAMENTI E PUBBLICITÀ / SUBSCRIPTIONS & ADVERTISING

Abbonamenti per l'Anno 2011

Italia: Privati, € **40,00**; Enti Istituzionali, € **75,00**; Studenti, € **30,00**.

Estero: Privati, € **80,00**; Enti Istituzionali, € **150,00**; Studenti, € **60,00**.

Prezzo di copertina per singola copia e per volume 2010: € **20,00**.

L'abbonamento decorre dal gennaio al dicembre.

Gli abbonamenti possono essere attivati:

a) via e-mail a: orders@academiauniversapress.com

b) per posta: Academia Universa Press – Ufficio Abbonamenti - Casella Postale 108, 15011 Acqui Terme AL

Inserzioni Pubblicitarie

Le richieste vanno indirizzate a: Academia Universa Press - Casella Postale 108, - 15011 Acqui Terme AL

Oppure, via e-mail a: info@academiauniversapress.com

Subscriptions for 2011

Italy: *Individuals*, € **40,00**; *Institutions*, € **75,00**; *Students*, € **30,00**.

Abroad: *Individuals*, € **80,00**; *Institutions*, € **150,00**; *Students*, € **60,00**.

Single copy and 2010 issue, € **20,00**.

Abroad, € **40,00**.

Subscriptions request and payment may be issued:

a) *through the website* (www.academiauniversapress.com)

b) *by e-mail addressed to* orders@academiauniversapress.com

c) *by mail to the following address:* Academia Universa Press – Ufficio Abbonamenti - Casella Postale 108, 15011 Acqui Terme AL

Advertising

Advertising request should be sent to: Academia Universa Press - P.O. Box 108 - 15011 Acqui Terme AL Italy

or by e-mail to: info@academiauniversapress.com

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Manoscritti

I manoscritti possono essere presentati in italiano o in inglese e devono essere accompagnati da una Cover Letter ove si spiega brevemente l'appeal del lavoro.

Le pagine devono essere numerate consecutivamente.

La **prima pagina** deve comprendere (a) il titolo dell'articolo in italiano e in inglese, (b) le iniziali del nome (nel caso di nomi femminili il nome per esteso) e il cognome del/degli autore/i, (c) la (le) rispettiva(e) istituzione(i), (d) il titolo corrente per le pagine successive, (e) l'indirizzo per la corrispondenza di uno degli autori, (f) eventuali note a piè di pagina.

I manoscritti devono includere un **Sommario Breve** di circa 20 parole, tre-sei **Parole-Indice** e un **Sommario Esteso** (circa 200 parole) il tutto sia in italiano che in inglese strutturato a seconda del tipo di articolo, in uno dei due modi che seguono: **Premessa, Materiali e metodi, Risultati, Conclusioni** (per gli articoli contenenti dati di ricerche) oppure **Premessa, Contributi o Descrizioni, Conclusioni** (per le rassegne e commenti etc.)

Il lavoro e tutta la documentazione possono essere inviati all'indirizzo e-mail di MEDIC (medic@unicampus.it), rispettando le indicazioni sul formato del file.

Nel caso di articoli con tabelle, foto, grafici, è consigliabile inviare anche una copia cartacea, completa del CD.

Riferimenti bibliografici

I riferimenti bibliografici nel testo devono essere numerati consecutivamente e riportati in Bibliografia, alla fine del manoscritto, nell'ordine di inserimento nel testo. I cognomi e le iniziali dei nomi di tutti gli autori, il titolo della rivista abbreviato in accordo con l'*Index Medicus*, l'anno di pubblicazione, il numero del volume, la prima e l'ultima pagine dell'articolo devono essere riportati secondo lo stile qui di seguito esemplificato:

Articoli di Giornali: Epstein O, De Villers D, Jain S, Potter BJ, Thomas HC, Sherlock S. Reduction of immune complex and immunoglobulins induced by D-penicillamine in primary biliary cirrhosis. *N Engl J Med* 1979; 300: 274-278.

Libri: Blumberg BS. The nature of Australia Antigen:infectious and genetic characteristics. In: Popper H, Scaffener F, *Eds.* Progress in Liver Disease. Vol.IV. Grune and Stratton, New York and London 1972: 367-379

Tabelle e figure

Le **Tabelle** devono essere numerate consecutivamente con numeri romani e devono essere presentate su fogli separati. Le **Figure** devono essere numerate consecutivamente con numeri arabi e devono essere presentate anch'esse su fogli separati, accompagnate da esplicite *legende* con definizioni di tutti i simboli ed abbreviazioni usati. Sul retro, *in lapis*, deve essere riportato il nome del primo autore e deve essere indicato l'orientamento della figura mediante una freccia. In caso di Tabelle e Figure non correttamente imposte o poco chiare, il Giornale si riserva di sostituirle a spese degli autori. Nel caso di materiale illustrativo già pubblicato altrove o da altri autori.

Ringraziamenti

I ringraziamenti devono essere riportati su un foglio separato ed appariranno alla fine dell'articolo.

Autori

Nel caso di più autori si deve specificare il ruolo di ciascuno nel lavoro cui si riferisce l'articolo (es: ricercatore principale, autore *senior*, partecipante, etc; oppure più dettagliatamente). In mancanza di un'annotazione del genere, l'articolo verrà pubblicato con la nota "Il lavoro spetta in pari misura agli Autori".

Manoscritti riveduti e Bozze

I **manoscritti** verranno rinviati agli autori con i commenti dei *referees* e/o una revisione a cura della Segreteria Scientifica. Se accettati per la pubblicazione, i testi dovranno essere rimandati alla Segreteria Scientifica con il visto del primo autore. A meno di esplicita richiesta, la correzione delle **bozze** sarà effettuata direttamente dalla Segreteria Scientifica sulla base del testo finale vistato. Gli autori sono pregati di rinviare il materiale per *corriere rapido*.

Estratti e Stampe a Colori

Un (1) estratto in PDF sarà inviato via mail al primo autore di ogni articolo pubblicato. Gli estratti a stampa saranno addebitati agli autori.

Copyright

I manoscritti e il relativo materiale illustrativo rimangono di proprietà del Giornale e non possono essere riprodotti senza un permesso scritto. Assieme al manoscritto gli autori sono pregati di inviare alla Segreteria Scientifica la seguente dichiarazione (a firma di ciascun autore): "I sottoscritti trasferiscono tutti i diritti d'autore del manoscritto (titolo dell'articolo) a Academia Universa Press, Milano, nel caso il manoscritto sia pubblicato su MEDIC. Gli autori assicurano che l'articolo non è stato pubblicato in precedenza, ne è in corso di valutazione presso altro giornale".

Copie per gli Autori

A titolo di ringraziamento, al (primo) autore di ogni articolo saranno inviate due copie del corrispondente numero del Giornale.

Indirizzo per i Manoscritti

I **manoscritti (a doppio spazio) devono essere inviati in tre copie**, insieme con tre copie del materiale illustrativo e col dischetto, a MEDIC, Segreteria Scientifica, c/o Università Campus Bio-Medico di Roma, Via Álvaro del Portillo, 21 - 00128 Roma. Tel. (39) 06-225419050 Fax (39) 06-225411907
Indirizzo per l'invio via E-mail: medic@unicampus.it.

Lista di controllo

Prima di spedire il manoscritto, si prega di controllare la lista che segue per accertarsi che siano state debitamente osservate le Istruzioni per gli Autori:

1. Tre copie del manoscritto accompagnate da Cover Letter e dal dischetto
2. Tre copie del materiale illustrativo e delle *legende*
3. Cognome e iniziale del nome (i nomi femminili per esteso) degli autori
4. Istituzioni di appartenenza degli autori con il nome della città dello Stato
5. Titolo in italiano e in inglese
6. Titolo corrente
7. Sommario breve(circa 20 parole) in italiano e in inglese
8. Sommario esteso(circa 200parole) in italiano e in inglese
9. Ringraziamenti
10. Autori(ruoli)
11. Dichiarazione di cessione dei diritti d'autore
12. Indirizzo completo di uno degli autori per la corrispondenza(incluso numero di fax)
13. Numeri consecutivi delle referenze nel testo
14. Riferimenti numerati in bibliografia secondo lo stile raccomandato
15. E' stato consultato per lo stile un numero precedente della rivista?
16. Richiesta di estratti

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

Manuscripts

Manuscripts can be submitted in Italian or English and have to be sent together with a cover letter. Pages must be numbered consecutively.

Title page should include (a) title of the article in Italian or English, (b) initials of first name (for ladies, first name in full) and surname(s) both author(s), (c) corresponding institutions and cities, (d) running head, (e) address for correspondence of one of authors, (f) footnotes.

The articles should also include: a **Short Abstract** of approximately 20 words, three to six Index Terms and an **Extended Abstract** (approximately 200 words), in Italian and English (for articles in Italian) or only English (for non-Italian authors), structured according the following format: **Background, Material and Methods, Result, Conclusion** (articles reporting research data), or **Background, Contributions or Description, Conclusion** (review articles critical comments etc).

The text and the complete documentation can be sent to the following E-mail: medic@unicampus.it.

In case of articles with tables, figures, charts please send a paper version of the article as well as the CD.

References

References in the text should be numbered consecutively and reported as a bibliography at the end of the manuscript, in the order which they appear. The names and the initials of all authors, the title of the journal abbreviated according to Index Medicus, year of publication, volume number, and first and last page of the article must be reported in accordance with the sample shown below:

Journal articles: Epstein O, De Viller D, Jain S, Potter BJ, Thomas HC, Sherlock S. Reduction of immune complexes and immunoglobulines induced by D- penicillamine in primary biliary cirrhosis. *N Eng J Med* 1979; 300: 274-278.

Books: Blumberg BS. The nature of Australian antigen: infectious and genetic characteristics. In: Popper H, Schaffner F, Eds. *Progress in Liver Disease*. Vol. IV. Grune and Stratton , New York and London 1972: 367-379.

Tables and Figures

Tables should be numbered consecutively by Roman numerals and submitted on separate sheets. **Figures** should be numbered consecutively by Arab numerals, and should also be submitted on separate sheets, accompanied by explicit legends defining all symbols and abbreviations used. On the back, in pencil, give the first author's name and indicate the top of the figure by an arrow. In case of incorrect or unclear reproduction of Tables and Figure, the Journal reserves the right to substitute them at the author's expense. If illustrative material has already been published, written permission of the publishing company and the author should be submitted together with the article. For any other problem regarding the format please check with previous issues of the Journal.

Acknowledgements

Acknowledgement should be typed on a separate sheet to appear at the end of the article.

Authorship

In case of multiple authorship the role of the various authors should be specified (eg: principal investigator, senior author, participants, or in detail). In the absence of such statement, the article will be presented with the following foot-note: "All Authors participated equally in this work".

Revised Manuscript and Proofs

Manuscripts will be returned to the author with the referees' comments and/or the revisions by the Scientific Secretariat. If accepted for publication, the text should be returned to the Secretariat with the approval by the first author. Unless explicitly requested otherwise, the correction of the proofs will be carried out directly by the Scientific Secretariat on the grounds of the approved manuscript. The authors are kindly requested to return the material by **special delivery**.

Reprints and Colour Prints

One (1) pdf file will be sent to the first author of each article free of charge. Paper reprints will be charged to the author(s) who have requested them.

Copyright

Manuscripts and corresponding illustrative material remain property of the Journal and should not be reproduced without written permission. Please enclose with to the manuscript the following statement: "If it is published, the undersigned authors transfer all copyright ownership of the manuscript entitled(titled of article) to Academia Universa Press, Milan (Italy). The authors warrant that the article has not been previously published and is not under consideration for publication by another journal".

Copies for Authors

Two complimentary copies of the Journal's issue containing the article will be sent to the (first) author.

Address for Manuscript

Three copies of the manuscript (in double space) should be submitted, together with three copies of the illustrative material and the diskette, to MEDIC, Segreteria Scientifica, c/o Università Campus Bio-Medico di Roma, Via Álvaro del Portillo, 21 - 00128 Roma. Tel. (39) 06-225419050 Fax (39) 06-225411907
For e-mail submission: medic@unicampus.it

Submission Checklist

Please use the following checklist before mailing the manuscript:

1. Three copies of the manuscript and diskette
2. Three copies of the illustrative material or legends
3. Full surname and initials (for ladies please first name in full) of all authors
4. Corresponding addresses of the authors
5. Title
6. Running head
7. Short Abstract (approx. 20 words)
8. Extended Abstract (approx. 200 words)
9. Acknowledgements
10. Multiple authorship
11. Copyright statement
12. Full corresponding address of one of the authors (including FAX number and e.mail)
13. Consecutive numbers of the references given in the text
14. Bibliography references numbered following the recommended system
15. Have you checked a previous issue of the Journal for format of presentation?
16. Reprints required

INVITO ALLA LETTURA
AN INVITATION TO READ

In accordo con la filosofia di MEDIC (Un Giornale per il Nostro Tempo, 1993; 1: 71-72), questo Numero comprende articoli di varia natura, aventi peraltro in comune l'interesse per i problemi d'ordine metodologico e/o riguardanti la didattica formativa.

Following the philosophy of MEDIC (A Journal for Our Times, 1993; 1: 71-73), this issue includes articles of various kinds, however all share a special interest in problem related methodology and/or education.

SEMINARI DI CHIRURGIA ESTETICA - ROMA, MARZO-
GIUGNO 2010
SEMINARS - ROME, MARCH-JUNE 2010

MEDIC 2010; 18:

6 Presentazione e Programma
Presentation and Programme

TAVOLA ROTONDA: "MEDICINA E SANITÀ: SNODI
CRUCIALI" DI IVAN CAVICCHI
PANEL DISCUSSION: "MEDICINE AND HEALTH: CRUCIAL
CONNECTIONS" BY IVAN CAVICCHI

EDUCAZIONE MEDICA
MEDICAL EDUCATION

75 Il Medico: Professione o Vocazione?
The Doctor: Profession or Vocation?

Michelangelo Pelàez

MEDIC 2010; 18:

Nella lingua italiana le parole "vocazione" e "professione" non comportano una radicale contrapposizione, bensì una possibile e desiderabile integrazione. Nell'attività del medico è possibile ed è auspicabile coltivare, a prescindere delle motivazioni alla base della scelta professionale, la dimensione vocazionale di chi si sente "chiamato" dai bisogni dell'*homo patiens*. Tuttavia, questa integrazione esige una precisa modalità di intendere e di praticare la medicina.

In Italian the words "vocation" and "profession" do not necessarily imply a radical contraposition but rather a possible and sought-after integration. In medicine, regardless of ones own motivation which base professional choice, it is possible and desirable to promote the vocational aspect of who feels is "called" by the needs of the "homo patients". However this integration requires a clear method of understanding and practicing medicine.

80. Ruolo del Tutor Clinico nelle Attività di Volontariato nei Paesi in Via di Sviluppo: l'Esperienza dei "Workcamp Perù" dell'Università Campus Bio-Medico di Roma
Clinical Tutoring for Medical Students in Volunteer Programs: "Workcamp Peru", University Campus Bio-Medico of Rome

Rossana Alloni, Maria Francisca Navajas, Annunziata D'Elia, Annamaria Altomare, Ilaria Viscone

MEDIC 2010; 18:

Nelle attività di volontariato con studenti universitari l'attività tutoriale ha un impatto significativo nella formazione degli studenti.

Clinical tutoring is very important for students' education in volunteer programs.

88. Specializzandi in Anestesia e Rianimazione: Gruppo di Formazione

Anaesthesia and Reanimation Post-graduate Students: a Training Group

Paola Manfredi

MEDIC 2010; 18:

Il lavoro descrive un percorso formativo di gruppo, all'interno del corso di Psicologia Clinica, rivolto a specializzandi iscritti al secondo anno di Anestesia e Rianimazione.

The focus of this paper is the description of an educational group of Clinical Psychology course with second year Anaesthesia and Reanimation post-graduate students.

SEMINARI DI CHIRURGIA ESTETICA: "LA CHIRURGIA ESTETICA DI FRONTE ALLA NUOVA DOMANDA DI BELLEZZA"
SEMINARS: "AESTHETIC SURGERY FACING THE NEW QUEST FOR BEAUTY"

Presentazione

Presentation

Palazzo Rospigliosi, Roma
12 marzo, 7 maggio, 4 giugno 2010

Comitato scientifico

Paolo Persichetti, Maria Teresa Russo, Nicolò Scuderi

L'Università La Sapienza e l'Università Campus Bio-Medico di Roma, tra marzo e giugno 2010, hanno promosso un ciclo di incontri di Estetica rivolti a chirurghi plastici, con l'obiettivo di approfondire i contenuti culturali e deontologici di una specialità di cui l'opinione pubblica è informata spesso in toni superficiali. Mode e forzature di mercato inducono molte persone ad aspettative e richieste nei confronti della chirurgia plastica. Il medico deve, pertanto, realizzare un delicato lavoro di mediazione tra la propria attività, le richieste del paziente e il contesto socio-culturale in cui opera. Il rischio è che metodo scientifico e condotta professionale si impoveriscano di quei contenuti etici che invece sono il fondamento di ogni atto medico. Affiora così la necessità di un confronto su temi che riguardano direttamente l'agire medico inteso non soltanto come erogazione di cure sulla base di metodi scientifici, ma come atto eticamente e deontologicamente fondato.

Si è trattato di un'iniziativa nuova nell'approccio, che ha alternato un momento di riflessione teoretica a carattere pluridisciplinare, con l'intervento di filosofi, artisti, sociologi e psichiatri, ad un momento di dibattito con i medici intervenuti, dove le tematiche trattate sono state ricondotte alla pratica clinica, in rapporto alle problematiche più frequentemente emergenti.

Gli incontri si sono svolti nella suggestiva cornice di Palazzo Rospigliosi a Roma, per gentile concessione della Coldiretti, che ha messo a disposizione le sue sale ricche di storia e di opere artistiche ed ha predisposto una calda accoglienza agli ospiti intervenuti.

Nella redazione dei testi si è preferito conservare il tono colloquiale del seminario, riportando anche il dibattito che ha fatto seguito a ciascuna sessione.

SEMINARI DI CHIRURGIA ESTETICA: "LA CHIRURGIA ESTETICA DI FRONTE ALLA NUOVA DOMANDA DI BELLEZZA"
SEMINARS: "AESTHETIC SURGERY FACING THE NEW QUEST FOR BEAUTY"

Programma

Programme

I INCONTRO - 12 MARZO 2010

CORPO, PERSONA, BELLEZZA

Introduce

Maria Teresa Russo, *Antropologo*

Intervengono

Maria Vittoria Marini Clarelli, *Direttrice Galleria Arte Moderna*

Liliana Cosi, *Danzatrice*

Oliviero Rainaldi, *Scultore*

II INCONTRO - 7 MAGGIO 2010

ESTETICO/ANTIESTETICO: COS'È LA BELLEZZA?

Introduce

Rodolfo Papa, *Docente di Teorie Estetiche*

Intervengono

Paola Grossi Gondi, *Pittrice*

Massimo Cuzzolaro, *Psichiatra*

III INCONTRO - 4 GIUGNO 2010

LA BELLEZZA TRA CONSUMO E COMUNICAZIONE

Introduce

Armando Fumagalli, *Semiologo*

Intervengono

Ivan Cavicchi, *Sociologo e Filosofo*

Paolo Gandola, *Regista*

Giuseppe di Giacomo, *Filosofo*

LA CHIRURGIA ESTETICA DI FRONTE ALLA NUOVA DOMANDA DI BELLEZZA
AESTHETIC SURGERY FACING THE NEW QUEST FOR BEAUTY

I INCONTRO - 12 MARZO 2010

Corpo, Persona, Bellezza *Body, Person, Beauty*

INTRODUZIONE

Paolo Persichetti

L'idea di organizzare questi incontri è nata perché ci siamo interrogati su cosa significhi per noi chirurghi plastici *fare*, produrre estetica, soprattutto in un contesto culturale, come quello italiano, tradizionalmente molto sensibile al bello. Oggi, peraltro, la sensibilità estetica è centrale nella cultura direi internazionale. L'estetica domina ogni momento della nostra vita umana anche al di là di quello che percepiamo e condiziona alcune nostre scelte compiute in maniera automatica, che –a ben guardare- sono il frutto di giudizi solo apparentemente intellettuali, ma spesso motivati da considerazioni estetiche. Con il Professor Scuderi abbiamo riflettuto sul fatto che fare chirurgia plastica ed estetica senza un substrato culturale e una riflessione proprio sul tema della bellezza sia un po' un limite. Da qui l'idea di questa serie di incontri nei quali possiamo analizzare il problema da diversi punti di vista: oggi partiremo parlando del rapporto tra corpo, persona e bellezza.

Nicolò Scuderi

Ringrazio prima di tutto Paolo Persichetti per avermi sollecitato ad organizzare queste riunioni, che credo saranno estremamente utili a chiarire, sia a me sia ai futuri chirurghi plastici, alcuni interrogativi che spesso ci poniamo durante il lavoro di tutti i giorni.

Il primo fra questi è: perché, dopo aver fatto il giuramento di Ippocrate, noi chirurghi plastici siamo autorizzati a procurare delle lesioni ad una persona che sta bene, ma che vuole migliorare la sua immagine? Ho tentato di rispondermi pensando al fatto che la chirurgia estetica è autorizzata perché può far star meglio una persona, la può aiutare nei rapporti interpersonali. Tuttavia, dobbiamo stare attenti a non confondere questo bisogno con l'estetismo, il che significa subordinare tutto ad un discorso legato solo all'apparire. In base a quali considerazioni, occorre decidere se una bella signora di 50-60 anni abbia o no diritto a vestirsi bene o ad eliminare qualche ruga di troppo?

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof. Paolo Persichetti
Università Campus Bio-Medico di Roma
Via Álvaro del Portillo, 21 - 00128 Roma
E-mail: p.persichetti@unicampus.it

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof. Nicolò Scuderi
Dipartimento di Chirurgia "Pietro Valdoni"
Viale del Policlinico, 155 - 00161 - Roma
E-mail: nicolo.scuderi@uniroma1.it

LA CHIRURGIA ESTETICA DI FRONTE ALLA NUOVA DOMANDA DI BELLEZZA
 AESTHETIC SURGERY FACING THE NEW QUEST FOR BEAUTY

I INCONTRO - 12 MARZO 2010

Bellezza e Unità del Corpo Personale *Beauty and Personal Unity of the Body*

MARIA TERESA RUSSO

Istituto di Filosofia dell'Agire Scientifico Tecnologico, Università Campus Bio-Medico, Roma

Diamo inizio a questo ciclo di seminari mettendo a confronto la danza e l'arte figurativa, ambiti dove si riflette in modo privilegiato l'espressività del corpo. E' interessante un riferimento storico alla figura di Gaspare Tagliacozzi, antesignano della chirurgia plastica, il quale nel 1597 scrisse un trattato sulla chirurgia ricostruttiva di naso, orecchio e labbra intitolato *De curtorum chirurgia per insitionem (Chirurgia delle mutilazioni per mezzo di innesti)*.

In questo trattato vi è uno splendido elogio del volto, in cui l'autore scrive che nel naso vi è "un non so che di augusto e di regale, o perché è segno della bellezza dell'anima o perché in esso brillano la particolare saggezza o abilità al comando". E' interessante notare come Tagliacozzi sappia cogliere nella dimensione corporea qualcosa che va al di là del corpo e che gli dà significato. Sempre al Tagliacozzi si attribuisce un curioso episodio: quello del naso dello schiavo, raccontato anche da Voltaire. In questa storia si narra come un padrone, dopo aver perso il naso in un duello, convinse -o costrinse- il suo schiavo a subire un trapianto di pelle dal braccio da cui il padrone avrebbe ricavato un naso nuovo, in cambio della libertà dello schiavo. Per alcuni anni il padrone poté andare in giro con il suo naso, ma la cosa sorprendente fu che quando il servo morì, il naso del padrone andò in cancrena.

Questa storia, per quanto poco verosimile, è tuttavia interessante, perché mette in luce la questione dell'unità tra corpo e persona: non è possibile parcellizzare il corpo o trattarlo come un insieme di pezzi di ricambio. Si può accostare questo episodio ad un altro -questa volta realmente accaduto- in cui si narra di detenuto della prigione di Avignone che, avendo avuto un dito mozzato, si era opposto al chirurgo che voleva operarlo per restituirgli l'integrità della mano. Il detenuto pretendeva, però, che il dito gli fosse restituito in un barattolo di alcol. Al rifiuto del medico, il prigioniero ricorse al tribunale, che negò la restituzione del dito, adducendo la motivazione che, stando al fatto che il detenuto aveva rifiutato l'operazione, il dito aveva perso lo statuto di parte del corpo umano ed era diventato semplice cosa sulla quale il soggetto non poteva avanzare più alcun

titolo¹. Il diritto, pertanto, sanciva che il tutto -in questo caso il corpo- non è il semplice risultato della somma delle parti, tanto che una parte del corpo, una volta staccata da esso, diventa semplice "res", cosa su cui la persona non può più esercitare nessuna potestà. Le due storie ci aiutano a riflettere su un aspetto essenziale del corpo umano: il fatto che esso sia inseparabilmente corpo vivente e corpo fisico, pertanto oggettivabile e inoggettivabile.

Il filosofo E. Husserl², attraverso la distinzione tra *Körper*, corpo-fisico, inteso in senso puramente materiale e *Leib*, corpo-vivente o corporeità, prerogativa degli esseri dotati di caratteristiche psicofisiche, ha messo in luce queste due facce dell'unica realtà del corpo personale. Il *Leib* partecipa in modo essenziale alle funzioni della coscienza e al rapporto dell'uomo col mondo, perché vi è un legame inscindibile tra la coscienza umana, nella sua operatività e il corpo³. Non esiste, pertanto, una soggettività pura che si serve del corpo come di un semplice strumento, perché non c'è percezione delle cose che non sia vissuta e mediata dal *Leib*. D'altro canto, quest'ultimo, essendo legato all'io, non costituisce un semplice organismo, un puro dato naturalistico, non è oggetto fra gli oggetti, in quanto rappresenta la condizione stessa dell'oggettività, del poter porre le cose di fronte a sé. E' vero che il *Leib* può anche essere considerato come un semplice *Körper*, corpo fra i corpi, come un oggetto, ma ciò avverrebbe sempre attraverso un'operazione di riduzione, che finirebbe per trattarlo come *Körperding*, come semplice cosa.

La medicina deve essere consapevole della sua tendenza all'oggettivazione, che nella chirurgia è ancora più evidente. Il poeta Paul Valéry, in un discorso rivolto ai chirurghi, pronunciato nel 1938, denunciava come questi avessero rotto quell'incanto dell'unità del corpo umano e di aver profanato l'idea di corpo come un vaso sigillato. Ciò è vero, ma non necessariamente negativo. Infatti, lo

¹ Cfr. Baud JP. *Il caso della mano rubata. Una storia giuridica del corpo*. Giuffrè, Milano 1995.

² Cfr. Husserl E. *Idee per una fenomenologia pura*. Torino, Einaudi, 1965, pp. 530-540.

³ Cfr. Husserl E. *Meditazioni cartesiane*. Bompiani, Milano 1970, p. 106.

sguardo o l'intervento medico possono in molti casi addirittura favorire nella persona l'identificazione col suo corpo.

Noi ci troviamo a convivere con una cultura attuale che è molto sensibile al concetto di bellezza corporea, a tal punto da cambiare lo statuto stesso della salute, che oggi è considerata come qualcosa di inseparabile dal benessere e dalla bellezza. Tuttavia, la ricerca della bellezza fisica ha bisogno di una visione equilibrata della persona, altrimenti si cade nel paradosso di un soggetto che ha bisogno di esteriorizzarsi per ritrovare sé stesso. Possiamo quindi correre il rischio di avere un'interiorità fragile, che si rassicura soltanto attraverso una esteriorità visibile. Le pratiche in cui il corpo diventa un capolavoro, come ad esempio il caso dei culturisti, inducono a costruirsi una identità solo attraverso l'immagine esteriore di un corpo prestante e muscoloso.

Il sociologo Codeluppi ha usato il termine di *vetrinizzazione* del mondo, per indicare l'esteriorizzazione di sé che punta solo alla visibilità⁴. La vetrina, nata alla fine del 1800 grazie all'illuminazione delle strade, espone una merce. Il problema è quando la logica della vetrina si comunica alla vita intera, per cui ci si sente sempre esposti a uno sguardo di fronte al quale si cerca di mostrare un'immagine che deve essere il più possibile perfetta.

⁴ Cfr. Codeluppi V. *La vetrinizzazione sociale. Il processo di spettacolarizzazione degli individui e della società*. Bollati Boringhieri, Torino 2007.

Il pericolo è quello dell'estetizzazione, in cui la bellezza non è cercata attraverso la relazione con l'altro, ma viene cercata solo attraverso lo sguardo rivolto sé stessi. È d'obbligo quindi citare il mito di Narciso riproposto da Oscar Wilde nel *Ritratto di Dorian Gray*, nel quale Dorian e Narciso si innamorano di se stessi e divengono incapaci di innamorarsi degli altri. La bellezza, infatti, noi la incontriamo solo attraverso la relazione con l'altro.

È quindi importante, nel trattare di chirurgia estetica, tornare ad una visione equilibrata della corporeità che tenga conto della dialettica corpo-oggetto, corpo-soggetto, ma anche di un'altra dialettica interna al corpo, quella tra agire e patire, perché il corpo è vulnerabile, è anche invecchiamento e fatica.

Nei giorni scorsi, mi ha colpito leggere in un settimanale femminile una pubblicità di un gruppo di chirurghi estetici che recitava così: "Ogni viso racconta una storia. Mantieni sotto controllo la tua con un programma di filler riassorbibili". Il che spinge a chiedersi se, da un punto di vista antropologico, la propria storia si possa mantenere sotto controllo e non sia invece un compito per tutti irrinunciabile accettarla, interpretarla e assimilarla.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof.ssa Maria Teresa Russo
FAST – Istituto di Filosofia dell'Agire Scientifico e Tecnologico
Università Campus Bio-Medico di Roma
Via Álvaro del Portillo, 21 - 00128 Roma, Italy
E-mail: m.russo@unicampus.it

LA CHIRURGIA ESTETICA DI FRONTE ALLA NUOVA DOMANDA DI BELLEZZA
 AESTHETIC SURGERY FACING THE NEW QUEST FOR BEAUTY

I INCONTRO - 12 MARZO 2010

Bellezza, Ordine e Proporzione *Beauty, Neatness and Proportion*

MARIA VITTORIA MARINI CLARELLI

Soprintendente della Galleria Nazionale d'Arte Moderna e Contemporanea - Roma

Per iniziare il nostro confronto, è interessante riflettere sulla radice etimologica che accomuna le parole cosmetica e cosmo. In effetti, risalendo all'impiego dei due termini, il secondo precede il primo. Il cosmo inizia ad acquisire una connotazione filosofica con i Pitagorici, per i quali rappresenta il mondo ordinato e ornato (il termine *κοσμέω* in greco significa "ornare", ma anche "avere cura del corpo"). Il problema del rapporto tra bellezza e proporzione si pone appunto in questa relazione con il mondo ordinato (il cosmo) e nasce, in ambito occidentale, proprio in questa fase della cultura greca. Avremo successivamente due interpretazioni del termine che si esplicano in due canoni: uno rappresentato dalla scultura dell'atleta di proporzioni perfette di Policleto e l'altro, in ambito femminile, invece, esemplificato dal noto aneddoto del pittore Zeusi, che, per raffigurare una donna di bellezza perfetta, sceglie cinque tra le più belle fanciulle di Atene di ciascuna delle quali ritrae una parte. Questo perché la perfezione non si può cogliere in un solo individuo, ma deve essere in qualche modo il prodotto di una sintesi derivata dalla composizione delle parti migliori.

La capacità di rapportare la bellezza ai numeri nasce sempre nell'arte greca. Lo stesso Sant'Agostino dirà che nell'opera d'arte c'è la bellezza del numero racchiuso nello spazio.

Nel confronto tra l'arte greca e quella romana, che per tanto tempo ha indotto a pensare che la seconda fosse semplicemente una copia della prima, bisogna cogliere i caratteri specifici di questa seconda grande situazione artistica dell'antichità occidentale. Si arriva, infatti, all'individuazione del ritratto come genere specifico, che non è amato, invece, dall'arte greca. Il ritratto romano compare soprattutto in scultura e ha origine dalle maschere funerarie. È un ritratto che, innanzitutto, ricorda qualcuno che è esistito e cerca di ricordarlo nella forma più vicina alla realtà, quale quella che un calco poteva restituire. Nel ritratto romano l'idealizzazione della bellezza non c'è più; ci sono bellissimi ritratti dell'età repubblicana - visibili nelle nostre collezioni archeologiche di Roma - in cui emergono le rughe e i tratti anche meno perfetti del volto e c'è anche un meraviglioso ritratto femminile nel quale

l'aspetto della regolarità passa in secondo piano perché emerge un dato espressivo che nell'arte greca ancora non si era visto: la dolcezza.

Galoppando nei secoli, si nota come dalla tarda antichità al Medioevo l'espressività si accentui. Si comincia a cogliere l'emergere degli occhi rispetto ad altre componenti del volto già nei ritratti del II-III secolo d. C. Poi ci sarà tutto un transitare di questo volto dagli occhi dominanti, attraverso i ritratti di Al Fayum, ritratti funerari provenienti dall'Egitto che sono un po' all'origine di quella che sarà successivamente la pittura a olio. Si tratta di pitture realizzate con cera liquefatta, poste sulle mummie in corrispondenza della testa.

Successivamente si arriva all'icona, oggetto del dibattito tra la possibilità o meno di rappresentare la divinità che viene risolto dal II Concilio di Nicea, che ammette la possibilità di raffigurare l'immagine divina, perché Dio stesso si è incarnato. L'icona diventa un ritratto ideale con il quale ci si confronta, cercando però di introdurre dei tratti distintivi. Si ha quindi l'icona degli attributi, per cui sappiamo che San Pietro ha sempre la barba bianca e via dicendo.

Nel Medioevo occidentale, emerge anche il rapporto bello-brutto, in cui il brutto compare in maniera molto evidente. Ha una dimensione fantastica e grottesca, caratterizzata dal mostruoso ed è in contrasto con il bello. Dove ce lo aspetteremmo di più e cioè quando ci si aspetta una sorta di moralizzazione di questo contrasto, ad esempio nei giudizi universali dove ci sono i dannati da una parte e i beati dall'altra, non è però così evidente. C'è l'immagine mostruosa di Satana, ma non è facile riconoscere i buoni dai cattivi dal punto di vista estetico: piuttosto li si riconosce dal fatto, per esempio, che alcuni salgono e altri scendono perché precipitano. Quindi, vi è in realtà un rapporto con il presentarsi delle cose molto meno simbolico di quanto per certi versi si possa pensare.

Quando con il Rinascimento l'uomo torna al centro dell'Universo riappare il tema del cosmo. L'uomo come microcosmo e il rapporto con la misura, la proporzione e la perfezione. Nelle due anime del Rinascimento, quella italiana e quella fiamminga, abbiamo la forte contrappo-

sizione tra il dato fenomenico, cioè quello che la realtà ci mostra, e l'aspetto ideale. Il problema è come fare a rappresentare l'individuo rapportandolo a questo canone, poiché l'idealizzazione non è sempre una forma di miglioramento estetico. Perfino Raffaello, pittore ideale per eccellenza, quando in una sua opera deve raffigurare un orafco vistosamente strabico, lo raffigura come tale. Nel ritratto la compensazione avviene tramite altre forme, ad esempio vengono evidenziate le mani di quest'orafco, per cui il suo difetto viene portato ad un livello di dignità e di forte caratterizzazione.

Angelo Bronzino rappresenterà la poetessa Laura Battiferri con un naso che definire aquilino sarebbe eufemistico, perché è una donna estremamente magra e scavata in volto; evidentemente era contenta di esibire questa sua caratteristica, poiché era qualcosa connesso con la sua caratterizzazione di donna intellettuale. Tuttavia ci sono degli altri aspetti in questo ritratto, come l'attenzione alla posa e al movimento del collo, un rapporto molto armonico dell'abbigliamento, in cui si vede che comunque il pittore è andato a ricercare la bellezza in un ambito diverso da quello della regolarità.



A. Bronzino: Ritratto di Laura Battiferri (1558), Firenze (Palazzo Vecchio)

Il manierismo è il momento in cui la proporzione salta. Abbiamo delle figure allungate pur essendo molto belle. La Madonna dal collo lungo di Parmigianino è una donna-cigno, per quanto è evidenziata questa sua

parte del corpo. Questo tipo di bellezza verrà ripresa secoli dopo da Modigliani, che lavorerà sullo stesso tipo di sproporzione conferendole un forte senso estetico.

Nel cogliere la rappresentazione della figura maschile e femminile nel Rinascimento, ci accorgiamo che tra una Venere di Botticelli e una di Tiziano, nell'arco di 20-30 anni, c'è una differenza molto forte di canone in cui da una donna alta e sinuosa si passa ad una donna molto prosperosa. Poi arriveremo a Rubens. Ma allora ci si può chiedere se il canone ci sia o meno, visto che stiamo parlando di Venere e non di un ritratto. La percezione che ci fosse un variare della bellezza rispetto alle situazioni sociologiche era una cosa abbastanza evidente. Si può notare lo stesso fenomeno anche nella differenza tra la donna maggiorata degli anni '50, a testimonianza del boom economico, rispetto alla donna degli anni '40. Tutto questo ha poi degli effetti anche sull'arte. Ma questi modelli a volte coesistono in aree geografiche non lontane l'una dall'altra. Nel rapporto tra Firenze e Venezia c'è un altro fatto interessante: Vasari, famoso storico del Rinascimento che ha scritto le vite dei più celebri artisti e che è filo-fiorentino, individua la differenza tra queste due città con la prevalenza del disegno da un lato e del colore dall'altro.

Va citato anche il senso dell'atmosfera in Leonardo per cui il contorno non c'è, perché in natura non esiste. C'è invece con Correggio, che prepara la strada al Barocco nel quale comincia questa sensazione di indistinto e anche di movimento nello spazio come qualcosa che modifica il corpo. Nel Barocco ci si accorge che la bellezza è qualcosa di molto più complesso. Lo stesso Bernini, pur usando il canone delle proporzioni, presenta delle figure in posizioni complesse e a volte tali da alterarne il profilo.

L'indistinto e il vago non nascono certo nel XVII secolo, se pensiamo che il Petrarca parla del *nescio quid* ("non so che"). A proposito del bello ci accorgiamo che c'era già un'altra pista che si stava insinuando. Quel *non so che* è quel qualcosa per cui il canone effettivamente non basta. È qualcosa che ha a che vedere con la personalità, con il fascino. In questo secolo emergerà con forza anche il concetto di gusto, cioè il fatto di poter valutare, per cui stiamo passando al giudizio e quindi di ciò che possiamo considerare bello o non bello; il bello non è più l'unica categoria estetica poiché, quando nasce l'estetica del sublime, ci si rende conto che esiste qualcosa di meno rassicurante. Il bello proporzionato e ordinato ci fa sentire con la "storia sotto controllo" e il sublime è il senso di inadeguatezza e di sproporzione per cui nella natura e nei sentimenti c'è qualcosa di più grande di noi. Lo spaventoso e l'orrido avranno anche loro quindi una rappresentazione estetica.

Per Kant il bello ha una connotazione statistica in quanto coincide con ciò che viene ritenuto tale dalla mag-

gior parte delle persone. In più il bello è anche qualcosa che serve nei rapporti sociali.

Tutto questo avviene in un'epoca in cui la vicenda del costume e dell'abbigliamento si distanzia molto dalla figura umana: si pensi alle parrucche da Luigi XIV a Luigi XVI, in cui tutti devono essere vecchi portando parrucche bianche. È un momento in cui il canone estetico è rappresentato dalla vecchiaia.

La reazione al Rococò e a questa complessità della bellezza portata a livelli di difficoltà di sintesi, comporta il tentativo di unire recuperare la "nobile semplicità" di cui parla Winckelmann, noto archeologo dell'inizio del '700, con l'arte neo-classica. Si proclama il ritorno al semplice, idea che aveva avuto anche Plotino, ed è la prima volta, dopo il periodo romano, che la donna torna a vestire abiti comodi con lo stile Impero. Il neo-classicismo non è un ritorno al canone come possiamo notare in Paolina Borghese di Canova: la sua non è certo una bellezza canonica, visto il suo naso fuori misura, la statura molto bassa. È una figura che diventa famosa in base alla sua posizione sul divano. Da Canova a Boldini, che è un artista a cavallo tra '800 e '900, potremmo tracciare una casistica di come gli artisti facevano vestire le donne che ritraevano. C'è un aneddoto molto significativo del pittore Boldini in cui si racconta che, mentre ritraeva l'infante di Spagna, dopo la terza volta che si era presentata con un vestito nero, le cambiò abbigliamento, facendole indossare un vestito color crema. Boldini è uno di quelli che ha inventato le collane chilometriche che siamo abituati a vedere nella *Belle Epoque* e che poi ricompariranno negli anni '20 con lo scopo di dare proporzione alla figura.

Con il ritorno al sentimento proprio del Romanticismo, si avrà anche la ripresa del "non so che" di Petrarca. Si cominciano a caratterizzare le figure maschili e femminili, con molti più particolari. Si dà valore all'espressione e all'intensità, concetti che fino a quel momento non erano stati utilizzati: l'eroe romantico, pensoso e aggrottato e l'eroina molto caratterizzata nei suoi gesti. L'espressione e l'atteggiamento verso il mondo prevalgono sulla regolarità della posizione.

Ci sarà poi la reazione Realista nella cui arte vengono trasposti alcuni dati accidentali e che ne rappresentano l'elemento caratteristico. Cose sulle quali l'arte sorvola, come ad esempio i famosi piedi sporchi della Madonna de' Pellegrini di Caravaggio nella chiesa di Sant'Agostino, oppure le volgarità attribuite a Courbet è ciò che permette all'uomo di inserirsi nel mondo.

Fino alla fine dell'800 il ritratto non era mai fatto in un ambiente: anche se vi era un'ambientazione, questa non era quasi mai l'ambiente domestico.

Alla fine del secolo si cerca quindi di riportare l'arte dentro la vita. Questo rapporto con la realtà, che si altererà nuovamente con il simbolismo, è un tema che acquista sempre maggiore importanza. Se consideriamo la definizione che Heidegger dà dell'arte, commentando un quadro di Van Gogh, possiamo capire come anche un pensatore che non era poi così affezionato alla triade "vero, buono e bello" sostenga che l'arte è "il porsi in opera della verità".

Quando Victor Hugo, commentando l'arte medievale, aveva detto che era stato il cristianesimo a sdoganare il tutto, intendeva riferirsi proprio all'avvicinarsi alla realtà. Ma questo concetto diventa apparentemente il suo contrario quando si arriva all'arte di Picasso. Theodor Adorno racconta un aneddoto in cui un ufficiale tedesco entrò nello studio di Picasso mentre stava dipingendo *Guernica* e chiese: "Questo l'ha fatto lei?" E lui rispose: "No, questo l'avete fatto voi!" Quindi la rappresentazione dell'eccidio diventa il modo con cui l'artista non può che svelare letteralmente la verità. Quando si vuol definire una donna irregolare e brutta, spesso le viene attribuito l'aggettivo "picassiana".

La realtà è che l'arte a un certo punto non ha fatto tanto saltare i canoni estetici, quanto ha cercato di rappresentare questa complessità e coesistenza dei modelli.

In ultimo, si giunge alla *performance* degli anni '70, in cui gli artisti attraverso il video e le fotografie o effettuando in pubblico le proprie virtuosità, hanno esibito il proprio corpo e ne hanno fatto addirittura la loro opera d'arte.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Dr.ssa Maria Vittoria Marini Clarelli
Viale delle Belle Arti, 131 - 00197 Roma
E-mail: mariniclarelli@arti.beniculturali.it

LA CHIRURGIA ESTETICA DI FRONTE ALLA NUOVA DOMANDA DI BELLEZZA
 AESTHETIC SURGERY FACING THE NEW QUEST FOR BEAUTY

I INCONTRO - 12 MARZO 2010

Il Corpo Come Linguaggio della Bellezza *The Body as the Language of Beauty*

LILIANA COSI
 Danzatrice

La questione posta dal titolo di questo incontro, “Corpo persona bellezza”, è sempre stato il mio problema, si può dire vissuto sulla mia pelle, ossa e muscoli. In tutta la mia lunga carriera artistica ho avuto, infatti, come obiettivo unificare questi tre elementi, perché la ballerina usa proprio tutto il corpo, escluse le corde vocali, e tutto di sé: la parte psichica, intellettuale, emozionale. Obiettivo molto difficile da raggiungere. Questo dover “tradurre” tutto ciò che è la propria persona, i propri concetti di bellezza nel proprio corpo mi ha obbligato ad una continua verifica e mi ha aiutato tantissimo sia nella vita di tutti i giorni che nella mia crescita artistica. Mi sono resa conto quanto con le parole si possano dire cose che non coincidono col proprio essere, si può cercare di far una bella impressione alle persone con dei bei discorsi, mentre con il corpo e soprattutto col corpo in movimento si mostra veramente quello che si è.

Un piccolo esempio. Da diversi anni ho una scuola di balletto a livello professionale. Facciamo un esame di ammissione ai bambini, guardiamo le proporzioni, guardiamo l'elasticità di diverse parti del corpo, ecc. però ad un certo punto, per vedere se il bimbo ha un pochino di talento gli si dice: “il maestro ti suona una bella musica e tu muoviti, balla, fa quello che vuoi”. Ecco quando un ragazzino, una ragazzina si muovono spontaneamente si vede subito il loro carattere, si vedono le tendenze, perché con il corpo è difficile barare, si mostra quello che si è; già ci si rivela da come uno cammina, da come uno sta seduto, da come uno gesticola.

Forse ormai ho l'occhio abituato a cogliere questi segni, nel senso che per tanti anni mi sono studiata di curare tutte le espressività del corpo avendo questo come unico mezzo per parlare al pubblico. Per me danzare doveva valere come parlare, ogni gesto, ogni passo doveva essere una parola. Naturalmente si possono dire tante cose, dipende da cosa si vuole trasmettere. Nell'età della giovinezza sono andata in crisi. L'arte si apriva a diverse sperimentazioni di ogni tipo ed io tra i 16 e i 19 anni, quando mi son diplomata alla Scala, non mi sono più ritrovata: da una parte avevo scoperto dei valori grandissimi, avevo scoperto la fede in Dio, che prima non avevo e di conseguenza ho visto come in teatro, da quando ho cominciato a cercare di essere coerente con essa,

subito mi hanno soprannominato “superba”.

In quel periodo ho creduto che ballare non potesse essere la mia vocazione, mi sembrava impossibile poter esprimere con la danza, col mio corpo tutta la ricchezza di ciò che sentivo dentro di me. Le vicissitudini invece sono state diverse per cui ho ballato fino a pochi anni fa! Quindi tutto il mio percorso artistico è stato sempre più quello di escogitare ogni mezzo (tecnico, interpretativo, spirituale) per far passare la mia interiorità in quel che dovevo ballare, attraverso il corpo, ed è stata una fatica immane e ho dovuto ad un certo punto fare anche scelte precise, anche controcorrente, come quando ho lasciato il mio ruolo di *Étoile* alla Scala per formare una mia compagnia. Forse dovevo mettere il “vino nuovo in otri nuovi”, proprio come ci suggerisce il vangelo. Per tanti anni, da ragazza, mi sono vergognata del corpo, perché avvertivo che la gente lo vedeva diverso da come io lo consideravo. Ricordo, ad esempio, che quando andavo in treno, se scoprivano che ero una ballerina, mi guardavano subito le gambe e ciò mi umiliava; per me invece le gambe erano uno strumento, io le usavo, attraverso la durissima tecnica per esprimere i miei ideali al pubblico.

Mi ha aiutato molto l'esperienza al Teatro Bolshoi: vi sono stata per quattro lunghi periodi di studio. Erano gli anni '60, in cui io non ho visto l'Unione Sovietica, i comunisti, ma ho visto i grandi maestri, i grandi artisti, che miravano continuamente a mettere la tecnica al servizio dell'anima, dicevano proprio così. Ricordo una mia maestra, che pochi giorni prima del debutto mi disse: “ora dimentica tutto quello che ti ho detto e balla con la tua anima italiana!” Al Bolshoi durante gli spettacoli io vedevo soprattutto delle grandi personalità, dei grandi artisti, che ballavano. Non erano dei ginnasti, persone che saltavano, ballavano, erano delle persone che avevano la libertà di potersi esprimere anche con il viso, oltre che con la plastica di tutto il corpo guidato da una tecnica impeccabile ed erano, diventavano, tutti bellissimi in palcoscenico. Quando poi dopo lo spettacolo li vedevo struccati, pallidi e magri, scoprivo che non erano poi così belli secondo i canoni di cui adesso abbiamo sentito parlare.

Con quella forte esperienza ho cominciato a capire che la bellezza è un'altra, la bellezza che passa agli altri è un'altra. C'è qualcosa che può far diventare belli. Ricordo anche

un altro episodio nel corso degli anni della scuola alla Scala, durante le lezioni di mimica. La nostra maestra, inglese, era venuta perché faceva una delle sorellastre di “Cenerentola”, per cui non era bella per niente, anzi era proprio brutta. Durante le lezioni di mimica dovevamo impersonare personaggi positivi e negativi di diversi repertori e vi assicuro che impersonare i personaggi negativi è molto facile, mentre esprimere il positivo è molto più difficile! Questa maestra era molto brava nei personaggi negativi, per cui era favolosa quando faceva una delle sorellastre di “Cenerentola”, eppure quando impersonava dei personaggi positivi, come la fata buona nella “Bella addormentata nel bosco”, diventava splendida, bellissima e quella donna, magra, brutta, con gli occhi un po’ infossati, si trasformava e diventava bellissima. Questa cosa mi colpì molto: non l’ho analizzata al momento perché ero una ragazzina, però negli anni mi ha fatto capire tante cose. Evidentemente si esprime quello in cui si crede, quello di cui si vive.

Molti anni più tardi sono tornata al Bolshoi, quale membro della giuria dei loro concorsi di balletto. Notai come nella giuria cresceva una sorta di stanchezza, perché da questi concorsi non si vedevano artisti, non si vedevano personalità, tutti erano bellissime bacchettine: prima i russi erano i più bravi, poi sono venuti i giapponesi e poi i cinesi. Tutti ricercavano la perfezione tecnica, l’estetica, ma alla fine anche questa stancava, non diceva più nulla. Ricordo che c’erano dei maestri al Bolshoi che avevano deciso addirittura di lasciare ad alcuni allievi bravi dei difetti, perché sostenevano che almeno così avevano una loro particolarità, almeno erano un po’ diversi dagli altri, dava loro più personalità! Questo fu il caso della famosa prima ballerina Natalia Bessmertnova.

Io, invece, ho sempre cercato di eliminare tutti i difetti il più possibile, poiché i miei ideali di bellezza, che si riferivano a Dio che è la Bellezza e che io volevo portare al pubblico, non potevano presentarsi se non attraverso qualcosa il più possibile vicino alla perfezione. Dio è l’assoluta bellezza – Chiara Lubich ha detto che “la Bellezza è il più genuino attributo di Dio” – dunque ho sempre mirato in alto. Per cui attraverso la bellezza nella danza -non parliamo di bellezza alla Naomi Campbell, ma della bellezza dell’arte della danza che è bellezza nel movimento, bellezza nell’armonia, nella coordinazione- avrei potuto far sentire, trasmettere al pubblico un po’ di nostalgia del Bello, che viene da Dio.

Mi è piaciuto tanto quello che ho letto in Sant’Agostino, che la bellezza unifica tutte le facoltà dell’uomo perché ha a che fare con Dio, altrimenti non si capirebbe perché tutti ne sono attirati. Ma quale tipo di bellezza attira? Ecco cosa ho capito andando avanti negli anni. Si dice che una ballerina dia il meglio di sé tra i 30 e i 40 anni, quando matura anche come donna, come persona, oltre che come ballerina e artista. Eppure a quell’età già cominciano ad apparire i primi problemi fisici, i primi impedimenti alle articolazioni che

sono troppo usate e che sembrerebbero togliere e appannare il vero e proprio rendimento tecnico ed estetico: certamente non si riesce più a fare quello che si faceva a 20 anni. E’ qui che ho cercato di scavare, di andare in fondo, cercando di capire cos’è che passa al pubblico, perché qualcuno aveva cominciato a dirmi che vedendomi ballare aveva fatto un’esperienza di Dio. Ecco che mi è stato evidente qualcosa di cui oggi ancora non si è parlato, una parola che è molto di più di una parola, perché è un “essere”: la parola “amore”. Ho capito che è amare che fa diventare belli.

Questa verità mi si è rivelata in tantissime occasioni della mia vita: quando ho visto una donna – qualsiasi tipo di donna- che allatta o semplicemente guarda il suo bambino, quando vedo una ragazza al suo primo amore, che torna a casa con gli occhi lucidi perché si sente amata e ama. Ecco che cos’è che fa diventar belli, perché Dio è amore. Ed è qui che ho capito quale fosse la chiave della bellezza, la chiave di quello che potevo dare agli altri attraverso la perfezione, maggiore o minore, del mio corpo e del mio modo di ballare. Nel mondo ci sono state centinaia di ballerine più belle, più brave, più perfette di me, però la mia particolarità era la mia carica di amare il pubblico: io potevo amare il pubblico in una maniera diversa rispetto ad altri che magari lo facevano per esibirsi, per avere il nome sui giornali, per fare carriera. Il mio segreto era amare il pubblico perché in esso c’è qualcosa di Dio. Non ho mai contato quanta gente ci fosse in platea: mi bastava che ce ne fosse almeno una, perché fare tutta quella fatica, senza qualcuno che raccogliesse il mio frutto mi sembrava un assurdo.

Andando avanti con gli anni sono diventa sempre più esigente con me stessa, proprio per questi alti ideali che mi ero prefissa e tutte le volte che il direttore di scena diceva che eravamo pronti per iniziare, chiedevo sempre ancora cinque minuti: mi sentivo sempre impreparata, inadeguata a questo compito così alto: tradurre il mio amore per Dio e per gli uomini attraverso il mio corpo, che avrebbe dovuto essere completamente duttile e docile all’impulso interiore, quasi da non esistere. Ho avuto sempre molto rispetto del pubblico e pensavo: il pubblico mi dà due ore del suo tempo, viene a teatro dopo una giornata di lavoro, paga un biglietto e io cosa gli lascio, una bella gamba, un piede che gira, possibile che non possa dargli qualcosa di più? La mia ricerca era spremere dal mio corpo la parte più spirituale, volevo che davvero la mia anima fosse il motore di tutto. Non lo so se ci sono riuscita, questo può dirlo chi mi ha visto.

Da quando ho smesso di ballare, mi trovo più spesso in platea perché ho una compagnia di balletto e vedo come ballano i nostri ragazzi - non sono mai contenta, sono rimasta molto esigente - però una cosa che forse i ragazzi della mia compagnia non sanno e che faccio fatica a dir loro è che il frutto del loro ballare, della loro bellezza, della loro tecnica, è la felicità che vedo apparire sul viso delle persone

del pubblico. Nelle arti scolpire il marmo è molto faticoso – abbiamo qui anche uno scultore - scolpire il corpo vi assicuro è faticosissimo. E l'amore se non è purificato dal sacrificio ha poco valore. Questo mi fa riflettere perché nella danza si esprime una bellezza che si paga, che costa, che si conquista e quindi ha un peso diverso; quando ci si muove col corpo come nel balletto si fa un'enorme fatica e invece dal di fuori si vede solo la leggerezza, la bellezza. Io penso di non aver mai fatto un balletto in piena salute, e vedo che i nostri ballerini anche a soli 22-23 anni, forse perché questa nuova generazione è più fragile, già sono pieni di dolori. Però anche loro non si fermano, superano la fatica, superano i propri mali fisici, superano tutto per dare agli altri il meglio di sé, un prodotto artistico completo, non la bellezza del corpo e basta. E questa è una bellezza che passa agli altri.

Una volta avevo un problema con una ragazza della nostra compagnia che era molto carina, ma sempre molto seria e un po' tesa quando ballava, per cui comunicava poco al pubblico. Un giorno, prima di uno spettacolo, la vidi parlare con il padre di un'altra ragazza della compagnia che era appena stato operato e con tanto amore gli diceva che lo trovava meglio, che tutto sarebbe andato bene e nel parlare era diventata bellissima. Io l'ho presa da parte e le ho subito detto: "ma carissima ragazza, se tu quando balli riuscissi ad avere questa faccia e se tu riuscissi ad amare, non solo a ballare, amare come hai amato in questo momento mentre parlavi a questo signore!" Ora si è sposata, ha due figli, dopo il secondo figlio balla ancora e la vidi ballare una volta davanti ai suoi figli in un modo diverso, con una faccia diversa, perché c'erano i suoi figli che la vedevano. Quindi non era solo la ballerina, che cercava di fare bene i giri, di far bene tecnicamente - perché comunque la nostra bellezza ovviamente arriva tramite la tecnica, perché pur avendo un'anima meravigliosa, se traballo e non ballo bene, non arriva niente di bello al pubblico - ma in più ballava per amore dei figli. Sì la chiave di tutto è proprio questo amore che deve superare la paura di non essere all'altezza esteticamente.

Ricordo che c'è stato un momento molto forte nella mia vita, nel pieno della mia carriera, intorno ai 30 anni, in cui, forse a causa di un intenso lavoro, mi ero lasciata prendere dalla routine da prima ballerina: ballare, lavorare e certo c'era sempre Dio nella mia vita, ma mi sentivo tutta a compartimenti distinti, come divisa. Da quando avevo scoperto Dio e il ballo come la mia vocazione, avevo trovato la mia realizzazione come persona, dentro e fuori, nell'anima e nel corpo e non ero mai stata divisa in me stessa. Ora, invece, c'era una situazione diversa e mi era insopportabile: non mi riconoscevo più. Mi è venuta in aiuto la frase della Bibbia "togli da me questo cuore di pietra, e dammi un cuore di carne" ed ho rimesso a fuoco proprio il *cuore di carne*, il calore, l'amore, lasciando in secondo piano la tecnica, il lavoro, la danza. Ricordo che ero in tournée in Russia, sempre nell'epoca sovietica e avevo un'interprete che mi seguiva

in ogni spettacolo. Quando ho fatto questa forte esperienza di togliere il cuore di pietra per mettere il cuore di carne, ossia di ballare con il cuore, amare di più invece di ballare e basta, lei mi disse: "Hai ballato in maniera diversa, non ti conoscevo così".

Non so se voi potete dire ai vostri pazienti che il segreto della bellezza è l'amare, non tanto l'amore ma l'amare, amare l'altro, amare gli altri, quando si è proiettati fuori, non quando si è ripiegati su se stessi come il povero Narciso, ecco quella è la bellezza. Ho conosciuto grandi personalità con una particolare capacità di dimenticare se stessi per essere solo per gli altri e da loro sprigionava un fascino irresistibile, verso tutti. È quello che si chiama "carisma". Non è la bellezza dei lineamenti quello che attira, quello che piace, quello che affascina ma è un'altra cosa, è proprio questa carica di amore che si esprime all'esterno e che è la nostra vera personalità, una cosa solo nostra e che nessun chirurgo può migliorare. La cosa ancora più bella è quando magari questo amore ritorna, c'è questo piccolo momento di paradiso sulla terra, nel senso che c'è la possibilità che questa carica di amore sia ricambiata e allora non importa più niente dell'estetica perché l'amore copre tutto, supera tutto, riempie tutto e spariscono i difetti fisici e tante altre cose e ci si trova in un'altra dimensione e si è felici.

In conclusione, il mio pensiero sulla bellezza è proprio questo: "amare è la bellezza, è la cosa più estetica". E' l'amore il motore dell'essere umano, perché è quanto di più vivo e vitale ci appartiene. Abbiamo realizzato un balletto sulla Patetica di Tchaikovsky e Stefanescu, che ha diretto la coreografia, ha "visto" nei tre temi contrastanti della musica, tre personaggi: la vita, l'amore e il destino. La vita è la donna, l'amore è un uomo e il destino è un altro uomo, poi ci sono i testimoni. Il balletto termina con la morte della vita per colpa del destino, ma nelle braccia dell'amore: quindi non muore, perché se Dio è amore, l'amore è eterno. Questi erano i pensieri del coreografo e che anch'io condividevo in pieno, ma nel balletto non ci sono didascalie e per di più Stefanescu era talmente puro nell'arte che non voleva quasi scrivere nel programma di sala quello che aveva pensato, perché diceva che la gente avrebbe dovuto capire da sola la sua coreografia. Nell'arte dovrebbe essere così, ma c'è sempre il rischio anche di non essere capiti. Una volta una signora di una certa età, dopo aver visto questo balletto, è venuta in camerino e mi ha detto: "non ho più paura di morire, è bello morire per amore". Se abbiamo compreso questo, forse qualcuno che ha problemi estetici potrebbe risolverli. Ma più che comprendere, bisogna provare a viverlo, cominciare a viverlo.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Liliana Cosi
E-mail: lilicosi@libero.it

LA CHIRURGIA ESTETICA DI FRONTE ALLA NUOVA DOMANDA DI BELLEZZA
 AESTHETIC SURGERY FACING THE NEW QUEST FOR BEAUTY

I INCONTRO - 12 MARZO 2010

Il Bello Come Scoperta dell'Armonia *Beauty as the Discovery of Harmony*

OLIVIERO RAINALDI
 Scultore

Appena ricevuto l'invito a questo seminario, per prima cosa ho consultato il dizionario per sapere cosa significassero esattamente le parole: corpo, persona, bellezza. Alla voce "persona", ad esempio, si dice: "essere umano, uomo o donna". Ma approfondendo ulteriormente, la cosa più interessante che ho scoperto è che in latino e in greco "maschera" significa persona, con tutte le varie digressioni del caso: mettere la maschera dell'amicizia, deporre la maschera, ecc... mi è sembrato interessante. In teologia, quando si parla di "persona", si intende tutto ciò di cui è costituito l'essere: psiche, corpo, anima, pensiero.

Il concetto che più mi interessa rispetto al mio lavoro, è quello di persona intesa nel secondo modo, in cui il corpo è "utilizzato" come mezzo per arrivare a parlare di qualcos'altro oltre se stesso. Nel testo di presentazione di questi seminari c'è una famosa citazione di Dostojevski: "La bellezza salverà il mondo". Personalmente continua a convincermi la proposta platonica del bello come vero e come bene. Questa simbiosi segna l'integrità; è questa simbiosi che genera la bellezza nel senso più ampio. Credo, infatti, che non si possa considerare la bellezza se non come ricostruzione della verità dell'uomo: da qui la concezione dell'esistenza che è estetica. Ma si può svincolare questa dalla dimensione dell'etica e/o del Sacro? Giudico che questa sia una scelta importante e molto personale. Insomma sono certo che ogni uomo di buona volontà sia chiamato a coltivare una passione per il possibile, al fine di valorizzare dei frammenti di bontà, amore e bellezza che sono sparsi nella storia; non farlo impoverisce.

Prima si parlava di icone. Come ben sapete, il procedimento per la preparazione dell'icona è lungo e complesso: scegliere il supporto ligneo, scavare la superficie, dare l'imprimitura, ecc.. Una volta realizzato tutto questo, molti degli esecutori, che erano monaci, praticavano per un lungo periodo quello che veniva chiamato il digiuno dello sguardo: si immergevano nell'oscurità, chiudevano gli occhi fisici per aprire quelli metafisici. Si preparavano con occhi purificati dal mondo a "scrivere" un'immagine religiosa, attraverso l'icona per contemplare una bellezza altra. Andrej Rublev, autore della

famosissima "Trinità", conscio della sua bravura, diceva: "adesso bisogna sbagliare qualcosa". Visto che si parla di sguardo, vorrei aprire una parentesi su una vicenda molto personale che sto vivendo, proprio in ambito medico, a causa della malattia di mio figlio: la cosa che più mi addolora -proprio considerando un territorio piuttosto impervio come quello dell'oncologia- è accorgersi che alcuni dei vostri colleghi, per quanto preparati, non guardano con la dovuta attenzione chi gli sta davanti, il paziente, il che è sconcertante. Mi permetto di fare questa osservazione, forse con tono un po' risentito, anche se conoscete l'argomento molto meglio di me: occorre guardare quella persona lì, concreta, senza dare nulla per scontato. Le politiche ospedaliere, le pressioni delle case farmaceutiche, il carrierismo -e non vado oltre- non possono essere anteposti alla salute del paziente, pena trasformare il paziente in cliente.

Posso essere maschio, uomo, vivo, quello che vi pare, ma è solo quando mi si guarda che assumo un senso diverso, trovo una pienezza e questo nel rapporto uomo-donna più che mai. La difficoltà nasce dal liberare la bellezza dalla profonda ambiguità che la segna senza vanificare la sua irriducibile originalità, diceva qualcuno. Qui ci addentriamo in un discorso molto attuale che riguarda la bellezza ed il suo uso: ad esempio, la bellezza che si presta ad ornamento teso a favorire lo scambio dei prodotti, nella retorica era l'ornamento del discorso. Nell'arte didascalica, come ad esempio la pubblicità del marketing, vengono fuori dei risultati devastanti. Come setacciare la bellezza da una serie di impurità? Per non parlare poi dell'approccio politico o rivoluzionario, che addirittura rimuove la questione per dare precedenza all'ideologia e che ha dato luogo a un prodotto che si stenta a definire estetico, da cui persino il cristianesimo talvolta non è stato immune (penso a Kierkegaard e al suo rapporto con l'estetica piuttosto complicato).

L'uomo quando pensa, dovrebbe contemplare, immaginare e creare bellezza; attuare il compimento dell'integrità della sua natura, dove il corpo gioca un ruolo vitale. Una delle sette parole chiave della teologia paolina è "sarx", che significa "carne". L'amore passa per la carne:

fondamentale è il toccare, toccare attraverso la propria fisicità. Questo toccare non profana, ma santifica le cose del mondo, che non sono maledette, brutte, sporche, mentre è il nostro sguardo che le rende tali. Ripensando ancora a San Paolo, mi ritorna in mente un'altra parola chiave: "charis", cioè "splendore", qualcosa che va ben oltre la bellezza del visibile: la bellezza che viene dall'interno.

Una bellissima citazione sulla bellezza escatologica mi viene ancora in mente: "Egli dolcemente mi tocca, ed il tempo si ferma; i miei occhi sono chiusi nella sua mano, ma questa è traforata prima che il mondo fosse; io vi vedo attraverso ed improvvisamente tutto scoppia in giochi di luce, nella mia lacrima vibra e danza la sorgente di vita"; questo è un concetto di bellezza secondo la fede, ma può essere visto anche traslato. Il bello non è solo ciò che piace, è una festa per gli occhi, il bello nutre lo spirito e lo illumina, un po' come la luce che illumina lo specchio e lo rivela.

A mio avviso la nostra epoca ha il terrore della bellezza. Pensate all'"Urlo" di Munch o al primo acquerello astratto di Kandinskij del 1912: due opere molto famose e, oserei dire, profetiche che annunciavano quanto la bellezza nel XX secolo sarebbe stata messa a dura prova.

C'è in questo momento una vera paura della bellezza: valutate i canoni e come vengono rincorsi.



V. Kandinskij, *Acquerello* 1912

Eraclito dice che la guerra è padre di ogni cosa, mentre l'armonia e la bellezza è la madre di tutto. Utilizza l'immagine dell'arco e della lira. In greco "bios" rappresenta la vita; la lira è l'arco sublimato e ha più corde di quest'ultimo: mi pare sia una bella allegoria della vita.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Oliviero Rainaldi
E-mail: info@oliviorainaldi.net

LA CHIRURGIA ESTETICA DI FRONTE ALLA NUOVA DOMANDA DI BELLEZZA
AESTHETIC SURGERY FACING THE NEW QUEST FOR BEAUTY

I INCONTRO - 12 MARZO 2010

Dibattito

Debate

Maria Teresa Russo

Dalla relazione della dott.ssa Marini Clarelli emergono interessanti domande e riflessioni. Ad esempio, lo sforzo che ha fatto l'arte per uscire dal canone, per riscoprirlo senza demonizzarlo né mitizzarlo non potrebbe avere esiti inaspettati e negativi? Quanto l'arte ha portato nei secoli alla modificazione del gusto? Quanto al giorno d'oggi contribuisce a questo la moda, la pubblicità, il cinema portando ad una relativizzazione del gusto stesso?

Ringraziamo anche Liliana Così per la sua testimonianza, che ci ha aiutato a riflettere su un tema centrale: il rapporto inseparabile tra il corpo, la vita e l'interiorità, che ci spinge a interrogarci sul valore dell'interiorità e dell'aspetto relazionale del corpo.

A proposito dell'intervento del maestro Rainaldi, sarebbe interessante chiederci che tipo di sguardo ha lo scultore sul corpo umano, attraverso la ricerca della linea, della sensualità.

Con queste provocazioni possiamo aprire il dibattito, riportandole soprattutto all'ambito della chirurgia estetica.

Nicolò Scuderi

Questa discussione ha affrontato in modo ampio l'argomento che avevamo posto inizialmente. Non è semplice ricavarne una sintesi, ma è interessante vedere come tra chirurgia, danza, scultura, storia dell'arte e antropologia vi siano dei punti di contatto. Nella chirurgia non va cercato il canone o la perfezione tecnica, ma va cercata una relazione, un rapporto con il soggetto che viene trattato e nello stesso tempo una tensione verso un'armonia, una sintesi che vada al di là del canone e che si avvicini alla bellezza. Come chirurghi, noi non cerchiamo la bellezza, ma eliminiamo i difetti: quindi il nostro è un lavoro molto più limitato, noi non siamo i padroni del corpo su cui intervenire, non siamo scultori, ma siamo vincolati ad una realtà che è oggettiva ed entriamo in relazione con pazienti portatori di tensioni e contraddizioni spesso difficili da comprendere.

Nuccio Fava

Lavoro in televisione da molti anni e sento sempre più angosciato il problema della comunicazione, in quanto l'ideale della bellezza diventa uno stereotipo a causa della televisione. Una discussione come queste sarebbe risultata moralistica in altri tempi. Mi chiedo se tutti gli interrogativi che sono stati espressi non rimandino ad altro: il problema sta nell'ideale di bellezza, nella tecnica o nel modello di riferimento? Il problema principale è quello del senso che riusciamo a fare circolare di tipo di uomo o di donna verso i quali dovremmo tendere. Il tema è molto difficile, ma va affrontato con un riscontro che abbia senso. Se restiamo nel limite dello stereotipo e non andiamo oltre, possiamo cadere in un errore. Bisogna sempre considerare la domanda più importante dell'uomo, lo scopo: che ci faccio io? L'ideale di bellezza è correlato al rapporto con gli altri. Bisogna trovare la misura giusta per trovare il senso di ciò che facciamo. In questa prospettiva, quello che veicola il sistema della comunicazione, che aiuti a stabilire il rapporto della reciprocità nella ricerca del senso e del significato. Nella *Lettera a Diogeno* si dice che "chi crede di sapere qualche cosa, senza la vera scienza testimoniata dalla vita, non sa", per cui la bellezza va al di là delle apparenze. Comprendere questo è molto difficile, soprattutto lavorando in televisione.

Paolo Arullani

Nel mondo c'è la ricerca affannosa della giovinezza, della bellezza, della moda. Come possiamo nella nostra professione fare qualcosa? Per trasmettere il valore dell'interiorità per poter accettare i difetti: questo dovrebbe essere lo scopo di un medico.

Clemente Potenza

Nella nostra cultura quello che viene imposto è l'apparire, per cui il dovere dei chirurghi plastici è capire quando non bisogna operare. Ci sono persone che arrivano ad autodistruggersi e che vorrebbero controllare il proprio corpo in maniera erronea e patologica. Bisogna difendere questi pazienti, perché sono fragili.

Nicolò Scuderi

Il binomio cliente-paziente è molto interessante. La perdita del concetto di paziente è molto più facile in medicina e chirurgia estetica rispetto ad una qualsiasi altra

specialità clinica che deve dare un sollievo patologico. In estetica, il paziente sa di non essere malato, anche se alcune volte lo è: potrebbe avere una patologia mentale, o pensa che il corpo sia la soluzione attraverso cui si possano risolvere altri problemi. In mancanza dell'evidenza della patologia, è più facile pensare alla persona come un cliente, il che è sottolineato dal fatto che il paziente spesso si arrabbia se il chirurgo non vuole operare.

Oliviero Rainaldi

Questa eccessiva ricerca è estetismo e non estetica. Non perché siamo disinibiti, ma perché siamo complessati. È solo una ricerca dell'involucro.

LA CHIRURGIA ESTETICA DI FRONTE ALLA NUOVA DOMANDA DI BELLEZZA
AESTHETIC SURGERY FACING THE NEW QUEST FOR BEAUTY

II INCONTRO - 7 MAGGIO 2010

Estetico/Antiestetico: Cos'è la Bellezza?

Aesthetic / Unaesthetic: What is Beauty?

INTRODUZIONE

Paolo Persichetti

Per noi che facciamo chirurgia plastica questi incontri costituiscono un'occasione preziosa per riflettere sull'evoluzione dell'estetica fino all'epoca attuale, che, come sappiamo, è influenzata in modo potente dai mass media e dalla cultura dell'immagine. Estetica, estetismo, esteticità, sono termini da esplorare in tutta la loro complessità. E' sotto gli occhi di tutti il fatto che la medicina, in particolare la chirurgia plastica, rischia oggi di assoggettarsi alla legge del mercato, con tutte le conseguenze che ne derivano. Per non approdare ad un'incompatibilità tra etica ed estetica, urge un corretto approccio nei confronti del corpo e della bellezza.

Nicolò Scuderi

Farò un'introduzione brevissima, ricordando per chi non c'era quanto ci siamo detti nel primo incontro. I temi intorno ai quali vorremmo confrontarci con voi e con i relatori invitati questa sera senz'altro contribuiranno molto a chiarirci le idee. L'interrogativo che ci ha condotto a questi incontri è la constatazione che le trasmissioni televisive, l'informazione, anche un po' l'immaginario collettivo non offrono un orientamento univoco, soprattutto dal punto di vista etico, sulla liceità e sui limiti della chirurgia estetica e un po' anche della medicina estetica. In altre parole, si tende a sbandierare queste metodiche e possibilità con trasmissioni di *trash-televisione* -anche se diciamo che oggi non esiste più la televisione spazzatura- che mostrano interventi in cui delle pazienti o dei pazienti si sottopongono a quattro, cinque operazioni, cambiando completamente fisionomia. Alla fine, baci e abbracci, la convinzione che sia cambiata la vita e che la chirurgia estetica sia in grado di modificare tutto. Dall'altra parte, assistiamo a trasmissioni, come quella condotta qualche tempo fa da Gad Lerner, dove invece nei confronti della chirurgia estetica si presenta un atteggiamento estremamente critico: è una chirurgia che falsifica l'immagine, è una chirurgia realizzata da chi vuole imbrogliare, è una

chirurgia dove non si dà la propria immagine reale ma la si esagera, nel tentativo di fornire un'immagine distorta, falsa. Si chiede, pertanto, un limite più o meno etico alla chirurgia estetica.

Da molte conversazioni con amici, colleghi, credo che oggi noi dovremmo prendere le distanze da questi atteggiamenti e cercare di misurare il reale valore o disvalore della chirurgia plastica ed estetica o della medicina estetica. Lo sforzo di mantenere in forma il proprio corpo, di allungare la vita attiva, forse c'è sempre stato: la fonte della giovinezza o della bellezza è un simbolo di tutti i tempi. Tuttavia, negli ultimi anni si è accentuato, perché si è visto che alcuni interventi sono possibili. Occorre dunque chiedersi quali siano i limiti.

La volta scorsa abbiamo parlato del corpo, di come variano nell'arte, nel nostro immaginario, i modelli corporei, di come sono differenti ma anche molto simili gli approcci di uno scultore, di una direttrice di galleria d'arte, di una danzatrice. Questa volta tenteremo insieme di dare una definizione di cosa sia la bellezza, concetto da tanti esplorato, ma sempre sfuggente. Non so se ci riusciremo stasera, ma certamente sarà interessante sentire le opinioni dei nostri invitati. Spero che il percorso ci conduca poi nell'incontro finale, dedicato alla bellezza tra consumo e comunicazione, a dialogare con i molti addetti del settore, che come me fanno chirurgia plastica, per chiarirci le idee sulle problematiche più frequenti. Sono sempre più convinto che non dobbiamo giustificare la chirurgia plastica dietro un problema pseudomedico, come se la liceità di un intervento fosse motivata da un disagio fisico del paziente, che "deve" sottoporsi a un operazione per sentirsi meglio. Non credo che questo sia necessario. Piuttosto ritengo che di per sé cercare di eliminare dei difetti, cercare di star meglio con se stessi sia un valore, per cui l'intervento chirurgico non è un disvalore da giustificare, ma è un valore che tuttavia ha bisogno di essere collocato al suo giusto posto.

Vedremo se la mia interpretazione coinciderà con quella che ci daranno i nostri relatori e anche con la discussione che seguirà al termine dell'incontro.

Maria Teresa Russo

Nello scorso incontro ci siamo occupati del tema del corpo in relazione al concetto di bellezza, ma si può dire che sia il filo conduttore anche di questa serata. Per quanto l'ambizione di uscire dal nostro incontro con una definizione precisa di bellezza forse non sarà del tutto soddisfatta, credo però che avremo notevoli spunti di riflessione.

Afferma Karl Rosenkrantz che "il brutto è secondogenito". Ciò significa che noi pensiamo il brutto sempre a partire dal bello, mentre il bello può stare anche da

solo, ha valore in sé. La tensione verso la bellezza, verso l'estetico è dunque qualcosa di naturale e di originario nella persona umana, mentre il brutto e l'orrido, l'antiestetico rappresentano in fin dei conti sempre una perdita e una mancanza. Oggi, in molti campi, il brutto sembra dilagare, tanto che qualcuno arriva ad affermare che forse fra trent'anni ci si chiederà "cosa significava bellezza?". Penso, ad esempio, all'ambito dell'architettura, che ha realizzato ultimamente prodotti eccellenti, ma anche altri molto discutibili. Si tratta, quindi, di recuperare qualcosa che abbiamo perduto: ma come? Ben venga, allora, una riflessione seria sull'antinomia estetico/antiestetico.

LA CHIRURGIA ESTETICA DI FRONTE ALLA NUOVA DOMANDA DI BELLEZZA
 AESTHETIC SURGERY FACING THE NEW QUEST FOR BEAUTY

II INCONTRO - 7 MAGGIO 2010

Il Bello Artistico e il Bello Etico *Artistic Beauty and Ethical Beauty*

RODOLFO PAPA

Docente di Storia delle teorie estetiche

Presidente dell'Accademia Urbana delle Arti di Roma

Per affrontare la questione posta in campo, ovvero la legittima aspirazione a comprendere che cosa sia la bellezza, a mio avviso c'è bisogno di una riorganizzazione storica del discorso. Questo tipo di premessa è sempre utile per chiarire l'ambito di riflessione e per trovare gli spunti di ragionamento necessari per una corretta analisi delle varie questioni inerenti. Il percorso sarà comunque semplice, una sorta di *work in progress*.

In una certa fase della nostra contemporaneità, si è cominciato a domandare “che cos'è l'arte?”, oppure “questa cosa che abbiamo di fronte è un'opera d'arte?”, alla ricerca di una sorta di criterio di demarcazione tra ciò che è arte e ciò che non lo è. Arthur Danto¹ motiva questo tipo di domanda, trovandone ragione nella separazione di alcuni settori della critica d'arte e della pratica artistica. Della separazione tra arte e artigianato, come luogo originario di distinzione tra le varie componenti dell'arte, ha trattato ampiamente anche Larry Shiner nel suo *L'invenzione dell'arte*, dimostrando come l'antica separazione intellettuale avvenuta tra XVIII e XIX secolo sia all'origine della stessa equivocità del termine “arte” nella nostra contemporaneità.²

Infatti, nella nostra epoca è presente una visione estremamente specialistica delle discipline, mentre nei secoli passati c'era una visione unitaria del sapere, per esempio nel Medio Evo e nel Rinascimento, dove la circolarità dei saperi si intrecciava in un unico edificio culturale, una sorta di casa comune. Certamente non a caso si parlava di sapere “enciclopedico”, descrivendo con questo preciso termine il movimento appunto di circolarità e insieme di unitarietà che il sapiente costruiva tra i vari ambiti di sapere. Questa idea di enciclopedia medievale e rinascimentale esprimeva la volontà di riunire tanti saperi diversi in un unico sapere, capace di contenerli tutti e di riassumerli tutti. Si tratta di un approccio che per certi

versi potremmo definire “olistico”, in quanto capace di tenere conto di tutti i punti di vista e di tutti gli aspetti che riguardano l'oggetto. Oppure potremmo semplicemente definire tale approccio come multidisciplinare, anche se alludeva alla concentrazione del sapere in una sola persona, e non al lavoro di un'*equipe* come si usa oggi.

Per noi diventa quasi impossibile immaginare un approccio culturale di questo genere, se lo confrontiamo con la volontà ultra-specialistica che la nostra visione tecnologista impone sulle discipline scientifiche e su molte di quelle umanistiche. Di fronte alla complessità dei problemi nei nuovi orizzonti della contemporaneità, negli anni '60 e '70 si è cercata una soluzione nelle *equipe*, nei gruppi di lavoro: tante discipline diverse organizzate insieme per tentare di risolvere problemi comuni. Uno degli esempi più interessanti furono i gruppi di lavoro misti nel campo dell'urbanistica, dove architetti, avvocati, filosofi, medici, sociologi ecc., collaboravano partendo da discipline diverse, con oggetti di studio e metodologie diverse, nel tentativo di trovare una sintesi che divenisse un principio ordinatore capace di organizzare, appunto, l'idea stessa di città.

Guardando al Medioevo e al Rinascimento, sembra che tutti sapessero che cosa fosse la bellezza, anche se l'interesse era apparentemente minore rispetto alla contemporaneità, in cui interi cicli di ricerca nelle università sono dedicati alla definizione della bellezza, e nelle librerie scaffali interi sono occupati da manuali e monografie dedicati a questo tema, eppure ciononostante, il termine è divenuto indifferente e completamente sconosciuto. Paradossalmente, rileviamo che in altre epoche storiche, in cui si dedicava poco spazio nella trattatistica alla riflessione sulla bellezza, di contro era ricercata, ammirata, conosciuta e riconosciuta. Del resto la definizione “classica” codificata da Tommaso d'Aquino “*pulchrum est quod visum placet*” è scarna ed efficace, perché mette insieme conoscenza e piacere, oggettività e soggettività. Oggi tale definizione risulta quasi incomprensibile perché troppo laconica, mentre per molti secoli era percepita come chiarissima, intimamente connessa ad una intera

¹ Danto A. *Dopo la fine dell'arte. L'arte contemporanea e il confine della storia*. Mondadori, Milano 2008.

² Papa R. *Riflessioni sulle teorie contemporanee dell'arte*. Relazione tenuta presso l'Accademia Urbana delle Arti l'8 maggio 2010, pubblicata su Zenit <http://www.zenit.org/article-22383?l=italian>.

stagione dell'arte e del pensiero, in cui la stessa bellezza risultava vissuta, agita, compresa in innumerevoli capolavori d'arte.

Aggiungiamo altri dati alla nostra riflessione. È cronaca di questi giorni il fenomeno delle interminabili file, composte da migliaia di persone giunte da ogni parte del mondo per vedere la mostra organizzata in occasione del centenario di Caravaggio, presso le Scuderie del Quirinale; appare, dunque, che un artista, vissuto tra il 1571 e il 1610 ovvero quattro secoli fa, è campione indiscusso di incassi, mentre gli artisti a noi contemporanei sono seguiti da una ristretta cerchia di addetti ai lavori. Dunque la "bellezza artistica" proposta da Caravaggio³ affascina l'uomo contemporaneo che però rincorre una definizione di bellezza senza riuscire a comprenderla, scrivendo infiniti testi di estetica senza riuscire più a produrla. Questo è il vero paradosso. Nel XIII secolo, la definizione è lapidaria, non occupa grande spazio nelle *summae* filosofiche, oggi invece la definizione di bello è talmente presente negli scritti di varie discipline e vari campi che è quasi impossibile riassumerla⁴.

È chiaro che a un certo punto è successo qualcosa alla "bellezza", innanzitutto alla sua parola e al suo concetto. Infatti è possibile rintracciare un discrimine, che segna per certi versi una data di nascita della contemporaneità, quando il termine "bello" viene sostituito con un nuovo termine, e quando la bellezza viene teorizzata separata dalla produzione artistica. Questo punto critico della storia è il 1750, anno in cui Alexander Gottlieb Baumgarten (1714-1762) pubblica il suo famosissimo testo intitolato *Aesthetica*. In esso l'autore, facendo riferimento alla sensazione (*aisthesis*) piuttosto che all'intelletto, utilizzando istanze che deriva da Leibniz, separa definitivamente l'arte dal bello e il bello dalla verità, con conseguenze che solo oggi noi possiamo sperimentare come catastrofiche per il concetto stesso di bellezza, che è per certi versi divenuto un termine "equivoco", insieme al termine "estetica" che pure avrebbe dovuto recare chiarezza. "Estetica", infatti, oggi significa una branca della chirurgia, oppure direttamente la cosmesi, o ancora la disciplina filosofica che si interessa -più o meno- del concetto di bello, e così via, passando per altri significati.

Ma nel XVIII secolo la parola voleva avere un significato preciso, e sembrava la risposta giusta ad una questione che si era fatta largo nel mondo dei trattatisti, tra la fine del Cinquecento e tutto il Seicento, ovvero il rapporto tra la regola e l'arte e tra la regola e la bellezza. Tra il Cinquecento e il Seicento, gli artisti sono ancora coloro che possiedono saldamente in mano tutta la questione che

ruota attorno al termine "arte"; sono coloro che gestiscono le regole, sono maestri delle varie discipline, sanno "fare" il proprio mestiere, rispondendo esattamente al principio classico che l'arte è *recta ratio factibilium* e che inoltre ha come oggetto di studio e come fine produttivo la "bellezza". Questo significa che fino al XVII secolo colui che ha il compito di trattare il tema della bellezza è l'artista, perché conosce le regole e ne ridefinisce costantemente i fini e i confini. Eppure, già una piccola ombra si mostra al senso comune, come una distanza tra i precetti e la prassi, adombrata per esempio da Galileo Galilei nel suo *Discorso sopra i due massimi sistemi del mondo* quando allude a un possesso sterile delle regole, scrivendo che ci sono alcuni che «*posseggono tutti i precetti del Vinci, e non saprebbero poi dipignere uno sgabello*»⁵, affermando in qualche modo che non sono le regole di per sé a fare l'artista, ma la costante pratica⁶ attraverso la quale quelle vengono apprese e provate.

È solo a metà del Settecento, come ha messo in evidenza il già citato Larry Shiner,⁷ che inizia una separazione, almeno teorica, tra le varie componenti della "teoria dell'arte", ovvero uno scollamento tra i componenti principali. Infatti all'opera compiuta si inizia a preferire il bozzetto nel quale si mostra l'inventiva dell'artista, separando quindi il genio che si esprimerebbe liberamente nel bozzetto, dal tecnico che sarebbe invece sottomesso alle regole e al metodo nella produzione del lavoro finale. Di fatto si trattava ancora della stessa unica persona di artista, ma i due momenti ormai erano intesi come separati. È cominciato così un processo di separazione tra la bellezza e l'arte, tra il genio inventivo e la tecnica esecutiva; Shiner afferma che all'unica figura iniziale dell'artista capace di "fare" ogni cosa, viene sostituita la doppia figura dell'artista (creativo) e dell'artigiano (tecnico): all'artigiano è demandato il compito di produrre oggetti fatti a regola d'arte (falegnameria, ceramica, oreficeria ecc.) e all'artista di esprimere il suo "genio". Questo accade innanzitutto nella teoria; si tratta di una scelta intellettuale fatta nell'epoca dei *philosophes*, ovvero in pieno Illuminismo, in un piccolo alveo culturale, ma poi si diffonderà, nel corso dei due secoli successivi, in un lento processo di erosione che coinvolgerà sia il concetto di arte che quello di bellezza. L'artista riserverà per se stesso principalmente la creatività e, rinnegando il mon-

⁵ Così continua « il dipignere s'apprende col continuo disegnare e dipignere » G. Galilei (a cura di L. Sosio) *Dialogo sopra i due massimi sistemi del mondo*. Einaudi, Torino 1970, pp. 45.

⁶ Cfr. Papa R. La "scienza della pittura" di Leonardo. Analisi del "Libro di pittura". Ed. Medusa, Milano 2005, nel quale ho ipotizzato che con l'espressione "tutti i precetti del Vinci", Galileo allude al *Libro di pittura* di Leonardo da Vinci.

⁷ Shiner L. *L'invenzione dell'arte. Una storia culturale*. Einaudi, Torino 2010.

³ Cfr. Papa R. *Caravaggio. Lo stupore nell'arte*. Ed. Arsenale, Verona 2009.

⁴ Cfr. Bodei R. *Le forme del bello*. Il Mulino, Bologna 2007.

do delle regole, inizierà un lento processo di *deregulation* a esclusivo favore del sentimento e a totale discapito della ragione.

Baumgarten aveva teorizzato che attraverso l'arte non si potesse giungere ad un tipo di conoscenza razionale e che però non si trattasse neanche di un livello irrazionale di tipo sensoriale, ma aveva posto l'arte in un campo della conoscenza separato, che necessita di una disciplina a parte per essere studiato: appunto l'estetica. L'arte non è più pensata come il luogo che tiene insieme ragione, sensi, piacere, producendo oggetti dotati di un significato ulteriore, come nella grande tradizione precedente, ma viene collocata in un luogo di idee confuse, indistinte, non totalmente chiare e razionali, né totalmente oscure o irrazionali. In questo contesto teorico, comincia la strada di specializzazione e di separazione delle discipline, che produce un effetto di disarticolazione della cultura e della conoscenza, spostando di continuo il confine tra le varie parti dell'antico edificio dei saperi, fino alla demolizione dell'edificio stesso.

Inventata la nuova disciplina estetica, Kant aggiungerà che per la bellezza c'è bisogno di una facoltà a parte, che non è direttamente l'intelletto ma che è capace di giudizio, e che chiamerà facoltà del giudizio o "gusto", che non è attività razionale fino in fondo, e non è neanche attività irrazionale fino in fondo.

In questo contesto insomma incomincia a svilupparsi il problema di che cosa sia la bellezza, non più dicibile in termini ontologici, separata dalla verità e dal bene, però riconosciuta come qualcosa che eccede la materia, non irrazionale, ma neanche razionale.

Il problema è che viene rifiutato il sapere metafisico che poteva renderne radicalmente ragione, collocando la bellezza innanzitutto nell'essere, come una caratteristica degli enti, e poi di conseguenza nell'arte, come una caratteristica del *facere* produttivo. Basti seguire il destino del termine "trascendentale", che non si lega più all'essere, come nel Medioevo, ma al conoscere e dunque al soggetto, come in Kant. Pur sistemate in un contesto preciso, l'arte e la bellezza sono maneggiate con difficoltà.

È questo, dunque, il momento storico nel quale si compie un primo mutamento che darà poi origine ad una serie di ulteriori mutazioni, per giungere infine alla situazione odierna di estrema confusione. Oggi sembra che non interessi tanto la reale questione dell'arte, ma, vittime ormai del relativismo imperante, si cerca una definizione capace di contenere tutto e il contrario di tutto, tanto da non significare niente. In una realtà di pensiero debole, che ha rinunciato alla riflessione ontologica, in verità non si cerca più una risposta alla domanda "che cos'è la bellezza?", ma si preferisce moltiplicare all'infinito le domande, in una sorta di meccanismo perpetuo di pensiero.

Ecco allora che possiamo affrontare la domanda da cui

nascono queste riflessioni: quale estetica per il chirurgo estetico? Il filosofo contemporaneo, con un pensiero debole e decostruttivista non può e non vuole aiutare il chirurgo a definire un principio attorno al quale far ruotare "l'arte della chirurgia estetica". Ma neanche il critico d'arte può aiutare il chirurgo plastico, in quanto ha come unico orizzonte il mercato e non i principî dell'arte, quindi tende a legittimare ogni cosa che sia appetibile al mercato, nella logica del puro profitto.

L'estetica contemporanea sembra non poter aiutare il chirurgo.

Ecco allora il senso del ripensamento dell'Umanesimo e del Rinascimento, per rialimentare il pensiero e la riflessione. La definizione di arte come "*recta ratio factibilium*", nella distinzione razionale del saper produrre, riesce a legittimare tutte le discipline, distinguendole e insieme collegandole, cosicché c'è un posto per l'arte della pittura e per l'arte della chirurgia. Infatti è proprio di tutte le "arti" fare le cose in maniera giusta e razionale, ciascuna secondo le proprie finalità. In questo modo è possibile scrivere la "storia" di ogni singola disciplina e rintracciare i vari momenti che hanno posto le basi per cambiamenti e innovazioni.

Peraltro esiste una antica parentela tra pittori e medici. In antico, per esempio, i pittori erano registrati nella stessa corporazione degli speciali, gli odierni chimici, che a loro volta in alcune città erano nella medesima corporazione dei farmacisti e dei cerusichi, ovvero dei medici e dei chirurghi. Si trattava di un modo di fare ordine tra le discipline apparentemente caotico, ma in realtà era strutturato con una coerenza logica di tipo enciclopedico, perché i vari saperi componevano alla fine un unico "sapere".

Ma proprio perché in antico la riflessione non era mai banale, al fianco del "fare" si poneva sempre una riflessione sull'"agire", ovvero una riflessione di tipo etico. Il giusto modo di produrre implica anche una riflessione sul giusto modo di comportarsi, la ricerca della "*recta ratio agibilium*".

Tra il XIII secolo e la prima metà del XVIII, la bellezza è legata anche alla pratica delle "virtù umane". Le virtù umane sono quelle scoperte dalla filosofia greca e poi riprese nel contesto cristiano, e sono rispettivamente la Fortezza, la Prudenza, la Giustizia e la Temperanza.

La filosofia offre materiale alla pittura per rappresentare attraverso immagini non solo il mondo visibile delle cose, ma anche quello invisibile dell'anima e dello spirito. Ci sono per esempio delle rappresentazioni figurative di "personificazioni" delle virtù, ovvero di concetti rappresentati in forma di figura umana, come per mostrarne la reale concretezza e la reale importanza nell'economia della vita umana.

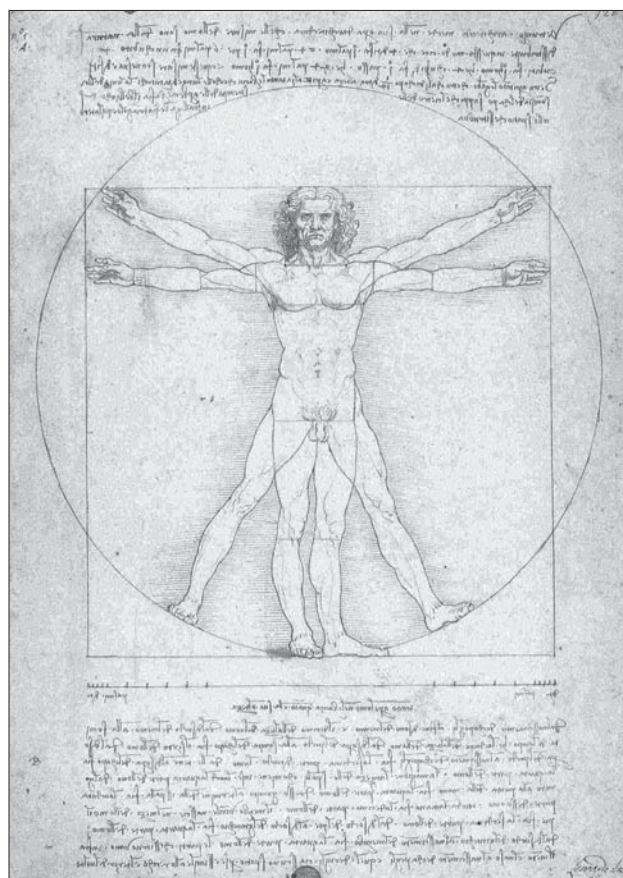
La bellezza della virtù è stata anche rappresentata in modo diverso, e un esempio eccellente è offerto dalla

Gioconda di Leonardo. La donna ritratta, Monna Lisa, è, infatti, una donna realmente esistita; uno studio recente ha svelato molti particolari dell'identità di Lisa Gherardini: moglie di Francesco del Giocondo⁸, un ricco mercante, che nel testamento descrive la moglie come una donna virtuosa. Giorgio Vasari descrive Monna Lisa come una donna bellissima e Leonardo la ritrae come esempio di bellezza muliebre e nel contempo come modello di virtù. Si tratta di una esemplificazione di bellezza rinascimentale, di bellezza non superficiale, non pura sensazione (*aisthesis*) dell'involucro, ma un mezzo per percorrere una via ascensionale verso la verità, sintomo evidente delle qualità morali di una persona, fine produttivo del fare artistico. La bellezza è un crocevia, attraverso il quale si può approdare in luoghi diversi, ma tutti collegati tra loro.

Leonardo ritrae le virtù che rendono bella Monna Lisa e questo appare soprattutto nel sorriso, su cui si sono spese infinite parole e sono scorsi fiumi d'inchiostro. Quel sorriso è manifestazione di temperanza. Monna Lisa non sta ridendo, ma sorride, in un atteggiamento di moderazione, di temperanza; la sua mimica gentile manifesta lo stato d'animo di una donna virtuosa.

Monna Lisa soprattutto sorride con gli occhi, perché è composta, è ferma al proprio posto, quindi possiede la virtù praticata della fermezza; inoltre ha la capacità di vedere, mostra di saper praticare la giustizia, l'amore materno e muliebre. Per questo Vasari scrive che in questo ritratto «*vi era un ghigno tanto piacevole che era cosa più divina che umana a vederlo, et era tenuta cosa meravigliosa*».⁹

Fin quando l'arte non si è separata dalla bellezza considerata come un aspetto trascendentale dell'essere, ha mantenuto una capacità veritativa, la possibilità di indicare molti piani di lettura della realtà: estetico, morale, ontologico. Questa complessità di approccio è presente anche nel famosissimo disegno di Leonardo, spesso citato in maniera divulgativa come *L'uomo universale*. In realtà si tratta di una figura vitruviana, centrata sul tema delle proporzioni. Si tratta di un complesso di rimandi culturali estremamente sofisticato: si fa riferimento alle proporzioni armoniche tra il corpo umano e il cosmo intero, secondo una tradizione antica proveniente dal mondo classico greco-romano, resa nota per mezzo del testo di Vitruvio e poi diffusa attraverso la trattatistica medievale fino alle speculazioni leonardiane. Il problema è inizialmente di tipo geometrico, ovvero come inscrivere il corpo umano in un cerchio e nel contempo in un quadrato. Per secoli molti studiosi e artisti si sono misurati



con questo problema ma solo Leonardo è stato in grado di risolverlo correttamente. Il rapporto che intercorre tra il corpo umano e le due figure geometriche è non solo un rapporto numerico, cioè proporzionale, ma anche un rapporto simbolico giacché il cerchio da sempre indica la sfera celeste, la perfezione divina, mentre il quadrato rappresenta la terra e per estensione l'uomo.

Anche i disegni degli intrecci o dei nodi dell'Accademia Vinciana, rappresentano il complesso mondo delle virtù coltivate. Come le piante che dall'arte botanica vengono potate e intrecciate per migliorarne non solo l'aspetto ma la stessa produttività, così la metafora botanica per estensione sta proprio a simboleggiare l'attività spirituale ed intellettuale della *cultivatio homini* e della *cultivatio animi*. Dunque con questi intrecci Leonardo si auto rappresenta come uomo colto, "coltivato" e in essi deposita il progetto della sua Accademia. Il senso dei nodi è la rappresentazione dell'anima virtuosa, dell'anima educata al bene, coltivata al bello, capace di elevazione spirituale. Un esempio della relazione che intercorre tra intreccio botanico e "cultura" è costituito dai giardini rinascimentali all'italiana, espressione massima del concetto di intreccio, come rappresentazione metaforica della relazione che intercorre tra bellezza e cultura: i disegni vegetali realizzati con filari di mortella, che incorniciano

⁸ Pallanti G. *La vera identità della Gioconda. Un mistero svelato*. Skira, Milano 2006.

⁹ Vasari G. (a cura di L. Bellosi e A. Rossi) *Vite de' più eccellenti architetti, pittori, et scultori italiani, da Cimabue insino a' tempi nostri* (1550). Voll. II. Einaudi, Torino 1991, pag. 552.

specchi di prato ben rasato, sono, infatti, la rappresentazione della natura che è modellata ad un bene superiore attraverso la coltivazione. Tutti sappiamo che una pianta ben potata dà più frutto.

La metafora dell'intreccio vegetale viene gradualmente utilizzata dalla civiltà occidentale cristiana, per descrivere il rapporto che intercorre tra il bene e il bello, nello splendore della verità. Allora, le decorazioni architettoniche, i festoni di frutta e le ghirlande campestri sono la narrazione del racconto dell'ascesa spirituale dell'uomo fino alla gloria, attraverso la pratica delle virtù e l'edificazione morale di se stessi. Il giardino è luogo sia fisico che metaforico, da vivere nella costante mimesi del modello naturale, dove l'uomo è per certi versi concepito come una pianta da frutto da coltivare, con tutte le implicazioni educative che questo paragone può suscitare. Leonardo coglie anche questo aspetto. Per esempio, nel ritratto di Ginevra Benci, dipinto nel 1475 ca. e



oggi conservato alla *National Gallery* di Washington, dove oltre al gioco linguistico Leonardo opera sul nome della giovane, collocandole alle spalle una pianta di ginepro con la doppia funzione di quinta scenica per esaltare l'incarnato del volto e come richiamo morale al nome proprio (*Ginevra* – *ginepro*). Il ritratto non è solo frutto mimetico della realtà,

ma è principalmente ritratto dell'anima della giovinetta. Il ritratto sa esprimere qualcosa di profondo della persona, ci descrive il suo mondo interiore e ce ne canta le virtù. Ginevra è dunque rappresentata bella come un ginepro, attenta a conservare le preziose bacche, attraverso aculei che impediscono che questi frutti vengano colti da mani furtive, cioè è attenta alla cura della propria virtù. A conferma di ciò, nel retro della tavoletta Leonardo dipinge ancora un emblema, fatto di rametti di piante intrecciate, con al centro un cartiglio sul qual è scritto un motto: "*Virtutem Forma Decorat*", ossia, "La bellezza è la decorazione della virtù".



Tra il rametto di lauro, segno della vittoria umana propria del poeta e anche dell'atleta, e il rametto di palma, segno dell'estrema vittoria spirituale, c'è un piccolo serto di ginepro, quasi a dire che sotto questo piccolo arco di trionfo vegetale, c'è Ginevra, che attraverso la coltivazione delle virtù cardinali e il conseguimento di quelle teologali, giunge alla vera bellezza che è decoro dell'anima ben coltivata e quindi virtuosa.

Occorre trovare, dunque, il giusto atteggiamento, tra l'immoralità e il moralismo, nell'incontro tra la bellezza e il bene, per edificare la persona nella sua completezza, affinché l'essere umano, coltivato in ogni suo aspetto, possa maturare e fare frutto.. Questa è la vera bellezza da perseguire.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof. Rodolfo Papa
Facoltà di Filosofia, Pontificia Università Urbaniana
Via Urbano VIII, 16 - 00165 Roma - Italia

LA CHIRURGIA ESTETICA DI FRONTE ALLA NUOVA DOMANDA DI BELLEZZA
AESTHETIC SURGERY FACING THE NEW QUEST FOR BEAUTY

II INCONTRO - 7 MAGGIO 2010

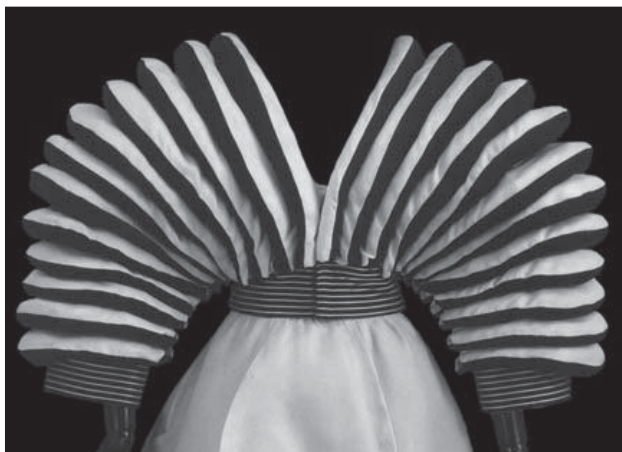
Di Bellezza è Piena la Terra The Earth is Full of Beauty

PAOLA GROSSI GONDI

Pittrice e scenografa

Ciò che accomuna le persone presenti in questa pregiata sala del palazzo Rospigliosi è il fatto di avere tutti a che fare con la bellezza, ciascuno secondo la sua specificità. Il mio punto di vista da cui abbozzare una risposta alla domanda: *estetico-antiestetico, cos'è la bellezza?* è quello di un'artista.

Propongo prima di tutto di osservare, anzi *contemplare*, alcune immagini di natura, di cose e di persone. Osserviamo poi le immagini degli abiti scultura del grande stilista Roberto Capucci, nati evidentemente dallo sguardo d'incanto e d'amore per tutto questo.



Roberto Capucci, *Bolero*
(Archivio Storico della Fondazione Roberto Capucci).

Contemplare è la prima condizione per cogliere la bellezza. Questo è già un indizio: la individuo se mi dispongo interiormente a coglierla.

Secondo indizio: la bellezza contemplata genera nuova bellezza. Lo sguardo contemplativo è dunque creativo.

Se è creativo, non bada agli schemi, ai canoni, alle convenzioni, a quello che dicono tutti. E' capace di trovare bellezza anche dove sembra non esserci: in un malato, in un vecchio, in una situazione gravosa. Chi riesce a far questo, forse neanche ci pensa, ma sta mettendo continuamente in gioco il cuore.

E questo è più che un indizio: l'amore è la strada più

breve e sicura per capire cos'è la bellezza.

Ci ho messo un po' a codificarlo: sono partita dai classici, cercando di intendere bene l'idea di bellezza che avevano. Per immergermi del tutto nella tematica, ho lavorato ad una riduzione teatrale dell'*Odissea*, studiato il testo omerico e l'arte dell'epoca e pensato a costumi e scenografie -di cui vi mostro alcuni esempi-.

Per i Greci, la bellezza è frutto della ricerca di una perfezione che parte dalla mente. Omero ne incarna l'idea: il poeta con gli occhi chiusi -cieco- che cerca interiormente un'ispirazione divina.

Siamo nel 740 a.C. e nel libro VIII dell'*Odissea*, Ulisse considera che la bellezza esteriore di una persona è certo un dono divino, ma senza ingegno, riflessione, intelligenza e altre virtù morali, non vale un gran che. Punto di partenza importante.

La bellezza ha due diverse dimensioni di fascino: quella che attraverso verità e amore, eleva e quella che attraverso inganno e adulazione, uccide.

Omero comincia la sua opera invocando una musa (libro I). Le muse, mitologiche figlie di Zeus e di Memoria, sono la personificazione delle più elevate aspirazioni artistiche ed intellettuali dell'uomo; patronne delle arti, migliorano ed elevano la persona facendola orientare verso il pieno raggiungimento del proprio destino, quindi verso la felicità. Muse, dimensione positiva della bellezza.

Ma c'è la possibilità che la bellezza attiri sulla strada del dolore e della morte: Ulisse lo sperimenta nell'episodio delle sirene. Nelle sirene -o arpie- è racchiuso il concetto di seduzione rovinosa, della rapacità nel distruggere definitivamente l'uomo allontanandolo dal suo fine ultimo. Sono portatrici di conoscenza che porta alla morte, di inganno, adulazione, lusinghe mondane. Sirene, dimensione negativa del fascino.

Su tali opposti approcci alla bellezza, sono stati provati gli uomini di tutti i tempi, ottenendo fecondi o sterili passaggi sulla terra.

Ad Ulisse le sirene promettevano l'ingresso nella storia e la fama immortale, e all'uomo d'oggi? Anche, ma con svalutazione: lo spingono a puntare all'apparenza, all'essere conosciuto solo perché appare, a sentirsi vivo

solo se riconosciuto –tv, veline, cronache, riviste, sfilate, vip, stars, archistars... –

Le Muse, invece, oggi le possiamo intendere come i valori interiori che rendono l'uomo più consapevole della sua dignità e che gli permettono di scoprire la bellezza dentro e fuori di sé.



Paola Grossi Gondi, *Pozzanghera*

Qualche secolo dopo che Omero scrive l'Odissea, nasce Gesù Cristo e la sua venuta segna -per credenti e non- una svolta definitiva anche su cosa vuol dire bellezza. Tanto per rimanere in tema, apre gli occhi ai ciechi: la bellezza è generata dall'amore e con l'amore si coglie. La Croce, orrido patibolo per pagani e scandalo per il popolo eletto, è per i discepoli il più eloquente segno d'amore e

diventa bellezza pura.

Da allora la bellezza è pienezza di significato, è qualcosa che ha un valore che trascende la realtà visibile. Penso che tutti i veri artisti lo percepiscono e sento che è questa tra le principali cause del nostro tormento interiore.

Di bellezza è piena la terra, dal micro al macro-cosmo e chi è attento la scopre e manifesta. In questa linea mi sono orientata professionalmente ed ho constatato come effettivamente tutto può essere bellezza, se osservato con incanto e meraviglia. Mostro riproduzioni di alcuni miei quadri, figurativi che nascondono segreti:

- visione da un pozzo verso il cielo, è la bellezza quando riesci ad uscire;
- visione di un tetto tra gli alberi, è la bellezza quando intravedi casa;
- un'ombra di una colonna in un porticato, è la bellezza quando basta poco;
- gli ultimi tre scalini da salire, è la bellezza quando manca poco;
- e ancora, bellezza quando ti fanno entrare, quando è l'ora giusta, quando ha smesso di piovere, quando entra il sole, ecc...

Sempre troveremo la bellezza se la sapremo accogliere come un regalo. La bellezza, in definitiva, la trova chi sa amare e chi sa lasciarsi amare.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Paola Grossi Gondi
E-mail: paola@grossigondi.it

LA CHIRURGIA ESTETICA DI FRONTE ALLA NUOVA DOMANDA DI BELLEZZA
AESTHETIC SURGERY FACING THE NEW QUEST FOR BEAUTY

II INCONTRO - 7 MAGGIO 2010

Psicologia del “Mal d’Immagine” *Psychology of the “Image Disease”*

MASSIMO CUZZOLARO

Psichiatra

Parleremo oggi della psicopatologia dell’immagine del corpo, cioè del cosiddetto “mal di immagine”, di cui la chirurgia plastica si occupa. Una delle difficoltà per arrivare a una definizione della bellezza risiede nel fatto che vi è una serie di elementi oggettivi relativi alla bellezza, che cerchiamo di ricondurre a dei canoni, ma questi si devono sommare a una componente soggettiva che sfugge e si ribella a quegli stessi canoni.

L’immagine mentale del nostro corpo è solo in parte oggettiva: infatti, vi è una componente affettiva e valutativa che non si può ricondurre a dei canoni oggettivi.

La psicopatologia dell’immagine del corpo è fondamentalmente l’odio del corpo. Uno dei compiti della chirurgia plastica è ricostituire una relazione soddisfacente con l’immagine fisica di sé, il che molte volte, ma non sempre, riesce.

I disturbi dell’immagine del corpo sono l’anoressia, la bulimia, le condizioni sfiguranti, la depersonalizzazione, l’ipocondria, la dismorfofobia, fino ai disturbi neurologici come l’arto fantasma, o la sindrome di Gerstmann o l’emisomatognosia.

Un verso famoso di Paul Breton riassume bene questa dualità del sentimento soggettivo-oggettivo, affermando che “la bellezza è difficile”. Se la consideriamo come canone estetico, è evidente che vi è un’evoluzione nel concetto di bellezza corporea, che cambia a seconda delle epoche, dalla Venere di Milo a Marilyn Monroe a Claudia Schiffer.

L’idolatria della bellezza femminile oggi è più che mai relazionata con la magrezza. Uno studio americano ha dimostrato come negli ultimi 50 anni l’indice di massa corporea delle cosiddette “conigliette” di Playboy sia sceso di due punti, da 20 a 18 di BMI; inoltre si è visto come nel 2000 7 modelle su 10 fossero sottopeso. Rispetto ad una rivista francese degli anni Venti, il peso consigliato per una donna di 1 metro e 60 è sceso di ben 8 kg.

Questo fenomeno non riguarda solo il mondo occidentale. Uno studio svolto dal “Journal of Neurology” ha dimostrato come in un paese delle isole Fiji prima e dopo l’avvento della televisione fosse aumentato il numero di persone sovrappeso, fossero cambiati gli ideali estetici ed erano cominciati i disturbi del comportamento alimentare.

Un altro studio, invece, mette in correlazione l’insoddi-

sfazione corporea e l’indice di massa corporea: nelle ragazze l’insoddisfazione corporea aumenta con il BMI mentre nei maschi l’insoddisfazione sale quando si è troppo magri o troppo grassi. Per questo motivo, nei maschi è in crescita l’anoressia nervosa.

Si è poi visto come le donne eterosessuali e gli uomini omosessuali abbiano un maggiore desiderio di perdere peso.

L’identità è il sentimento di essere se stessi. Schmitt ha pubblicato un libro che si chiama “L’invenzione del compleanno”, in cui tra le varie storie narrate vi è quella di un uomo del XVII secolo che si faceva dipingere ogni anno e conservava tutti i quadri dei suoi cambiamenti all’interno della sua identità. La questione dell’identità e del cambiamento investe molto la chirurgia plastica, poiché molte persone vogliono tornare a uno stato di buona immagine quando qualcosa come una malattia o un intervento la ha cambiata, ma anche imporre dei cambiamenti se la propria immagine così come è non va bene.

Negli ultimi decenni l’immagine del corpo è diventata sempre di più un fondamento dell’identità, ma nello stesso tempo i cambiamenti della propria identità sono diventati uno strumento di valorizzazione di sé. Le Breton ha usato due espressioni che incarnano tutto questo: “il corpo è un incompiuto” ed “il corpo è una brutta copia”.

Una malattia alla quale i chirurghi plastici devono fare molta attenzione è la *dismorfofobia*, che consiste nel soffrire per un difetto immaginario o irrilevante agli occhi dei più, questi pazienti sono anche stati chiamati ipocondriaci della bellezza.

A questo proposito vorrei ricordare Alicia Douvall, una modella inglese che ha subito più di 100 interventi di chirurgia plastica, la cui filosofia di vita è: ciò che posso cambiare, lo cambierò. Ma ha subito così tante operazioni che non sente più il suo stomaco o ciò che c’è sotto il suo braccio sinistro.

Concludo con un aforisma di Paul Valéry: “ciò che c’è di più profondo è la pelle”.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof. Massimo Cuzzolaro
E-mail: massimo.cuzzolaro@fastwebnet.it

LA CHIRURGIA ESTETICA DI FRONTE ALLA NUOVA DOMANDA DI BELLEZZA
AESTHETIC SURGERY FACING THE NEW QUEST FOR BEAUTY

II INCONTRO - 7 MAGGIO 2010

Dibattito

Debate

Maria Teresa Russo

Ringraziamo il Professor Papa per averci stimolato a ricordare l'antica visione della bellezza nella quale il concetto di etica e di estetica erano così uniti.

Paola Grossi Gondi ci ha invitato a cogliere la bellezza nelle cose comuni e quotidiane. Nel suo sito, come didascalia di un suo dipinto, si legge: "il bello c'è: tutti lo possono cogliere con lo sguardo, si può trovare anche nelle cose più semplici e comuni: in un raggio di sole che entra nella stanza esaltando un lembo del tappeto, in una pozanghera che si tinge d'azzurro riflettendo il cielo".

Il dott. Cuzzolaro ha mostrato come non ci possa essere sentimento di identità che non passi attraverso il corpo, per cui non risponde a verità il desiderio, tante volte sbandierato, di fare del proprio corpo ciò che si vuole o di concepire la propria libertà al margine del corpo.

A questo punto si apre il dibattito.

Persichetti

Il concetto sul quale dobbiamo soffermarci è il passaggio dalla bellezza come dono naturale, così com'era vista nel passato, alla bellezza come effetto artificiale, dilagante nel presente. Abbiamo la richiesta di una artificialità e di una esasperazione di alcune caratteristiche. E proprio su questo punto insorgono i nostri dubbi: dobbiamo assecondarlo in quanto diritto della persona o non assecondarlo? Dobbiamo quindi fare della chirurgia estetica un elemento corretto come atto medico, deontologicamente parlando, o fare della chirurgia estetica qualcosa che soddisfi la persona?

Nicolò Scuderi

Dobbiamo secondo me riflettere sul fatto che la colpa di questa perdita di valori è proprio di questo millennio: infatti, viviamo in una realtà con valori soggettivi e il chirurgo plastico si deve calare in questa realtà. Quindi è lo stesso chirurgo plastico che deve avere dei canoni, trovarli dentro se stesso e insegnarli poi ai suoi allievi.

Rodolfo Papa

La responsabilità non è solo della televisione e del chirurgo ma anche del professore di estetica, dell'artista, del gallerista, del mercato, della famiglia. Noi non siamo fortunati o sfortunati a vivere nel XXI secolo, piuttosto abbiamo commesso un errore antropologicamente strategico: quello di slegare le discipline l'una dall'altra. Un medico del '500 non era solo un operatore sanitario, ma era anche un filosofo, un letterato, aveva competenze tali da controllare automaticamente, attraverso altre informazioni, se quello che faceva era corretto o sbagliato. Noi oggi, invece, siamo nel campo del possibile. Siccome tutto è solo tecnologia allo stato puro, di conseguenza "tutto quello che è possibile lo si fa", come rispondeva la modella; ma lei lo applica al suo corpo perché aderisce profondamente ad un diktat della cultura contemporanea, che qualcuno ha coniato già molto tempo prima. Allora quando ci si imbatte nel fisico nucleare che dice: "Io so solo di reazioni nucleari, se poi c'è qualcuno che le applica e ci fabbrica le bombe, io non c'entro!", il ragionamento corretto sarebbe quello di fermarsi. Stesso ragionamento per il chirurgo plastico, che dovrebbe rifiutare di ridurre una persona ad un mostro, nonostante le cifre esorbitanti offertegli per farlo, o semplicemente l'immensa pubblicità che dal suo agire gli deriva.

Il problema diventa ad un certo punto di ricostituire un circolo culturale, quella visione enciclopedica presente nell'antichità, nel Medioevo e nel Rinascimento; cioè una osmosi tra discipline. Nel '500 l'artista lancia un modello estetico che è principalmente un modello morale, e in tal modo viene riconosciuto. Oggi, invece, tolta la morale, rimane semplicemente l'oggetto che da solo non sussiste perché si nutre anche di altro. Pertanto tende a scivolare verso la banalità e l'utilizzo commerciale dello stesso.

Frequentando molte Università, in cui vengono formati tecnici specialisti che fanno televisione, ho notato che essi sono perfettamente capaci di costruire l'immagine, il problema però è che non sanno altro, non sono filosofi.

Flavio Saccomanno

Vorrei offrire un contributo derivante dalla mia esperienza nel campo della chirurgia estetica. Effettivamente quello che dice il professor Papa è giusto, nel senso che le diverse sollecitazioni che abbiamo derivano dalla filosofia, dalla televisione, da una cultura, che ci offrono delle immagini e dei canoni da seguire. In realtà, però, come diceva il professor Cuzzolaro, la bellezza risiede nell'accettazione di ciò che si è. Dunque io non so fino a che punto l'estetica e quello che noi facciamo inducano alla bellezza. Quello che noi possiamo fare è contribuire a far raggiungere all'individuo la consapevolezza della bellezza e dell'armonia del suo insieme. Ci sono pazienti che presentano delle anomalie e che con la correzione possono arrivare ad appropriarsi di un'identità che coincida il più possibile con l'oggettività visibile. Noi chirurghi plastici, pertanto, dovremmo correggere ciò di cui l'individuo ha bisogno per tornare a vedersi "normale" e stare attenti a non andare oltre la normalità. Per cui la richiesta del cambiamento non mi sembra così attuale, io non vedo questa problematica.

Angela Faga

Nella mia esperienza di chirurgia estetica, mi riallaccio al discorso della nostra pittrice. La mia sensazione è che sia la donna che l'uomo credono di volersi avvicinare attraverso la nostra opera ad un ideale estetico, quindi morfologico. In realtà chiedono amore. Vogliono la bellezza perché ritengono che essa sia il passaggio attraverso cui ottenere l'amore. Pertanto, soprattutto per una mente semplice, il sistema migliore per raggiungerlo è il desiderio di potenziare, ad esempio, gli aspetti sessuali secondari. Non per niente in chirurgia estetica gli interventi più richiesti sono ormai la mastoplastica additiva, il modellamento di una silhouette che in qualche modo ricordi quella giovanile per ottenere l'attrazione sessuale. Il sesso, pur non essendo il surrogato dell'amore, può esserlo, se non è supportato dall'amore. Mi sembra a questo punto di ritornare alla tematica etica della solitudine. Una persona si sente sola e cerca di risolvere questo problema oggettivando il proprio corpo in modo da poter essere meno sola perché somiglia di più alle persone che ritiene estremamente attraenti ed amate. In questo ambito il nostro approccio è molto difficile. Una delle regole che mi era stata insegnata è che, prima di operare una persona, è necessario capire se sta vivendo un importante disagio psicologico. Io, per esempio, sono molto attenta con quei pazienti che vengono da me e contemporaneamente stanno vivendo una separazione coniugale.

Massimo Cuzzolaro

Credo che uno dei motivi di interesse degli incontri come quello di questa sera sia la possibilità di far dialogare angolazioni diverse sullo stesso tema. Mi sembra che, non in senso sentimentale ma di economia psichica, cioè di funzionamento della nostra mente, la questione amore-odio sia uno dei denominatori comuni del discorso di oggi. Credo che un buon intervento in chirurgia estetica sia quello capace di ridurre l'odio verso il corpo nella persona che vi si sottopone. Ciò significa spesso, come diceva la dottoressa nel precedente intervento, una possibilità di miglioramento delle relazioni con gli altri. C'è una tragedia di Shakespeare che racconta magnificamente questo, il Riccardo III, il re gobbo d'Inghilterra. Nel monologo di partenza usa più volte la parola odio: "Io odio il mio corpo, la mia gobba, passo la giornata a guardare l'ombra della mia gobba sulla terra. E quindi, non potendo avere amore, io odio. Dedicherò la mia vita all'odio". La conclusione ha le medesime connotazioni in quanto finisce con il suo urlo - cavalcate nel sangue (riding blood) - diretto ai suoi soldati nella battaglia in cui muore.

Scevola

Ho notato nei precedenti interventi, soprattutto del professor Papa, un riferimento storico alla civiltà occidentale e soprattutto all'immagine visiva del bello. Ma come ci comportiamo davanti alla civiltà musulmana ad esempio, che ha bandito l'immagine come espressione artistica? Nelle moschee, infatti, non troviamo i quadri e le statue che invece riscontriamo nelle nostre chiese e anche la morfologia femminile viene nascosta al pubblico integralmente o parzialmente.

Nel discorso del professor Cuzzolaro pensavo si facesse un accenno a Lombroso in cui la morfologia è espressione della funzione. Quindi da un parte c'è la bellezza che è espressione di un divino che noi andiamo a cercare e che si coniuga con la funzione. La struttura cristallina, l'apparato del Golgi di una cellula, se sono armonici e "belli", sono funzionali e funzionanti e la malattia non viene. Oggi siamo arrivati al *core* della materia vivente con la scoperta del codice genetico, nella fisica dell'atomo, e qui si pone l'etica, cioè la sapienza di Salomone: l'uso corretto della scienza. In campo biologico lo possiamo usare per combattere le malattie, in campo fisico possiamo avere l'energia infinita o la bomba atomica. Probabilmente anche l'affinarsi delle tecniche chirurgiche deve essere regolato dall'etica che ci porta a ripristinare la funzione in tutti i suoi aspetti, che sono quelli di attrazione sessuale o di riparazione di un organo.

Eugenio Gandolfi

Tutti i discorsi precedenti hanno focalizzato l'aspetto della bellezza per il paziente, ma lo stesso vale per noi chirurghi plastici. Se l'amore per il nostro prossimo e il piacere di curare ci ha spinto a fare i medici e, per una serie di ragioni della vita, siamo arrivati a fare la chirurgia plastica, allora quando si ha di fronte una richiesta che non va nella direzione della salute, del benessere e dell'amore del paziente, è normale che non la si soddisfi, a meno che non siamo arrivati a tal punto da rinnegare il nostro mestiere e farlo solo per denaro. Pertanto la formazione del medico deve avere anche un connotato etico, deve essere fatta in ambienti etici e fortemente pregnanti da un punto di vista medico. Quindi, se il chirurgo plastico si riduce ad eseguire decine di interventi, magari alla stessa persona, solo per denaro, è un poveraccio, un infelice, una persona sola. E purtroppo di questi elementi ne vediamo. Quindi è necessario che, per amore e difesa della nostra categoria, ci impegniamo ad agire con un forte senso dell'etica.

Pierfrancesco Cirillo

Siamo ben consci delle nostre responsabilità e del bisogno di etica che questo campo necessita. Però ci scontriamo con un fallimento totale, a cui accennava il professor Papa, nel momento in cui siamo inseriti all'interno di un contesto in cui c'è una latitanza culturale alle spalle di tante nostre pazienti che trattiamo. È troppo facile accontentare un bambino; ma in realtà bisogna considerare che sono persone adulte. Di fronte alla chirurgia estetica mal fatta, spesso c'è un'assenza culturale e scolastica da parte della famiglia del paziente e di tutta una serie di cose che vengono molto prima del chirurgo plastico. Prima di puntare il dito contro la responsabilità che noi chirurghi plastici sentiamo e applichiamo tutti i giorni, forse questa responsabilità dovrebbe essere molto più sentita da parte di istituzioni molto più a monte di noi, quali quelle dell'informazione, della formazione e familiari.

Sebastiano Sciuto

Vorrei porre una domanda soprattutto allo psichiatra, sottolineando un aspetto fino ad ora poco trattato e cioè quello dell'età. In particolare mi riferisco ad all'età adolescenziale, nella quale l'accettazione di se stessi è spesso difficilmente raggiunta e messa fortemente in discussione. Quando ci si pone di fronte ad una richiesta di chirurgia estetica, diciamo anche legittima, fatta in età adolescenziale, nella sua esperienza è consigliabile accontentare immediatamente questo soggetto affinché venga comunque aiutato a superare questa sua mancata accettazione oppure è preferibile che questa accettazione diventi più matura e

interiorizzata e aspettare quindi un'età successiva per intervenire?

Massimo Cuzzolaro

Buonissima e difficile domanda che ricorda come il disagio del corpo sia oltre che genere- anche età-correlato e che l'adolescenza è un periodo in cui esso è specialmente acuto.

Credo che su una cosa potrei rispondere con convinzione: non interverrei immediatamente e, pur rimanendo nella fase adolescenziale, essendo una continua contrapposizione oggettivo-soggettiva, non si può che valutare singolarmente caso per caso. Poiché da una parte c'è il dato oggettivo che il difetto estetico è fuori dai canoni estetici attuali, dall'altra c'è il dato soggettivo. Uno dei contributi più utili degli studi sull'immagine del corpo è stato proprio quello di estendere il concetto di rapporto con il corpo di tipo dismorfofobico non solo alle condizioni di difetti immaginari ma anche ai difetti reali in quanto possono essere vissuti in modo molto diverso.

A me è capitato di vedere ragazze giovani trarre grandi vantaggi anche psicologici e relazionali da un intervento di chirurgia estetica ben fatto e invece altre no, nonostante un intervento ugualmente eccellente, perché si fissano nuovamente o su un'altra parte del corpo o su quella stessa che non è come dovrebbe essere e chiedono quindi il secondo e il terzo intervento. C'è sempre angoscia da parte del chirurgo plastico, ma anche dello psichiatra, davanti a questi problemi poiché non sappiamo curare la dismorfofobia grave. Pensate che pochi anni fa due casi di disturbo di dismorfofobia corporea gravissimo sono stati affidati alla psichirurgia (lobotomia stereotassica per esattezza) e non in paesi oscurantisti ma in Svezia. Questo per dirvi che la relazione di odio con il corpo può essere un problema irriducibile anche rispetto agli strumenti psico-farmacologici, psicoterapeutici e alla chirurgia estetica di cui disponiamo. Allora il compito dello psichiatra e dello psicologo clinico, possibilmente lavorando insieme al chirurgo estetico, in un caso come quello descritto nel precedente intervento, è di cercare di aiutare il paziente nella scelta di operarsi o meno, valutando se in quel caso l'intervento ha più probabilità di avere degli esiti favorevoli o meno.

Maria Teresa Russo

Possiamo concludere evidenziando i concetti chiave emersi stasera, quali ad esempio la necessità di una formazione completa del medico che vada al di là della stretta deontologia, perché il medico competente sia anche un medico virtuoso. Poi il tema dell'identità e dell'equilibrio personale che qualsiasi medico deve favorire effettuando, possibilmente, un lavoro in équipe.

LA CHIRURGIA ESTETICA DI FRONTE ALLA NUOVA DOMANDA DI BELLEZZA
AESTHETIC SURGERY FACING THE NEW QUEST FOR BEAUTY

III INCONTRO - 4 GIUGNO 2010

La Bellezza tra Consumo e Comunicazione *Beauty between Consumption and Communication*

INTRODUZIONE

Paolo Persichetti

Siamo giunti al terzo appuntamento di questa sequenza di seminari con cui si conclude il primo ciclo. Parleremo della bellezza tra consumo e comunicazione, argomento che riguarda molte professioni, tra cui anche la chirurgia plastica, che, più di altre, al centro della sua attività si confronta con questo problema. Il chirurgo plastico si trova, infatti, molto spesso di fronte al dilemma di rispondere o meno a richieste di bellezza assolutamente indotta da un sistema di comunicazione in cui contano molto le mode e i modelli culturali.

Maria Teresa Russo

Proseguiamo con il filo conduttore dei nostri incontri –corpo e bellezza- esplorando un'altra dimensione del problema. Dopo gli aspetti artistici, storici, filosofici e psichiatrici, per offrire una prospettiva a 360 gradi, affrontiamo la dimensione della comunicazione, per riflettere su come viene proposta e diffusa oggi l'immagine della bellezza corporea, quali ricadute abbia sull'opinione pubblica e sui professionisti dell'immagine.

LA CHIRURGIA ESTETICA DI FRONTE ALLA NUOVA DOMANDA DI BELLEZZA
 AESTHETIC SURGERY FACING THE NEW QUEST FOR BEAUTY

III INCONTRO - 4 GIUGNO 2010

Il Corpo nella Comunicazione di Moda* *The Body in Fashion Communication*

ARMANDO FUMAGALLI

Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano. Consulente della Luxvide e della Barilla

Pochi mesi fa dovevo preparare un intervento, a un corso di aggiornamento per dirigenti Rai, sulla televisione del futuro, e per mostrare come è facile sbagliare quando si fanno previsioni sul futuro ho pensato di mostrare alcune immagini di film o serie tv di qualche decennio fa, e che immaginavano un futuro che ora per noi è già presente o addirittura passato. Mi ha sempre colpito, in queste rappresentazioni del futuro-per-noi-passato di serie come *Spazio 1999* o film come *Blade Runner* (film del 1982, ambientato nel 2019), è come nell'immaginare il mondo futuro si pensasse a un mondo brutto, senza estetica, mentre invece, se c'è qualcosa che si è sviluppato negli ultimi decenni, è proprio l'importanza della componente estetica nella nostra vita quotidiana,

Oggi non solo la dimensione estetica è importantissima e pervasiva (si pensi al mondo del design, ma anche alle forme e ai colori di oggetti di uso quotidiano, anche solo i colori del packaging di merendine e succhi di frutta...), ma gli artisti, coloro cioè che sono in grado di creare bellezza, sono oggi sempre più apprezzati, quando non idolatrati (anche a torto, ovviamente, come nel caso di fenomeni sostanzialmente pubblicitari come Maurizio Cattelan o Damien Hirsch).

In questo, fra l'altro, occorre riconoscere che l'Italia ha un posto di assoluta eccellenza nel mondo: la gente viene qui, dall'America e dall'Asia, dall'Africa e dall'Oceania, attratta dalla qualità estetica non solo dei nostri paesaggi e dei nostri centri storici, non solo delle nostre chiese e dei nostri palazzi, ma anche dei nostri prodotti di uso quotidiano, dai divani alle automobili, dai mobili ai vestiti.

In questa società che ha esaltato la bellezza, anche il fattore seduzione è diventato sempre più forte e invasivo. Sono elementi che poi i chirurghi plastici ritrovano nelle richieste che ricevono dalle persone più diverse, richieste che ovviamente hanno la loro componente di problematicità.

Gli economisti parlano ormai da diversi anni addirittura

di "economia dell'entertainment": per vendere prodotti ormai si cerca da una parte di sedurre e dall'altra di divertire offrendo esperienze che siano uniche, affascinanti, coinvolgenti. Oggi rispetto a solo 30 anni fa, una persona si trova in un contesto enormemente più seduttivo, con una enfasi sulla bellezza che è enormemente più presente.

Nel nostro tempo convivono in modo contraddittorio due opposte tensioni nei confronti del corpo: da una parte ad esibirlo, attraverso mille forme della comunicazione patinata, dall'altra a dissolverlo nella virtualità sempre più estesa.

Queste due tensioni sono pienamente compresenti, anzi, si intersecano in maniera peculiare nella sfera della moda. Proprio la comunicazione di questo settore così importante in Italia ha rappresentato il luogo più attivo e influente nell'elaborare per immagini un discorso sul corpo. La moda ha acquisito tale centralità con l'affermazione del *prêt-à-porter* negli anni Ottanta e con gli enormi investimenti in comunicazione che di lì in poi sono stati una costante dell'industria legata al talento dei grandi stilisti¹. Ha naturalmente contato la loro spesso geniale opera di innovazione di prodotto, peraltro sostenuta da una filiera industriale unica al mondo per tradizione e qualità, ma ha avuto almeno altrettanto peso la loro abilità nel promuoversi.

¹ In questo intervento ho utilizzato –specialmente in tutta l'ampia parte centrale del lavoro– due testi sviluppati in stretta collaborazione con Paolo Braga, a cui va tutto il mio ringraziamento. Uno è citato alla nota 8 e l'altro è la rielaborazione del paragrafo sulla comunicazione di moda per la nuova edizione di G. Bettetini, A. Fumagalli *Quel che resta dei media. Idee per un'etica della comunicazione*. Franco Angeli, Milano 2010.

La storia di questo successo, le condizioni industriali che lo hanno reso possibile, la più o meno consapevole strategia di mercato ad esso sottesa, i personaggi che vi hanno contribuito e le sfide cui la moda è chiamata oggi a confrontarsi sono esposti con chiarezza dal consulente di settore Carlo Pambianco e dal giornalista economico Luca Testoni in *I signori dello stile. Rivoluzione e successo della moda italiana nel mondo*. Sperling & Kupfer, Milano 2008.

Oggi, a più di trent'anni di distanza dal 1978, quando Milano si consolidò ribalta internazionale delle griffe², grazie alle iniziative di Beppe Modenese, il sistema della moda ha probabilmente concluso un primo ampio ciclo della sua esistenza.

Moda e bisogno di bellezza

Le crisi economiche verificatesi nell'ultimo decennio e la comparsa di concorrenti temibili come le catene Zara e H&M³ pongono per molti versi il sistema davanti alla necessità di pensare a soluzioni nuove, anche di comunicazione⁴. Resta però il fatto che il fenomeno moda, la sua aura, le sue attrattive, i suoi messaggi, sono ormai saldamente radicati nella mentalità collettiva. Lo testimonia il successo del *Diavolo veste Prada* o, su scala diversa e per pubblici più circoscritti, di una serie come *Sex & the City* (diseguale il livello e di conseguenza il successo commerciale, dei due film tratti dalla serie). Si può anzi dire che proprio mentre la sua industria deve pensare a rilanciarsi, la moda è diventata fenomeno di massa.

Gli stilisti hanno ottenuto un impatto culturale tanto rilevante agganciando i propri messaggi ad ambiti di comunicazione prioritari nell'elaborazione di nuove tendenze: il cinema, il teatro, l'architettura. Si pensi alle storiche collaborazioni tra Armani e Martin Scorsese, tra Versace e il coreografo Maurice Béjart, alla Fondazione Prada dedicata all'arte contemporanea. Senza contare l'ingaggio dei più celebrati fotografi: da Avedon e Newton fino a Ma-

rio Testino e David La Chapelle. Così, affiancandosi agli ambiti della cultura alta o sperimentale, gli stilisti hanno conseguito legittimazione artistica e presa sugli *opinion leader* (giornalisti, attori, manager e imprenditori). Le griffe hanno presidiato pubblici limitati, ma determinanti per innescare tendenze, da diffondere poi a cascata, grazie alla pubblicità, su segmenti sempre più ampi.

E' molto probabile che il successo della moda nel ricomporre l'estetica al centro della visibilità pubblica abbia risposto ad un bisogno di bellezza diffuso e frustrato negli anni precedenti, dagli ultimi Sessanta e per tutti i Settanta: anni dominati da una logica di efficienza e serializzazione industriale, nonché da stili d'abbigliamento improntati ad un ideale di trascuratezza contestataria.

In quegli anni, inoltre, la moda ha riscattato il nostro quotidiano da una "estetica del brutto" a cui sembravano averlo condannato molte manifestazioni dell'arte d'avanguardia. Un'arte molto concettuale e programmatica, fatta spesso per stupire, per scandalizzare, per far parlare di sé o per "far pensare", più che per piacere e per abbellire la vita (missione che si era data fino al XX secolo): in questo modo ha lasciato libero il campo dell'espressione del bello e dell'armonioso ai creatori di alta moda e di *prêt-à-porter*⁵. Alcune creazioni di moda, e anche alcune pagine pubblicitarie a stampa, sono indiscutibilmente belle - e spesso raffinate - tanto per la scelta dei colori, quanto per l'armonia compositiva dell'insieme.

Le top model archetipi di bellezza?

Come detto, però, è stato soprattutto il ricorso massivo alla leva pubblicitaria a far esplodere l'aura delle griffe. Secondo un modello di comunicazione caratteristico che ne fa un esempio emblematico di *media élite*. Nonostante parli a pubblici planetari, infatti, la comunicazione di moda è frutto della decisione creativa di poche persone: appunto, un'*élite*; è, inoltre, espressione di gusti ed idee connotati all'ambiente socialmente ristretto e cultural-

² I testi migliori per capire questi mitici, pionieristici anni di un settore che ha regalato all'Italia una nuova immagine internazionale, emancipandola dall'associazione stereotipata con mafia e terrorismo, sono le biografie degli stilisti. Rimandiamo in particolare a: R. Molho *Essere Armani*. Baldini Castoldi Dalai, Milano 2006 e a M. V. Alfonsi *Gianfranco Ferré. L'architetto stilista*. Baldini Castoldi Dalai, Milano 2008.

³ Marchi e catene che hanno puntato su prezzi ultracompetitivi e, grazie ad innovative soluzioni logistico-produttive, sull'aggiornamento quindicinale dei prodotti in vetrina. Un aggiornamento con una frequenza, quindi, altissima rispetto a quella stagionale della moda "tradizionale". Peraltro, Zara è stata da più parti accusata di copiare i propri modelli da quelli degli stilisti. Cfr. Pambianco, Testoni *I signori dello stile*. cit., pp.109-115 e 140-142.

⁴ Che la moda sia giunta al termine di un ciclo è convinzione del giornalista Luca Testoni il quale, oltre ad aver collaborato con C. Pambianco al saggio di storia di settore che abbiamo citato, è anche autore di un documentato e polemico saggio/pamphlet: *L'ultima sfilata. Processo alla casta della moda italiana*. Sperling & Kupfer, Milano 2010. Testoni vi mette in luce tutte le debolezze di un settore che ha puntato troppo sull'immagine, adagiandosi sui margini stratosferici degli anni migliori, senza coltivare una visione industriale dotata di prospettiva. Con la sua analisi critica del dietro le quinte della moda, il libro di Testoni continua e aggiorna le accuse formulate sotto lo pseudonimo di Sean Blazer da Paolo Boggi, fondatore dell'omonimo brand di abbigliamento, in *Mercanti di moda*. Lubrina, Bergamo 1997 e poi, senza più pseudonimo, in *Un abito da leggere*. Franco Angeli, Milano 2006.

⁵ Cfr. R. Strassoldo *La moda, l'arte e l'idealtipo longilineo* in L. Bovone (a cura di) *Mode*. Franco Angeli, Milano 1997, pp.36-38. A proposito delle sfilate di moda, egli nota: "Il fascino di questa nuovissima forma d'arte e di spettacolo viene dal suo esprimere allo stato puro, e in forma fusa e sintetica, alcune delle più profonde ed eterne aspirazioni umane alla bellezza: la bellezza delle cose - le forme, colori, consistenza, ecc. dei capi d'abbigliamento, delle acconciature, ecc. - e la bellezza dei corpi (femminili, ma sempre più anche maschili). In un certo senso, le sfilate di moda riprendono una forma d'arte ormai dimenticata, quella dei *tableaux vivants*, e la fondono con alcuni aspetti del balletto. Una delle ragioni del loro strabiliante successo, anche a livello di massa (attraverso la televisione e, al suo rimorchio, la stampa) è che le sfilate di moda realizzano quei sogni e bisogni archetipici di bellezza che le arti tradizionali non solo non soddisfano più, ma rigettano e violentano" (*ibidem*, p.38).

mente specifico che la genera⁶; infine, tendenzialmente, non è *marketing oriented*, cioè omette di sintonizzarsi sul pubblico e di misurarne le risposte, puntando piuttosto ad imporre i propri schemi, non di rado autoreferenziali.

Le *griffes* principali non si affidano ad agenzie pubblicitarie: la decisione sul contenuto dei messaggi è dello stilista (in inglese *fashion designer*), dello *stylist*, del *fashion editor* e del fotografo. Soprattutto quest'ultimo alla fine è determinante, trattandosi di solito di un nome di richiamo internazionale che contribuisce al prestigio del marchio e ne agevola la campagna stampa. La libertà espressiva accordata al fotografo famoso è alla base di molte campagne di rottura e provocatorie⁷.

Probabilmente, il fatto che l'immagine di una *griffe* sia elaborata completamente all'interno del mondo della moda, con responsabilità creative accentrate in poche persone, saltando perciò le tappe del vaglio delle alternative possibili e della verifica sul consumatore, che sono prassi in un'agenzia pubblicitaria, determina la spiccata ripetitività della comunicazione di moda. Una comunicazione che tende ad appiattirsi su immagini di modelle in atmosfere sensuali, dal più o meno intenso langouere erotico⁸, fa sì che i messaggi perdono di efficacia⁹, spingendo ad investimen-

ti sempre maggiori per recuperare in quantità quello che non è stato ottenuto con l'originalità e la diversificazione dalle campagne della concorrenza. Tra l'altro, proprio questa dispersione comunicativa ha favorito marchi come Zara che, senza spendere in pubblicità, ha comunque potuto godere dell'aura di settore. Un'aura senz'altro generata dagli enormi investimenti del *prêt-à-porter*, che però non sono stati altrettanto efficaci nell'informare della superiore qualità del prodotto e della specificità dei singoli marchi.

In ogni caso, è elevando la figura della modella ad elemento saliente che la comunicazione della moda ha coniato la tensione ad esibire il corpo e quella alla sua dissoluzione, alla sua negazione. La moda ha infatti sempre condizionato la mostra dei suoi prodotti, nelle sfilate e nei servizi fotografici¹⁰, alla presenza delle modelle, tanto da rendere parte preponderante dei propri messaggi l'esibizione della loro corporeità longilinea, stretta e allungata. Fisici non comuni, con specifiche caratteristiche morfologiche non rispecchianti quelle mediamente diffuse, sono serviti per richiamare l'attenzione sull'esclusività degli abiti e hanno imposto un archetipo di bellezza divenuto preponderante nella nostra cultura (cioè una donna si considera ed è considerata bella, quanto più si avvicina a quello schema corporeo)¹¹.

⁶ Un mondo che, con le sue professionalità rilevanti, i suoi riti e i suoi retroscena, è descritto in modo divertito e rispondente in D. Fedi, L. Serlenga *Alla corte di re Moda*. Salani, Milano 2008.

⁷ Da notare che l'attenzione attratta con queste "trasgressioni" potrebbe avere un valore del tutto effimero e forse alla lunga potrebbe anche provocare danni all'immagine dell'azienda. Lo confermano le reazioni di rifiuto di un campione di consumatrici ad una campagna fotografata da David La Chapelle per il marchio Iceberg, reazioni analizzate da Lucia Ruggerone in una ricerca cui faremo riferimento anche in seguito (L. Ruggerone *Il corpo simulato: immagini femminili nella fotografia di moda in Studi di sociologia*. (XLII) 2004, n.3, pp. 276-305). Sono dati che confermano ricerche analoghe in altri settori merceologici: cfr il capitolo 7 di Bettetini, Fumagalli *Quel che resta...*, cit. E' questo uno dei motivi, probabilmente - confidiamo che giochi anche un senso esplicito di responsabilità morale e sociale -, per cui sono ancora tutto sommato pochi gli stilisti che insistono sulla provocazione aperta. E' anche il motivo, forse, per cui si cominciano a registrare esempi di comunicazione più gradevole e normale, per cui, per esempio, accanto alle frequenti forzature delle campagne di Cavalli e di Dolce & Gabbana, si incontrano pubblicità visivamente gradevoli, per così dire serene, come quelle di Aspesi o di Tod's.

⁸ Le emozioni espresse con viso e postura dalle modelle nelle fotografie di moda tendono a limitarsi ad una rosa di tre: malinconia, aggressività, erotismo. Lo abbiamo evidenziato in P. Braga, A. Fumagalli, *The Consumerist Soul of Fashion*, intervento al convegno Fashion, Image, Identity. Social Trends Institute. Roma, Novembre 2004, pubblicato parzialmente in italiano in P. Braga, A. Fumagalli *La comunicazione stonata delle case di moda*. In *Il Domenicale*, 22 gennaio 2005, pp.6-7 (ora anche in www.ildomenicale.it).

⁹ Il 7 maggio 2004, alla conferenza *Questioni di moda* organizzata dal Centro per lo Studio della Moda e della Produzione Culturale dell'Università Cattolica, l'*art director* del marchio Iceberg si lamentava del fatto che il 90% degli investimenti pubblicitari di moda non sortiscono effetto in termini di riconoscimento di marca. Si veda anche il dossier sulla pub-

Corpo e vestito

La fisicità esibita delle modelle è stata incentivata anche in funzione di una logica di star system servita a dar luce al settore come una sorta di industria dei sogni, di Hollywood non cinematografica ma vestimentaria, dotata di dive e di gossip. Con cachet stellari, gareggiando per assicurarsene le prestazioni, soprattutto negli anni Novanta le *griffe* hanno fatto di alcune modelle delle *top model*: cioè dei personaggi continuamente raccontati dai media, seguiti anche nella loro vita privata. Alla metà degli anni Novanta, le super modelle sono così diventate testimonial di tale importanza nelle campagne fotografiche e nelle cro-

blicità di moda in *Strategia*, 8 (2000), pp. 33-56.

¹⁰ Occorre, d'altra parte, distinguere fra i vari ambiti della comunicazione della moda. Da una parte abbiamo infatti le sfilate, che, come osserveremo anche oltre, non sono pensate per il cliente, ma per i *media*, e che servono soprattutto a far parlare di sé presso il pubblico più vasto. Poi ci sono altri canali e pubblici più segmentati, raggiunti per esempio con i cataloghi o con le immagini pubblicitarie realizzate per le riviste.

¹¹ Concentrandosi su *Vogue America*, Diana Crane osserva come la rivista sia cambiata radicalmente a partire dagli anni Settanta, facendo propria l'iconografia pubblicitaria centrata sulla modella in sostituzione della precedente iconografia centrata sull'abito. Cfr. D. Crane *Fashion and its social agendas. Class, gender and identity in clothing*. University of Chicago Press, Chicago, Illinois 2000 (trad. it. a cura di E. Mora *Questioni di moda. Classe, genere e identità nell'abbigliamento*. Franco Angeli, Milano 2004).

nache delle sfilate da mettere in ombra gli abiti. Un cortocircuito comunicativo cui la moda ha poi posto rimedio cominciando a cercare in altri ambiti testimonial veri e propri, magari altrettanto pagati, ma più efficienti dal punto di vista promozionale¹². Finita l'epoca delle *top model*, la modella resta tuttavia il tipo di bellezza complessivamente promosso dalla moda, in una dinamica di reciproca valorizzazione tra corpo e vestito, in certa misura, comunque, obbligata.

In effetti il rapporto fra vestito e corpo che lo indossa è in qualche modo necessario: il vestito è fatto *per* il corpo, e anche se ci sono abiti che sono delle vere opere d'arte (o almeno capolavori artigianali: il confine fra le due denominazioni è relativamente arbitrario) sono opere d'arte solo nella misura in cui vengono indossati e non appesi su dei manichini.

In questa dinamica di valorizzazione reciproca fra vestito e corpo, nelle immagini di moda ci possono essere diverse accentuazioni e diverse polarità: accanto a immagini che valorizzano le linee del corpo o addirittura lo esibiscono, ci possono essere immagini che giocano sulla costruzione di linee vestimentarie che spezzano o comunque contraddicono le linee naturali del corpo umano, costruendo una serie di figure e di significati in qualche modo autonomi.

E tuttavia, ribadiamo, sottotraccia rispetto alle variazioni stilistiche¹³, la moda non ha mai messo in discussione il punto di riferimento estetico costituito dalle modelle. Un riferimento che, possiamo dire, unisce l'esibizione del corpo alla sua dissoluzione in un ideale irraggiungibile e, in taluni casi, paradossalmente, alla sua mortificazione. Corpo esibito in forma diversa: dal taglio dell'abito che sottolinea l'eccezionalità fisica dell'indossatrice, alla sensualità delle campagne per l'intimo, fino ai pantaloni a vita bassa. Corpo negato: dissolto in prototipi non realistici, con la celebrazione della magrezza, più o meno esplicita a seconda di quanto le campagne selezionino modelle di tipo anoressico.

L'ideale di magrezza del corpo femminile

La moda si presenta dunque come erede di una corrente culturale di lunghissimo corso storico nell'elaborare una declinazione dell'immagine femminile eterea, deprivata di connotazioni materne, prosciugata nel fisico degli elementi che con più evidenza ne mostrerebbero la predisposizio-

¹² Calciatori come Beckham e Cristiano Ronaldo, o attrici come Megan Fox per Armani, cantanti come Madonna per Versace, statisti come Gorbaciov per Louis Vuitton.

¹³ Dal punto di vista stilistico, la moda tende ad allinearsi sempre di meno a macro tendenze omogenee, mostrando viceversa nell'ultimo decennio la frantumazione in gusti e trend diversi, coesistenti nello stesso periodo.

ne alla generatività, al dare alla vita. Seguendo gli studi di Kenneth Clark, Strassoldo lo identifica come uno dei due idealtipi fondamentali della bellezza femminile, opposto al tipo rotondeggiante dominante nell'antichità classica e poi dal Rinascimento all'800.

L'idealtipo longilineo, in auge nel Gotico, nel Manierismo e poi a partire dalla seconda metà dell'800, esprimerebbe invece "il rifiuto della carnalità e quindi l'ascetismo, la spiritualità"; si tratta di raffigurazioni che sono tese a evocare "l'ammirazione, la contemplazione o, al massimo, i delicati giochi d'amore"¹⁴. L'idea della donna filiforme avrebbe il suo centro di ideazione e poi di diffusione nella Francia della civiltà cortese¹⁵. Dopo il Manierismo cinquecentesco, per circa tre secoli si torna a donne più o meno corpulente, con la variante barocca (Rubens) o rococò, che rappresenta figure più giovanili. La donna longilinea torna poi nella seconda metà dell'800, con il decadentismo e l'arte preraffaellita, che comportava un rifiuto del materialismo e un ritorno alla spiritualità medievale, anche se in una forma complessa e non priva di tormento. Una forte componente che gioca a riportare in auge questa figura è anche la negazione nichilista della natura e della vita. "Come è noto, da Baudelaire in poi corre nelle culture d'avanguardia un filone di disprezzo per quanto è semplice e naturale; compresa la stessa aspirazione umana al piacere sensuale e alla felicità. La vita stessa è vista essenzialmente come crudeltà, sofferenza e angoscia. Il vagheggiamento della morte, motivo fondamentale del Romanticismo fino dalle sue origini, riceve nuovi impulsi dalla cultura sadiana, da quella darwinista (la natura «delle zanne e artigli insanguinati») e, poco più tardi, da quella freudiana (istinto di morte, simmetrico a quello di sopravvivenza). Questi atteggiamenti trovano espressione nelle eroine del decadentismo; le loro figure emaciate evidenziano il dolore del vivere e il prossimo, inevitabile destino di annientamento"¹⁶.

L'ultima caratteristica del modello femminile decadentista "riflette il fascino esercitato, in questo periodo, dalla figura dell'androgino" (*ibidem*), una figura che cela il suo sesso e ha il fascino dell'ambiguità, fungendo quindi da ponte fra la sessualità normale e l'omosessualità. La sfida che le avanguardie di fine '800 e dei primi anni del '90 pongono alle "convenzioni borghesi" comporta anche una

¹⁴ R. Strassoldo *La moda, l'arte...*, cit., p.39. In tutta questa ricostruzione sul tipo longilineo seguiamo il saggio di Strassoldo, alle pp.38-43.

¹⁵ Al tipo longilineo appartenerrebbero le figure di Botticelli, mentre all'altra corrente le figure femminili di Giorgione, Tiziano, Raffaello. Esiste poi anche un tipo di donna magra che è la rappresentazione della lussuria: la figura scheletrica qui sta a rappresentare la morte dell'anima nel peccato.

¹⁶ *Ibidem*, p.41. E' la stessa figura, aggiungiamo noi, che si trova nelle campagne Calvin Klein dei primi anni '90 e che è di lì divenuta caratteristica delle campagne con la modella Kate Moss.

discussione dei modelli sessuali ricevuti¹⁷: dopo un periodo di “gestazione” nell’avanguardia, la “maschietta” diventa la figura femminile dominante negli anni ‘20 e torna di nuovo a emergere negli anni ‘60.

Seppur ci sono diversi motivi che possono aiutare a spiegare la scelta della scheletricità per le modelle¹⁸, questa breve ricognizione storica “mostra che l’idealtipo di donna proposta dalla moda contemporanea ha almeno otto secoli, nel corso dei quali altezza e magrezza sono divenuti simbolo di eleganza e di raffinatezza, di lusso, ma anche, marginalmente, di lussuria. Dal romanticismo in poi, esse rappresentano anche - ma è difficile valutare l’importanza di questi caratteri - alcuni aspetti tipici della cultura contemporanea, cioè il rimescolamento delle identità di genere e l’angoscia per il Nulla” (*ibidem*).

Attualizzandosi nella figura della modella e nel contesto pubblicitario della moda, l’idealtipo longilineo si presenta oggi secondo soluzioni retoriche caratteristiche. Si tratta di modalità di costruzione dell’immagine prevalentemente orientate ad allettare la fantasia della consumatrice con la promessa di un potere seduttivo acquisibile, a seconda dei casi, tramite l’abito, l’accessorio, il profumo.

E’ frequente, cioè, l’assimilazione fra corpo umano e oggetto da pubblicizzare (specialmente quando si tratta di profumi), con un processo che è nello stesso tempo di oggettualizzazione del corpo femminile e di personificazione del prodotto¹⁹. Nella promessa pubblicitaria, il profumo è rappresentato come attore di trasformazione della donna in oggetto idoneo ad essere consumato con lo sguardo maschile, nella prospettiva di un conseguente consumo ses-

suale. La donna non è un soggetto che spiega, introduce, garantisce un prodotto da fruire, ma in qualche modo è già lei il prodotto, l’oggetto da conquistare e consumare.

Moda, corpo e identità di genere

Le implicazioni negative di questo andamento comunicativo sono piuttosto evidenti, e molti studi confermano il dato. Il quadro è schizzato in maniera tanto sintetica quanto efficace dalla sociologa Lucia Ruggerone, nell’ambito di una ricerca condotta sul campo seguendo la realizzazione delle campagne fotografiche di alcune case di moda²⁰. L’autrice sottolinea la continuità, nella percezione del pubblico femminile, tra pubblicità di moda e vita possibile. A dispetto di quanto risulta spesso preponderante nell’opinione delle figure autoriali coinvolte nella realizzazione delle immagini, queste fotografie non si risolvono in una dimensione artistica, di ricerca estetica, perché suggeriscono alle donne come essere e come cambiare attraverso il prodotto: “Le immagini di moda non sono percepite (né peraltro intendono veramente porsi) come un “mondo” altro rispetto alla vita quotidiana, ma al contrario come prefigurazione di obiettivi e desideri a portata di mano e assolutamente realizzabili. Ma allora le strutture corporee specialmente femminili che vengono proposte non possono essere considerate degli ideali nel senso estetico del termine, ma al contrario come prefigurazione di obiettivi a portata di mano e assolutamente realizzabili”²¹. Cioè la comunicazione di moda offre uno standard in base al quale valutarsi e progettare di modificarsi, e lo fa appellandosi più delle altre forme di pubblicità a sfere psicologiche inconscie, perciò meno facilmente gestibili: “A differenza della pubblicità di altri prodotti, che spesso tende a riprodurre modelli e comportamenti tradizionali e condivisi, le immagini di moda si propongono all’opposto come delle idealizzazioni, delle rappresentazioni visive di un mondo di desideri non soddisfatti, una sorta di cristallizzazione di possibili aspirazioni più o meno consapevoli e confessabili”²². Per questo “sarà anche vero come dicono per difendersi stilisti, *stylist* e responsabili della comunicazione, che i vestiti stanno meglio su un corpo snello e filiforme (che non è probabilmente ideale, ma soltanto raro nella attuale società occidentale), ma è altrettanto vero che quel corpo “fa scuola” soprattutto tra le ragazzine che in esso vedono il passaporto per ottenere sicurezza in se stesse, successo, o semplicemente per relazionarsi agli altri contando su un’apparenza normalizzata nel senso di so-

¹⁷ Si pensi per es. al gruppo di Bloomsbury e a un’opera paradigmatica come *Orlando*, di Virginia Woolf, incentrata sulla figura di un androgino, che passa nel corso dei secoli dal maschile al femminile. Il romanzo della Woolf ha avuto una declinazione che ne accentua i tratti femministi in un film di Sally Potter, *Orlando* (Gran Bretagna 1992).

¹⁸ Per es. “la maggior facilità di vestire corpi privi di particolari prominenze o rotondità (modella come semplice attaccapanni); la proposizione di modelli contrapposti alla forte tendenza, nelle società avanzate e opulente, all’obesità; [...] la diffusione delle preferenze androgine tra gli stilisti, per i quali, vivendo e lavorando in mezzo alle donne, l’omosessualità è una sorta di meccanismo di difesa e sopravvivenza o, se si preferisce, una deformità (o rischio, o carattere, o qualità) professionale” (R. Strassoldo *La moda...*, cit., p.42).

¹⁹ Si pensi alla pubblicità del profumo Chanel Mademoiselle con, sullo sfondo, l’attrice Keira Knightley seminuda e, in primissimo piano, sovrapposto alla sua figura, il prodotto. Una modalità di sguardo, postura, esibizione del corpo di cui, peraltro, è fatto sempre più spesso oggetto anche l’uomo: si pensi alla celeberrima e diffusissima pubblicità del profumo maschile Dolce & Gabbana con il modello David Gandy. Sulla questione della costruzione dell’identità di genere maschile e femminile attraverso le dinamiche di sguardo nella comunicazione pubblicitaria si veda S. Pomodoro *La costruzione dell’identità di genere in pubblicità. Un’analisi delle dinamiche dello sguardo* In R. Eugeni, A. Fumagalli (a cura di) *Semiotica della pubblicità. Metodi, teorie, storie*. ISU Università Cattolica, Milano 1999, pp. 110-131. Si veda anche: L. Bovone, L. Ruggerone (a cura di), *Che genere di moda?* Franco Angeli, Milano 2006.

²⁰ L. Ruggerone *Il corpo simulato...*, cit.

²¹ *Ibidem*, p. 302.

²² *Ibidem*, p.301.

cialmente accettata”²³. C’è dunque, ed è vivo, il problema dell’identità di genere. C’è il problema – più legato ai temi della corporeità – del possibile asservimento del vestito a funzioni di banale sollecitazione erotica. C’è il problema della possibile induzione di comportamenti anoressici che può risultare dalla continua proposizione di modelli tanto perfetti e longilinei quanto irraggiungibili per la grandissima maggioranza delle persone²⁴.

“Alla fine dell’Ottocento sembrava che tutte le donne fossero isteriche, come ora assistiamo a una “epidemia” di anoressia-bulimia”²⁵. E la scelta del corpo magro fino all’inverosimile sembra proprio conseguenza di un’esperazione del valore del corpo stesso - anche se probabilmente legata a dimensioni di conflitto e di aggressività non risolta, specialmente nei confronti della figura materna - combinata a una scelta di *identità* che fa della persona *niente più che il suo corpo*: una scelta che annulla e risolve insieme i problemi dell’identità personale²⁶.

Il fatto che questioni così evidenti fatichino ad attec-

²³ *Ibidem*, p. 302. Sul ruolo che la moda riveste nella dinamica di auto definizione dell’io, rimandiamo anche a A. M. González, *La pervasività socioculturale della moda e il suo rapporto con l’identità. Un approccio filosofico*, In Bovone, Ruggerone (a cura di) *Che genere di moda?* cit., pp. 48-65. Inoltre, alcune associazioni hanno cominciato un’opera di monitoraggio dei trend comunicativi che nella moda e, più in generale, nei *media* esercitano un influsso deteriore sull’autostima femminile: cfr. per esempio il sito americano www.about-face.org. In Italia, per incentivare una comunicazione di moda compatibile con l’etica della persona e per approfondire lo studio del potenziale culturale positivo che contrassegna questo settore in virtù della sua spiccata componente creativa è nata l’associazione Moda e Modi, con *Imore*, una rivista on-line dedicata a queste tematiche (cfr. il sito www.modaemodi.org).

²⁴ Come è ben noto, dietro la patina di *glamour* del mondo della moda, spesso poi si nascondono gravi tragedie personali legate all’uso della droga, che fa da sostegno al mantenimento di questo *look*, da preservare combinandolo con un intenso ritmo di impegni e sfilate: cfr le denunce della fotografa italo-americana Francesca Sorrenti, che ha avuto un figlio, anch’egli fotografo di moda, ucciso dalla droga, su *Avvenire* del 16 maggio 1997 e sul *Corriere della sera* del 21 maggio 1997. Scandali fotografici come quello di Kate Moss ripresa a consumare cocaina, o testimonianze come quella di Donatella Versace, che ha confessato di essersi dovuta curare dalla dipendenza, sono pure indicative.

²⁵ G. Charmet *La supremazia della magrezza*. In *Il Sole-24 Ore*, 6 ottobre 1996, p.35.

²⁶ “I modelli culturali consentono di far coincidere l’identità psichica con il peso del corpo e la magrezza regala un sentimento di identità molto concreto, quasi delirante. Essere un corpo magro non è una questione organica: è essenzialmente una questione psichica, di identità e di valore. [...] Le ragazze troppo magre fanno una scelta: decidono di essere il proprio corpo; la magrezza impone delle regole terribili, ma la bilancia e lo specchio sanno dire se vali qualcosa o se hai perso dignità e non meriti più nulla. La ricerca della magrezza provoca inaudite sofferenze mentali, ma risolve il problema di fondo: quello dell’identità. Le ragazze troppo magre hanno rinunciato a cercare di capire chi sono e cosa vogliono da un punto di vista psichico e hanno scelto di essere il loro corpo magro. L’identità corporea ha sostituito quella psichica. Nessuna di loro è pienamente soddisfatta, ma tutte hanno drammaticamente semplificato il problema dell’identità femminile. La bellezza è stata sostituita dalla ma-

chire nella consapevolezza di questo comparto della comunicazione di massa si deve in buona misura all’assenza di voci critiche in grado di influire sugli addetti ai lavori, cioè al sostanziale silenzio dei giornalisti e degli opinion leader teoricamente deputati a recensirne gli eccessi. E questo perché la moda, fondando il suo successo proprio sugli opinion leader e sulla stampa che sono il primo snodo di diffusione della sua aura esclusiva, è riuscita da subito ad impostare il rapporto con editoria e giornalisti sul terreno a sé congeniale della comunanza di interessi.

In effetti, la moda è stata la culla delle pubbliche relazioni, cioè dell’attività con cui i responsabili della comunicazione di un’azienda istituiscono con le redazioni un canale di dialogo per assicurarsi attenzione e informazione rispondente agli interessi aziendali. Si può dire che la professione del Pr si sia affermata in Italia tra gli anni Settanta e Ottanta nell’ambiente degli stilisti in ascesa, bisognosi che si parlasse tanto e bene di loro per potersi affermare come griffe. E i Pr hanno saputo adempiere egregiamente al loro ruolo: fornendo ai giornalisti materiale da raccontare – per esempio, tessendo relazioni tra stilisti e alta società –; elaborando indicazioni su come interpretare e comunicare al pubblico la creatività degli stilisti – come espressione ora della tradizione rinascimentale italiana, ora di una nuova tendenza newyorkese –.

Una proposta per la comunicazione di moda

Rapidamente, però, le pubbliche relazioni delle griffe hanno inglobato editoria e giornali nell’interesse di visibilità della moda imponendo una logica di scambio, anche economico. Per esempio, ammettendo il giornalista alla sfilata o al rapporto privilegiato con lo stilista, in cambio di articoli positivi. Ma, soprattutto, condizionando ad un’attenzione ampia e positiva sul giornale le proprie inserzioni pubblicitarie²⁷. Il settore moda, infatti, investe poco in

grezza, la prospettiva della maternità abrogata dalla scomparsa del ciclo mestruale, il sentimento di successo personale è strenuamente correlato al sapere lottare contro la fame fino al suo annientamento” (*Ibidem*).

²⁷ Testoni spiega come per affermare la propria immagine la moda abbia dovuto fare i conti con il “contro-potere” dei media e trasformarlo in un alleato. La leva fu quella della pubblicità e ad averla tra la mani furono i Pr a cui gli stilisti affidarono i propri investimenti in comunicazione. In cambio dell’acquisto di spazi pubblicitari, i Pr cominciarono ad ottenere nei redazionali, cioè nei servizi giornalistici di presentazione e commento delle tendenze di moda, sottolineature positive dei capi firmati dalla loro griffe: cioè altra pubblicità, però non dichiarata come tale. Già denunciata da Sean Blazer in *Mercanti di moda*, cit., questa pratica è spiegata in Pambianco, Testoni, *I signori...*, pp.48-49 e in Testoni, *L’ultima sfilata...*, pp. 34-45; G. Altamore *I padroni delle notizie*. Mondadori, Milano 2006, pp. 52-54. Il sistema prese piede, si ampliò, e, tacitamente istituzionalizzato, finì per inglobare il giornalista come ingranaggio nella macchina comunicativa dello stilista: “Agli inizi degli anni Novanta, per il caporedattore di una delle più importanti riviste del settore era previsto uno

pubblicità televisiva, ma è uno dei principali inserzionisti su quotidiani e, ovviamente, riviste femminili²⁸. Riviste femminili, che, infatti, si sono moltiplicate negli ultimi decenni appunto per sfruttare la risorsa economica della pubblicità di moda.

Avviene così che le sfilate, che sono eventi pensati tanto per i *buyer* quanto per i giornalisti, esibiscono *parterre* di celebrità pagate per assistere e corroborare la rilevanza dell'evento, e poi non trovino sui giornali che accoglienze benevole. Ad attenderle, infatti, non c'è il vaglio critico cui altre manifestazioni culturali portatrici di interessi meno diretti per i giornali – per esempio cinema e televisione – sono giustamente e costantemente sottoposte.

Per alimentarsi, però, questo sistema ha richiesto e via via raggiunto livelli di investimento in comunicazione e pubblicità sempre più difficilmente sostenibili²⁹. Inoltre, puntare tutto sull'immagine ha contribuito a deviare l'attenzione dalle pratiche di marketing e di miglioramento della catena produttiva che viceversa hanno fatto la fortuna delle nuove catene del pronto moda. Senza contare che l'importanza guadagnata da una opinion leader come Anna

stipendio da un milione di lire al mese. Una miseria. Ma gli introiti del caporedattore non si sarebbero fermati alla remunerazione ufficiale. Anzi, nella contrattazione del compenso, il *magazine* era piuttosto esplicito in proposito: nel pacchetto "salario" andavano conteggiati anche i proventi del cosiddetto "indotto". Si trattava di compensi pagati dalle aziende di moda in cambio, per esempio, di consulenze su campagne pubblicitarie, servizi fotografici, linee di prodotto, eventi, se non addirittura contributi scritti a comunicati e cartelle stampa, brochure e testi pubblicitari" (Testoni, *L'ultima sfilata...*, p.41). Secondo Testoni, la moda è stata il settore pioniere nel cortocircuito giornalismo/pubblicità, poi estesosi ad altri settori, come per esempio la comunicazione finanziaria (Testoni, cit., p.118-120).

²⁸ "La moda è stata abituata per anni a comunicare il prodotto, dunque a imporre la propria immagine a riviste nate apposta per contenerla. Senza troppe obiezioni. Dunque è sempre stata una comunicazione a senso unico, cioè senza necessità di adeguamenti e di analisi del *feedback* (che, appunto, non c'era)" (Testoni, cit., p. 68). Quanto al rapporto con la tv: "la ricerca di uno *standing* elevato, imporrà di evitare mezzi di comunicazione rivolti alla massa dei consumatori, dunque di non pubblicizzare la moda alla Tv, che verrà invece utilizzata per proporre accessori o profumi o anche occhiali, cioè prodotti che si prefiggono volumi elevati di vendita e che non temono di essere squalificati dalla comunicazione di massa televisiva" (Pambianco, Testoni, cit., p.6). In televisione la moda trova così presenza saltuaria, in serate evento come *Donna sotto le stelle*, o in rotocalchi come *Non solo moda*, la cui risonanza è via via scemata dopo il boom degli anni Novanta. L'idea della sfilata è anche al centro di Miss Italia, appuntamento annuale di Rai Uno, dove, però, il gancio vero sul pubblico è costituito dal concorso che proietta al centro della notorietà una ragazza sconosciuta, secondo un modulo narrativo da moderna cenerentola che ha facile presa sul pubblico generalista.

²⁹ Investimenti che ricadono sul prezzo del prodotto determinandone il cosiddetto *super premium price*, cioè l'ampissima differenza tra il costo di produzione e il prezzo di vendita, e che lo espongono alla concorrenza dei prodotti a buon mercato di catene come Zara. Sul concetto di *super premium price* cfr. Pambianco, Testoni, cit., p. 48; sul regime troppo gravoso di investimenti in comunicazione non mirati e sulla bolla dei prezzi dei capi di moda cfr. Testoni, pp. 130-148.

Wintour e dal suo *Vogue America* minaccia la coesione del sistema moda italiano influenzandone drasticamente le manifestazioni di punta. Anche queste ragioni spingono per un ripensamento di moduli di comunicazione, un ripensamento cui però invitano soprattutto le problematiche etiche e di effetti culturali che abbiamo sottolineato.

E' possibile – e dipende dalle scelte di chi ha responsabilità nel settore – che la moda continui il suo ruolo di festa della creatività, del colore, della linea, del tessuto, della bellezza del corpo, anche – perché no? – di festa della variazione e della stessa libertà di cambiare e "interpretare" liberamente se stessi, le stagioni e le culture, rinunciando però all'esasperazione della sensualità e a quelle declinazioni che spingono -più o meno coscientemente – verso le attrattive della decadenza e della morte.

Se poi dalla moda si allarga il quadro, si osserverà come gli input partiti da questo settore nell'elaborare l'ideale di un "corpo perfetto" si sono propagati in molti altri ambiti della cultura di massa, per esempio trovando nuovi emblemi in ambito sportivo, negli atleti, e anche a quella sorta di artisti-atleti che sono alcuni danzatori contemporanei (per es. i Momix)³⁰. La prima grande consacrazione di questi "eroi" si è verificata forse nel celebre film della Riefenstahl³¹ girato in occasione delle Olimpiadi di Berlino, pensato come una celebrazione della bellezza dei corpi atletici e della forza e dell'armonia dei loro movimenti (fra le immagini più belle ci sono per es. quelle dei tuffi). Oggi l'evoluzione dello sport tende a creare atleti dai corpi sempre più perfezionati e anche per loro si stanno aprendo le porte di un'ammirazione estetica che può diventare poi ulteriore valorizzazione (o sfruttamento) pubblicitario e massmediale in genere³². Oltre a questo, ci sono poi le ginnastiche, le diete, le operazioni di chirurgia estetica, le medicine alternative³³: tutti settori in crescita (anche attraverso pubblicazioni specifiche) che manifestano un interesse per il corpo – alimentato dalle immagini di "perfe-

³⁰ Il discorso interessa ovviamente anche la televisione, dove, come accennato, la moda ha avuto un influsso relativo. A prevalere in Tv, infatti, non è tanto l'ideale della modella, quanto quello della *pin-up* – si pensi alle Veline – e quello della presentatrice con seno generoso e décolleté – da Simona Ventura a Barbara d'Urso –.

³¹ L. Riefenstahl *Olympia*. Germania 1938.

³² Si pensi al valore pubblicitario assunto da un testimonial come David Beckham, si pensi alle campagne pubblicitarie di Dolce & Gabbana con squadre di calcio o di rugby in slip.

³³ Su questi temi, cfr anche M. Ingresso *La salute come moda postmoderna*. In L. Bovone (a cura di) *Mode*, cit., pp. 44-57. Ci sembra, d'altra parte, che, per certi versi, si stia diffondendo una concezione secondo cui il corpo è una parte liberamente manipolabile di sé, come fosse un vestito, un'appendice plasmabile: il boom del botulino e della chirurgia estetica da un lato, dall'altro tatuaggi e piercing. Il tutto nel tentativo di fondare un'autostima che non riesce a trovare altrove le sue risorse. Cfr. per esempio G. Pietropolli Charmet, A. Marazzan *Piercing e tatuaggio: manipolazione del corpo in adolescenza*. Franco Angeli, Milano 2000.

zione” rilanciate dai *media* – che rischia di trasformarsi in un’ossessione se non si integra in valori che non siano solo quelli più strettamente fisici.

Uno dei punti chiave è che mentre la percezione di alcuni artisti, che lavorano in questo ambito, ben può dirlo Paolo Gandola, presente a questa tavola rotonda, è quella di un “grande gioco”, -“noi in fondo non facciamo altro che dare sfogo a nostre fantasie divertenti”- la grande maggioranza del pubblico percepisce queste immagini come fortemente connesse con la loro vita quotidiana, come fortemente modellizzanti. La cosa è tanto più seria perché, come abbiamo visto, questa comunicazione che dà enfasi al corpo perfetto, al corpo magro fino all’eccesso, all’ossessione per le misure, non è neanche giustificata da motivazioni di marketing. E’ solo l’affidarsi cieco di un settore che aveva molto denaro a disposizione ad artisti che hanno poca coscienza dell’impatto sociale della loro comunicazione. Da qualche parte occorrerà introdurre elementi diversi in questo “gioco”, di cui i medici e i chirurghi estetici in particolare, avvertono tutta l’ambiguità in non poche richieste che giungono loro dai pazienti.

Bibliografia

1. Bettetini G, Fumagalli A. Quel che resta dei media. Idee per un’etica della comunicazione. Franco Angeli, Milano 2010.
2. Braga P, Fumagalli A. The Consumerist soul of fashion. In Fashion, Image, Identity. STI, Rome, Novembre 2004. (trad. it. Braga P, Fumagalli A. La comunicazione stonata delle case di moda. In Il Domenicale 2005; 22 gennaio: 6-7).
3. Charmet G. La supremazia della magrezza. In Il Sole-24 Ore 1996; 6 ottobre:35.
4. Crane D. Fashion and its social agendas: class, gender and identity in clothing. UCP, Chicago, Ill. 2000 (trad. it. Mora E (a cura di). Questioni di moda: classe, genere e identità nell’abbigliamento. Franco Angeli, Milano 2004).
5. Eugeni R, Fumagalli A.(a cura di) Semiotica della pubblicità: metodi, teorie, storie. ISU Università Cattolica, Milano 1999.
6. Pambianco C, Testoni L. I signori dello stile: rivoluzione e successo della moda italiana nel mondo. Sperling & Kupfer, Milano 2008.
7. Ruggerone L. Il corpo simulato: immagini femminili nella fotografia di moda. In Studi di sociologia (XLII) 2004; 3: 276-305.
8. Strassoldo R. La moda, l’arte e l’idealtipo longilineo. In Bovone L.(a cura di) Mode. Franco Angeli, Milano 1997.
9. Testoni L. L’ultima sfilata: processo alla casta della moda italiana. Sperling & Kupfer, Milano 2010.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof. Armando Fumagalli
Dipartimento di Scienze della Comunicazione e dello Spettacolo
Università Cattolica del Sacro Cuore
Via S. Agnese, 2 - 20123 Milano
E-mail: armando.fumagalli@unicatt.it

LA CHIRURGIA ESTETICA DI FRONTE ALLA NUOVA DOMANDA DI BELLEZZA
 AESTHETIC SURGERY FACING THE NEW QUEST FOR BEAUTY

III INCONTRO - 4 GIUGNO 2010

A Proposito di Chirurgia Estetica e Comunicazione con il Paziente: Undici Tesi e una Conclusione

About Aesthetic Surgery and Patient Communication: Eleven Thesis and a Conclusion

IVAN CAVICCHI

Docente di sociologia dell'organizzazione sanitaria. Università Tor Vergata, Roma

Introduzione: il “disagio” dei chirurghi estetici

Usualmente nel linguaggio medico-formale si utilizza l'espressione “chirurgia plastica” e non “chirurgia estetica”, come se la seconda fosse sottintesa nella prima o come se fosse imbarazzante esplicitare apertamente le funzioni estetiche della chirurgia. L'imbarazzo a parlare apertamente di chirurgia estetica si evince da molte cose ma nel suo complesso si spiega con problemi di legittimazione sociale e scientifica, con il fatto che la chirurgia estetica rappresenta un'area di forte guadagno per i medici quindi a rischio di diventare suo malgrado speculativa, e infine con un impiego della scienza per scopi non clinici ma estetici, quindi considerati a torto o a ragione, effimeri ed altro.

Si può quindi parlare di “disagio” dei chirurghi estetici che si sentono, *ob torto collo*, chirurghi di serie B rispetto ai loro colleghi clinici, anche se fruitori di una crescente legittimazione sociale da parte dei loro “clienti”.

Il fatto che il fruitore dei benefici della chirurgia estetica non sia un “paziente” ma un “cliente” fa la differenza e sposta il baricentro deontologico del chirurgo più sul piano della *customer satisfaction*, che non su quello etico tipico che accompagna lo status di un normale malato con tutte le implicazioni conseguenti sul piano del contenzioso legale.

Il fatto che l'oggetto della chirurgia estetica non sia la malattia ma l'aspetto fisico, l'apparenza, la sembianza, mette in crisi la prima fonte di giustificazione clinica che è la “necessità” rispetto al valore della vita, dell'integrità, del benessere. Con la chirurgia estetica si ammette un genere di necessità non clinico che sino ad ora è stato considerato non solo accessorio ma del tutto secondario. Sino ad ora la cosa che contava non era la cicatrice, ma l'atto chirurgico in quanto tale, cioè il suo valore salvifico. Oggi, in molti casi vale di più il problema della cicatrice che non

l'atto sostanziale che la giustifica. Anche in questo caso vi sono forti implicazioni legali.

Undici Tesi per discutere

1. Il disagio della chirurgia estetica probabilmente è destinato ad attenuarsi nel tempo per la semplice ragione che la nuova condizione di postmodernità spinge per una sua legittimazione sociale e quindi scientifica di fatto.
2. L'idea di postmodernità equivale non tanto ad una società che viene dopo un'altra ma ad un ripensamento delle categorie di pensiero del passato. L'estetica non viene semplicemente dopo la clinica, ma impone un ripensamento della clinica e di tutto il suo mondo correlato, quindi un ripensamento della nozione di “malato”, di “paziente”, di “malattia”, di “necessità”, di “uso e impiego” della scienza, ecc.
3. Oggi non vi sarebbe la chirurgia estetica che c'è, se a monte non vi fossero importanti e profondi cambiamenti culturali, che hanno creato le condizioni favorevoli ad un suo sviluppo.
4. Il “paziente” è diventato “esigente”, la “malattia” è diventata “malato”, la “natura” è diventata sempre meno una pura concezione biologica e sempre meno un destino incontrovertibile, i bisogni di salute stanno diventando bisogni di vitalità, di prolungamento dell'autonomia, della relazionalità, persino della sessualità, il tempo dell'invecchiamento viene gestito anche medicalmente con relative misure di “atemporalità”, cioè di sospensione o rallentamento dei processi degenerativi ed involutivi, ecc.

5. Assistiamo ad un ritorno prepotente del “soggetto” nelle sue vesti di “cittadino esigente”, di persona, di auto-determinazione, fino a trasformare addirittura il corpo da oggetto a soggetto, oggi si parla di dignità del corpo, di diritti del corpo, come se fosse un soggetto ...e tante altre cose.
6. La “natura” come concezione materiale e organica acquisisce una sua soggettività, una sua dimensione storica, una sua personalità....ebbene se mettiamo insieme una nuova concezione di “esigente”, di “natura”, di “corpo”, di “vitalità”, ecc., non meraviglia per niente arrivare alla chirurgia estetica.
7. Non c’è ragione di sentirsi a disagio come chirurgia estetica e non c’è ragione di giustificare gli interventi estetici con alibi psicologici, pseudoclinici, sociali ecc...questa società si rivolge alla chirurgia perché esprime un nuovo bisogno di estetica. E’ pur vero che non tutto quello che si esprime come domanda sia automaticamente legittimato, come è pur vero che a volte quello che viene chiesto non vada “automaticamente” dato, ma resta il fatto di una richiesta di segno nuovo con la quale fare i conti.
8. Oggi assistiamo ad una sorta di ritorno rovesciato della “fisognomica” dell’800, il cui fondatore fu J.C. Lavater e il cui presupposto era la conoscenza interiore (del carattere, della personalità, dell’anima) attraverso la conoscenza esteriore del sembiante. Oggi si cerca di determinare esteticamente il sembiante, per determinare psicologicamente una certa interiorità, almeno è quello che traspare dalle giustificazioni correnti di chi si sforza di giustificare la chirurgia estetica. Il “nasone” crea problemi psicologici quindi il “nasino” è la condizione per non averne.
9. Oggi la chirurgia estetica, senza saperlo, si esprime quasi con un pensiero neoplatonico. Per Aristotele vi era una grande differenza tra “forma” e “sostanza”. La prima è il corpo potenziale, la seconda il corpo effettivo. Questo richiama molto il rapporto tra “essere” e “modo di essere”, del pensiero moderno. La chirurgia estetica, intervenendo sull’essere, ne cambierebbe il modo di essere che a sua volta contribuirebbe a ridefinire l’essere: queste rischiano di essere speculazioni filosofiche se non sono accompagnate da solide regole deontologiche.
10. La parola “estetica” etimologicamente significa “sensazione”, il che vorrebbe dire che la chirurgia estetica sarebbe una tecnica scientifica impiegata per creare sensazioni. Forse è per questo che spesso nel linguag-

gio comune viene considerata un’arte. Ma considerare la chirurgia estetica un’arte è alquanto pericoloso. Mentre la medicina, in quanto scienza, è obbligatoriamente sottoposta ad una deontologia, l’arte no. L’arte per sua definizione è il mondo dell’arbitrario, della creatività, della libera espressione: come si fa a considerare la medicina come una tecnica al servizio dell’arbitrarietà?

11. Il problema dell’arbitrarietà è forse il problema più grande della chirurgia estetica contemporanea, intendendo per arbitrarietà tutto quello che rientra nella nozione di “estetismo”, cioè nella versione becera di “estetica”, di “simulacro”, di “apparenza gratuita”, di “conformismo”. In genere, dietro ai bisogni di estetica delle persone si nascondono complesse problematiche non solo psicologiche, ma anche esistenziali. Il supporre che il sembiante sia una panacea per tutti i problemi della persona ha tutti i difetti della panacea, ma anche tutti quello dell’autoinganno che si accompagna a qualsiasi panacea. Per cui la chirurgia estetica che tenta di “ri-abilitare” esteticamente il soggetto, rischia se non ben riflettuta, filtrata, ponderata, di assecondare paradossalmente una relativa “autodistruzione” del soggetto medesimo, cioè di “in-abilitarlo” in quanto tale.

Conclusioni

La chirurgia estetica, se vuole evitare di degenerare in puro “business”, non può che darsi uno statuto etico-scientifico e a seguire una robusta deontologia. Due sono le categorie nozionali che dovrebbero essere prese come riferimento:

1) la relazione: nessuna decisione, valutazione, scelta può essere fatta per finalità estetiche, al di fuori di una seria conoscenza relazionale, cioè al di fuori di un’indagine sulla persona richiedente, sui suoi effettivi bisogni e sulle sue problematiche. La relazione non va ridotta a burocratico “consenso informato”, cioè ad un espediente per drenare le responsabilità professionali riconducibili al contenzioso legale, ma va ricondotta alle sue vere finalità di conoscenza autentica dei problemi e dei bisogni e soprattutto delle decisioni più giuste sulle scelte da fare;

2) il difetto: si tratta di circoscrivere l’ambito dell’intervento chirurgico ragionevole, cioè si tratta di definire non tanto le possibilità teoriche-razionali della chirurgia, che sono tante e tutte praticamente esperibili, ma quelle ragionevoli rispetto alla relazione con la persona richiedente. L’ambito chirurgico, plausibile e ragionevole, è quello che rientra nella “cura del difetto fisico”, sia esso dovuto a ragioni fisionomiche, traumatiche o legate ragio-

nevolmente all'invecchiamento. Questo significa il rifiuto da parte della professione medica di una chirurgia della "reingegnerizzazione" fisica, vale a dire impiegata per "riformare" una forma e non un difetto della forma, il rifiuto delle eccessive pretese estetiche da parte dei "clienti", il rifiuto delle soluzioni ingannevoli che lasciano insoluti ben altri problemi, e quindi l'assunzione da parte del chirurgo estetico di una "responsabilità" etica e deontologica di segno nuovo. E' quindi auspicabile che la chirurgia estetica in quanto tale (ben altro discorso vale per la chirurgia plastica) si doti quanto prima almeno di un codice deontologico, che nello specifico autodisciplini i comportamenti professionali dei chirurghi per evitare che essi, alla lunga, siano annoverati, loro malgrado, tra i parrucchieri, gli estetisti, i massaggiatori. La differenza che passa tra un chirurgo estetico e un estetista, non è tanto nell'impiego dei mezzi, delle tecniche e delle conoscenze scientifiche, che pure fa la differenza, ma negli obblighi deontologici che l'impiego di certi mezzi, di certe tecniche, di certe conoscenze impone rispetto ai bisogni e ai problemi delle persone. Se per l'estetista, per le sue possibilità, i fini giustificano tutti i mezzi disponibili, per il chirurgo estetico questo non è sempre vero, perché non è sempre vero che tutti i fini siano accettabili e perché non è sempre deontologico impiegare tutti i mezzi disponibili. In conclusione: grazie alla chirurgia estetica, rispetto al resto della medicina, abbiamo a che fare con una sorta di inversione dei ruoli. Nel primo caso il ricorso alla chirurgia rientra in una specie di "auto prescrizione" che il "cliente" fa a se stesso, nel senso che il chirurgo è richiesto per soddisfare delle decisioni personali. Nel secondo caso, è sempre il medico che prescrive, cioè che interpreta il bisogno o la necessità del suo malato e che dà luogo a delle scelte alle quali il paziente/esigente dovrà attenersi. L'imperativo categorico al quale in futuro la chirurgia estetica sarebbe bene che si attenesse è quello di trasformare sempre un'auto-prescrizione estetica rivolta al chirurgo comunque in una prescrizione medico-estetica, rivolta alla persona.

Bibliografia

1. Cavicchi I. Estetica e medicina. In "XXI secolo, il corpo e la mente". Istituto della enciclopedia Italiana Treccani, Roma 2010.
2. Cavicchi I. L'uomo inguaribile: il senso della medicina. Editori Riuniti, Roma 1998.
3. Scuderi N. Elogio all'imperfezione: bellezza, perfezione, etica nelle riflessioni di un chirurgo plastico. Editori Riuniti, Roma 2006.
4. Persichetti P. Bellezza, verità e bisturi. Arco di Giano 2007; 53:111-118.
5. Ghigi R. Per piacere: storia culturale della chirurgia estetica. Il Mulino, Bologna 2008.
6. Russo MT. Etica del corpo tra medicina ed estetica. Rubbettino, Soveria Mannelli 2008.
7. Lavater JC. Della fisiognomica ; seguito da, Cento regole fisiognomiche. TEA, Milano 1993.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof. Ivan Cavicchi
Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma
E-mail: info@ivancavicchi.it

LA CHIRURGIA ESTETICA DI FRONTE ALLA NUOVA DOMANDA DI BELLEZZA
AESTHETIC SURGERY FACING THE NEW QUEST FOR BEAUTY

III INCONTRO - 4 GIUGNO 2010

Fotografia Digitale e Immagine del Corpo *Digital Photography and Body Image*

PAOLO GANDOLA

Fotografo e regista pubblicitario

Vorrei introdurre il mio discorso cercando di evidenziare la relazione tra la chirurgia estetica e la cultura dell'immagine, mettendo in luce quanto entrambe siano state influenzate dallo sviluppo tecnologico, in particolare dell'apparecchio fotografico.

Ricollegandomi a quanto detto prima a proposito del fatto che, negli ultimi anni, nessuno voglia più morire, credo che nell'arco della storia l'uomo non abbia mai voluto morire ma, anzi, abbia cercato sin dalla notte dei tempi di contrastare la morte e di raggiungere l'immortalità con tutti i mezzi e le energie possibili e immaginabili. Per fare ciò, l'uomo ha cercato di elaborare e costruire degli strumenti che gli permettessero di guardare e individuare lontano le soluzioni. Con l'evoluzione dello strumento fotografico, poi, ha costruito apparecchi in grado sia di guardare lontano che vicino. Cercare vicino vuol dire cercare nella profondità di se stessi, dei tessuti, delle cellule, dei nuclei. Questo è possibile grazie a strumenti sempre più sofisticati che permettono di individuare la parte più piccola possibile di ciò che si osserva. Tutto ciò ha come obiettivo il cercare di individuarne e palesarne i segreti. In campo medico l'osservazione microscopica propone, tra i suoi obiettivi, quello di cercare di trovare il modo di copiare le cellule stesse o di curarle o manipolarle. In questi ultimi anni abbiamo visto che il fine ultimo di questa ricerca è appunto la capacità di clonare le cellule. Siamo arrivati, infatti, a clonare e ricostruire tessuti in laboratorio.

Lo spirito che ha animato la ricerca della clonazione è un punto in cui mi sono fermato a riflettere ultimamente.

Conoscete tutti il fenomeno della cosiddetta centesima scimmia sviluppatosi negli anni '60. Tale teoria trae origine dall'osservazione che per circa trent'anni alcuni etologi hanno realizzato su di un gruppo di scimmie giapponesi impegnate a ricercare la soluzione ad un preciso problema (come mangiare delle patate dolci selvatiche coperte di sabbia) posto dagli stessi osservatori. Superato un certo numero di animali (99), la centesima scimmia trova la soluzione al problema (lava le patate nel torrente per ripulirle dalla sabbia) e insegna questa "nuova cultura" a tutta la colonia che si impadronisce dello stesso nuovo gesto. Possiamo immaginare quindi che, raggiunta una certa "massa

critica", una centesima scimmia che lavava le patate si sia aggregata al gruppo, provocando un drammatico cambio di comportamento nell'intera comunità. Non solo, ma il comportamento aveva in qualche modo superato le barriere naturali ed era apparso spontaneamente in colonie su altre isole e pure sulla terraferma.

Fotografia e costruzione della bellezza

Negli anni '80 mentre da un lato si investiva tantissimo nella clonazione, dall'altra parte c'era qualcuno che, forse inconsapevolmente, ha cercato e si è trovato ad applicare lo stesso concetto di base della clonazione ad altre discipline. E qual è la disciplina che in qualche modo è storicamente più vicina alla conquista dell'immortalità se non l'immagine e in particolare, l'immagine di sé? Tramite la fotografia, a differenza della pittura, infatti, si ha proprio una fotocopia di se stessi, che rende immortali nel tempo. Sicuramente, sempre in questo periodo, il mercato e l'industria dell'immagine erano in crisi, in quanto non c'erano novità e la pellicola la faceva da padrone. Il difetto di quest'ultima era, però, che intercorreva molto tempo tra il momento dello scatto e il momento in cui si poteva fruire dell'immagine. In questo momento di stallo, pertanto, applicando lo stesso schema della clonazione allo sviluppo tecnologico della fotografia, immaginando e riflettendo sui processi fisiologici della vista, si è andati a ricostruire una vera e propria retina di tipo elettronico, grazie anche ai microchip, fino ad arrivare alla macchina fotografica digitale. Insieme alla costruzione del sensore è stato sviluppato, inoltre, un programma che permetteva di isolare ogni singola cellula (pixel) e di utilizzarla per ricostruire l'immagine.

Questo passaggio ci interessa non tanto dal punto di vista tecnologico quanto per il fatto che, nel momento in cui noi prendiamo un fotogramma del viso impresso su questo sensore digitale, grazie allo sviluppo tecnologico, lo possiamo ingrandire 1.000 o anche 10.000 volte, possiamo isolare ogni singolo pixel e vedere la differenza che c'è tra il pixel localizzato a livello di una ruga e quello

in corrispondenza di un punto della pelle integro, liscio, elastico. Attraverso questo programma –ormai noto come *Photoshop*– siamo in grado di modificare quel pixel situato a livello della ruga, che si presenta un po' più segnato e scuro, in due modi: o sostituendo quel pixel con un altro adiacente in cui i difetti sono meno evidenti, oppure, prendendo quel pixel "invecchiato", lo "curiamo" rischiarando le zone più scure e lo reinseriamo nel sito di origine. In questo modo la ruga scompare.

La cosa pazzesca è che questa operazione è diventata negli anni un procedimento facilissimo, routinario e praticabile da tutti.

E se tornassimo al bello della realtà?

Quello che ci interessa, però, sono le conseguenze che ciò ha comportato sull'immagine. Ha prodotto, infatti, un'autentica rivoluzione dell'immagine, soprattutto femminile. Abbiamo incominciato prima a togliere le rughe, poi i nei (il neo è sempre stato un elemento negativo in pubblicità), le borse sotto gli occhi, addirittura il poro della pelle (c'è persino un programma ad hoc) nonostante l'utilizzo delle luci al meglio delle loro potenzialità. Poi, ovviamente, si è passati ad altro: le spalle dovevano essere più dritte, il collo un po' più lungo, il seno ben proporzionato, fianchi e caviglia più stretti, cosce più lunghe, fino ad arrivare a volte a sostituire mani e piedi (si fa addirittura anche la manicure). Ciò è accaduto a partire da una decina di anni e ha prodotto una costruzione dell'immagine, della bellezza e della maggior parte della moda assolutamente perfette. Pertanto noi fotografi siamo diventati dei "chirurghi estetici" con la responsabilità di trasferire questa immagine di donna in tutta la comunicazione televisiva, di poster e di stampa che, in brevissimo tempo, ha creato un disagio in milioni di donne facendole sentire inadeguate rispetto a questi modelli che ci circondano nella quotidianità. Era ancora difficile fino a qualche anno fa per la maggior parte delle donne riuscire a distinguere cosa fosse

vero da cosa fosse falso. Questo disagio è emerso, determinando una grande domanda nei confronti della chirurgia estetica. E la chirurgia estetica stessa, negli ultimi dieci anni, ha fatto passi da gigante in termini di semplificazione delle operazioni perché tutto è diventato più facile e meno invasivo: gli effetti dell'anestesia sono sempre minori, il decorso post-operatorio sempre più veloce. L'abbassamento dei prezzi, imposti dalla chirurgia estetica allo scopo di massificare il mercato, ha fatto sì che esplodesse questo mercato stesso.

Poiché la tendenza dei fotografi è di non accontentarsi mai e di andare oltre nel modificare l'immagine, le imperfezioni sistemate perché ritenute brutte fanno emergere degli altri difetti da correggere ulteriormente fino a che, riguardando il lavoro, ci si accorge di essersi spinti troppo, perché nulla è più vero. La stessa cosa l'ho vista accadere, a volte, in ciò che usciva dalle mani dei chirurghi estetici.

Negli ultimi due anni, passando per gli aeroporti -finestre straordinarie in cui si può notare la comunicazione per ciò che riguarda moda e bellezza- si può notare che sta cambiando qualcosa: le nuove immagini delle aziende che producono *beauty* (profumi, make-up, ecc.) hanno dato una sterzata ritornando a proporre visi, ovviamente bellissimi, ma con un'espressività caratteristica per ciascuna nicchia di mercato, che rispecchiano più fedelmente la realtà. Sono ritornati i pori della pelle (chiaramente non tutti, ma in una percentuale che si aggira intorno al 30-40%) e qualche segno di imperfezione. Ma questo perché? Perché, come per gli effetti speciali cinematografici, dopo gli *exploits* del mercato, non c'è più niente da vedere perché non ci fa più effetto nulla e quindi torniamo ad amare le storie semplici e realistiche, magari raccontate meglio.

L'immagine ha dovuto fare obbligatoriamente un passo indietro semplicemente perché, dopo essere entrata nelle case rivelando il trucco, il mercato non ci crede più, perché riduce tutto all'inganno.

La mia domanda a questo punto è: la chirurgia estetica sta facendo la stessa cosa e/o ci sta pensando?

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Paolo Gandola
E-mail: paolo.gandola@yahoo.it

LA CHIRURGIA ESTETICA DI FRONTE ALLA NUOVA DOMANDA DI BELLEZZA
 AESTHETIC SURGERY FACING THE NEW QUEST FOR BEAUTY

III INCONTRO - 4 GIUGNO 2010

La Bellezza, Promessa di Immortalità? *Beauty, a Promise of Immortality?*

GIUSEPPE DI GIACOMO

Docente di Estetica. Facoltà di Filosofia, Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

È stato sottolineato più volte il rapporto che intercorre tra "bellezza" e "senso", con una giusta e sottile distinzione, poi, tra la nozione di "significato" e quella, appunto, di "senso". Tutto ciò è di estrema importanza in quanto, laddove il significato, nella sua determinatezza, si offre a noi come l'espressione di un fatto, o di un dato, ormai istituzionalizzato e definito, il senso invece si presenta come qualcosa di più vago e sfumato: attraverso una tale nozione, infatti, ci riferiamo non a questo o quel significato di volta in volta determinabile, ma piuttosto all'orizzonte, come tale non-determinato o mai del tutto determinabile, all'interno del quale si inscrivono i diversi significati che, via via, possono essere esplicitati. Da questo punto di vista, è proprio in quanto orizzonte, o sfondo, dei molteplici significati dati in concreto, che il senso implica una dimensione dialogica. Si tratta, insomma, di qualcosa di assimilabile alla nozione di "senso comune", inteso appunto come senso condiviso, come senso cioè che "abbiamo in comune con gli altri", e quindi come una dimensione di fatto intersoggettiva e, potremmo anche dire, "comunitaria".

Collegandomi a questo, vorrei iniziare facendo innanzitutto riferimento alla questione del rapporto che si stabilisce tra la nozione di "bellezza" e quella di "temporalità". A essere in gioco, in questo senso, è la condizione stessa dell'uomo: la sua costitutiva finitezza, il fatto cioè che la sua vita si ponga inevitabilmente sotto il segno della caducità e, con ciò stesso, della morte. L'uomo – lo sappiamo – ha sempre tentato di vincere la morte. Da questo punto di vista, si può anche dire che l'intera storia della cultura occidentale è, a ben vedere, la storia delle diverse forme e dei diversi modi attraverso i quali l'uomo ha tentato di superare il tempo e, con ciò stesso, di sconfiggere la morte. Ebbene, oggi, è la chirurgia estetica e, più in generale, la medicina a costituire, in qualche modo, la riproposizione più o meno esplicita e consapevole di un tale tentativo: prima, appunto, lo si faceva attraverso l'arte, o la filosofia e, più in generale, mediante la cultura. Da sempre, insomma, arte e filosofia hanno tentato di vincere il tempo, puntando – in modi diversi – al raggiungimento dell'Eternità, e quindi al conseguimento dell'Assoluto. È quanto appunto

troviamo, nella storia della cultura occidentale, da Platone fino a Hegel, passando attraverso la religione cristiana. Lo "spirito assoluto" hegeliano, in particolare, esprime esattamente questo: il conseguimento dell'Assoluto, in quanto espressione di un senso ultimo e definitivo, vale a dire in quanto realizzazione di un senso con la "s" maiuscola; quello stesso Senso che, nella tradizione cristiana, si manifesta attraverso la figura dell'angelo dell'Apocalisse: l'angelo che appare, con la tromba, per annunciare la fine del tempo. In questa prospettiva, la vittoria che il Cristianesimo pretende di raggiungere – ma a una vittoria analoga, appunto, aspira anche la filosofia, in particolare, s'è detto, con Platone e con Hegel –, è la vittoria dello spirito sul corpo, o dell'intelligibile sul sensibile, la vittoria cioè dell'al di là sull'al di qua, dell'infinito sul finito, dell'eterno sul tempo. Il che, evidentemente, presuppone sempre una tendenziale svalutazione della corporeità e, appunto, del sensibile. E tuttavia, nonostante il continuo rinnovarsi di tali tentativi, non si può proprio dire che il tempo sia finito.

Il bello, il brutto, la temporalità

Dopo Hegel, non a caso, le cose vanno diversamente e noi, a ben vedere, siamo figli del "dopo Hegel". Mi riferisco, in particolare, a un filosofo che è stato il primo a far emergere, con la massima evidenza, l'importanza ineludibile e – di fatto – la necessità del corpo, con la conseguenza inevitabile di porre in primo piano il tema della morte: si tratta, evidentemente, di Friedrich Nietzsche. Non solo, ma tematizzando la questione della corporeità – e, per ciò stesso, la questione del finito e del tempo –, Nietzsche mette radicalmente in questione la nozione di "bellezza", finendo di fatto col negare quei requisiti di eternità e immutabilità che a essa erano sempre stati attribuiti nella tradizione occidentale. La bellezza – fa notare, non a caso, Nietzsche – "è nata", nel senso che è stata "inventata", con l'obiettivo di rendere in qualche modo sopportabile quel dolore e quella sofferenza che costituiscono il tratto distintivo della vita e dei quali i Greci, in particolare, erano pie-

namente consapevoli, come testimonia del resto la celebre “saggezza silenica” (è il saggio Sileno, infatti, a rivelare al Re Mida – che lo ha inseguito e fatto catturare allo scopo di conoscere quale sia, per ogni uomo, la cosa in assoluto migliore e più desiderabile – che meglio, per l’uomo, sarebbe non essere mai nato, ovvero non essere, essere niente, oppure, se nato, morire al più presto). Di qui, appunto, la profonda saggezza del popolo greco il quale, essendo pienamente consapevole della irrimediabile finitezza e caducità della condizione umana – essendo consapevole, in definitiva, della insuperabilità del non-senso –, ha inventato l’Olimpo, vale a dire la bellezza, appunto per rendere in qualche modo tollerabile l’insensatezza e la tragicità della vita. Da questo punto di vista, parlare della bellezza nei termini di una “invenzione” significa, evidentemente, sottolinearne il carattere non-eterno e non-immutabile: significa, insomma, parlare di una dimensione che, non essendo “già da sempre”, così come “è nata”, per ciò stesso, può “non essere più”, nel senso che può morire, anzi: nel senso che è destinata a morire. Quella tematizzata da Nietzsche, insomma, è una bellezza che non soltanto si dà *nel* tempo ma che, a ben vedere, è anche intrisa di tempo. *Prima* della bellezza, infatti, c’è qualcosa che è irriducibilmente “altro” dal bello: prima del bello, c’è il “brutto”, vale a dire l’orrore (la sofferenza, il dolore e la crudeltà che contraddistinguono la vita). E di questo, osserva Nietzsche, i Greci erano perfettamente consapevoli.

Tutta la mitologia greca, non a caso, si pone non tanto sotto il segno della bellezza, ma piuttosto sotto il segno dell’orrore e della crudeltà. Perfino il mito che riguarda in modo più esplicito e diretto la “nascita della bellezza” – quello relativo, cioè, alla nascita di Venere – ci dice esattamente questo: non c’è bellezza che, in quanto tale, non presupponga un fondo opaco e ineliminabile di violenza e crudeltà. Secondo un tale mito, Venere nasce dalla spuma del mare – e c’è un’intera tradizione letteraria e iconografica a ricordarcelo: da Esiodo a Poliziano, da Ovidio a Botticelli –, ma questa spuma altro non è che lo sperma disseminato da Urano dopo la sua castrazione, avvenuta ad opera del figlio Crono (il Tempo!). Con l’evirare Urano, infatti, Crono ha voluto spezzare quell’unione indissolubile che legava il primo alla Madre Terra, Gaia, e che impediva a quest’ultima di proliferare, ossia di portare alla luce i suoi figli. Non solo, ma è proprio Gaia – la Terra, appunto – a fornire al figlio Crono il falchetto con il quale questi potrà poi evirare il padre Urano, rendendo così possibile la rottura dell’unità originaria e, con ciò stesso, il suo moltiplicarsi: il prodursi, cioè, del “Due” (il divenire, il tempo) a partire dalla totalità ancora indifferenziata dell’ “Uno” (l’essere, l’eterno). Questa, dunque, la nascita della bellezza: una nascita che rivela, potremmo dire, l’ineliminabilità del *pathos* (o, s’è detto, del “brutto”) al fondo del bello.

Si parlava poi di cinema e, a tale proposito, vorrei fare riferimento a un film che mi sembra, per molti versi, emblematico, vale a dire *Apocalypse Now* di F. F. Coppola. Se ricordate bene, il film si conclude con l’apparire del famoso colonnello Kurtz (interpretato da Marlon Brando), il quale, morendo, sussurra: “L’orrore...l’orrore!”. Ebbene, oggi, il mondo si presenta, appunto, come un “mondo di orrore”: un mondo all’interno del quale la bellezza, se ancora si dà, è possibile solo nella forma di un rimando, o come l’espressione di qualcosa che “non c’è” e che, piuttosto, deve ancora venire.

Sotto il profilo letterario, inoltre, a costituire un riferimento esemplare per quanto riguarda il tema del rapporto arte-morte, o arte-tempo, è indubbiamente l’ultimo volume del romanzo *À la recherche du temps perdu* di M. Proust, volume intitolato *Le temps retrouvé*. Lo ricorderete. È qui che troviamo la “visione” degli invitati al pranzo del principe di Guermantes: sul volto di ciascuno di essi, il protagonista riconosce il segno, la traccia ineludibile, di quel tempo che vince e divora tutto, anche se stesso. Attraverso quei volti invecchiati, insomma, ciò che emerge è lo stesso volto inquietante della morte. L’intera *Recherche*, da questo punto di vista, può essere letta, per un verso, come l’espressione del tentativo sempre rinnovato di oltrepassare il tempo – il tentativo, quindi, di raggiungere l’eternità e l’assoluto (il senso) – e, per altro verso, come l’attestazione dell’impossibilità di vincere la morte: dell’impossibilità, cioè, di redimere la vita (il non-senso) attraverso l’arte, ossia attraverso la bellezza. E’ quanto mostra, del resto, l’episodio relativo alla morte dello scrittore Bergotte, che rappresenta il dileguare di un’idea di bellezza assoluta; questa morte, infatti, avvenuta davanti alla *Veduta di Delft* di Vermeer (quadro giudicato dallo stesso Bergotte di una bellezza appunto assoluta e, come tale, fuori dal tempo), mostra l’intrascendibilità del tempo stesso. Il che, evidentemente, costituisce una conferma del fatto che, nel romanzo proustiano, non si danno né redenzione né verità in senso assoluto: ciò che un tale romanzo mette in evidenza, piuttosto, è il rapporto di interdipendenza che, necessariamente, unisce eternità e tempo, arte e vita, senso e non-senso.

Un “estetismo diffuso”

Oggi, com’è noto, viviamo in un mondo dominato da quella che è stata definita una tendenza all’ “estetismo diffuso”: la tendenza, cioè, a “estetizzare” (ma, di fatto, “anestetizzandole” progressivamente), le manifestazioni più diverse, dagli oggetti d’uso comune alla politica, dalle varie forme di spettacolo agli eventi sportivi. E anche il corpo, in questa prospettiva, diventa oggetto e occasione di una volontà “estetizzante”. Il risultato è, inevitabilmen-

te, una sorta di “cosmesi” della vita in generale: una tendenza, questa, che di fatto non risparmia nulla e nessuno e il cui esito finale sembra essere, a ben vedere, l’affermazione del *kitsch*, o anche di quella che Adorno – l’ultimo filosofo del Novecento a proporre una “teoria estetica” di circa cinquecento pagine – definiva “industria culturale”. Parlare di “estetismo diffuso”, insomma, significa parlare del progressivo prevalere di manifestazioni che, chiudendosi del tutto in se stesse e trovando in se stesse l’unico significato possibile, ci negano quell’apertura a una comprensione sempre rinnovata del mondo che, invece, era propria della grande arte. In questo contesto, ciò che tende a imporsi in modo del tutto unilaterale è quel “principio di identità” sul quale non a caso si fonda, per Adorno, l’intero sistema dell’industria culturale. Di qui, allora, quella tendenza al livellamento del senso che è, insieme, una tendenza alla negazione e all’esclusione dell’ “altro” (il diverso, la differenza, il non-identico). In un tale mondo, la bellezza è qualcosa che deve essere assolutamente conquistato e posseduto, a tutti i livelli. Ma di quale bellezza si tratta, in questo caso? E qual è, a ben vedere, il suo significato autentico? C’è da chiedersi, insomma, di che cosa si stia propriamente parlando quando, a proposito del mondo contemporaneo, si evocano appunto le nozioni di “bello” e di “bellezza”. Ebbene, in primo luogo, mi pare si stia parlando di qualcosa che, oggi, di fatto, tende a essere assimilato alla dimensione dell’immagine: alle diverse immagini che, via via, si offrono a noi come il risultato, e insieme come l’oggetto, di una “imitazione”.

A essere paradigmatico, da questo punto di vista, è senza dubbio il fenomeno della moda. Se è vero, infatti, che quest’ultima si pone necessariamente sotto il segno della caducità e dell’effimero, è anche vero – come è stato sottolineato da W. Benjamin in *Parigi capitale del XIX secolo* –, che, proprio nel suo mutare così in fretta, la moda “sollecita la morte e, quando questa si guarda attorno per sconfiggerla, essa è già diventata un’altra, nuova”. Il fatto è che il tempo proprio della moda, nel suo carattere strutturalmente discontinuo (e tale da escludere, appunto per questo, la possibilità stessa di una “storia della moda”), non vuole in alcun modo saperne della morte, con la conseguenza che la moda stessa sembra sancire la morte del tempo. Nell’orizzonte della moda, non a caso, ciò che prevale è il continuo passare da un’immagine a un’altra, senza alcuna consequenzialità interna. In questo senso, manifestandosi innanzitutto come l’interminabile ripetersi di ciò che è destinato sempre e comunque a essere superato in una ininterrotta oscillazione tra il nuovo e il vecchio, la moda sembra avere a che fare non tanto con qualcosa di vivente (qualcosa, cioè, che si dà nel tempo e nella storia), ma piuttosto con qualcosa di inorganico: con qualcosa che si pone, insomma, al di là del tempo e della storia. Alla moda, insomma, appartiene in modo costitutivo quello che

lo stesso Benjamin ha definito, non a caso, il “*sex-appeal* dell’inorganico”. Di qui, sempre secondo Benjamin, la sua dimensione irriducibilmente feticistica e, insieme, il suo carattere livellante e omologante. Tutto ciò, allora, porta un autore come Adorno ad affermare che, se oggi la moda è dominante, allora la vera arte, per continuare a parlare del mondo e per assumere una posizione autenticamente critica nei suoi confronti, dovrà resistere alla moda e, *nello stesso tempo*, servirsene in modo consapevole. Il che, nella prospettiva adorniana, è quanto emerge, per la prima volta, dall’opera di C. Baudelaire: è Baudelaire, infatti, a incarnare per primo la figura di quell’ “artista della vita moderna” il quale, pur perdendosi tra le braccia di ciò che è totalmente effimero (la moda, appunto), resta tuttavia padrone di sé, senza lasciarsene schiacciare.

È stata poi citata una frase bellissima di Stendhal: una frase che – mi pare – coglie il punto essenziale di ciò che finora è stato detto e che, non a caso, entusiasma Nietzsche, il quale scrisse che avrebbe voluto conoscere l’uomo che è stato in grado di pronunciarla, perché chi lo ha fatto è senza dubbio una persona di straordinaria grandezza. Si tratta di un’affermazione, solo apparentemente semplice e ovvia, che troviamo nel saggio di Stendhal *Sull’amore*: la bellezza, scrive il grande romanziere, è *promessa di felicità*. Ebbene, parlare della bellezza come di una “promessa di felicità” significa attribuire alla bellezza, e con ciò stesso all’arte, la capacità di trasformare il mondo: la capacità, insomma, di modificare l’esistente. A questo proposito, il già citato Adorno, evocando più volte questa affermazione stendhaliana all’interno della sua *Teoria estetica*, aggiunge sempre che, se è vero che la bellezza deve essere intesa come “promessa di felicità”, tuttavia è anche vero che una tale promessa, oggi, non può essere mantenuta. Il che, sempre secondo Adorno, è dovuto al fatto che il mondo attuale, in quanto mondo irrimediabilmente frammentario e dissonante – in quanto mondo, cioè, caratterizzato dalla perdita del centro: dalla presenza insopprimibile di quelli che il giovane Lukács definisce, non a caso, “le crepe” e “gli abissi” –, sembra con ciò stesso escludere ogni autentica possibilità di redenzione e di conciliazione, vale a dire ogni possibile trasfigurazione del non-senso (il “brutto”) in senso (il “bello”). Il problema, allora, si pone esattamente in questi termini.

Conclusioni

L’unica possibilità che ci resta, nell’attuale mondo globalizzato (che costituisce, di fatto, la radicalizzazione di quel “mondo amministrato” che è, per Adorno, la società borghese-capitalistica, caratterizzata dal dominio dell’industria culturale), è la contemplazione di immagini che, a ben vedere, non sono più tali, dal momento che,

offrendosi a noi come “immagini di immagini”, come immagini cioè del tutto autoreferenziali (e, in quanto tali del tutto incapaci di riferirsi al mondo, ossia alla realtà), finiscono piuttosto col presentarsi come meri “simulacri”. Il mondo post-moderno è un mondo, appunto, dominato dal prevalere incondizionato di tali immagini “simulacrali”. Così, se è vero che è proprio il senso del quale si parlava prima – il senso, s’è detto, inteso come indeterminata apertura al comprendere – a implicare non soltanto la dimensione dialogica e comunitaria del consenso ma anche, con ciò stesso, il riconoscimento dell’altro, allora è anche

vero che, in un mondo sempre più dominato da tendenze omologanti e livellanti, la cura del proprio corpo, o la sua manipolazione esasperata, è l’espressione di una totale chiusura in se stessi: è l’espressione, insomma, del rifiuto di ogni possibile dialogo e, insieme, di ogni possibile riconoscimento della differenza. Di qui, più in generale, l’importanza della dimensione etica, intesa come capacità del assumere fino in fondo l’esigenza di un tale riconoscimento dell’altro: una responsabilità, questa, dalla quale il medico – nel nostro caso, il chirurgo estetico – non può in alcun modo prescindere.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof. Giuseppe Di Giacomo
Facoltà di Filosofia
Sapienza Università di Roma
E-mail: giuseppe.digiaco@uniroma1.it

LA CHIRURGIA ESTETICA DI FRONTE ALLA NUOVA DOMANDA DI BELLEZZA
AESTHETIC SURGERY FACING THE NEW QUEST FOR BEAUTY

III INCONTRO - 4 GIUGNO 2010

Dibattito

Debate

Maria Teresa Russo

Il nostro percorso è partito dal desiderio di bellezza, per ripercorre l'evoluzione e il significato, terminando oggi con una riflessione su come la *fame* di bellezza affiori comunque nella nostra società, anche se in luoghi nuovi, come il cinema, la fotografia e la moda, seppure con parecchie ambiguità. Non si può ignorare che si tratta di potenti fattori di evoluzione del gusto, che esercitano un'influenza di cui spesso il pubblico non è consapevole. A questo punto, aprirei il dibattito.

Clemente Potenza

Chi è il buon chirurgo estetico? Quello che interviene solo sull'invecchiamento o quello che interviene adeguando il corpo del paziente alla percezione estetica diffusa? Il Prof. Cavicchi è stato molto preciso su questo fatto, dicendo che l'estetica è sensazione, percezione.

Noi sappiamo che esistono interventi contro l'invecchiamento che però agiscono anche sulla forma del viso: ad esempio, l'inserimento di zigomi per aumentare la proiezione degli zigomi, per adattare quella faccia alla concezione estetica così come viene imposta dai mass-media. Per cui il mio è un problema abbastanza pratico: cosa devo fare? Ovvero, fino a che punto devo correggere l'estetica della persona? Devo limitarmi solo a correggere alcuni effetti dell'invecchiamento senza cambiare quella faccia, lasciandone quindi intatti alcuni difetti, o devo puntare a ottenere quell'ideale estetico così come viene imposto in quel momento?

La mia impressione attuale è che i chirurghi estetici di maggior successo in questo momento siano proprio quelli che non si limitano a correggere i fenomeni dell'invecchiamento, ma che intervengono sulla struttura delle persone, intendendo soprattutto la struttura facciale, ma anche il resto del corpo.

Flavio Saccomanno

Io credo, rispetto a quello a cui si riferiva il collega, che l'osservazione sia molto attinente alla realtà. Effettivamente esiste oggi per motivi vari -media, informazioni ecc.- una maggiore richiesta di miglioramento estetico. L'esperienza clinica però si discosta da quello di cui abitualmente sentiamo parlare: la reale richiesta dei pazienti non è quella di migliorare all'estremo la loro bellezza, ma la richiesta più frequente, che sentiamo nei nostri ambulatori, è quella di correggere delle imperfezioni. Oggi, grazie ai media, grazie all'informazione, grazie all'immagine che viene percepita, le persone che hanno imperfezioni sono più suscettibili, più aperte a cercare queste correzioni per avere un maggiore equilibrio psico-fisico, per una maggiore sicurezza in se stesse. Un'altra distinzione da fare riguarda il fatto che non esiste questo uso facile e disinvolto della chirurgia estetica: se ne parla molto, ma dobbiamo distinguere la medicina estetica dalla chirurgia estetica, che sono due cose differenti. Fare una punturina è un atto chirurgico importante e significativo, che ha un effetto immediato, ma la chirurgia è un'altra cosa. Noi confondiamo -e lo vediamo nei programmi televisivi, nelle informazioni dove sistematicamente si parla di chirurgia estetica- ma in realtà non si sta parlando di chirurgia, bensì di medicina estetica, che è un'altra cosa. La richiesta reale nell'esperienza clinica della chirurgia estetica riguarda la correzione delle imperfezioni. Riprendendo la domanda del collega, se ci si limita alla correzione di un naso senza andare oltre, alla correzione di una mammella senza andare oltre, si tratta di una problematica differente: il paziente rimane sempre se stesso, naturale. La chirurgia estetica in realtà è correttiva, perché per una persona giovane l'essere priva di mammelle è un problema di menomazione. Una cosa è correggere e aumentare quella mammella e portarla ad un grado di normalità, altra cosa è aumentare la mammella di una donna che è già normale: è lo stesso tipo di intervento che ha due collocazioni differenti; una cosa è l'invec-

chiamamento precoce, una cosa è operare chi già sta bene. Effettivamente serve il senso del chirurgo di non fare quello che va oltre. Ma ciò che volevo dire è che di chirurgia estetica si parla molto, ma non sempre in modo adeguato alla situazione reale: la gente chiede normalità, correzione della maggiori imperfezioni, cosa che la maggior parte dei chirurghi estetici fanno, con una programmazione, con un intervento chirurgico e con *follow up* come deve essere fatto. E' questo ciò che voglio portare alla vostra attenzione.

Claudio Bernardi

L'ultima domanda del regista Gandola è se la chirurgia plastica ed estetica stia tornando indietro. Non so se sta tornando indietro, sicuramente qualche riflessione in più la stiamo facendo. Certamente, le pressioni che abbiamo dall'esterno sono fortissime. Noi vediamo dei pazienti, senz'altro sempre più informati, ma sulla parola "informati" andrei molto cauto. Navigare in internet non vuol dire automaticamente essere informati, anche perché su internet c'è di tutto e di più, per cui quando i pazienti vengono, rispetto a qualche hanno fa hanno senz'altro le idee più chiare, ma sono allo stesso tempo molto condizionati sia rispetto al risultato che vogliono ottenere, sia rispetto a ciò a cui vogliono assomigliare. Quindi vengono con proposte, con idee di interventi, con il tipo di marca di *filler*, di protesi. Quindi dal punto di vista medico, è particolarmente impegnativo il tempo che noi dedichiamo a parlare con i nostri pazienti, prima, durante la visita o dopo gli interventi. Svolgiamo sicuramente il nostro lavoro con passione, ma la parte che sta a monte degli interventi è faticosa proprio per questa necessità di contrastare un certo tipo di informazione, di idee non completamente corrette. Quindi da questo punto di vista, non stiamo ritornando indietro, ma siamo con i piedi per terra per valutare ciò che si può fare e ciò che non si deve fare. Il concetto di correzione è importante e quanto diceva il Dott. Saccomanno è estremamente importante. In una relazione di un congresso, tenutosi un mese fa, ho parlato proprio di questo, dell'importanza della correzione. Piuttosto che del concetto di "rifatto", che riguarda tutto ciò che vediamo in televisione, per strada, il "corretto" invece è tutto ciò che non vediamo, che appare normale, naturale. Credo sia questo l'obiettivo oggi percorribile, per quanto riguarda la nostra attività.

Intervento di una dermatologa

Ho apprezzato molto l'intervento del Prof. Cavicchi. Lavoro in un istituto dermatologico e oncologico, pertanto ho moltissime pazienti che subiscono chemioterapia, ra-

dioterapie, le quali si trovano nei reparti oncologici e poi vengono da me, che mi occupo di dermatologia estetica, per curare disturbi, la perdita dei capelli, delle unghie o la pelle che si è alterata, ecc. Vengono da me non solo con imbarazzo, ma con estrema vergogna e non dicono all'oncologo che vengono da me. Mi pregano di non dirlo a nessuno e si vergognano tantissimo, perché vogliono ritrovare il loro corpo non solo dal punto di vista del recupero della salute, ma anche dal punto di vista della relazione con gli altri e questo crea in loro imbarazzo, perché credono che si tratti di una cosa ridicola, relativa, mentre invece secondo me è tutto l'insieme che concorre alla guarigione.

Paolo Gandola

Per noi è facile, per noi che non operiamo, fare analisi. Prima ho fatto una domanda provocatoria quando ho chiesto dove state andando. Cerco sempre di mettermi nei panni dell'altro per tentare di capire e assumere un punto di vista diverso, ma se fossi nei vostri panni, per una questione "etica" direi: certo informiamo, siamo tenuti ad informare sempre meglio su ciò a cui si va incontro dal punto di vista operatorio, sugli effetti collaterali o su tutto quello che nel tempo potrebbe succedere, ma penso anche che più di questo non si possa fare, perché ci sono dei processi culturali, che sono ineluttabili. C'è una richiesta pressante e se l'intervento non lo fai tu, lo fa lui, altrimenti lo fa un altro, se non lo facciamo qui lo facciamo in un altro paese. Secondo me non si può fare nulla. Non è cinismo, ma credo non si possa fare altro al di fuori che informare. Ci sarà qualcosa che forse a lungo andare cambierà spontaneamente. Il futuro non riesco a immaginarlo, ma vi faccio un esempio: ci sono state fasce sociali, fasce di persone che negli anni '80 si sono ubriacate veramente di danaro, di cose, di accessori, di beni di consumo. In qualche modo ci siamo convinti per un momento di agguantare un pezzo di felicità e, dopo vent'anni di ubriacatura, ci siamo resi conti dei danni di tutto ciò e abbiamo cominciato a coltivare di più la filosofia, a curare di più la parte spirituale, dimenticandoci di badare esclusivamente ai prodotti. Ecco, penso che anche la questione estetica, l'interrogativo sul quando ciò potrà cambiare, penso riceverà risposta soltanto quando sarà finita l'ubriacatura, quando masse di persone avranno capito che anche attraverso interventi sempre più pesanti non hanno conquistato la felicità e dovranno cercarla altrove.

Armando Fumagalli

Cercherò di riprendere solo alcuni degli spunti che sono emersi dalle parole degli altri relatori. Ho cercato di dipingere un po' lo scenario di una società in cui il fattore

seduzione è diventato sempre più forte e invasivo, come lo ritrovate nelle situazioni che avete descritto. Bisogna tener di questo fattore seduzione, che gli economisti da diversi anni hanno individuato nell'“economia dell'entertainment”: per vendere prodotti, ormai si cerca da una parte di sedurre e dall'altra di divertire, offrendo delle esperienze che siano uniche, affascinanti, che siano coinvolgenti. Per cui la persona di oggi, rispetto alla persona di solo 30 anni fa, che si trova in un contesto enormemente più seduttivo, con una forza di immagine di bellezza che è enormemente più presente. Questo poi si realizza diversamente nei vari Paesi: mi ha colpito, per esempio, quando sono stato a Los Angeles, cogliere un senso di messa in scena e di cartonato. Le loro cose belle hanno sempre un retroscena di cartonato, per cui si è tentati di dire “questo lo butto giù”, sensazione opposta a quella che si avverte se si va a Piazza della Signoria a Firenze, dove si pensa “sta lì da secoli ed è sempre lì”. Tuttavia, ciò non toglie che la percezione del bello sia analoga, non dico la stessa ma analoga.

Non ho parlato del corpo, perché ho visto che è stato uno dei temi dei primi incontri. Faccio un piccolo aggancio per quello che riguarda la comunicazione di moda in relazione al corpo, visto che poi è stato messo sul tappeto. Come ho detto precedentemente, la comunicazione di moda ha giocato molto su un'idea tipo che gli storici dell'arte, gli storici della storia del costume hanno chiamato “idealtipo longilineo”, poi con delle derive verso l'androgino, che in parte corrisponde all'immaginario di alcuni stilisti, soprattutto di alcuni fotografi e *stylist*, che si occupano delle campagne di moda e che ha connotazioni fortemente omosessuali. Una grande percentuale del pubblico percepisce queste immagini come fortemente connesse con la vita quotidiana, come fortemente modellizzanti. Questo è il punto chiave della comunicazione: gli artisti, gli stilisti le intendono come un gioco, mentre il pubblico le percepisce come indicatrici di modelli da riprodurre nella propria vita personale.

Ivan Cavicchi

Se si allarga l'idea di benessere, si allarga anche l'idea di malessere: è un'idea che si espande e c'è poco da fare. Se prima il male coincideva con la patologia clinica, oggi il male è allargato, include anche problemi estetici, difetti, quelli che si chiamavano “scherzi di natura”. La conseguenza di un allargamento di benessere è un allargamento del concetto di malessere: su questo non ci sono discussioni. Ma questo è accaduto anche nella storia della medicina. Un tempo la salute era semplicemente assenza di malattia, poi vi abbiamo incluso la salute sessuale, la salute mentale, la salute ambientale e adesso vogliamo farci entrare anche l'estetica, che fa fatica ad affermarsi come un valore, nel

senso che contrastare il male dell'estetica non è un atto clinico, ma di un'altra natura: a questo dobbiamo abituarci. Mi ha colpito molto l'intervento del professor Di Giacomo, che ho apprezzato tantissimo, soprattutto quando ha citato Nietzsche, il filosofo che fa un discorso nuovo sul corpo. Ha perfettamente ragione, ma Nietzsche è anche il filosofo che fa il discorso sul *tutt'uno*, cioè colui che ridiscute la vecchia, tradizionale divisione cartesiana, tra la mente e il corpo. Una divisione che faceva comodo a Cartesio e che ha una grande importanza, ma che non risponde alla realtà. Per Nietzsche, il corpo non è solo un ammasso di cellule, ma diventa l'espressione di un *tutt'uno*, che si carica di significati molto diversi, nuovi. Lo trovo interessante e affascinante, perché noi ci sforziamo di interconnettere, creiamo interazioni per ricomporre le complessità. Il corpo è proprio l'espressione massima della complessità, anche le ricerche di Damasio vanno in questa direzione, del corpo intelligente, del corpo sensibile. Insomma, non è un caso che negli anni '90 sia nata la sociologia del corpo e non è un caso che sempre negli anni '90 siano nati i discorsi sui diritti del corpo, come se il corpo avesse dei diritti: la trovo una cosa di grande interesse.

A proposito della domanda che ha fatto il collega chirurgo, voglio dire una cosa, riprendendo un altro concetto del professor Di Giacomo. Escludiamo il simulacro, cioè escludiamo chi fa 36/37 interventi chirurgici per assomigliare alla Barbie: sono casi, a mio avviso, patologici. Il simulacro va escluso, perché vanno evitati quei problemi che appartengono all'estetismo, come l'elevato grado di conformismo nei confronti delle immagini, il che comporta ridurre l'interiore all'esteriore. Se escludiamo le patologie dell'apparenza, cioè dell'apparire in quanto tale, ritengo che davvero la relazione divenga determinante. Il cosa fare non si decide a priori, si decide in una relazione cercando di comprendere il mio “esigente” e cercando di comprendere cosa vuole. Insomma, quando affermavo la necessità di una preparazione, non pensavo alla classica preparazione psicologica, come se ce la potessimo cavare inserendo un po' di psicologia nella scuola di specializzazione di Persichetti o di Scuderi. No, perché nel modo più forte e proprio è nella relazione con il chirurgo estetico che l'opinione del malato ha un peso determinante, come c'è l'ha nella chirurgia tradizionale. Oggi l'atto medico non è più semplicemente dipendente dall'atto di validazione scientifica -che comunque resta importante- ma l'opinione del malato ha un peso sempre più grande. Noi dovremmo imparare; mi diceva il professor Scuderi che in America il colloquio tra medico e paziente viene addirittura filmato e registrato, nel senso che lì ci sono molti rischi di tipo professionale. Ho da poco discusso un protocollo, una procedura su un consenso informato che era di 63 pagine, assolutamente ingestibile. Non è la procedura a garantire la relazione, ma è la nostra sensibilità, la nostra abilità, la

nostra capacità dialogica, è l'intercettare nell'altro -come dire- i bisogni nei bisogni, è consigliarlo, è informarlo, è tutta una serie di cose per cui la decisione si prende nella relazione. Quindi: io cosa faccio? faccio quello che mi sembra ragionevole dentro una relazione, tenendo conto dell'opinione finale di questo utente.

Nicolò Scuderi

A mo' di conclusione, provo in due parole a sintetizzare quello che ho imparato e quelli che possono essere i punti per ripartire. Nel 2006 abbiamo organizzato a Roma il convegno "A volto scoperto. Estetica del volto e diritto alla salute" -forse alcuni di voi erano presenti- da cui poi è nata l'idea di questi incontri. Uno degli interventi che mi colpì fu quello di Paolo Braga, intitolato "Chirurgia estetica e bellezza nei mass media: uno sdoganamento schizofrenico". Forse stasera, grazie anche all'intervento di alcuni relatori, ho capito quello che allora avevo capito poco: cosa significhi questo "sdoganamento schizofrenico". Indubbiamente ci siamo spostati e ci spostiamo ogni giorno rapidamente nel nostro modo di fare medicina, ancor più rapidamente noi chirurghi plastici, che facciamo una medicina po' più schizofrenica di quella che fa il nostro collega medico. Per lui la divisione, la schizofrenia è tra salute e malattia; per noi, come ha detto Di Giacomo, la schizofrenia è più pesante, perché ci dibattiamo tra bellezza e orrore. Siamo di fronte a un "esigente" che esige la bellezza e noi alla fine, se siamo dei bravi medici, sappiamo che in fondo abbiamo a che fare con l'orrore, perché poi l'evoluzione è in quella direzione. Allo stesso modo, ci dibattiamo tra chi ci chiede la giovinezza e un'evoluzione che attraverso il tempo ci conduce alla morte. Mi ha fatto piacere che siano intervenuti i due colleghi plastici che hanno espresso delle opinioni contrapposte, ma in realtà entrambi preoccupate: hanno dato dimostrazione di una certa sensibilità generalizzata dei chirurghi plastici su questo argomento, sulle risposte da dare. E come sempre l'amico Ivan Cavicchi mi ha ricordato alcune cose di cui discutiamo spesso e di cui dobbiamo essere sempre più consapevoli: che dobbiamo insegnare a chi esercita il nostro mestiere a capire che il chirurgo plastico non è certamente il salvatore di questa società, non è colui che può promettere bellezza e eterna giovinezza. Si tratta di una convinzione che deve proprio essere nel DNA del chirurgo plastico. E' fondamentale allora l'impostazione del colloquio col paziente. Una cosa che faccio da qualche tempo è che ogni volta che qualcuno mi viene a chiedere un intervento di ringiovanimento io dico: "guardi, signora: chiariamo subito che noi la guerra l'abbiamo persa. Potremo vincere qualche piccola battaglia, ma lei deve aver chiaro che il processo di cui stiamo discutendo è un qualcosa di

ineluttabile. Io la aiuto a combattere, combattiamo insieme, restiamo tre giorni sul Piave poi magari ci ritiriamo, cercando di evitare una Caporetto, ma il discorso è che la guerra l'abbiamo persa. Possiamo decidere se vogliamo combattere per la gloria. Se riusciamo ad aver chiari questi concetti, diremo ai nostri specializzandi che non saremo certamente capaci di creare la bellezza, ma ci limitiamo a combattere l'orrore, quindi a ridurre per quanto è possibile quei pixel, ci cui parlava Gandola. Indubbiamente la società ci chiede la correzione del micro-pixel e noi a volte ci avventuriamo su questa strada. I risultati sono i mostri che vediamo spesso anche sulle copertine. Dobbiamo cercare di capire in quale momento fermarci, essendo anche consapevoli che la variazione di un pixel cambia l'immagine: quindi ogni nostro intervento deve essere bilanciato da una consapevolezza e una moderazione, da una prudenza.

Come si può arrivare a questo? La questione del consenso informato è oggi molto presente in medicina ed è divenuto quasi uno slogan. Il consenso informato, però, è nato nell'ambito della chirurgia plastica, in quanto i primi ad aver bisogno del consenso informato siamo stati noi, perché non interveniamo su una malattia, ma su un'immagine. Quindi occorre un accordo previo a quello che faremo. Ora, però, il consenso informato non basta più. Spesso è stato inteso come "io sono il medico, tu sei il paziente e io ti informo. Tu mi rispondi e stabiliamo un rapporto che è gerarchico, anche se pensiamo di averlo messo su una base paritetica". Ma il paziente può anche intenderlo come "io ti spiego come sento e tu devi arrivare a sentire come sento io". A mio avviso, questo discorso almeno in estetica andrebbe ribaltato: dovrebbe essere il paziente a dare a noi il consenso informato o perlomeno una "relazione informante". Noi ci informeremo e lo ricambieremo. Credo che questa relazione sia la soluzione da adottare per poter progredire e per evitare la conflittualità.

Credo molto in questo tipo di approccio su cui stiamo insistendo. So, ad esempio, che Ivan Cavicchi ha in corso un esperimento a livello ospedaliero in Toscana che va nella direzione di avere un malato che non sia più un paziente, ma un ospite, che venga trattato in maniera accogliente, cercando di abbattere la terribile conflittualità che ogni giorno cresce e poi alla fine lascia tutti insoddisfatti: il medico che si trincerava dietro la medicina difensiva e il paziente che alla fine viene trattato in maniera incompleta, insufficiente o parziale.

Per concludere, l'augurio è che da questi incontri nasca in noi una migliore comprensione di questi aspetti con cui noi alle volte ci confrontiamo in maniera un po' superficiale, ma che in realtà sono il cuore del nostro mestiere e diventano sempre più una delle esigenze della società. C'è un'evoluzione su cui è inutile discutere: ormai la chirurgia estetica si è diffusa ed è richiesta. Sta a noi decidere se realizzarla con rigore e professionalità.

Paolo Persichetti

Bene, credo che da tutti questi incontri, oltre ai concetti che sono stati ribaditi e alle riflessioni che tutti portiamo a casa con grande soddisfazione, riemerge una fondamentale acquisizione. Se da un lato abbiamo la necessità di un continuo perfezionamento delle nostre capacità tecniche -e in questa direzione molti dei giovani si stanno muovendo- dall'altro sentiamo il bisogno di tornare ad una medicina -qui più volte evocata come elemento determinan-

te del fare medicina oggi- che veda la persona nella sua interezza. Tutto questo non si impara solo da un libro o dal visitare questo o quel paziente, ma si impara lavorando su se stessi. A questo credo che i giovani medici debbano ritornare in maniera molto decisa. A lavorare su di sé, per soddisfare se stessi e coloro che si affidano alle loro cure. Per noi che ci dedichiamo a questa difficile arte, è in gioco non solo adoperarci per una migliore qualità di vita dei nostri pazienti, ma anche dare un contributo alla creazione di una cultura dell'uomo e non dell'immagine.

TAVOLA ROTONDA: "MEDICINA E SANITÀ: SNODI CRUCIALI" DI IVAN CAVICCHI
 PANEL DISCUSSION: "MEDICINE AND HEALTH: CRUCIAL CONNECTIONS" BY IVAN CAVICCHI

Un Dibattito a Partire dal Libro: *Medicina e Sanità. Snodi Cruciali* di Ivan Cavicchi

A Debate from the Book: Medicine and Health. Crucial Connections by Ivan Cavicchi

MADDALENA PENNACCHINI

Istituto di Filosofia dell'Agire Scientifico e Tecnologico (FAST), Università Campus Bio-Medico, Roma

Medicina e sanità un binomio che si incontra spesso unito alla parola crisi. Annose sono le denunce in merito alla nostra sanità presentate dagli ammalati, assistiti sempre meno e peggio, e dai medici, che lavorano male correndo non pochi rischi. Sicuramente i problemi della sanità sono una conseguenza dei problemi finanziari che caratterizzano la nostra epoca, ma imputare tutto alle difficoltà economiche è riduttivo, infatti molteplici sono le cause ed i fattori che hanno contribuito a definire l'attuale situazione, tra queste anche l'incapacità di ripensare e riorganizzare la sanità in modo veramente nuovo ed altro rispetto a vecchi schemi e modelli. Le continue riorganizzazioni di cui è stata fatta oggetto la sanità italiana negli ultimi anni non hanno fatto altro che riproporre lo stesso *modus operandi* dei servizi offerti e degli operatori coinvolti.

Altrettanto reiterate sono le denunce della crisi della medicina. D'altra parte la trasformazione sistemica che ha caratterizzato la medicina degli ultimi decenni non poteva che esitare in una crisi. Infatti, la medicina ha subito profonde trasformazioni conseguenti al suo divenire una attività sempre più legata ai progressi della scienza medica e coadiuvata da raffinati e potenti strumenti tecnologici, elementi che hanno determinato, per altro, una crescita dell'interdipendenza fra i diversi ruoli professionali e/o fra le differenti specializzazioni al suo interno, e che pertanto l'hanno ulteriormente trasformata. Inoltre, la crescita costante dei costi del processo curativo ha indotto a considerare sempre più gli aspetti economici inerenti la pratica medica. Al pari della sanità anche la medicina in crisi è stata ripensata all'interno dello stesso paradigma concettuale tant'è che sostanziali novità non se ne sono viste.

Eppure il termine crisi, che trova la sua origine proprio all'interno della medicina, in particolare, nella scuola di Ippocrate indicava la fase decisiva di una malattia, ed anche nella filosofia moderna e contemporanea il ter-

mine indica il momento in cui le nozioni di una disciplina o di una teoria sono sottoposte ad un giudizio che ne rimette in questione i fondamenti.

Negli ultimi decenni in merito alla crisi della sanità e della medicina si è molto detto ma, di fatto, non si sono rimessi in discussione quei fondamenti. I "ripensamenti" e le "riorganizzazioni" sono stati portati avanti all'interno di un vecchio modo di pensare e proprio per questo non hanno prodotto nulla di sostanzialmente nuovo.

A questo punto dobbiamo giustificare perché l'Istituto di Filosofia dell'Agire Scientifico e Tecnologico (FAST) dell'Università Campus Bio-Medico ha pensato di aprire un dibattito prendendo spunto da questo libro.

In primis perché l'autore, Ivan Cavicchi, come dimostrano le sue numerose pubblicazioni, è un profondo conoscitore della medicina e della sanità italiana. Colui che più di altri le ha analizzate e che in varie occasioni ha proposto, in ragione di questo, un pensiero originale e delle soluzioni innovative. Infatti, non c'è nulla di più pratico di un sistema di pensiero, della cosiddetta teoria. Solo da esso possono discendere delle novità pratiche.

In seconda istanza, per il libro stesso che raccoglie riflessioni, ragionamenti e proposte che sono stati sollecitati dai dibattiti pubblici promossi da enti e organismi diversi. In tutti l'autore cerca di offrire un "pensiero forte", un pensiero convincente, che porta a ripensare veramente la medicina e la sanità e che, quindi, consenta di dar vita ad una effettiva riorganizzazione.

I temi affrontati nel libro sono molti e, in apparenza, eterogenei tra di loro, spaziano dall'analisi delle criticità dell'attuale sistema sanitario, al consenso informato, dalle relazioni medico-malato all'ospedale come luogo di accoglienza, ecc. In realtà, la loro eterogeneità è, come si è detto, solo apparente, poiché essi propongono tematiche fondamentali presenti nella medicina e nella sanità contemporanea. Non è casuale l'espressione "snodi cruciali" posta da Cavicchi nel titolo poiché essa "mette insieme le

idee di snodo e di istanze cruciali (idea di Bacone, dalle croci che indicano gli snodi delle vie): vi sono tante tematiche che, come le strade, si incontrano creando degli snodi nei quali sono sempre presenti certe questioni dominanti, che in genere riguardano da una parte i caratteri della famosa post-modernità, dall'altra le restrizioni economiche. Ogni snodo determina sempre interconnessioni tra sanità e medicina, tra etica ed economia, scienza, politica. Uscire dal surplace significa partire da essi”.

In un dibattito, per ovvie ragioni, era impensabile affrontare tutti gli “snodi” presi in esame, per cui si è resa necessaria una selezione per consentire di discutere appieno le problematiche di ogni tema considerato. Pertanto si sono scelti più o meno arbitrariamente tre temi corrispondenti ad altrettanti capitoli - le donne e la medicina, l'atto medico e l'errore - e li si è affidati ad altrettanti discussanti, nello specifico alla Professoressa Maria Grazia De Marinis, Professore Associato di Scienze Infermieristiche Generali, Cliniche e Pediatriche (UCBM), al Prof. Michele Cicala, Professore Associato di Gastroenterologia (UCBM), e al Dr. Fabrizio Russo, Dottorando di Ricerca in Bioetica (UCBM).

Di seguito a queste pagine introduttive sono presentate le sintesi delle riflessioni di coloro che hanno preso parte al dibattito e le repliche dell'autore.

Abbiamo pensato di affrontare il tema delle donne in medicina a ragione della sua attualità, infatti, queste ultime sono state ammesse a frequentare il corso di studio in medicina solo nel secolo scorso e hanno progressivamente incrementato il numero delle loro iscrizioni alle facoltà mediche finché alla metà degli anni '90 del XX secolo hanno superato il numero di iscritti maschi al medesimo corso di studi.

Un trend che non può non destare attenzione e far emergere alcuni interrogativi considerando che la medicina è sempre stata una professione maschile.

La De Marinis, dopo aver evidenziato che tale fenomeno di femminilizzazione è, di fatto, governato dalle prove di ammissione alle università, concorda nell'analisi del fenomeno realizzata da Cavicchi, ossia che l'incremento del loro numero avrebbe dovuto determinare dei cambiamenti nei modelli di cura nonché un'accelerazione nel processo di innovazione dei modi di pensare ed agire la medicina, cosa che non sembra si stia verificando. Consapevole che per apportare il loro contributo le donne necessitano di spazi autonomi di pensiero e di azione che ancora non hanno, ella, tuttavia, enfatizza che un effettivo ripensamento della medicina non potrà venire esclusivamente dalle modalità cogitative delle donne, intese in opposizione alle modalità maschili fin ora predominanti, bensì dalla collaborazione delle due modalità e dei due stili di pensiero.

Quale secondo tema abbiamo voluto considerare l'atto

medico a ragione dei molti condizionamenti di carattere economico, politico ed aziendale che nella prassi lo stanno snaturando. Detto in altri termini in discussione c'è la libertà dei medici. Dal punto di vista filosofico la libertà, intesa in senso generale, è lo stato in cui un soggetto può agire senza costrizioni o impedimenti e possedendo la capacità di determinarsi secondo un'autonoma scelta dei fini e dei mezzi adatti a conseguirli. La definizione analitica di libertà, quindi, è l'autodeterminazione, la sua prima caratteristica è l'essere in grado di esercitare un potere. Da un punto di vista pratico, un soggetto è libero quando è in grado di autoconfigurare e autodirigere la propria condotta. Una persona autodetermina la propria azione quando è dotata della capacità di, del potere di decidere da sé. I condizionamenti di provenienza esterna rispetto alla professione medica stanno limitando proprio questa capacità dei clinici e al tempo stesso stanno mutando sostanzialmente l'agire medico. In contrasto, per altro, con quanto affermato dall'art. 4 del Codice di Deontologia Medica, ossia che l'esercizio della medicina è fondato “sulla libertà e sull'indipendenza della professione”. Si tratta di un principio universalmente riconosciuto, assoluto, non discrezionale e neppure stabilito da una convenzione arbitraria, ma richiesto dalla natura stessa della medicina. Il rischio peggiore insito nelle tendenze che caratterizzano la politica sanitaria attuale è che la decisione clinica, giusta o sbagliata che sia, non la prende il medico, ma un altro, il quale, per di più, è un soggetto anonimo o quanto meno impersonale, del tutto estraneo alla relazione medico-paziente. Tutti i condizionamenti di provenienza esterna rispetto all'arte medica ridimensionano e snaturano l'atto medico poiché esso al pari di ogni atto umano è tale quando l'agente vi esercita il suo dominio e la sua sovranità.

Cicala da clinico ri-conosce tutti i condizionamenti esterni alla pratica professionale presentati da Cavicchi ed evidenzia l'importanza di rivendicare nel presente e, in particolar modo nel prossimo futuro, la “proprietà” di questo atto al suo autore, ossia all'agente: il medico.

Infine è stato preso in considerazione la questione dell'errore. Un tema, negli ultimi anni, molto analizzato dal punto di vista del management ma sottovalutato dal punto di vista epistemologico. All'interno di una logica prevalentemente economica si è cominciato a considerare l'errore in modo riduttivo, ossia come uno sbaglio che può causare un danno, come un rischio da evitare necessariamente. Le assicurazioni, inoltre, alquanto preoccupate dall'aumento degli indennizzi da corrispondere a coloro che avevano subito un danno, hanno introdotto la gestione del rischio clinico e con esso una mentalità antifallibilista in sanità e in medicina. Una mentalità poco idonea però alla medicina intesa come scienza pratica, infatti, compiere delle scelte ed agire implica il commit-

tere degli errori. Ecco perché Cavicchi titola emblematicamente il capitolo preso in considerazione “L’errore di svalutare l’errore”.

È poco realistico, infatti, pensare che proponendo dei metodi, delle procedure o delle linee-guida che scelgono per il medico, si eviti che egli commetta errori, perché le metodologie stesse non sono esenti da errori. Le metodologie sono sempre fallibili giacché ci possono essere errori legati ai loro presupposti razionali che per quanto si propongano come verità indubitabili in realtà necessitano

sempre di essere sottoposti al vaglio di una critica seria “alle prove di verità”.

Evidenzia opportunamente Russo che è necessario non solo rompere l’approccio economicista diffusosi negli ultimi anni e sfiduciare quei comportamenti che pretendono di asservire le aziende sanitarie alle logiche appropriate ad altri tipi di aziende, ma anche di mettere a punto una pedagogia della decisione che punti a fare dei medici dei decisori stocastici imperfetti.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof.ssa Maddalena Pennacchini
FAST – Istituto di Filosofia dell’Agire Scientifico e Tecnologico
Università Campus Bio-Medico di Roma
Via Álvaro del Portillo, 21 - 00128 Roma, Italy
E-mail: m.pennacchini@unicampus.it

TAVOLA ROTONDA: "MEDICINA E SANITÀ: SNODI CRUCIALI" DI IVAN CAVICCHI
PANEL DISCUSSION: "MEDICINE AND HEALTH: CRUCIAL CONNECTIONS" BY IVAN CAVICCHI

Le Donne e la Medicina

Women and Medicine

MARIA GRAZIA DE MARINIS

Università Campus Bio-Medico di Roma

Premessa. Il crescente numero di donne che intraprende la professione medica sollecita riflessioni ed analisi sulle caratteristiche e sulle cause del fenomeno. Nel libro "Medicina e Sanità: snodi cruciali" Ivan Cavicchi dedica un capitolo al tema "Donne e Medicina" con l'intento di porre all'attenzione dei lettori un interessante quesito: la presenza delle donne in Medicina rappresenta un vero e proprio processo di femminilizzazione capace di apportare un concreto contributo culturale allo sviluppo di nuovi modelli di assistenza o è da considerarsi un fenomeno esclusivamente di crescita numerica?

Descrizione. Le conseguenze della presenza delle donne in Medicina non sono ancora ben evidenti. Molti elementi richiedono ancora profonde riflessioni per determinarne l'effettivo impatto, vedi ad esempio le attitudini e le potenzialità richieste per esercitare la Medicina e le conseguenti modalità di selezione per l'accesso agli studi universitari che oggi sembrano essere maggiormente congeniali al sesso femminile o le profonde contraddizioni del mondo del lavoro che non sembrano facilitare alle donne reali spazi di autonomia e concrete possibilità di conciliare il lavoro professionale con quello familiare.

Conclusioni. Perché le donne possano effettivamente intervenire nella determinazione di nuovi modi di pensare ed agire la Medicina, è necessario recuperare una forte idea di collaborazione ed integrazione per vivere ed agire le differenze di genere come sostegno ed aiuto reciproco.

Parole Indice Professione medica, donne

Background *The growing number of women who undertake the medical profession, urge us to reflect and analyze the features of this phenomenon. In the book "Medicine and health: crucial connections", by Ivan Cavicchi, the Author devotes a chapter to the issue "Women and medicine" aiming at drawing the readers' attention onto an interesting issue: does the presence of women in the medical profession represent a true feminine process which can bring a concrete cultural contribution to the development of new models of care or is it a mere phenomenon of numerical growth?*

Description *The consequences of women working in the medical profession are not yet noticeable. Many features require deep reflection to determine their real impact on it. As an example, let us consider skills, potential inner qualities required to practise medicine and the consequent method of selection used to grant admission to university studies. Nowadays these seem to be particularly suitable to women while, on the other hand, deep contradictions in the working environment do not seem to aid them in finding real self-determination and concrete possibilities of reconciling professional with family work.*

Conclusions *In order to let women get involved in determining new ways of thinking and acting in the medical profession, it is necessary to rediscover a strong idea of cooperation and integration so as to live considering gender differences as mutual support and help and accordingly acting.*

Index Terms *Medical profession, women*

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof.ssa Maria Grazia De Marinis
Università Campus Bio-Medico di Roma
Via Álvaro del Portillo, 21 - 00128 Roma, Italy
E-mail: m.demarinis@unicampus.it

Premessa

Dal 1847 ad oggi, la storia di Elisabeth Blackwell, prima donna medico negli Stati Uniti, è divenuta storia di molte altre donne: dalla seconda metà del Novecento, infatti, la Medicina sembra costituire un interesse professionale molto congeniale al mondo femminile. La presenza qualitativa e numerica delle donne medico è un fenomeno in crescita che riguarda un più generale processo di cambiamento sociale e culturale sulla parità di genere¹. Infatti, come dimostra la situazione di molti Paesi occidentali, l'alta incidenza femminile nella professione medica coincide, in genere, con una più limitata disuguaglianza tra i due sessi e dunque con maggiori opportunità di istruzione e di emancipazione professionale delle donne. In Italia, anche se il fenomeno non è ancora così evidente, si stima che nel 2024, 183.000 medici andranno in pensione e saranno sostituiti da professionisti prevalentemente di sesso femminile². La crescente presenza di donne nel mondo medico, sollecita molteplici interrogativi sulle caratteristiche del fenomeno e sulle sue conseguenze, contribuendo ad approfondire il tema delle influenze di genere nel mondo lavorativo con interessanti analisi che potrebbero coinvolgere anche altre professioni che, contemporaneamente a quella medica, subiscono modificazioni uguali e contrarie. Mi riferisco ad esempio alla professione infermieristica che, dagli anni 70, è coinvolta in un evidente processo di "mascolinizzazione" la cui influenza sui modelli teorici ed operativi dell'assistenza è ancora poco analizzata e studiata. Si tratta di rispondere ad alcuni quesiti sugli influssi di genere nelle diverse professioni: perché cresce il numero di donne/uomini in professioni storicamente al maschile/femminile; la presenza di donne/uomini ha determinato e/o potrebbe davvero determinare cambiamenti significativi nei modelli concettuali di riferimento? Qual è il contributo specifico delle capacità femminili/maschili e qual è l'utilità per l'assistenza in generale di una maggiore presenza di donne/uomini; quale è il carattere complementare delle qualità specifiche che i due sessi mettono in gioco nell'arte e nella scienza della cura?

Le risposte a tali quesiti richiedono approcci interpretativi molteplici e complessi, spesso di carattere empirico, a volte puramente teorici, a volte desumibili dalla concretezza della realtà; tuttavia è sempre necessario avvicinare questi argomenti con molta cautela per il rischio di un frequente ricorso a concetti tradizionali e pre-concetti ricorrenti sul ruolo e sulle virtù dei due sessi, soprattutto di quello femminile.

In questa prospettiva, nel capitolo "Donne e Medicina", Ivan Cavicchi si chiede se la presenza delle donne in Medicina è da considerarsi un fenomeno esclusivamen-

te numerico o rappresenta un vero e proprio processo di femminilizzazione in cui, oltre al valore aggiunto *gender-specific* rappresentato da sensibilità ed intelligenza, si rileva anche un concreto contributo culturale allo sviluppo di nuovi modelli di assistenza. In sintesi: la presenza delle donne in Medicina, può rappresentare uno "*snodo cruciale*" per le difficoltà di rinnovamento e di ripensamento della Medicina stessa di fronte alle sfide della post-modernità?

Descrizione

Le donne hanno da sempre svolto un importante ruolo nel procurare sollievo e benessere all'interno dei gruppi di appartenenza. Nell'antichità, la loro esclusione dalle Scuole ha però reso la Medicina una professione tutta maschile. Solo agli inizi del '900 le donne furono ammesse nelle Università e nella professione medica³. D'allora, la maggiore partecipazione delle donne al sistema formativo in generale ed in particolare la loro presenza nel segmento formativo universitario, ha consentito loro di raggiungere una presenza numerosa e qualificata nelle professioni, nelle imprese, nel mondo della politica, della cultura e della scienza.

Anche se in Italia la presenza delle donne in Medicina ha rappresentato un fenomeno numericamente meno evidente che in altri paesi europei, nell'anno accademico 1995-96 esse hanno sorpassato gli uomini per quanto concerne le iscrizioni al corso di laurea⁴. Le ragioni di tale situazione potrebbero essere lette alla luce delle tradizionali motivazioni dettate dalla particolare indole dell'animo femminile che muove le donne alla scelta frequente delle cosiddette "*professioni d'aiuto*" e di lavori con caratteristiche organizzative talora facilitanti e "*resistenti alla precarietà*". Tuttavia agli occhi di osservatori attenti alle realtà universitarie salta evidente anche un altro dato non del tutto privo di interesse "*... le domande di iscrizione alla Facoltà di Medicina dei maschi e delle femmine in entrata e in uscita non sono tutto sommato così squilibrate, ma lo diventano dopo la prova di ammissione percepita ed agita diversamente da maschi e femmine*". Come dire: il fenomeno della femminilizzazione è di fatto governato dalle particolari modalità selettiva adottate dalle università. Se ciò fosse vero, il sistema valutativo delle Università acquisterebbe un importante peso nei cambiamenti di genere all'interno delle professioni e sarebbe legittima la seguente domanda: gli studenti che accedono ai corsi universitari sono quelli che hanno maggiori potenzialità ed attitudini per le rispettive professioni o risultano essere solo più adatti ad affrontare la prova dei quiz? E dal momento che

le donne ottengono risultati migliori nelle prove di selezione, questo vuol dire che posseggono solo un nozionismo generico e una migliore cultura scolastica, o anche attitudini e predisposizioni specifiche? Il test a scelta multipla è lo strumento di valutazione più utilizzato in ambito universitario per regolare l'accesso degli studenti alle diverse Facoltà e corsi di Laurea perché offre indubbi vantaggi di oggettività, rapidità di valutazione ed efficienza. Se le prove di accesso agli studi universitari rispondessero anche al criterio di efficacia, e cioè fossero davvero in grado di valorizzare la capacità ed il merito degli aspiranti studenti, si potrebbe dire che le donne dimostrano non solo maggiori conoscenze, ma anche reali potenzialità e attitudini ad una professione come quella medica. Ma la questione dell'affidabilità dei test è ancora una questione aperta che lascia spazio a legittimi dubbi sulle capacità dei quiz di discriminare le vere e proprie capacità professionali. E' anche difficile dire quali attitudini e potenzialità vengono richieste per esercitare una Medicina che oggi necessita di profondi cambiamenti culturali ed organizzativi che possano far superare quei modelli tradizionali non più adatti a rispondere ad una nuova domanda *umanitaria di cura*.

*Le donne possono aumentare di numero ma, per essere un fenomeno, la crescita dovrebbe influenzare il contesto di riferimento. Ci si chiede dunque se la presenza numerica delle donne in Medicina possa contribuire alla elaborazione di un nuovo e necessario modello di cura. Le donne, per mezzo della cultura di cui sono portatrici, fatta di attitudini più *patient centred*, possono effettivamente imprimere un'accelerazione al processo di ripensamento della Medicina? Al momento non ci sono evidenze significative che possano orientare una risposta certa a tale quesito. Così come non è evidente se i discorsi sull'umanizzazione comincino a farsi più frequenti proprio per la maggiore presenza delle donne nel contesto assistenziale o se. ... *la medicina nonostante tante donne è quella di sempre*.*

Ma il tema di genere in Medicina, si estende anche a tematiche più ampie che riguardano la salute delle donne che sono destinatarie di cure ed assistenza. Complessi fattori sociali, culturali ed economici espongono la salute delle donne a rischi elevatissimi ed è pertanto auspicabile che la femminilizzazione della medicina incida anche e soprattutto sulla diffusione di una cultura della salute che miri a ridurre le pesanti sofferenze derivanti da discriminazioni e violenze che affliggono ancora oggi il mondo femminile. Donne che sanno e possono occuparsi di donne. Donne capaci di accelerare lo sviluppo di una cultura della salute di genere e di muovere interessi ed attenzioni intorno alle principali patologie che colpiscono l'universo femminile⁵. E' anche questo un riflettore da tenere acceso intorno al

processo di femminilizzazione della Medicina che forse è ancora troppo giovane per consentire di trarre sintesi conclusive.

E' anche vero che il mondo del lavoro, con le sue profonde contraddizioni, pone le donne in situazioni non facili per esprimere le loro attitudini e capacità. Come in tutti i contesti, se da una parte la presenza numerosa di donne nella Medicina è un dato acquisito, dall'altra sussistono ancora pesanti discriminazioni e difficoltà sul piano retributivo, occupazionale e di progressione di carriera. Le donne sono presenti oramai in quasi tutti gli ambiti lavorativi, ma continuano a vivere pesanti problemi di conciliazione tra ruoli familiari e professionali, soprattutto in quei contesti che richiedono un impegno totalizzante e poco spazio per la gestione della vita familiare⁶. Ancora oggi sono poche le donne che occupano posti di vertice e ruoli direttivi o decisionali. Spesso è più facile omologarsi alla cultura maschile piuttosto che sviluppare una prassi culturale, lavorativa e professionale *che sappia sottolineare il femminile come differenza e riempire di valori e di significato una parità apparentemente raggiunta*.

Non è chiaro se un cambiamento culturale profondo e radicale della Medicina richieda realmente il contributo specifico dell'appartenenza di genere. Tuttavia per poter contribuire, le donne non possono prescindere da spazi autonomi di pensiero ed azione. Senza questi spazi e da posizioni lavorative deboli e marginali, si annienta la possibilità per chiunque di portare un contributo culturale fatto di nuove idee e di nuove modalità interpretative da porre al centro del dibattito sulla Medicina.

Conclusioni

Benché alle donne siano necessari maggiori spazi di autonomia e condivisione, non sappiamo se è proprio nella differenza di genere che la Medicina possa realmente individuare un suo valore ri-fondante. Come afferma Cavicchi, la Medicina è di *genere neutro*; ad essa appartiene una conoscenza comune ad uomini e donne che ha bisogno di ripensare il rapporto femminile-maschile non in un'ottica di contrapposizione, ma in un'ottica di uguaglianza, di complementarità e di completa reciprocità dove alle donne, come agli uomini, è dato di esprimere liberamente le proprie attitudini, le proprie potenzialità e di condurre in egual misura esperienze lavorative significative. Forse è solo nell'integrazione che la Medicina può trovare il modo di dar spazio alle differenze di specie ed utilizzare, anche per fini rifondanti, quelle attitudini empatiche, quella predisposizione all'ascolto, quell'attenzione per la relazione che sono tipiche del mondo femminile e che oggi il malato

sembra chiedere con estrema urgenza a chi si occupa della sua salute. Le differenze che caratterizzano il genere, se vissute con assoluta parità e dignità, non consentiranno certo alle donne da sole di rifondare l'apparato concettuale della Medicina, *tanto meno di declinare al femminile la medicina operando una sorta di contro declino della sua presunta natura maschile*. Donne e uomini dovranno intervenire nella determinazione di nuovi modi di pensare e di agire la Medicina con un'idea di collaborazione tra differenze, vissute ed agite, come sostegno e aiuto reciproco, nella consapevolezza che ognuno ha bisogno delle peculiarità dell'altro.

(Endnotes)

1. [62.101.84.82/gs/Portale/dati.nsf/.../\\$FILE/Donne_professioni](http://62.101.84.82/gs/Portale/dati.nsf/.../$FILE/Donne_professioni).
2. Panorama Sanità, 16-22 novembre 2010.
3. Vicarelli G. Donne di Medicina. Il Mulino, 2008
4. Vicarelli G. Donne di Medicina. Il Mulino, 2008
5. Healy B. *New England Journal of Medicine*
6. Vicarelli G. Donne di Medicina. Il Mulino, 2008

TAVOLA ROTONDA: "MEDICINA E SANITÀ: SNODI CRUCIALI" DI IVAN CAVICCHI
PANEL DISCUSSION: "MEDICINE AND HEALTH: CRUCIAL CONNECTIONS" BY IVAN CAVICCHI

L'Atto Medico

Medical Procedure

MICHELE CICALA

Università Campus Bio-Medico di Roma

Premessa Le crescenti restrizioni finanziarie e l'aziendalizzazione nel settore sanitario, il progressivo incremento del contenzioso giudiziario e altri cambiamenti socio-culturali determinano nuove difficoltà dell'agire medico.

Nell'ambito dell'ultimo libro di Ivan Cavicchi, il capitolo intitolato "L'atto medico" analizza i cambiamenti socio-economici e culturali che condizionano la professione medica, cambiandone il carattere e minacciando di cambiarne l'essenza. La serie crescente di ostacoli, di limiti, di rischi rende sempre più la professione medica una professione indifesa, è sempre più concreto il pericolo di sostituire la coscienza e l'etica che nascono dal legame tra medico e malato con le responsabilità - morale, giuridica, economica - sentite come "imputabilità". Lungi dal manifestare solo un mero rimpianto per l'antico e incondizionato prestigio della medicina, nel capitolo sull'atto medico, l'Autore propone, con la già nota autorevolezza e sensibilità in questo campo, di uscire dall'atteggiamento difensivo ridefinendo o definendo, se si vuole, l'essenza della professione medica.

Conclusioni L'analisi proposta nel libro è allo stesso tempo lucida e accorata. Dall'analisi delle nuove difficoltà scaturiscono appelli di riscatto intellettuale e messaggi positivi, importanti nell'attualità e nel prossimo futuro del sistema socio-sanitario.

Parole Indice Professione medica

Background *The growing economical restrictions, the transformation of healthcare institutions into companies, the increasing number of litigations as well as numerous social and cultural changes have caused new difficulties in medical procedures. The chapter "Medical procedure" in the latest book by Ivan Cavicchi analyzes the social, economical and cultural changes which condition the medical profession by changing its character and threatening to alter its essence. The growing number of problems, limits and risks are changing the profession into a unprotected one. The always more real danger is of replacing conscience and ethics, which are linked to the doctor-patient relationship, with moral, juridical or economical responsibility, felt as a diminished liability. In this chapter, far from wishing to show regret for the past and unreserved prestige of the medical profession, the Author, with his well known authority and awareness in this field, proposes of putting a stop to this attitude by re-defining the essence of the medical profession. Conclusions* *The analysis proposed in the book is a clear and earnest one. From the description of these new difficulties there originate a call for intellectual redemption and some positive messages both useful in the present situation as well as in the future of the healthcare system.*

Index Terms *Medical profession*

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof. Michele Cicala
Università Campus Bio-Medico di Roma
Via Álvaro del Portillo, 21 - 00128 Roma
E-mail: m.cicala@unicampus.it

Nell'ambito dell'interessante libro di Ivan Cavicchi, il capitolo intitolato "L'atto medico" è, a mio avviso, particolarmente ricco di elementi "cruciali", letti dalla parte del medico, con, in più, importanti risvolti sociali.

L'Autore affronta, con la già nota autorevolezza e sensibilità in questo campo, le problematiche della professione medica, questa volta non più sotto il profilo della comunicazione e relazione medico-paziente, ma con una saggia analisi degli elementi sociali, economici e aziendali che in parte determinano le nuove difficoltà dell'agire medico e, con le sue parole, la "questione medica". Quali sono i cambiamenti e le difficoltà? La professione medica è passata, irrimediabilmente, da una fase in cui la responsabilità del dottore si identificava essenzialmente con la coscienza, intesa come insieme di preparazione e di morale personale, ad una nuova situazione in cui il medico è impegnato a dover rispondere alla società in termini di apparati giudiziari, di assicurazioni, di budget, di programmazione, di esigenze economiche, queste ultime dettate dalle crescenti restrizioni finanziarie. I nuovi condizionamenti sono, in realtà, con parole del Professor Cavicchi, "valori esterni alla professione" che, tuttavia, ne cambiano il carattere e minacciano di cambiarne l'essenza, per il pericolo di sostituire la coscienza e l'etica che nascono dal legame tra medico e malato con le responsabilità, sentite come "imputabilità", del medico: parliamo di responsabilità morale, giuridica, economica. La serie crescente di ostacoli, di paletti, di limiti, di rischi rende sempre più la professione medica una professione in difesa. L'atto medico, così come inteso fino a pochi anni orsono, è quantomeno ridimensionato: "oggi il medico naturalmente continua ad avere una sua coscienza. ma è come se agli occhi dei cittadini insoddisfatti e dei gestori fosse diventata inservibile, senza autorità, senza alcun valore pratico. Oggi Hegel definirebbe la coscienza del medico una coscienza infelice; ben altri generi di coscienza hanno preso il suo posto, soprattutto quelli dei diritti dei cittadini, dei direttori generali, delle aziende, dei bilanci. (...) Il medico oggi si difende come se difendesse il suo secolare diritto ad avere una coscienza".

Lungi dal manifestare solo un mero rimpianto per l'antico e incondizionato prestigio della professione medica, nel capitolo sull'atto medico, l'Autore propone di uscire dall'atteggiamento difensivo ridefinendo o definendo, se

si vuole, l'essenza della professione medica. La recente definizione europea di atto medico, siglata a Budapest nel 2006, stabilisce che "L'atto medico comprende tutte le azioni professionali [...] didattiche, formative, educative, cliniche, medico-tecniche compiute al fine di promuovere la salute e il buon funzionamento, prevenire le malattie, fornire assistenza diagnostica e terapeutica e riabilitativa a pazienti, gruppi o comunità". La definizione, a parere dell'Autore, indica le attività comprese nell'atto ma non la sua essenza: al di là delle mansioni e dei compiti che caratterizzano la professione, è cruciale chiarire che il grado di intellettualità, il pensiero e la volontà che guidano i compiti, spettano al medico. "Per me l'atto medico coincide, alla base, con il giudizio medico, vale a dire con la facoltà esclusiva del medico di pensare il necessario per il malato, quindi con l'autore, cioè il soggetto intellettuale. Questo giudizio esclusivo deve essere alla base dell'intera attività medica e quindi del profilo di autore che ne conseguirà".

L'esortazione ad uscire dall'atteggiamento difensivo e a ristabilire con chiarezza, nonostante i numerosi condizionamenti, il ruolo fondamentale del giudizio medico nella gestione dei malati può contribuire ad evitare confusioni di competenza e responsabilità nei confronti del management e delle altre professioni sanitarie.

L'analisi proposta nel libro è allo stesso tempo lucida e accorata.

Ogni medico, e, soprattutto, i medici che svolgono la propria attività in strutture sanitarie si sentiranno in queste pagine compresi e rappresentati dalla descrizione delle difficoltà, a volte del disagio, di essere giudicati, nelle periodiche riunioni di *budget*, in base all'aderenza alle strategie aziendali, a volte necessariamente mutevoli, più che per le capacità professionali e l'impegno umano. Si riconosceranno, inoltre, nel disagio di fronte alla tentazione di attenersi rigorosamente, senza ulteriori approfondimenti del caso particolare, alle linee-guida, abdicando alla più impegnativa responsabilità etica in nome di una strategia di sopravvivenza dai rischi della responsabilità giuridica e/o dell'attacco da parte dei *mass media*. Dall'analisi di queste difficoltà scaturiscono appelli di riscatto intellettuali e messaggi positivi.

Queste problematiche e questi messaggi sono importanti nell'attualità e lo saranno per il futuro che ci aspetta.

TAVOLA ROTONDA: "MEDICINA E SANITÀ: SNODI CRUCIALI" DI IVAN CAVICCHI
PANEL DISCUSSION: "MEDICINE AND HEALTH: CRUCIAL CONNECTIONS" BY IVAN CAVICCHI

Risk Management: Minaccia o Opportunità?

Risk Management: a Threat or an Opportunity?

FABRIZIO RUSSO

Istituto di Filosofia dell'Agire Scientifico e Tecnologico (FAST), Università Campus Bio-Medico, Roma

Premessa *Il Risk Management è un concetto molto diffuso in letteratura . Esso si propone di cancellare le responsabilità medica proponendo delle procedure che controllano l'atto medico, proteggendo più gli interessi delle assicurazioni che non quelli del medico o del paziente. Cavicchi presenta il valore educativo dell'errore medico enfatizzando un'educazione alla decisione ove il medico è completamente autonomo e responsabile e quindi le procedure vengono messe da parte.*

Background *Risk Management is a well known concept in scientific literature. Its aim is to cancel medical responsibility, by proposing instead a procedural method for controlling the medical act, protecting more insurers' interests rather than doctors' or patients'. Cavicchi presents the formative value of errors, proposing to emphasize a pedagogy of decision, where the doctors have a complete autonomy and responsibility and hence putting aside the procedure.*

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Dr. Fabrizio Russo
FAST - Università Campus Bio-Medico di Roma
Via Álvaro del Portillo, 21 - 00128 Roma
E-mail: f.russo@unicampus.it

In un periodo in cui l'attenzione dei *policy makers* è interamente focalizzata sul tema della gestione economica della sanità, chi cerca di proporre alternative alle logiche di intervento tipiche dei settori manifatturieri e finanziari è considerato come ancorato ad una visione poetica e poco concreta della realtà. E' questo infatti il parere di molti funzionari che oggi operano nei principali enti committenti dei nostri provider sanitari, gli assessorati alla sanità, appunto. Assorbiti dall'esigenza di ottemperare ai vincoli centrali, imposti dai piani di rientro, questi propongono strategie idonee a scongiurare ulteriori appesantimenti per le già disastrose casse regionali: già qualche utente comincia ad osservare che il nostro è un sistema universale soltanto sulla carta; che sempre più i LEA, i Livelli Essenziali di Assistenza, si vanno riducendo, a scapito di ampie aree di patologie e disabilità. Tale premessa appare necessaria per poter inquadrare il contesto nel quale il *Risk Management* (RM) si trova ad essere proposto, (o forse sarebbe meglio dire imposto); un contesto diventato estremamente sensibile al sostenimento dei costi, ma in una logica, a mio parere, deformata: un corretto approccio aziendalista, infatti, dovrebbe guardare all'efficienza come ad una dimensione strumentale al bene del paziente; invece oggi in sanità, nell'assumere decisioni di rilevanza economica, si introducono giudizi di valore circa la produttività del paziente, l'aspettativa di vita, il contributo e il ruolo nella società, che tradiscono l'infiltrazione più o meno esplicita di un certo utilitarismo di benthamiana memoria, proprio là dove si prendono decisioni sul bene dell'uomo che soffre. Pertanto, in un sistema caratterizzato da risorse scarse, i *policy makers* si sono orientati a garantire un livello elevato di prestazioni per il maggior numero possibile di pazienti, introducendo però sistemi di valutazione della produttività della spesa che guardano alla qualità di vita e alla funzione sociale del paziente, elementi che non dovrebbero disturbare una corretta relazione medico-paziente.

In tale situazione, i medici finiscono per diventare vittime del sistema, costretti a "purificarsi dalla loro colpa ancestrale" dell'essere fallibili, attraverso la partecipazione a tavole rotonde, corsi di formazione o convegni; se non anche complici, nel momento in cui, rendendosi conto delle deformazioni che subdolamente si stanno introducendo, non reagiscono.

L'introduzione di un approccio fondato sul RM, non è che l'ultima fase di un processo cominciato all'indomani dell'aziendalizzazione della sanità, teso a trasformare uno dei settori più attenti ai bisogni dell'uomo in settore produttivo, la cui redditività viene ad essere misurata con le stesse metriche con cui si misurano le performance di un'azienda manifatturiera, creditizia, assicurativa, ecc. Anzi, una volta realizzata tale assimilazione, il passaggio di tali metriche, il travaso delle metodologie economico-

aziendali al settore sanitario, è stato immediato e consequenziale. Abbiamo così assistito alla sostituzione della contabilità finanziaria con quella economico-patrimoniale, all'implementazione di sistemi di controllo di gestione e di contabilità analitica sempre più precisi e sofisticati, fino a giungere alla contabilità per prodotto-paziente, una vera manna per i consulenti di direzione.

Cambiamento reale o apparente?

Riforme sanitarie, sistemi di finanziamento a prestazione, aziendalizzazione, introduzione dei DRG e forte riduzione delle degenze, parcellizzazione dello sguardo clinico a seguito delle numerose specializzazioni e tanti altri fattori stanno cambiando il settore sanitario, specie negli ultimi 15 anni. Il medico, in simbiosi con la macchina, assume sempre più competenze tecniche; gli indubbi successi della medicina prolungano la vita media, anche se parallelamente si diffonde il problema delle malattie degenerative, di quelle croniche e delle patologie connesse ad una popolazione più anziana, che modificano le istanze della società nei confronti del sistema sanitario; si ampliano i confini della medicina, che includono ormai problemi sociali come l'abuso di sostanze tossiche e lo stress, in passato non contemplati, si ampliano le possibilità di scelta e controllo da parte delle persone, per esempio con la chirurgia estetica o l'ingegneria genetica; cambiano le aspirazioni: da semplice conforto, a strumento per alleviare il dolore, fino a mezzo per migliorare in modo illimitato la condizione umana. Il nucleo fondamentale, tuttavia, rimane immutato: la morte e le infermità, per quanti progressi si possano fare, non potranno mai essere debellate; si può salvare la vita a molte persone, ma non si riesce ad assicurare una vita sana al riparo dalle malattie; si potranno anche sostituire un giorno organi malati con organi artificiali, ma malattia e morte rimarranno.

Allo stesso modo, si potranno introdurre sistemi sofisticatissimi per evitare l'errore, ma ciò non eliminerà il rischio che sempre esiste nel momento dell'assunzione di una decisione terapeutica. In questo contesto, ci pare che Cavicchi dia forza a questa tesi: l'utopia del RM sta nel volere rimuovere l'errore come componente connaturale dell'atto medico, trasferendo l'imputabilità del danno, provocato da un comportamento ortodosso (cioè osservante della procedura) dell'autore della prestazione clinica all'organizzazione, mentre basterebbe de-colpevolizzare chi opera in condizioni di fallibilità, piuttosto che recidere la relazione tra la professione medica ed i suoi errori.

Ciò che rende utopistico il RM è che esso ricerca la causa dell'errore, perché pensa che una volta eliminata, l'errore scomparirà; ciò che rende insufficiente il suo approccio è il fatto che esso sposi una logica semplicistica in quanto

lineare, basato sull'assunto che l'errore sia causato sempre da una sola causa. Tale logica, tipica di un approccio deterministico, risulta evidentemente insufficiente ad interpretare fenomeni complessi come l'errore clinico, in cui entrano in gioco diversi fattori. L'approccio del RM è finalizzato "a rimuovere gli effetti collaterali", non è interessato a cambiare il sistema: "Migliorare il possibile, ma senza cambiare niente". Appare naturale intuire che il RM ha una base difensivistica: la sua struttura, il suo impianto è costruito nell'interesse degli enti committenti pubblici e privati che si premuniscono nei confronti del paziente esigente, tutto orientato a prevedere rischi e a correggere errori e poi indifferente ai bisogni reali degli utenti e sfrutta il clamore suscitato nell'opinione pubblica da alcuni incidenti ed eventi avversi, per imporre un sistema che di fatto ottiene il pieno controllo dell'atto medico. Con ciò non si vuole giustificare il verificarsi di errori che grazie ad una organizzazione più attenta, potrebbero essere evitati, ma non si può rimanere indifferenti alla riflessione di Foucault, quando afferma che, attraverso il rischio, si introduce uno strumento di controllo sociale. Considerando l'evento avverso come un problema di qualità e correlando la qualità alla sicurezza, enti come *Joint Commission On Accreditation of Healthcare Organizations* hanno costruito le loro fortune: l'accreditamento, le procedure, gli standard, infatti sono stati presentati come strumenti indispensabili al controllo dei rischi ed a evitare trattamenti dannosi. Tuttavia Cavicchi osserva che è discutibile affermare che "il trattamento dannoso sia automaticamente inefficace, inappropriato, ossia la negazione della qualità", perché, ancorché dannoso, potrebbe essere pertinente al caso.

Quale evoluzione per i sistemi sanitari

Certamente, dinanzi ad un modello di medicina che si propone di essere infallibile, che non si pone limiti nel migliorare le condizioni di salute della persona, e che in ciò intende evidentemente conformarsi al sistema di aspettative proveniente dalla società, la proposta tecnologica trova campo fertile, nella sua implicita promessa (che potrà mantenere?) di concorrere a realizzare il superuomo, capace di superare malattie e disabilità, nel disperato e reiterato tentativo di migliorare la razza umana. Ma tale infallibilità è veramente un valore da perseguire? Cavicchi ci dice che la pretesa di estirpare l'errore dalla medicina e di rendere il medico infallibile porta ad un paradosso: "[...] La medicina senza errori sarebbe peggiore di una medicina con gli errori". Una medicina per non sbagliare, come vorrebbe il RM, deve essere necessariamente omissiva e ciò è eticamente riprovevole. Da tale considerazione consegue una giusta resistenza a questo tipo di cambiamento, in quanto il RM

non apporterebbe benefici reali per il paziente e/o per il medico, ma soltanto per il committente. Insomma, o si pongono ora le basi per una medicina che sia realmente agganciata ai bisogni reali dei bacini epidemiologici di riferimento e sia in grado di dare risposte appropriate ed efficaci o ci si avvierà inesorabilmente verso una medicina che per non sbagliare tratterà solo quei casi che hanno una certa e positiva soluzione, determinando dunque una forte restrizione del campo di intervento e un conseguente peggioramento del livello di benessere sociale oggi imputabile all'intervento medico. Si agirà così secondo un approccio di RM di impostazione manifatturiera. In un certo senso, il ragionamento di Cavicchi spinge a pensare che sia necessario rifondare il RM in medicina, modificando gli assunti di base a partire dalle peculiarità di questo settore: d'altronde, la stessa logica di mercato insegna a fare preliminarmente un'indagine sulle esigenze del settore di riferimento per una produzione più adeguata alle esigenze del bacino su cui si vuole intervenire. Cavicchi afferma che tener conto delle peculiarità del settore sanitario significa, per esempio, tenere presente che in sanità le prestazioni sono erogate da uno a uno o da pochi a uno: quindi, in sanità la sicurezza dell'intero processo dipende dal modo in cui le persone lavorano. Tuttavia, osserva Cavicchi, se il RM punta l'attenzione esclusivamente sulla dimensione gestionale, finisce per "ridurre le persone a organizzazione, a controllo.... trascurando del tutto la problematica dell'errore umano". Tale sottovalutazione del comportamento umano rende "le organizzazioni certamente più gestibili", perché riduce l'atto sanitario ad un insieme di procedure, ma in un certo senso, finisce per ridurre e banalizzare il sistema di funzionamento di un'organizzazione che invece dipende fortemente dal fattore umano, "dallo sforzo personale per la ricerca del proprio perfezionamento attraverso il lavoro professionale ben fatto, che mette il paziente al centro del suo agire" (Tambone) e dalla complessità delle relazioni tra le persone e la realtà.

Se dunque si vuole davvero realizzare una sanità più attenta ai fabbisogni dei pazienti e più legata alla realtà, occorrerebbe puntare più decisamente su un'etica del lavoro ben fatto.

Quale futuro per la medicina

E' necessario riposizionare il ruolo dell'errore in medicina: l'errore è un ingrediente essenziale del ragionamento clinico, come in una "minestra maritata" (Antomarini). Occorre pertanto insegnare a pensare con l'errore: il bravo clinico deve imparare a congetturare; l'errore è un modo per aderire il più possibile alle cose. Comprendere un malato a volte è più un indovinare che un conoscere;

a volte, quando il caso clinico si presenta poco chiaro, si fanno molte analisi, i medici sono incerti e vogliono comprendere meglio, piuttosto che abbandonarsi ad un'idea guida; le decisioni sbagliate possono in qualche modo anche risultare utili al momento di decidere, in quanto la determinazione della probabilità reale dipende dalla relazione tra convinzione soggettiva e "oggettivo successo che chiamiamo frequenza"; la conoscenza delle cause e delle determinanti delle malattie non comporta necessariamente che esse si adeguino perfettamente alle condizioni dei singoli malati, ma esiste sempre il rischio di qualche interferenza. "Insomma, la verità non è il contrario dell'errore. Cogliere nel segno è solo un degradare dalla periferia del bersaglio verso il centro". Imparare dall'errore significa imparare a rivalutare la fallibilità in modo positivo, come nuovo punto di partenza verso il successo clinico. Tuttavia, dato che la decisione contiene l'errore e lo precede, si tratta anche di educare alla decisione. In accordo con Cavicchi ci si chiede se non si tratti di enfatizzare una pedagogia della decisione che punti a fare dei medici decisori stocastici imperfetti, piuttosto che sostenere una pedagogia dell'errore che vuole invece costruire dei perfetti *problem solvers* "finti". Nel RM il metodo decide e dispone come si deve svolgere la professione medica; in una visione pedagogica della decisione, il medico decide anche con l'ausilio del metodo, dal quale però, ed è questa la differenza sostanziale, può discostarsi, scegliendo in qualche caso e sulla base dell'esperienza dell'errore, di non avvalersene. Si potrebbe dire che il metodo è per il medico e non il contrario. Nel RM il metodo ha la pretesa di controllare il medico; vi è quindi, una sostanziale sfiducia nei confronti del medico, che quasi si riduce ad autore di una procedura standardizzata e che, prima ancora di essere colpevolizzato, dovrebbe essere messo in condizione di decidere.

Di fronte ad una dilagante e superficiale tendenza a guardare il sistema sanitario allo stesso modo con cui ci si accosterebbe al settore manifatturiero o ad un qualunque altro settore dell'economia, c'era bisogno di dare voce all'imbarazzo crescente che si va diffondendo tra tutti coloro che hanno a cuore le sorti e la natura del settore sanitario. L'imbarazzo ed il disagio di chi non si rassegna ad accettare l'approccio di una certa dottrina manageriale a "trattare" il sistema della salute alla stessa stregua di qualsiasi altro settore dell'agire umano. Appare ormai indifferibile la necessità di sfiduciare tali comportamenti approssimativi di chi pretende di asservire l'azienda sanitaria alle stesse logiche delle altre tipologia di aziende, pretendendo di promuovere scellerate rivoluzioni che portano a misurare il successo di un direttore generale di ASL o di aziende ospedaliere sulla base dell'utile o perdita conseguita e non il successo della medicina vista come strumento per migliorare la qualità della vita del paziente,

chiunque esso sia: il passaggio dalla vecchia contabilità di stato alla contabilità economico-patrimoniale, non avendo valutato strumenti alternativi o complementari di misurazione delle performance in sanità, è un esempio di tali superficiali riduzionismi. La gestione del rischio clinico si presenta come un'altra occasione della quale approfittare per riposizionare in modo appropriato la responsabilità e correggere le deformazioni dalle quali tra origine il RM e il relativo imprinting. In conclusione, si potrebbe dire: "Medici non abbiate paura dei vostri errori!". L'errore in medicina è connaturale alla decisione e pertanto non si tratta di non sbagliare, ma di imparare a decidere, tenendo conto della fallibilità dell'atto medico, non ridicibile a procedure e i cui effetti non sono separabili da colui che li determina, il medico. Per dirla con Cavicchi: "[...] La medicina è conoscenza fallibile per la quale l'errore non è separabile dal conoscere".

La sanità è attraversata periodicamente da mode passeggere: sarebbe un peccato, invece, non cogliere l'occasione data da una rinnovata sensibilità al problema del danno arrecato al paziente, per ripensare radicalmente il modo di fare medicina con epistemologie nuove. Occorrerebbe invece fare perno su questa sensibilità così diffusa e ritrovata per definire nuove proposte paradigmatiche, capaci di recuperare la potenzialità insita nell'errore per migliorare la sanità e la medicina.

Senza altro il futuro del RM dipenderà anche dalla sua capacità di remunerare gli investimenti realizzati attraverso una effettiva riduzione del contenzioso e del numero di eventi dannosi provocati al paziente/esigente.

Tuttavia, prima è necessario rompere con l'approccio economicista così diffuso negli ultimi anni, tenendo presente che la medicina innanzitutto è "relazione di relazioni". La medicina giudica il malato attraverso congetture e, nel far questo, è fallibile, e nello sbagliare impara a decidere. Per questo motivo chi governa la sanità deve farlo non secondo logiche gerarchiche, ma secondo forme di governo diffuso, in grado di mettere a sistema l'esperienza clinica maturata nelle varie unità organizzative in cui si articola l'organizzazione sanitaria, valorizzando l'esperienza e la conoscenza dei diversi attori.

Bibliografia

1. Antomarini B. Pensare con l'errore. Il bersaglio mobile della conoscenza. Codice Edizioni, Torino 2007.
2. Tambone V. Problemi di Bioetica e deontologia medica: l'assistenza sanitaria come "atto integrato". Società Editrice Universo, Roma 2000.

TAVOLA ROTONDA: "MEDICINA E SANITÀ: SNODI CRUCIALI" DI IVAN CAVICCHI
 PANEL DISCUSSION: "MEDICINE AND HEALTH: CRUCIAL CONNECTIONS" BY IVAN CAVICCHI

Risposte dell'Autore

Answers by the Author

IVAN CAVICCHI

Docente di sociologia dell'organizzazione sanitaria. Università Tor Vergata, Roma

Per rispondere agli interventi precedenti, si rende necessaria una breve introduzione. Stiamo vivendo nella post-modernità, espressione che viene utilizzata per indicare una società in cambiamento. Post-modernità non vuol dire una società che viene dopo la modernità. Post-modernità vuol dire una società che tenta di ripensare quello che c'era prima. Per coloro che fanno medicina questo ripensamento è assolutamente importante. Nella modernità c'è stata la nascita della scienza, della medicina scientifica. In epoca post-moderna non si può pensare di cestinare la medicina scientifica, io non credo che esista un modello alternativo alla medicina scientifica, ritengo, tuttavia, che essa vada ripensata. Per esempio, nella concezione scientifica della modernità all'interno del modello di conoscenza non era inclusa la relazione, pertanto la clinica non si interessava minimamente della relazione. Se Murri avesse avuto bisogno della relazione l'avrebbe teorizzata nelle sue lezioni, ma nella clinica di 100 anni fa bastava ri-conoscere la malattia nel sintomo. Oggi, invece, abbiamo bisogno della relazione con il malato per riconoscere la malattia anche attraverso il sintomo. Si tratta di un cambiamento di grande importanza.

Inoltre, ritengo importante soffermarmi su un principio del pensiero moderno del nostro tempo che si chiama *meaning variance* (la variazione del significato) il quale afferma una cosa semplice, addirittura banale, ma gravida di conseguenze. Il significato delle cose non dipende solo dalle cose in quanto tali, ma anche dai contesti. La nozione di massa di Newton è diversa da quella utilizzata da Einstein poiché era cambiato il contesto. La massa di Newton e quella di Einstein sono diventati pertanto dei termini omofoni che hanno significati completamente diversi. La *meaning variance* implica in pratica che dovranno essere ripensati nei contesti di post-modernità il concetto di malattia, di malato, di cura, cioè i concetti base della medicina. Ed oggi, in questo contesto, è più che mai necessario ripensare e con i miei libri ritengo di aver molto contribuito a tale ripensamento. Un ripensamento che è al tempo stesso teorico e pratico, poiché la distinzione tra teoria e pratica nel pensiero moderno non può essere più data. Infatti, il soggetto è sempre implicato nell'oggetto nel mentre che lo osserva. Ad esempio il docente guarda in

faccia i suoi studenti e cerca di capire dalla loro mimica se sono attenti o annoiati; egli è sempre implicato in ciò che osserva. Non esiste una separazione netta tra osservatore e osservato. Invece, nella medicina scientifica la separazione tra medico e malato costituisce un pilastro fondamentale, tradotto per altro in un principio metodologico. Il valore dell'obiettività si fonda su tale separazione. Nella post-modernità il valore dell'obiettività è completamente ripensato.

Medicina e Sanità: snodi cruciali afferma sostanzialmente che in questi trent'anni abbiamo fatto quattro riforme della sanità, ma non abbiamo ripensato i modelli e le nozioni di fondo. Di fatto, abbiamo riorganizzato molto quello che già c'era, abbiamo riorganizzato, riorganizzato, ed ancora riorganizzato. Si pensi agli ospedali, qui c'è stato quello che io ho chiamato il "paradosso del miglioramento senza cambiamento"; cioè abbiamo migliorato anche perché pungolati dai limiti economici, pungolati dai budget, eccetera, ma fundamentalmente i modelli di fondo non li abbiamo cambiati. Quando parlo di modelli parlo di professioni, il modello di medico, il modello di infermiere, il modello di ospedale, il modello di conoscenza, e tutti questi modelli, di fatto, resistono al cambiamento. Tant'è che al momento io sto riflettendo sul ruolo dell'ortodossia nell'ostacolare il cambiamento. Nei miei libri, forse mi sono sbilanciato sull'idea che bastasse proporre qualcosa di nuovo per ripensare, e mi sono preoccupato di meno degli ostacoli posti al cambiamento dall'ortodossia. L'ortodossia è una cosa positiva. L'ortodossia è quando un individuo rimane coerente con se stesso. Un medico ortodosso rimane coerente con la formazione che ha avuto. Allora, in un momento in cui è necessario ripensare, l'ortodossia diventa una cosa ambivalente, è un valore perché difende dei valori, ma è anche un intralcio; e qui il nostro discorso si fa difficile perché ci riferiamo alla medicina, e quindi si deve stare sempre attenti al linguaggio che si usa, alle mediazioni proposte; non si può semplicemente affermare che la razionalità scientifica non va bene. Non è semplice. La razionalità è un valore che oggi va ripensato nelle sue forme e nei suoi valori.

Dopo queste premesse necessarie, mi concentro ora sui temi in discussione in questo dibattito a cominciare con

le donne in medicina. Il dato di fatto è un dato statistico: sono aumentate di numero le donne medico e le donne iscritte alle facoltà di medicina. La cosa interessante è che questo aumento di numero non coincide più con le specialistiche tradizionali, pertanto mentre prima c'erano tante donne pediatria, adesso, ad esempio, ci sono molte donne in chirurgia. E meno male perché, come è noto, le scuole di specializzazione non è che sono assediata da numerose domande. Ora, i fenomeni che spiegano l'ingresso delle donne sono i fenomeni sotto gli occhi di tutti, non sono fenomeni recenti, iniziano negli anni '70, e hanno a che fare con i processi di emancipazione della nostra società e con molti altri fattori sui quali non è la sede per dilungarci. Però, la questione dei meccanismi di selezione come evidenziato da Maria Grazie De Marinis ha un ruolo importate anche secondo me, nel senso che la differenza di genere rispetto al meccanismo di selezione è evidentissima e dimostra che le donne hanno molta più attitudine ai quiz, soprattutto di un certo tipo, hanno molta più pazienza, molta più tenacia. Ed oggi non è facile fare il medico, infatti l'accesso al mercato del lavoro è un accesso difficile che richiede tenacia ed ostinazione.

Ad ogni modo, in merito a questo dibattito sulle donne mi ha colpito molto ciò che ha affermato l'ordine dei medici: "siamo di più e quindi noi possiamo sfoderare le nostre qualità di genere", e tali qualità di genere io le ho condensate in un'unica parolina che è quella dell'innatismo, cioè le donne sono in modo innato più materne, inclini alla relazione, ecc. il che è assolutamente innegabile da un punto di vista antropologico. Mi sono chiesto se l'innatismo deve far parte della formazione professionale di un medico, perché l'Università deve formare sia uomini che donne. Inoltre, siccome non possiamo fondare, a mio parere, le professioni, e quindi fondare i profili solo su delle qualità innate, ma dobbiamo fondare i profili su delle conoscenze, mi sono chiesto se la medicina abbia un genere, e la mia risposta si rifà alle vecchie conoscenze delle lingue, alle nostre matrici delle lingue che non erano due lingue a genere maschile e femminile, ma erano lingue a tre generi, c'era il maschile, il femminile e c'era il genere neutro. Io considero la medicina e la conoscenza scientifica appartenenti a un genere neutro. Naturalmente è un *escamotage* che adotto, perché ho bisogno che i medici siano bravi, sia se sono donne sia se sono uomini, bravi allo stesso modo; poi è chiaro che le differenze di genere influenzeranno in un mondo o in un altro. Ecco pertanto la mia tesi, una tesi che forse non è molto condivisa: le donne, per quanto numerose, a parte alcune peculiarità di genere, alla fine non vengono meno ai comportamenti professionali classici, si comportano tutte come si devono comportare dei medici, come è giusto che si comportino, ossia secondo un deontologia e una prassi. Allora mi chiedo dove è il valore aggiunto, poiché a parte alcuni valori innegabili sul

piano della relazione, non ne vedo molti. La mia conclusione è che l'aumento delle donne in medicina è una risorsa, è un'occasione importantissima, è una novità che va interpretata, ma lo è molto di più se questa maggioranza si organizza con un proprio progetto, se questa maggioranza si esprime, ed esprime le qualità del suo genere attraverso un progetto di ripensamento della medicina. A cosa serve avere tante donne se non cambia niente nella medicina? Questa è la sfida interessante. Fino ad ora il problema è sempre stato l'accesso delle donne alle carriere. Poiché ora sono tante non possono essere discriminate, il che è assolutamente giusto. Tuttavia, io ritengo discutibile il criterio delle quote rosa per l'accesso alla professione di medico, come pure per l'ingresso a tutte le professioni, perché non può sussistere un criterio formale di questo tipo quando sono necessari dei criteri sostanziali, noi, infatti, abbiamo bisogno di bravi medici. Secondo me, questo è ancora più importante perché questa crescita numerica delle donne avviene in un momento acuto, importante in cui la medicina ha bisogno di essere ripensata. E allora mi domando: ci troviamo di fronte a un fenomeno o a un *turn-over*, a un cambio di generazione o di sesso? E la proposta che faccio è molto semplice, perché per definirlo un fenomeno questo deve avere effetti di cambiamento, se non ha effetti di cambiamento sulla medicina non sono intenzionato a considerarlo un fenomeno, lo considero un *turn-over*. Ad ogni modo, mi dispiacerebbe che fosse solo un *turn-over*.

Affrontiamo ora il secondo tema, quello dell'atto medico. Prima d'ora il problema dell'atto medico non si è mai posto in medicina, perché si dava per scontato che il medico fosse il medico. Allora bisogna chiedersi perché si pone oggi il problema dell'atto medico, perché proprio oggi si pone il problema di definire cosa deve fare il medico. La risposta è che oggi la professione è davvero in una fase di transizione, di passaggio e, per di più, è assediata dai problemi. Uno dei quali, ad esempio, è il crescente conflitto con gli infermieri. C'è una conflittualità crescente tra medici ed infermieri. Questi ultimi, infatti, hanno avviato un processo di ridefinizione della loro professione che io definirei uno dei più interessanti degli ultimi anni. La legge del 26 febbraio 1999, n. 42 ha realizzato una delle poche riforme che ritengo si possa effettivamente definire tale, dopo la riforma dell'assistenza psichiatrica. Ad ogni modo, ritengo tale processo incompiuto, anzi interrotto a metà e lo dimostra proprio questa conflittualità, sebbene ciò non significa che non possa essere portato avanti.

L'atto medico, inoltre, è anche condizionato da tanti fattori, uno di questi è la tecnologia. Infatti, l'immissione massiccia di tecnologie lo ha notevolmente modificato, ad esempio oggi l'anamnesi negli ospedali non si fa quasi più (cosa che ritengo gravissima) perché si delega molto alla tecnologia diagnostica. Esso, in aggiunta, è condizionato dai direttori generali e dalle aziende, ma anche questo non

va bene perché un medico non deve mai fare le cose per raggiungere uno scopo. Oggi la società è assillata dall'impiego corretto delle risorse; l'impiego corretto delle risorse viene prima del risultato clinico, e ciò è una distorsione. Anche i codici deontologici mi sembra che abbiano un po' ceduto alle lusinghe dell'impiego corretto delle risorse, il che ha inflazionato il concetto di responsabilità nel senso che la responsabilità del medico non è rispetto ad un malato, ma rispetto ai mezzi che impiega. Per identificare tale medico ho coniato una nuova espressione: il "medico osservante", ossia colui che osserva gli obiettivi aziendali ed è premiato per questo. Non ci resta che pregare che gli obiettivi aziendali coincidano con la *mission* umanistica di questa professione.

Invece, secondo me, quando si parla di atto medico è necessario considerare due cose. Il primo è che non è possibile definire un atto a prescindere da chi lo compie. Azione e agente concorrono a definire l'atto. Ecco perché è importante l'Università, perché si deve definire prima il tipo di medico, poi l'atto che egli compie. Non è definibile l'atto a prescindere da chi lo compie. L'atto è un problema di rapporto tra intelletto e volontà, perché esso è il risultato di un atto intellettuale e di un atto della volontà. Ecco perché mi sono permesso di dire che per me l'atto medico è prevalentemente un giudizio.

Ancora, io penso che nel corso della storia della medicina sia avvenuta una trasformazione un po' particolare. La medicina nei secoli ha sempre avuto il ruolo di dottrina, di un corpo dottrinale, che integrava valori con altri valori, eccetera. A mano a mano che è passato il tempo, in particolare da Claude Bernard in poi, dalla nascita della medicina scientifica c'è stata una riduzione della dottrina-disciplina, con una conseguente perdita del suo spessore dottrinale e una sua frammentazione. Per esempio, una volta l'etica, la morale e la deontologia erano nell'atto medico adesso sono divise. Pertanto ci dobbiamo intendere in merito a quale medico vogliamo. Il medico per me è un soggetto che giudica, giudica su delle complessità e deve essere educato ad avere delle sensibilità, ad avere delle qualità. Non è vero che la bravura si esaurisce nella conoscenza. Si possono avere molte conoscenze e non saperle usare, o non avere le sensibilità, le qualità. Tutto il terreno dell'umanizzazione non può essere ridotto al nozionismo. Bisogna investire molto sul soggetto, sulle qualità del soggetto, quelle che Aristotele chiamava le "virtù": abiti che una volta indossati non vengono più tolti. Le virtù non si insegnano come le nozioni. Morin distingueva tra la testa ben piena e la testa ben fatta; oggi purtroppo nelle Università, nella facoltà di medicina si insegna ancora la testa ben piena e ben poco la testa ben fatta, cioè l'esercizio critico. Per questo penso che i valori morali, i valori della coscienza debbono essere ridefiniti, ma non tanto perché qualcuno li deve applicare, quanto piuttosto perché debbono essere vissuti ed espressi

attraverso dei comportamenti automatici, nel senso che automaticamente il soggetto agente è in tal modo.

A me piace molto quella che io chiamo la "sensibilità ontologica"; l'ontologia è la disciplina di quello che esiste, cosa esiste in un malato? Per capire quello che esiste in un malato ci serviamo della scienza, dell'osservazione, di varie cose e secondo me anche di una sensibilità ontologica. E la sensibilità ontologica non si impara come si impara la gastroenterologia, è un'altra cosa, è fatta dai maestri, è fatta dagli esempi, è fatta dai contesti, è fatta dai valori, e questo è molto importante.

Infine, consideriamo l'ultimo tema in discussione: l'errore. Esso rispetto all'atto medico cresce con il crescere delle conoscenze, con il crescere delle tecnologie, anzi ormai c'è un nesso di causalità più volte dimostrato; pertanto mi chiedo se la crescita delle conoscenze scientifiche implichi un ripensamento del paradigma di scienza, perché io a volte ho l'impressione che crescono le conoscenze, ma dentro un paradigma scientifico che, a mio giudizio, non cambia. Ad ogni modo, non è necessario aspettare lo studio della Harvard University del 1990 per scoprire il *risk management*. La clinica italiana ha insegnato la clinica ed anche molta chirurgia al mondo. Noi ci dimentichiamo spesso dei nostri meriti. Il principio della beneficiabilità o della beneficiabilità è un'anticipazione secolare del *risk management*, perché fare il miglior beneficio con il minor danno è una logica del *risk management*. Non lo dimentichiamo. In questa logica chi gestisce è il medico, è lui che gestisce il rapporto medico-malato; nel *risk management* il medico non gestisce più questo principio, si immette dentro una rete di procedure, di checklist. Il gestionalismo è diventato un pensiero unico; oggi nella nostra società c'è un pensiero unico che si chiama gestionalismo e compatibilismo. Io diffido dei modelli pan-gestionalistici.

Purtroppo per quanto riguarda il discorso del rischio, tutta la letteratura accentua questo rapporto tra il ruolo del soggetto e il ruolo dell'organizzazione. L'impressione che ho è che invece, almeno in Italia, questa interconnessione tra colui che ha cognizione e che opera in un'organizzazione si stia perdendo, nel senso che la tendenza è dare tutte le colpe all'organizzazione, dimenticando l'interazione tra il soggetto e l'organizzazione. Per esempio, io sono molto colpito da un eufemismo che ormai si deve obbligatoriamente usare: non si può parlare più liberamente di errori ma devi parlare di eventi avversi. Si ha paura della parola errore per cui si preferisce "evento avverso". L'evento avverso, tuttavia, è come se deresponsabilizzasse colui che sbaglia, come se l'evento avverso fosse leggibile più sul fronte della fatalità, poiché la responsabilità dell'errore è ingombrante, pesante.

Io preferirei ricostruire le relazioni tra il soggetto che sbaglia e l'organizzazione. Per esempio, prima facevo riferimento alle qualità dell'operatore da formare: dobbiamo

formare delle qualità per non sbagliare o per sbagliare il meno possibile. Una di queste qualità è la prudenza.

Ad ogni modo, è inutile che educiamo i medici ad essere prudenti, se non si accetta che egli è un essere fallibile. Se neghiamo tale realtà, allora ci focalizziamo sull'organizzazione e risolviamo tutto con linee guida e procedure. In questo caso la gestione diventa una forma di controllo sui comportamenti professionali. Noi, invece, dobbiamo scommettere sui comportamenti professionali. Non dobbiamo diffidare degli operatori, semmai dobbiamo formarli affinché possiedano certe qualità.

Il *risk management* nasce dalle assicurazioni. Le assicurazioni hanno scoperto ad un certo punto che spendevano un sacco di soldi per indennizzarne i danni dei malati e hanno capito che era molto più conveniente controllare il rischio che non pagare i premi assicurativi. *Mutatis mutandis* questo è lo stesso problema che abbiamo noi, perché il problema del rischio in Italia ha un costo molto alto, per altro duplice. In parte ci sono i costi che le Asl, le aziende, sostengono per le coperture assicurative, ai quali vanno aggiunti i costi sostenuti dai professionisti. Ancora oggi non ci sono le coperture del rischio per colpa grave, per cui i medici accorti stipulano delle polizze di assicurazione, delle coperture assicurative. Alcuni medici hanno stipulato 4-5 assicurazioni, perché il rischio è piuttosto rilevante. Allora, innanzitutto, abbiamo il problema del costo vivo,

coprire il rischio significa pagare un sacco di soldi, e questo è una contraddizione rispetto all'azienda sanitaria che nasce per risparmiare, e per risparmiare si trova a spendere più soldi per queste cose.

In aggiunta c'è l'altro costo, quello della medicina difensivistica, perché i comportamenti difensivi dei professionisti costano molto di più e producono una qualità pessima di medicina. Sarebbe preferibile spendere questi soldi per fare qualità, per fare altre cose.

Infine, cosa da non sottovalutare, c'è il problema della percezione sociale del rischio che è la conseguenza di un pessimo rapporto tra medicina e società, è sfocia nel contenzioso legale. Sta di fatto che mentre in passato il paziente classico andava in ospedale con fiducia e speranza, adesso ci va con paura, perché ci sono le malattie iatrogene. Il valore della sicurezza è sicuramente un valore incontestabile che cresce, nel senso che cambia il paziente, cambia questo soggetto malato che diventa giustamente più esigente e non vuole morire, non vuole essere danneggiato anche con dei risvolti speculativi, anche con delle esagerazioni. Si pensi ad un politraumatizzato che va al pronto soccorso, ogni suo osso è rotto, lo rimettono insieme e poi denuncia il chirurgo per una cicatrice imperfetta, dimenticando che quel chirurgo gli ha salvato la vita. Ecco perché ritengo che la percezione sociale del rischio vada affrontata edificando un rapporto nuovo con la società.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof. Ivan Cavicchi
Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma
E-mail: info@ivancavicchi.it

EDUCAZIONE MEDICA
MEDICAL EDUCATION

Il Medico: Professione o Vocazione?¹

The Doctor: Profession or Vocation?

MICHELANGELO PELÀEZ

Premessa Nella lingua italiana le parole “vocazione” e “professione” non comportano una radicale contrapposizione, bensì una possibile e desiderabile integrazione. Nell’attività del medico è possibile ed è auspicabile coltivare, a prescindere delle motivazioni alla base della scelta professionale, la dimensione vocazionale di chi si sente “chiamato” dai bisogni dell’*homo patiens*. Tuttavia, questa integrazione esige una precisa modalità di intendere e di praticare la medicina.

Parole Indice Professione medica. Etica

Background *In Italian the words “vocation” and “profession” do not necessarily imply a radical contraposition but rather a possible and sought-after integration. In medicine, regardless of ones own motivation which base professional choice, it is possible and desirable to promote the vocational aspect of who feels is “called” by the needs of the “homo patients”. However this integration requires a clear method of understanding and practicing medicine.*

Index Terms *Professional practice. Medicine, ethics*

¹ *Lecture* tenuta nell’ambito del corso per specializzandi delle Facoltà di Medicina di Napoli, promosso nell’a.a. 2009-2010 dall’I.P.E. (Istituto per ricerche ed attività educative).

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Michelangelo Pelàez
Via Luca Giordano, 26
80127 Napoli

Introduzione

Nella lingua italiana, “professione” e “vocazione” sono due parole con significati diversi, ma in qualche modo collegati tra loro. Se consultiamo il Dizionario Devoto-Oli, alla voce “professione” troviamo specificati due significati. Il primo, che non ci riguarda direttamente, è quello di “aperta e pubblica dichiarazione di un sentimento, di un’opinione, della propria appartenenza a una religione o ad una corrente ideologica”. Un esempio molto significativo fu quello della “Chiesa professante o confessante”, che durante la Germania nazista raccoglieva tutti quei cristiani che, a ragione della loro professione di fede, si opponevano all’ideologia nazista. Il secondo, invece a noi attinente, comprende: a) “attività esercitata in modo continuativo a scopo di guadagno”; b) “attività intellettuale per l’esercizio della quale sia richiesta la laurea o una particolare abilitazione: la professione di medico.

La professione medica è ovviamente ascrivibile al novero delle professioni che presuppongono oggi una loro configurazione istituzionale e comprende sia il significato a) che il significato b). Note distintive sono dunque: esercizio continuativo, scopo di guadagno, laurea e abilitazione istituzionalizzata.

Il fatto che la professione sia istituzionalizzata, quindi dotata di una sua regolamentazione di cui fa parte ordinariamente un codice deontologico a cui il singolo professionista deve aderire, non significa che debbano essere ignorate le circostanze concrete e i bisogni reali, per esempio, del paziente singolo con il quale ha sempre e sempre in relazione il medico nella sua pratica professionale.

La scelta della professione non presuppone di per sé il possesso di determinate inclinazioni naturali e la libera corrispondenza nel coltivarle. Essa può, entro certi limiti, auto-generarsi per motivi del tutto arbitrari o convenzionali, come per esempio la soddisfazione del desiderio di guadagno economico o di affermazione sociale oppure la facilità di trovare un lavoro stabile: questi motivi, se non nobilitati successivamente, potranno segnare negativamente per assenza di una qualunque dimensione vocazionale gli standard di prestazione professionale.

Alla voce “vocazione” dello stesso Dizionario, leggiamo: “inclinazione d’animo che induce l’uomo a determinate scelte nell’ambito dei possibili stati di vita: vocazione sacerdotale, vocazione al matrimonio”. Si aggiunge, per estensione, un altro significato: “inclinazione all’esercizio di una determinata professione o arte o allo studio di una particolare disciplina riconducibile alle disposizioni naturali”, in cui si può includere a modo di esempio la vocazione alla medicina.

Importanti sono le parti sottolineate. Nota distintiva, infatti, della vocazione sulla base di entrambi i significati sarebbe il possesso di una “inclinazione d’animo”, di una “inclinazione all’esercizio” o di “disposizioni naturali” che orientano, nel nostro caso, allo studio della medicina e all’esercizio della professione medica.

Il sentirsi in qualche modo “chiamato” da questa “inclinazione” o “disposizione” costituisce una forte motivazione a coltivarle per portare a compimento tutte le esigenze della professione medica come risposta ad una vocazione liberamente accolta più che scelta.

La parola “vocazione”, pur radicandosi e realizzandosi nella risposta a una chiamata di Dio e nel desiderio di testimoniare la fede anche attraverso il lavoro professionale, come, ad esempio, ha insegnato san Josemaría Escrivá, fondatore dell’Opus Dei, trova sempre, nel rispetto dei valori e delle regole proprie di ogni professione, una sua validità universale, soprattutto etica. Con frequenza si parla di vocazione, al di fuori di ogni prospettiva religiosa, a proposito di alcuni compiti umani che esigono particolare impegno o che vengono svolti con grande generosità.

Come si può osservare, in realtà, i significati nella nostra lingua delle parole “vocazione” e “professione” non comportano una radicale contrapposizione, bensì una possibile e desiderabile integrazione. Possiamo perciò già anticipare che nell’attività del medico è possibile ed è auspicabile coltivare, a prescindere delle motivazioni di partenza della scelta professionale, la dimensione vocazionale di chi si sente “chiamato” dai bisogni dell’*homo patiens*. Questa integrazione esige, però, una serie di precisazioni sul modo di intendere e di praticare la medicina.

Ogni medico, infatti, può ridurre la sua professione a “carriera”, diventare cioè un “carrierista”, oppure realizzare una vocazione professionale. Quali sono le aspirazioni morali da realizzare per non limitarsi a fare “carriera”?

Per dare una risposta a questa domanda, esaminiamo prima i fini o verità della professione medica e a continuazione cerchiamo di comprendere cosa è richiesto per realizzare pienamente tali fini e di conseguenza realizzare la propria dimensione vocazionale.

Verità della professione medica

E’ stato detto che non esiste alcun concetto che sia stato più svalutato di quello della professione, il che è accaduto per l’uso e abuso del concetto, usato per dare rilievo e dignità a qualunque attività o mestiere.

Nella *Repubblica*, Platone affermava che “nessuna scienza (possiamo aggiungere, né arte né professione) ha come scopo l’utile del più forte, ma l’utile del più debole,

di chi ad essa è subordinato". Oggi, invece, vale, purtroppo, ancora molte volte, in particolare nella professione medica, la caustica sentenza di George Bernard Shaw: "tutte le professioni sono cospirazioni contro i profani".

Una certa caratterizzazione morale della professione, in senso lato, è sottolineata dal codice deontologico o di autodisciplina, ma il fatto stesso che esso sia frutto di un'autonoma negoziazione tra i professionisti direttamente interessati e a fini prevalentemente di assicurare la loro difesa e prestigio, fa sì che non tutte le esigenze etiche della professione, soprattutto se riguardanti gli utenti, siano totalmente salvaguardate.

Tuttavia, malgrado le prevaricazioni della storia (pensiamo al genocidio dei medici nazisti, alla psichiatria della Russia sovietica strumento di repressione politica, all'ingiusta speculazione della scienza medica a spese del malato, alla malasanità pubblica), la professione medica conserva, per la sua intrinseca attenzione ai bisogni dell'altro, come sua nota distintiva un'aura di nobiltà e di corrispondente rispetto.

Infatti, è una professione intrinsecamente etica, in quanto fondata sulla *compassione* (dal latino *cum pati*, soffrire insieme), radice della stessa moralità, nota distintiva dell'essere umano. Infatti, uno dei dati che la paleontologia indica della comparsa della soglia umana sulla terra, è il ritrovamento in una grotta dell'attuale Iraq di fossili dell'uomo di Neanderthal, nei quali si riscontrano segni di cura di arti fratturate. Le cure mediche sono un esercizio della compassione, comportamento esclusivo degli esseri umani.

La pratica medica resta ancora depositaria dell'idea di servizio agli altri, intesa come valore morale intrinseco ad alcune attività umane. Si comprende che l'ateo dottore Rieux del romanzo *La peste*, capolavoro del premio Nobel Albert Camus, consideri la medicina un surrogato della religione. Così parla, infatti, al cappellano sanitario Paneloux: "noi lavoriamo insieme per qualcosa che riunisce al di là delle bestemmie e delle preghiere...Dio stesso ora non ci può separare".

Quali attività connotate particolarmente di eticità caratterizzano il medico? Prescindiamo dal considerare, come proprie della professione medica in senso stretto, le illimitate competenze che oggi vengono attribuite al medico nei confronti dell'ambiente, delle politiche sanitarie, dei desideri di benessere individuale e sociale non solo delle presenti, ma anche delle future generazioni e limitiamoci alle attività chiaramente definite nel *Codice deontologico dei Medici italiani*, all'art. 3:

"Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo dalla sofferenza nel

rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza distinzioni di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace e in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera".

L'attività professionale del medico nel triplice servizio di tutela della vita, della salute e sollievo della sofferenza, si esercita sul corpo umano, manifestazione di un'esistenza personale che trascende la mera fisicità. Il medico ha a che fare non con una semplice materia esterna a sé, ma con l'esistenza vulnerabile di un suo simile aggredita da una patologia che chiede di essere, possibilmente, non soltanto conservata in vita, ma ripristinata nella sua integrità e armonia, nonché sollevata dal dolore.

Lo scopo della professione medica è pratico: curare il corpo di una persona e possibilmente guarirlo. Tutta la dimensione tecnico-scientifica della professione medica è finalizzata alla cura del corpo malato. Ma nel corpo malato si concentra tutta l'esistenza di una persona che non può essere ignorata. Curare non significa solo occuparsi di un organo, ma entrare nel mondo più intimo dell'io personale. Perciò non sono sufficienti conoscenze scientifiche e abilità tecniche, occorrono doti di umanità che non sono programmabili né per forza si acquisiscono con l'apprendimento della scienza medica o con semplici competenze operative.

La naturale predisposizione allo studio delle discipline biomediche o il possesso di particolari abilità manuali per esercitare la chirurgia non sono bastevoli per il pieno esercizio della professione medica. Un carattere affidabile, dotato di disponibilità emotiva e in possesso di virtù morali, sono indispensabili per rendere il medico capace di generare nel paziente aspettative di fiducia e di perseguire il giusto e il bene inerenti alla professione medica.

Lo scopo della professione medica non si esaurisce nel perseguire il bene biomedico o clinico di una persona in condizioni di malattia. Questo specifico bene è intrinsecamente inserito nella totalità biografica della singola persona che ha dato un particolare senso alla propria vita strutturandola perciò in relazioni interpersonali e in progetti, scopi e fini da raggiungere, che gli atti medici e le procedure diagnostico-terapeutiche non possono ignorare.

Perciò, come nota distintiva della professione medica, bisogna segnalare una forte componente relazionale e dialogica che pone alcune particolari esigenze etiche. La professione del medico non può, senza forzature, regolarsi come un qualsiasi contratto di prestazione d'opera. Il rapporto medico-paziente viene infatti chiamato *alleanza*, in quanto vincolato a uno speciale impegno di compassione e cura che fa riferimento non solo alla virtù della giustizia,

ma soprattutto a quella sua parte chiamata fedeltà. Ai medici viene chiesto di mettere i propri legittimi interessi al secondo posto rispetto a quelli del loro paziente.

Dopo venticinque secoli bisogna ancora rispondere affermativamente alla domanda che pone a Trasimaco il Socrate platonico della *Repubblica*: “E non è forse vero che nessun medico, in quanto medico, ha come scopo e prescrive ciò che sia utile al medico, ma ciò che sia utile al malato? Siamo rimasti d'accordo, infatti, che il vero medico governa il corpo, ma non è affatto un affarista. Non siamo rimasti d'accordo così?”

La relazione o alleanza medico-paziente finalizzata al conseguimento del maggior bene del paziente è il cuore della pratica medica. Afferma Karl Jaspers che “solo il medico che si relaziona ai singoli malati adempie all'autentica professione medica. Gli altri praticano un onesto mestiere, ma non sono medici”.

Il carattere asimmetrico della relazione medico-paziente non significa oblio del loro comune obiettivo, il bene del paziente, né cancellazione della loro uguale identità personale che la parola alleanza, a differenza della parola contratto, ben custodisce. Nemmeno l'attuale insistenza sull'autonomia del paziente è incompatibile con l'alleanza terapeutica. L'autonomia del paziente si manifesta nel sollecitare liberamente l'attività terapeutica del medico con la conseguente dipendenza da questi durante tutto il tempo dell'alleanza-cura. L'autorità professionale riconosciuta al medico scelto è, ordinariamente, per il paziente un gradito punto fermo che lo dispensa da sterili e dannose riflessioni.

L'esercizio della professione medica ha sempre trasmesso un messaggio di fiducia e di eguaglianza che esclude ogni tentativo di sfruttare in alcun modo la vulnerabilità del paziente ed ogni discriminazione nell'assistenza sanitaria.

Per quanto riguarda la fiducia, il paziente ha bisogno di affidarsi a qualcuno, quindi ha la pretesa morale che il medico agisca, anche a costo di dovere sopprimere alcuni interessi personali –come il riposo, le relazioni sociali, i vantaggi economici- nel suo specifico interesse di persona vulnerabile.

Per quanto riguarda invece l'eguaglianza, può essere illuminante ricordare la distinzione che faceva Platone nelle *Leggi* tra i medici degli schiavi e i medici degli uomini liberi. Il medico degli schiavi –spiegava- non si sente al servizio dei malati, con i quali non perde tempo a parlare, ma dei loro padroni. Il medico degli uomini liberi, invece, prima di curare cerca di capire la causa del male interrogando il paziente sul suo stile di vita e non prescrive nessun medicamento senza prima aver convinto il malato.

Queste considerazioni possono servire a mettere in

guardia su alcuni pericoli inerenti l'esercizio della professione medica. Innanzitutto la tante volte deprecata mancanza di comunicazione tra medico e malato che ha indotto qualcuno a qualificare la pratica medica come “muta”, a motivo della scarsa o astrusa informazione che di frequente il paziente riceve dal medico. Il pericolo poi di discriminare i pazienti a seconda del contesto sanitario, pubblico o privato, in cui il medico svolge la propria attività professionale. Il medico che esercita la libera professione parallelamente al suo inserimento nell'organico della sanità pubblica, adopera, spesso condizionato da circostanze esterne (ritmo di lavoro, logistica, mancanza di collaborazione ausiliaria), due pesi e due misure nella qualità delle sue prestazioni: modi di accoglienza (luogo e durata dell'attesa), tempo dedicato al paziente, monitoraggio.

A identificare il ruolo del medico contribuiscono ancora numerosi aspetti simbolici che caratterizzano la sua attività. Per esempio: assumere la propria professione di fronte alla comunità con un giuramento; l'abbigliamento, il camice, durante l'esercizio della professione; infine l'attività professionale del medico non è ricompensata, ma “onorata”, con l'aggiunta, forse più frequente che in nessun'altra professione, di regali significativi.

Infine è da segnalare che nella professione medica coesistono istanze individuali e sociali in base al doppio mandato che il medico riceve, sia in quanto vincolato con un'alleanza al paziente, sia in quanto mandatario della società e servitore della salute pubblica. Il medico non può perciò rivendicare il diritto di assistere e curare soltanto i malati da lui scelti.

Già da queste prime considerazioni si deduce che l'esercizio della medicina presuppone possedere e coltivare non soltanto conoscenze scientifico-tecniche riconosciute e istituzionalizzate, ma anche essere dotati di inclinazioni, meglio se naturali, che rafforzate con il loro esercizio si traducono in virtù, le quali rendono capaci di ascoltare e rispondere alla chiamata che proviene dall'uomo malato (dimensione vocazionale della professione).

Dimensione vocazionale della professione medica e connotazione etica

Il facile accostamento della parola vocazione alla scelta di uno stato di vita come quello sacerdotale o religioso non deve indurre a considerare la dimensione vocazionale della professione medica come il frutto di una confusione di ruoli che deriverebbe dalla mescolanza tra medico e pastore di anime e dall'identificare il fine dell'attività medica non solo con la cura e guarigione del corpo, ma anche con la salvezza dell'anima. Vanno tenute ben distinte la mis-

sione pastorale del confessore o maestro spirituale dalla professione medica. Ciò non toglie che la fede cristiana costituisca, come la storia dimostra, una fonte straordinaria di risorse per lo svolgimento più compiuto di qualunque professione e in concreto di quella medica. Basterebbe ricordare la figura di san Giuseppe Moscati, anatomopatologo e docente universitario, o quella del servo di Dio Edoardo Ortiz de Landazuri, grande clinico e docente nell'Università di Navarra.

Parlare di vocazione del medico professionista significa scoprire nell'attività medica il carattere di risposta ineludibile da dare alla chiamata, non sempre esplicitata, dell'*homo patiens*, e dall'altra parte l'obbligo del medico, davanti alla società che lo ha abilitato all'esercizio della medicina e munito dei privilegi necessari al miglior svolgimento delle sue funzioni, a prestare a chiunque l'aiuto richiesto.

L'elemento vocazionale si declina nel rapporto medico-paziente in due modi: per un verso è la medicina stessa che dischiude l'ambito della malattia nel quale si pone in opera una specifica forma di chiamata, l'atto del chiamare da parte dell'uomo bisognoso di cura (riguardante la tutela della vita, della salute e il sollievo della sofferenza); per altro verso, la scienza medica riconosce la situazione umana concreta all'origine della chiamata e la risposta, l'atto medico che tale situazione sollecita. D'altra parte, la scienza medica ben fondata possiede una vocazione radicale, quella di custodire la verità sull'uomo nella sua interezza ed unità, contro ogni forma di manipolazione tecnico-scientifica, nel momento in cui si china su un suo qualsiasi frammento malato,

La vocazione che deve animare ogni attività medica si esprime in una progressiva identificazione dell'aspirante medico con la verità dell'arte medica professionalmente esercitata o, ciò che in buona parte è lo stesso, nel rafforzare l'eticità propria del medico al capezzale del malato chiunque egli sia.

Sarà compito del maestro medico, a costo di forti strattoni che producano i necessari risvegli, correggere nei discepoli, innanzitutto con l'esempio, venalità economiche ed ambizioni di potere, aiutando il futuro professionista-medico a comprendere che il bene del paziente, la sua presa in cura, deve essere prioritario e quindi sempre al centro della sua attenzione.

La professione medica esce dalle strettoie "carrieristiche" e si trasforma in vocazione quando nelle circostanze in cui si svolge, è sempre criterio guida il servizio disinteressato al uomo, chiunque egli sia, che si affida alle cure mediche perché in stato di vulnerabilità. Tale servizio disinteressato esige la pratica di specifiche virtù morali e non

esclude gli onorari o la provvigione pubblica dovuti.

Il rapporto medico-paziente conserva sempre tutta la centralità ed eticità propria di un'alleanza terapeutica che scaturisce dal reciproco riconoscimento personale di una appartenenza ad una comunità etica. L'incontro di un medico con un malato s'inserisce in una radicale disposizione di apertura all'altro, costitutiva dell'essere umano come persona. La virtù dell'accoglienza, come afferma il filosofo Botturi, è espressione di un'etica della compassione che è alla base della prassi medica vocazionalmente intesa.

Nel complicato sistema sanitario odierno dove le responsabilità personali sono incerte, il paziente deve estendere la sua fiducia a persone sconosciute, l'unico argine al rischio che si tenda a sfruttare professionalmente la vulnerabilità del paziente è rappresentato dalle virtù morali delle persone a cui è affidato. Diego Gracia propone come virtù per antonomasia del medico, l'amicizia aristotelica: "il medico virtuoso dovrebbe essere sempre un amico".

L'esercizio della medicina presuppone il possesso di qualità personali, all'occorrenza da acquistare e sempre da coltivare, che sono la base delle virtù specifiche richieste al medico, le quali garantiscono l'esercizio vocazionale della professione medica.

Per lo stato di vulnerabilità e dipendenza in cui si trovano coloro a cui il medico presta i suoi servizi, sono particolarmente richieste le virtù che MacIntyre chiama della dipendenza riconosciuta, mediante le quali si impara ad accettare di essere soggetti agli altri con un'attitudine positiva verso le persone vulnerabili nel prestare loro la dovuta assistenza.

Il medico davanti ad un essere umano in evidente stato di necessità di cure non può agire con criteri utilitaristico-contrattuali, bensì secondo una giustizia che include virtù come la generosità, la compassione, la misericordia e la beneficenza.

La generosità non esclude la giustizia e non si giustappone ad essa in quanto è virtù annessa alla giustizia, caratterizzata dalla spontaneità nel compiere azioni buone, di cui la professione medica ha assolutamente bisogno per adempiere pienamente i suoi fini

Queste virtù non obbediscono ai criteri di una ragione calcolante, non si basano su una stretta relazione tra il dare e il ricevere. Comprendere la sofferenza dell'altro come la propria vuol dire riconoscere l'altro come prossimo, a prescindere da qualunque forma di reciprocità.

Senza un impegno etico del singolo medico non c'è alcuna certezza che in qualunque forma di assistenza sanitaria i fini o verità dell'assistenza medica siano garantiti. Il medico privo di sensibilità etica sacrificherà con facilità i prioritari interessi del paziente, il suo bene totale, agli

scopi personali della sua carriera. I medici statunitensi E. Pellegrino e D. Thomasma affermano con ragione: “Se si rincorre la carriera, l’unico altruismo possibile è quello che non ci permette di restare mai indietro e che non lede la nostra brama di essere primi”.

E’ da tenere presente che, a rendere più difficile e di conseguenza più meritevole questo impegno etico, si sono interposte oggi tra medico e paziente delle barriere tecnologico-scientifiche e burocratiche che hanno tremendamente depauperato eticamente e antropologicamente le loro relazioni.

Fattori di questo depauperamento sono:

a) la disumanizzazione della pratica medica; il medico diventa schiavo della tecnologia piuttosto che servitore dei suoi pazienti;

b) la specializzazione; il medico vede il paziente come una somma oggettiva di organi e di funzioni finemente misurati e quantificati; il paziente vede il medico come “centro di smistamento” verso una congerie di specialisti talvolta in conflitto tra di loro;

c) la burocratizzazione, il che vuol dire molteplicità di regole, strutture e procedure che spesso soffocano la dignità personale del paziente e le convinzioni morali del singolo medico;

d) la commercializzazione, il che significa imprenditorialità manageriale a somiglianza di qualunque altra attività al servizio del profitto; tutta l’attività medica è allora reinterpretata in termini di utilità economica.

Va comunque osservato che la causa del maggior oscuramento della dimensione vocazionale della professione medica si trova oggi in alcune implicazioni economiche dell’assistenza sanitaria.

Da quando la medicina con la scuola ippocratica cessa di essere un’attività sacrale, gli onorari dovuti per le attività medico-sanitarie svolte costituiscono un diritto ratificato socialmente e giuridicamente, su cui non c’è nulla da eccepire, ma la retribuzione economica relativa all’esercizio della professione medica non può ubbidire agli stessi criteri delle altre professioni e cioè, a criteri strettamente contrattuali. La connotazione vocazionale delle attività del medico esige che tale retribuzione sia un vero e proprio “onorario” che protegge l’onorabilità del professionista medico dall’accusa di arricchirsi in maniera sconsiderata sulla pelle dei malati.

Oggi l’attività professionale del medico viene utilizzata di fatto, a volte dal legislatore, a volte dall’industria o dalle società di assicurazione e anche dalle imprese commerciali operanti nel mondo della salute, in modo tale da condizionare con sanzioni, premi ed incentivi economici i servizi al paziente. Qualunque medico, sia nell’assistenza pubblica che privata, ha oggi sempre più frequentemente il difficile compito di rappresentare il bene e quindi gli interessi del paziente, spesso in conflitto con gli impegni che egli assume con l’istituzione in cui lavora, la quale a sua volta è vincolata a un terzo pagante (la Regione, la società di assicurazioni, l’ordine professionale convenzionato).

Le implicazioni economiche dell’assistenza sanitaria rendono oggi, spesso, il medico “custode responsabile” dell’allocazione delle risorse, e quindi dell’accesso o meno del paziente ad alcune cure soprattutto se costose e di alta tecnologia scientifica. Può accadere che, attraverso incentivi finanziari o di carriera, sia negativi che positivi, il medico possa essere indotto a contenere o dilatare esami diagnostici, terapie, operazioni, ricoveri; egli può trovarsi a gestire e a partecipare agli interessi economici dell’azienda o istituzione in cui lavora, i quali possono essere in conflitto con il bene del paziente.

Si può giustificare dal punto di vista etico l’eliminazione, senza danni per il paziente, delle cure non necessarie che riducono i costi dell’assistenza sanitaria. Non è etico, invece, incentivare l’interesse economico personale del medico quale movente delle cure mediche; facilmente, in questo ultimo caso, potrebbe essere indotto a raccomandare test diagnostici, terapie, interventi e ricoveri che non rispondono a bisogni reali del paziente.

Conclusioni

Cogliere la dimensione vocazionale della professione medica significa riconoscere e rispettare la moralità intrinseca alla pratica medica che non può essere distorta, pena la sua degenerazione nel carrierismo, la sudditanza al mercantilismo, la rincorsa al guadagno. Nessuno si aspetta che il commerciante o il banchiere cancellino il proprio interesse personale e pensino al bene del cliente, ma dal medico ancora sì. La legittimazione morale dello status sociale ed economico del medico è sempre stata e dovrebbe essere sempre il bene del paziente, scopo della pratica medica.

EDUCAZIONE MEDICA
MEDICAL EDUCATION

Ruolo del Tutor Clinico nelle Attività di Volontariato nei Paesi in Via di Sviluppo: l'Esperienza dei "Workcamp Perù" dell'Università Campus Bio-Medico di Roma

Clinical Tutoring for Medical Students in Volunteer Programs: "Workcamp Peru", University Campus Bio-Medico of Rome

ROSSANA ALLONI, MARIA FRANCISCA NAVAJAS, ANNUNZIATA D'ELIA*, ANNAMARIA ALTOMARE, ILARIA VISCONI

Facoltà di Medicina e Chirurgia. Università Campus Bio-Medico di Roma.

*Facoltà di Ingegneria Biomedica. Università Campus Bio-Medico di Roma

Premessa Questo contributo descrive l'attività di tutorato clinico svolta da medici dell'Università Campus Bio-Medico durante le quattro edizioni del campo di lavoro in Perù denominato "Workcamp Perù" (2006-2010). La presenza del tutor clinico è indispensabile per l'efficacia della formazione umana e professionale degli studenti che partecipano a queste iniziative rurali, che costituiscono un'occasione di crescita personale e di crescita professionale, sia per gli studenti che per i tutor.

Parole Indice Tutor clinico. Volontariato sanitario. Clinical skills

Background *The aim of this paper is to describe the role of clinical tutors during a volunteer medical program in Peru, promoted by University Campus Bio-Medico (Rome, Italy). Clinical tutors' activity improves students' performance and efficacy of clinical teaching in rural setting. This workcamp is a good setting for the education of students and tutors.*

Index Terms *Clinical tutors. Medical volunteer. Clinical skills*

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof.ssa Rossana Alloni
Università Campus Bio-Medico di Roma
Via Alvaro del Portillo 200 – 00128 Roma
E-mail: r.alloni@unicampus.it

Premessa

La nostra Università promuove dal 2006 un campo di lavoro estivo in una zona rurale del Perù, in collaborazione con un'istituzione locale; trattandosi di un'attività formativa promossa dall'Università, vi partecipano alcuni medici in veste di "tutor clinico".

Conclusa la quarta esperienza di "Workcamp Perù", abbiamo raccolto le nostre riflessioni sulle caratteristiche che il tutorato clinico assume in questo setting particolare.

Il "Workcamp Perù" dell'Università Campus Bio-Medico di Roma

Il Workcamp Perù è organizzato dall'Università Campus Bio-Medico in collaborazione col Centro per la promozione della donna "Condoray" di San Vicente de Cañete (Perù), che svolge da oltre 30 anni varie attività di formazione, soprattutto a favore delle donne che costituiscono l'elemento centrale della società peruviana rurale.

La zona in cui si svolge il campo di lavoro si trova a sud di Lima; è una zona arida, con coltivazioni nel fondovalle, a ridosso al fiume Cañete; è caratterizzata da una estrema povertà, da una grave carenza di infrastrutture (acqua potabile, fognature, elettricità, ecc); il lavoro agricolo è precario, mal retribuito e privo di mezzi moderni. I villaggi sono costituiti da baraccopoli in cui vivono migliaia di persone, per lo più donne e bambini. Il livello di istruzione e di cultura è molto basso. Le strutture sanitarie territoriali sono discretamente fornite dei mezzi diagnostici e terapeutici essenziali, ma hanno gravi carenze organizzative e di organico; buona parte della popolazione non vi fa ricorso, sia per le grandi distanze e la mancanza di denaro per pagare i mezzi di trasporto, sia perché nella popolazione generale la percezione della importanza di prevenire/curare le patologie è assai limitata, come pure la conoscenza dei principi di igiene e di puericultura.

Ai Workcamp hanno partecipato complessivamente 31 studentesse del Corso di Laurea in Medicina, 3 del corso di laurea in Scienze infermieristiche, 5 del corso di laurea in Dietistica, 6 studentesse del Corso di laurea in Scienze della Alimentazione e Nutrizione Umana, 11 del Corso di laurea in Ingegneria Biomedica; a queste si devono aggiungere altre volontarie, anche non appartenenti alla nostra Università. Per quanto riguarda le tutor, hanno partecipato 12 medici, 1 infermiera, 2 ingegnere, 8 docenti, professionisti di area non sanitaria (tabella I). Per ogni edizione il gruppo delle volontarie è stato composto da circa 20 persone tra le quali era presente almeno una tutor che aveva già partecipato al workcamp precedente,

per garantire la continuità dei rapporti con le istituzioni locali.

La nostra Università concorda ogni anno con il Centro Condoray le attività che studentesse e tutor svolgeranno nella zona di San Vicente de Cañete. Il gruppo di volontarie porta avanti, inoltre, uno o più progetti di studio e di ricerca che prendono spunto dalle necessità della popolazione locale e cercano di offrire soluzioni realistiche e realizzabili ad alcuni problemi. I progetti di ricerca finora realizzati hanno riguardato l'alimentazione (in particolare l'utilizzo di patate e tuberi locali), la sicurezza delle abitazioni (in particolare per ciò che riguarda gli impianti elettrici), la salute degli anziani.

Il Workcamp Perù nelle quattro edizioni 2006-2010 ha realizzato attività di prevenzione ed educazione alla salute, attivando un rudimentale ambulatorio di medicina generale, proponendo attività educative e ricreative per i bambini dei villaggi e lezioni di informazione e formazione per le donne dei villaggi, su temi sanitari (tabella II). L'attività medica, per quanto limitata a un generico controllo dello stato di salute della popolazione, ha registrato nel 2008-2010 un buon incremento, come si nota dal numero di visite eseguite in circa 21 giornate di attività. Ha fatto parte integrante del lavoro medico anche l'istruzione e formazione su temi di prevenzione e diagnosi precoce, attività esplicitamente richiesta dai partner locali e rispondente a un'evidente necessità della popolazione.

Descrizione

Tra le tutor di professione medica abbiamo potuto contare sia su medici con un'ampia esperienza clinica che su medici in formazione (specializzande), di diversa estrazione (internistica e chirurgica), tutte comunque con una precedente esperienza come tutor clinici nell'ambito delle attività curricolari del Corso di laurea in Medicina presso la nostra Università. Una volta definite le attività del workcamp, il primo compito delle tutor è stato definire gli obiettivi di apprendimento per le studentesse e gli obiettivi del proprio lavoro tutoriale (tabella III).

Nei mesi precedenti il workcamp le tutor hanno guidato sessioni di studio con le studentesse di Medicina, con l'obiettivo di conoscere le caratteristiche della popolazione della zona di Cañete, i principali problemi di salute, gli usi e costumi locali riguardo alimentazione, salute, medicina tradizionale. Inoltre in rapporto alle linee di ricerca di ogni workcamp le tutor hanno assistito le studentesse nella ricerca bibliografica e nella valutazione dei dati trovati nella letteratura internazionale e nella stesura del protocollo di ricerca, definendo le attività da svolgere e le responsabilità operative.

Attraverso i dati forniti dal Centro Condoray le tutor hanno organizzato il lavoro clinico nelle postazioni mediche previste nei vari villaggi, con una turnistica che consentisse a ogni studentessa di fare esperienza di diversi setting: l'ambulatorio del villaggio, le visite domiciliari, la partecipazione all'attività dei Centri di salute territoriali, le interviste agli abitanti dei villaggi per raccogliere dati su alimentazione e nutrizione. Inoltre ogni studentessa ha partecipato attivamente alle lezioni di igiene e prevenzione dirette alle donne e ai bambini dei villaggi.

Una volta sul posto, il lavoro delle tutor-medici è stato squisitamente clinico: ogni tutor ha assistito le studentesse sia per quanto riguarda l'acquisizione di *skills* tecniche che per quanto riguarda le *communication skills*, sia negli ambulatori che in occasione delle visite domiciliari. Le tutor hanno organizzato brevi lezioni su alcuni temi di immediata utilità (semeiotica fisica, epidemiologia, medicina preventiva, uso dello sfigmomanometro, ecc). Una tutor senior ha diretto il debriefing quotidiano in cui ogni studentessa poteva liberamente commentare gli avvenimenti del giorno, le esperienze vissute, i dati raccolti o le osservazioni fatte nel corso delle attività; la presenza di studentesse di differenti corsi di laurea ha arricchito queste riunioni di contributi molto originali; la sintesi finale della riunione forniva un consuntivo di ciò che era stato appreso e proponeva indicazioni per ulteriori osservazioni o temi per approfondimenti (sui testi disponibili e su Internet).

Al termine del Workcamp 2010 abbiamo esaminato il lavoro svolto dalle tutor-medici con le studentesse nelle quattro edizioni del progetto e l'abbiamo confrontato con il *Core Curriculum* del corso di laurea in Medicina, così come viene presentato dalla Conferenza Permanente dei Corsi di Laurea in Medicina (cfr sito della Conferenza dei Presidenti di Corso di Laurea in Medicina [1]).

L'attività svolta nei Workcamp abbraccia una serie di temi e di *skills* che si ritrovano nella descrizione di 23 Unità Didattiche Elementari (UDE) appartenenti a questi raggruppamenti:

- ◇ Metodologie e tecniche diagnostiche
- ◇ Medicina e sanità pubblica
- ◇ Metodologia clinica
- ◇ Scienze umane
- ◇ Funzioni biologiche integrate degli organi ed apparati umani
- ◇ Medicina della riproduzione e materno-infantile
- ◇ Malattie neurologiche e degli organi di senso
- ◇ Patologia sistematica integrata
- ◇ Clinica medica e chirurgica e cure primarie

Dalle relazioni presentate dalle tutor abbiamo potuto ricavare un profilo della formazione clinica che è stata fornita alle studentesse di Medicina, in termini di *skills* acquisite:

- ◇ Capacità di raccogliere e riportare per iscritto un'anamnesi completa sia di tipo medico che di tipo alimentare, di rilevare la pressione arteriosa omerale e la frequenza cardiaca, di utilizzare apparecchi semplici per la rilevazione di glicemia, colesterolemia, glicosuria e proteinuria;
- ◇ Capacità di rilevare in modo corretto le misure antropometriche più semplici, riportandole alle curve di accrescimento infantile fornite dalle autorità locali;
- ◇ Capacità di distinguere reperti macroscopici normali e patologici nell'esame obiettivo del paziente, relativamente all'osservazione del suo stato generale (decubito, stato di coscienza, stato di nutrizione, aspetto di cute ed annessi, ecc);
- ◇ Capacità di valutare le condizioni di vita delle famiglie, sapendo cogliere gli elementi potenzialmente nocivi per la salute negli ambienti di vita, nei comportamenti domestici, ecc e di intervenire suggerendo alternative realizzabili;
- ◇ Capacità di descrivere il sistema assistenziale locale, le risorse disponibili e la richiesta di prestazioni sanitarie da parte della popolazione (tutte le studentesse avevano partecipato all'attività clinica di almeno un Centro di salute locale, che eroga assistenza primaria gratuita di base).

Ruolo del tutor clinico nel Workcamp

Il volontariato è un'attività sociale apprezzata dai giovani, in particolare da chi si avvicina alle professioni dell'area del *health care*; molti giovani partecipano ad attività di volontariato di vario genere, molto spesso a favore di classi sociali disagiate o in Paesi in Via di Sviluppo (PVS). Sembra che la società si aspetti che i medici mettano a disposizione la propria professionalità in modo gratuito, almeno in alcuni ambiti, e siano sensibili alle necessità delle classi sociali disagiate o delle popolazioni dei Paesi meno ricchi [2]. Alcuni studi dimostrano che questo tipo di attività aumenta la sensibilità degli studenti verso i soggetti in difficoltà e in generale verso la società che li circonda [2, 3, 4, 5].

La nostra Università propone agli studenti attività di volontariato sia di tipo semplicemente "umanitario" (visite a persone anziane, attività ricreative per persone disabili, ecc) sia di tipo "professionale" in cui gli studenti dei diversi corsi di laurea possano mettere le loro conoscenze ed abilità al servizio di un gruppo sociale

svantaggiato. Questa seconda modalità di volontariato si concretizza nei Workcamp in Italia ed all'estero e nella partecipazione di alcuni studenti a progetti umanitari di altre Istituzioni.

L'impatto formativo positivo di queste esperienze è dimostrato non solo dall'esperienza degli educatori e dei docenti, ma anche dalla letteratura pedagogica specifica [2, 6] e ancor più dalla diretta testimonianza degli studenti stessi. Tuttavia ci sembra importante sottolineare che l'impatto formativo di queste esperienze è fortemente influenzato dal fatto che lo studente possa riflettere su ciò che sta facendo e sperimentando e possa approfondirne il significato a livello umano e professionale [7]. In questi setting spesso così particolari, l'attività tutoriale è fondamentale perché fornisce allo studente un interlocutore, un aiuto per reagire in modo personale e meditato alle provocazioni che il volontariato propone. C'è il rischio che queste attività, lodevoli per il lavoro socialmente utile che viene svolto, siano vissute superficialmente dagli studenti; si tratta di attività in cui si lavora molto, con un ritmo sostenuto, condividendo esperienze forti ma a volte senza avere il tempo di fermarsi a riflettere, a valutare il proprio operato o il proprio modo di affrontare gli eventi; non si arriva così a proporsi mete di miglioramento personale, di maturazione, di crescita professionale, e si corre il rischio dello scoraggiamento. L'attività umanitaria conserva tutto il suo valore positivo, ma dal punto di vista formativo potrebbe essere un'occasione sprecata.

Il tutor che partecipa a questo tipo di attività è a sua volta un volontario e questo implica la necessità di una riflessione personale – del tutor innanzitutto – sulle proprie motivazioni e di conseguenza sui propri comportamenti [8]. Nel corso degli anni, come si evidenzia nella tabella III, hanno partecipato al Workcamp tutor medici e tutor di altre professioni; il principio che è stato seguito nel reclutamento delle tutor è di avere una proporzione tra tutor e studentesse che consentisse la massima disponibilità per un tutorato personale o un *counseling*.

Un punto fondamentale per il tutor clinico impegnato in queste attività è la professionalità che secondo noi si rivela in questi aspetti: conoscenza e condivisione degli obiettivi del progetto di volontariato in questione, conoscenza nei dettagli del proprio compito sia come professionista e che come tutor, adesione allo spirito del progetto e fattiva collaborazione con chi lo dirige, in modo che vi sia una sostanziale unità di scopi, indispensabile per una buona gestione dell'attività [7].

La professionalità del tutor entra in gioco già nella preparazione dell'attività, quando la si organizza e si definiscono gli obiettivi formativi professionalizzanti per gli studenti in relazione alle situazioni cliniche offerte dal setting – per quanto prevedibile. Nella nostra esperienza abbiamo notato che l'aspettativa delle volontarie

riguardo il lavoro da svolgere è grandissima, con un forte entusiasmo che è ovviamente alimentato dalle sessioni preve di studio e di organizzazione pratica (esercitazioni nell'uso della lingua spagnola per le interviste ai pazienti, esercizi di raccolta dati sull'alimentazione, lettura di report sulle condizioni socioeconomiche del Paese, ecc). In questa fase il tutor ha un ruolo di moderatore dello studio in piccolo gruppo e deve fomentare l'unità del gruppo di volontari. Il primo ostacolo che il gruppo deve affrontare senza frammentarsi, anzi trovando nell'unità le risorse per superare le difficoltà e realizzare il lavoro previsto, è lo scontro con la realtà dell'ambiente dei PVS: nel caso del Perù, un ambiente rurale, molto povero, arretrato e a volte privo di risorse indispensabili (acqua corrente, energia elettrica, ad esempio). Anche adattarsi ad un ritmo di vita molto diverso da quello europeo rappresenta uno scoglio da superare. Le tutor devono gestire il gruppo dando modo alle volontarie di poter riflettere, esprimere commenti, trovare risposte davanti alle differenze rispetto alla vita in Italia; è importante guidare la discussione sottolineando le osservazioni positive e dando voce alla constatazione di ingiustizie sociali, spesso dolorose e che suscitano sentimenti contrastanti, senza però lasciare spazio all'emotività sterile.

Nei debriefing le tutor hanno consentito che affiorassero sia le tensioni e i commenti negativi sulla vita nelle baraccopoli, sia le osservazioni positive: ad esempio, sullo sforzo di molti abitanti di migliorare il proprio tenore di vita apportando migliorie alle abitazioni, adottando misure igieniche adeguate, approfittando delle opportunità di formazione umana e professionale per migliorare le proprie condizioni. Attraverso le domande e le osservazioni delle studentesse sono stati approfonditi temi come la tutela della salute nella popolazione generale in Italia e in Perù, la tutela della maternità e del diritto alla salute dei bambini e degli anziani, le modalità di tutela della salute dei migranti, degli stranieri immigrati in Italia, ecc. Ad esempio, dai debriefing svolti in Perù nel 2009 sono nate alcune iniziative, poi realizzate nel Workcamp successivo.

Alcuni aspetti della formazione impartita nei Workcamp

Nei *debriefing* si festeggia anche il progresso delle volontarie nelle *skills* cliniche: è di grande soddisfazione poter riferire di aver appreso a rilevare correttamente la pressione arteriosa omerale, oppure aver acquisito sicurezza nell'uso del pungidito per ottenere la goccia di sangue necessaria per dosare la glicemia, ma è anche un successo l'aver scoperto che una lesione cutanea di un bambino era solo...una macchia di sporco.

Al termine del Workcamp le tutor hanno osservato, in tutte le edizioni, che le studentesse di Medicina avevano acquisito molte abilità pratiche e che le utilizzavano con disinvoltura; le studentesse di altri corsi di laurea avevano acquisito alcune *skills* cliniche, le più semplici di solito, grazie all'insegnamento delle studentesse di Medicina che le avevano istruite e coinvolte come collaboratrici in momenti di maggiore intensità del lavoro clinico. In questo modo, il tutorato clinico è stato esercitato "tra pari", oltre che in modo istituzionale da parte delle tutor ufficiali.

In un'attività come il Workcamp Perù possono essere trasmessi contenuti didattici del core curriculum di Medicina appartenenti soprattutto ad alcuni Ambiti culturali come la Sanità pubblica e la Medicina della riproduzione e materno-infantile.

La carenza, in questa zona del Perù, di mezzi diagnostici a contenuto tecnologico (ecografia, TC, Radiologia tradizionale, ma anche molti esami ematochimici che nel nostro Paese sono ritenuti di routine); questo ha riportato in primo piano la semeiotica fisica, un elemento della Medicina che viene troppo spesso trascurato nel mondo ipertecnologico occidentale. Una buona parte della didattica svolta dalle tutor ha riguardato proprio la semeiotica fisica (come eseguire un esame obiettivo generale, cardiologico, dell'apparato tegumentario, ecc) ed il ragionamento clinico fondato su un'accurata raccolta dell'anamnesi.

Il gruppo di tutor clinici della nostra Università ha segnalato da tempo che è prioritario educare gli studenti all'osservazione, a cogliere i particolari mediante l'uso dei sensi e a "notare" cambiamenti e anomalie; lo spirito di osservazione sembra un aspetto carente negli studenti più giovani. Forti di queste osservazioni, le tutor hanno proposto alcuni obiettivi di apprendimento a breve termine (indicazioni date al briefing quotidiano, per il lavoro clinico del giorno successivo) relativi all'osservazione: controllare la dentatura di tutti i pazienti che si sarebbero presentati all'ambulatorio (l'igiene del cavo orale è del tutto trascurata e la carie è devastante già nei bambini in età scolare) e esprimere commenti; oppure osservare, durante le visite nelle case, le modalità di conservazione dei cibi (nessuna casa ha il frigorifero, che ha costi proibitivi); oppure osservare l'andatura delle persone adulte del villaggio (la gonartrosi è diffusissima tra i lavoratori dei campi; le lesioni traumatiche del piede sono frequenti). Nel debriefing è stata poi esplicitata la correlazione tra le osservazioni e le nozioni di anatomia, fisiologia e fisiopatologia, patologia e clinica.

L'attività tutoriale nell'ambito delle *communication skills* ha interessato soprattutto l'aspetto professionale, in quanto le relazioni umane si sono stabilite spontaneamente in un clima di simpatia e di fiducia al di là della

limitata conoscenza della lingua. La necessità di adottare alcune misure di sicurezza ha creato sulle prime qualche difficoltà alle volontarie: usare i guanti sembrava dare un messaggio di "difesa" e perciò di "distanza" tra volontarie e popolazione. Nello stesso modo, utilizzare soluzioni alcoliche disinfettanti per le mani, prima e dopo ogni visita, sembrava un po' imbarazzante, quantomeno insolito, ma con un'adeguata spiegazione siamo arrivate ad un uso abituale dell'*hand rub*, come del resto è buona pratica fare in ogni ambiente sanitario, senza generare alcun problema nei rapporti con i pazienti. In senso opposto, le tutor hanno incoraggiato l'uso dei guanti per l'esecuzione del prelievo di sangue dal dito per la misurazione della glicemia, trattandosi di una manovra a rischio di contaminazione degli operatori.

Conclusioni

Per un tutor clinico l'esperienza del volontariato in un Workcamp rappresenta una sfida ma anche un arricchimento, sia sul versante professionale che personale.

Il tutorato clinico nel Workcamp ha molte analogie con il tutorato clinico che si svolge nel nostro Policlinico, ma anche alcune differenze interessanti. La più evidente e stimolante è che ci si trova a condividere con le studentesse non solo l'attività professionale ma anche la vita quotidiana (molte ore di viaggio, dormire in locali comuni, preparare insieme i pasti, ecc); tutto ciò è un'esperienza particolare dell'università come comunanza di vita tra discenti e docenti, quasi un ritorno alle origini dell'istituzione universitaria. Nel Workcamp c'è più tempo per stare con le studentesse, per commentare, fare *debriefing*, rispetto a quanto accade nel tirocinio clinico nei nostri ospedali in cui il ritmo di lavoro spesso non consente al tutor di avere il tempo necessario per dedicarsi alla formazione degli studenti. Il Workcamp va delineandosi per la nostra Università come un'esperienza formativa valida sia per studenti che per docenti e in particolare molto positiva per i tutor clinici.

Autori

Rossana Alloni è la responsabile scientifica dei Workcamp ed ha strutturato e scritto l'articolo.

Maria Francisca Navajas e Annunziata D'Elia hanno collaborato nella raccolta dei dati.

Annunziata D'Elia ha rivisto l'articolo per la pubblicazione.

Tutte le autrici hanno partecipato ai Workcamp Perù.

Bibliografia

1. Core Curriculum del Corso di Laurea Magistrale (Specialistica) in Medicina e Chirurgia www.presidentimedicina.org/core_curriculum [accesso: 4.11.2010].
2. Frank E, Breyan J, Elon L. Pro bono work and nonmedical volunteerism among US women physicians. *J Womens Health (Larchmt)*. 2003 Jul-Aug;12(6):589-98.
3. Jotkowitz AB, Glick S, Porath A. A physician charter on medical professionalism: a challenge for medical education. *Eur J Intern Med*. 2004 Feb;15(1):5-9.
4. O'Toole TP, Hanusa BH, Gibbon JL, Boyles SH. Experiences and attitudes of residents and students in fluence voluntary service with homeless populations. *J Gen Intern Med*. 1999 Apr;14(4):211-6.
5. Fasano LA, Muskin PR, Sloan RP. The impact of medical education on students' perceptions of patients. *Acad Med*. 1993 Oct;68(10 Suppl):S43-5.
6. Naylor RA. The world is the stage for medical student education. *Focus on Surgical Education* 2009; 26(2):25-39.
7. Binetti P, Alloni R. *Modi e modelli del tutorato*. Magi Editore, Roma 2004.
8. Nordlund JJ. Volunteering for humanitarian projects. *Clin Dermatol*. 2009 Jul-Aug;27(4):395-400.

Tabella I

CL di appartenenza delle volontarie	2006	2008	2009	2010
MEDICINA	8	10	6	7
SCIENZE INFERMIERISTICHE	2	0	0	1
SCIENZE NUTRIZ. ALIMENTAZIONE	0	2	4	0
INGEGNERIA BIOMEDICA	2	2	3	4
DIETISTICA	1	2	2	0
Totale studentesse	13	16	15	12
<i>TUTOR MEDICI</i>	2	2	4	4
<i>TUTOR INGEGNERI</i>	0	1	0	1
<i>TUTOR INFERMIERE</i>	1	0	0	0
<i>ALTRI TUTOR</i>	2	3	2	1

La tabella riporta le caratteristiche accademiche delle volontarie che hanno partecipato alle varie edizioni del Workcamp in Perù

Tabella II

Attività svolte durante il Workcamp

	2006	2008	2009	2010
Ambulatorio di medicina generale	120	187	240	410
Visite domiciliari	25	8	15	15
indagine su nutrizione ed alimentazione: numero di interviste	-	57	120	80
Lezioni nei villaggi per donne e ragazzi	5	4	8	13
Attività educative per bambini (1 sessione=3 ore)	30	30	30	30

La tabella illustra le attività svolte dalle volontarie durante i Workcamp, riportando i tipi di attività e il numero delle prestazioni eseguite.

Tabella III

Obiettivi dell'attività dei tutor clinici durante i Workcamp Perù

Obiettivi dell'attività tutoriale	Setting
Favorire la conoscenza reciproca tra le volontarie	Riunioni di studio e organizzative in Università
Supportare le studentesse nell'acquisire conoscenze sulla situazione sociosanitaria della popolazione locale	Riunioni di studio in Università
Verificare il livello di conoscenze di base (Anatomia, fisiologia, semeiotica) tra le studentesse e fornire materiale integrativo	Riunioni di studio in Università
Valorizzare le diverse professionalità presenti nel gruppo di volontarie, favorire il lavoro di gruppo interprofessionale	Riunioni di studio in Università, Workcamp
Far raggiungere ad ogni studentessa un buon livello di abilità nello svolgimento dell'attività medica (raccolta anamnesi, esame obiettivo, rilevazione parametri)	Riunioni di studio in Università, Workcamp
Far emergere in modo positivo e propositivo il confronto tra la realtà locale e la realtà sociosanitaria italiana	Workcamp (<i>debriefing</i>)
Incoraggiare a partecipare all'attività educativa in modo attivo, nonostante le difficoltà legate alla lingua	Workcamp
Valorizzare le occasioni di apprendimento e di crescita dal punto di vista personale e relazionale	Workcamp
Favorire la partecipazione di ogni studentessa all'attività in corso	Workcamp
Sostenere il lavoro di ricerca, in particolare lo svolgimento delle attività di raccolta dati (interviste, raccolta di materiali ecc)	Workcamp

EDUCAZIONE MEDICA
MEDICAL EDUCATION

Specializzandi in Anestesia e Rianimazione: Gruppo di Formazione *Anaesthesia and Reanimation Post-graduate Students: a Training Group*

PAOLA MANFREDI

Cattedra di Psicologia Clinica. Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Brescia

Premessa L'ordinamento della specialità in Anestesia e Rianimazione prevede al secondo anno un insegnamento di Psicologia Clinica. In un incontro preliminare con gli specializzandi è emerso nel gruppo un disagio rispetto alla loro immagine, che, specie nei rimandi all'interno del reparto, era di volta in volta connotata nei termini di autonomia e onnipotenza vs. dipendenza e incapacità. Si è quindi concordato di intraprendere, a partire da queste tematiche, un breve percorso formativo in gruppo. **Metodo** Si è deciso di articolare il lavoro in altri quattro incontri di 90 minuti. **Descrizione** Dal lavoro grupppale è emerso come queste immagini contrapposte appartengano agli stessi specializzandi e come la dicotomia, inscritta già nella doppia designazione della specialità -anestesia e rianimazione-, informi varie e significative dinamiche: narcisismo e riparazione, responsabilità verso il paziente o verso la Medicina, autonomia o collaborazione. **Conclusioni** Al di là degli specifici temi ci pare interessante sottolineare come questa modalità di lavoro abbia consentito, pur in un lasso di tempo breve, di avvicinare in termini più personali e significativi giovani adulti all'inizio della loro attività lavorativa. Questo forse può essere un utile "apprendimento dall'esperienza": ossia che esista un tipo di formazione differente da quello tipicamente universitario, che ha come obiettivo l'aumento della consapevolezza delle proprie dinamiche interne per meglio svolgere una professione d'aiuto.

Parole Indice Specialità di anestesia e rianimazione. Formazione, gruppo. Psicologia clinica

Background *The teaching organization of the Anaesthesia and Reanimation post-graduate course offers a Clinical Psychology course at the second year. During the first meeting the post-graduate students expressed an uneasiness concerning their own professional image that, inside the department, was from time to of autonomy and omnipotence vs. dependence and incapability. It has therefore been decided to undertake a brief educational group course, starting from these themes. Method* Another four meetings of 90 minutes were planned. **Description** *During the course it emerged that these antithetic images belonged to the same post-graduate students and that the dichotomy, inbuilt in the double designation of the specialty - anaesthesia and reanimation -, underlines various and meaningful dynamics: narcissism and reparation, responsibility towards the patient or towards Medicine, autonomy or collaboration. Conclusions* *Beyond the specific themes and despite the short length of the course, it seems interesting to underline that this working plan has allowed us to approach in more personal and meaningful terms, young adults who are at the beginning of their profession. Perhaps this can be a useful "learning from the experience" activity: that is a type of formation that is different from the typically university one which has the objective of increasing the awareness personal inner dynamics in order to better develop a profession which really helps people.*

Index terms *Anaesthesia and reanimation specialty. Formation group. Clinical psychology*

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof.ssa Paola Manfredi
Cattedra di Psicologia Clinica Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Brescia
Viale Europa, 11- 25123 Brescia
E-mail: manfredi@med.unibs.it

Premessa

Quando si è impegnati ad acquisire una specifica competenza professionale, non è facile avere curiosità ed elasticità sufficienti per interessarsi a discipline che non si considerano centrali nel proprio curriculum, tanto più se queste si declinano secondo paradigmi differenti. E' questa ad esempio un'evenienza comune in molti studenti di medicina italiani rispetto alle discipline psicologiche, complice anche il fatto che frequentemente la didattica è costretta ad articolarsi in lezioni *ex cathedra*. Le specialità offrono invece, in forza di un più congruo rapporto numerico docente/discenti, l'opportunità di proporre attività di tipo formativo più che solo informativo.

L'utilità di un apprendimento attivo e in piccoli gruppi è da tempo nota (Kagan, 1992) e promossa anche per insegnamenti medici (Walton, 1997) e per l'anestesia in particolare (Tweed, 1994). In genere i contenuti dell'insegnamento vertono su aspetti più tecnici, sebbene la letteratura non sottovaluti il ruolo delle *non-technical skills*. In particolare, in una recente rassegna di tali abilità in anestesia, Fletcher et al. (2002) propongono una distinzione di tale competenze in due sottogruppi: l'uno di abilità cognitive o mentali - che includono il prendere decisioni, la pianificazione, la corretta rappresentazione della situazione - e l'altro di abilità sociali o interpersonali - che hanno a che fare con la capacità di lavorare in gruppo, con le competenze comunicative e con aspetti di leadership. Gli autori sottolineano come le abilità "non-tecniche" abbiano una grande influenza sulle performance dell'anestesista e sulla sicurezza del paziente, ma come la letteratura sia priva di più precise e dettagliate definizioni ed analisi di tali abilità, nonché di strumenti di misura delle stesse. Il poter giungere a definizioni e priorità condivise, sebbene sia un obiettivo auspicabile, dovrebbe però contemplare la possibilità di accogliere e dare risalto a differenti tradizioni culturali, che caratterizzano diversi paesi e differenti orientamenti teorici. Nella letteratura internazionale, e in quella americana in particolare, prevalgono letture di tipo cognitivista, orientate all'apprendimento di "abilità" (*skills*), altri orientamenti hanno invece un focus un po' diverso. I gruppi Balint e le varie proposte formative ad orientamento psicoanalitico, ad esempio, propongono spazi di elaborazione e di pensiero, con l'obiettivo di accrescere delle "capacità", sia per tutelare la salute di chi è quotidianamente esposto alla sofferenza e all'angoscia di pazienti e parenti, sia per salvaguardare la qualità dell'assistenza offerta.

Da oltre mezzo secolo si è, infatti, osservato che "gli studenti di medicina tendono ad avere determinate attitudini, sistemi di valori e di difesa, che non sembrano consonanti con le domande e le gratificazioni di una professione orientata al servizio" (Eron, 1955) ed ancora attuale è l'interrogativo se non sia proprio un certo tipo di formazione,

un determinato curriculum che incoraggi queste distorsioni. Un tempo gli studi proponevano le percentuali dei disturbi secondo la nosografia psichiatrica, ora la ricerca ha focalizzato il proprio interesse sui problemi legati all'affettività ed in particolare all'alessitimia (Shapiro, 2011, Lală, Bobîmac, Tîpa, 2010; Zaid, Chan, Ho 2007; Assadi, Nakhaei, Najafi, Fazel 2007; Benítez et al. 1989; Arnstein, 1986; Notman, Salt, Nadelson, 1984; Fogel, Bishop, 1983), problemi rispetto ai quali potremmo riproporre parimenti l'osservazione di Eron, cioè che la loro presenza sia molto poco consonante con le professioni d'aiuto.

Nel proprio lavoro e nello stesso percorso formativo, il medico si trova inevitabilmente esposto a forti emozioni e ad interrogativi, che hanno implicazioni affettive profonde, non solo nei confronti dei pazienti, ma in primis rispetto all'immagine (professionale) di sé. Una singolare conferma della fatica e della necessità di un adattamento psichico da parte del medico, emerge in un importante lavoro di Marcus (2003). L'autore, attraverso l'analisi di 400 sogni di studenti e specializzandi in medicina, il cui contenuto manifesto riguardava la formazione medica, mette in luce quali esperienze della realtà appaiano psicologicamente formative e quale sia l'adattamento emotivo degli studenti. L'autore ravviserebbe un'immagine inconscia di eroe-guaritore e fantasie dapprima masochistiche e poi sadiche: tali fantasie sarebbero evocate dalle dolorose ansie di adattamento emotivo rispetto alle esperienze della formazione medica e rappresenterebbero tentativi di difesa rispetto a tali angosce.

Sebbene il lavoro qui presentato abbia un obiettivo e un rilievo assai più modesti, esso dà testimonianza di alcune dinamiche psichiche, che coinvolgono medici in formazione, in particolare un gruppo di specializzandi in anestesia e rianimazione.

Il recente e più diretto rapporto con i pazienti e con i colleghi, e quindi il maggior contatto anche con gli aspetti affettivi del proprio lavoro, ha reso infatti possibile una domanda di formazione diversa: lo spazio curriculare, dedicato alla psicologia clinica, è stato utilizzato per un percorso formativo centrato sull'espressione e la lettura dei vissuti degli specializzandi.

Metodo

Al secondo anno della specialità di anestesia e rianimazione è previsto un insegnamento di Psicologia Clinica. Generalmente la didattica all'interno delle specialità offre più opportunità di scelta rispetto alla modalità d'insegnamento, che può declinarsi in lezioni frontali, ricerche, incontri seminariali o altre attività. Si è organizzato un primo incontro informale con gli studenti (in tutto undici) con l'obiettivo di capire qual fosse il loro interesse, a partire

dall'esperienza che stavano vivendo come specializzandi. Lo spazio loro offerto è stato immediatamente utilizzato per parlare a ruota libera delle difficoltà rispetto al percorso formativo e alle realtà ospedaliere. Nonostante venissero comunicati quegli aspetti della propria esperienza meno piacevoli o facili da vivere, si apprezzava infondo un certo piacere a far parte di una categoria in qualche modo elitaria ("si soffriamo, ma noi siamo un po' speciali e tutto questo ci piace"). Le tematiche emerse si catalizzavano attorno a due temi: il rapporto con il paziente e l'immagine di sé. A conclusione dell'incontro, si è deciso di intraprendere un lavoro formativo in assetto grupppale, affrontando il secondo tema, centrandosi quindi più su una dimensione personale e identitaria. In particolare l'interesse per tale lavoro sembrava legato al disagio di dover tollerare rimandi di immagini molto diverse, polarizzate su dimensioni di autonomia e competenza vs. immagini di incapacità e inadeguatezza, che provenivano dai tutor, dal personale infermieristico e che trovavano espressione anche in scelte organizzative rispetto al percorso che li riguardava.

Nel contratto con il gruppo, oltre a definire, come già detto, modalità e focus del lavoro, sono state stabilite alcune regole rispetto alle modalità comunicative nel gruppo e rispetto alla privacy, tenuto conto in particolare che, frequentemente, il luogo in cui avviene la formazione può diventare la sede di assunzione lavorativa.

Descrizione degli incontri

Il primo lavoro proposto ha avuto come tema l'immagine che ognuno aveva rispetto al ruolo dell'anestesista-rianimatore e la motivazione alla scelta di questa specialità. Nonostante non fosse indicata una modalità specifica per narrare il percorso di vita che li aveva condotti alla specializzazione, la maggioranza ha esposto a voce il proprio percorso senza avvalersi di supporti grafici o medialità e quindi senza lasciare traccia. A dispetto della facilità con cui aveva preso avvio la discussione iniziale, vi è stata una certa ritrosia, una sorta di pudore nel rompere il ghiaccio e raccontare il proprio percorso, giustificato con l'idea che si trattava di storie piuttosto banali, normali, non di grandi eventi. Questo dato era abbastanza generalizzato, così come condivise erano in gran parte le motivazioni e le esperienze ricordate. Pur nella diversità manifesta di temperamenti dissimili, alcuni elementi sono infatti risultati comuni: esperienze in croce rossa e in pronto soccorso, esperienze non del tutto appaganti in altri reparti, idea che questa specialità sia più completa rispetto alle altre, che offra l'occasione di riscontri immediati rispetto al proprio operato, rispetto ai ritmi più lenti di altre specializzazioni, che richieda scelte ragionate e non la ripetizione un po' pedissequa di protocolli definiti. Emerge un'immagine

grupppale in cui l'anestesista rianimatore è "il medico" che sa gestire gestioni ad alto rischio e, nella sottolineatura di alcuni, che vive in situazioni di intensità emotiva mantenendo la calma, (apparentemente) senza avvertire ansia: elementi questi che hanno esercitato una forte attrattiva verso tale professione.

Nell'articolazione più dettagliata della figura professionale, le tematiche comunicate sembrano organizzarsi secondo modalità dicotomiche. L'anestesista è infatti pensato come occupante un posto di preminenza nell'ambito sanitario. In ragione della sua approfondita conoscenza del funzionamento dell'intero corpo - a differenza di altre specializzazioni che hanno un focus molto più ristretto - egli è in grado di intervenire e risolvere le situazioni cliniche che vedrebbero impotenti o inefficaci altri specialisti: ciò pone l'anestesista nella posizione del protagonista. Ma a questa posizione preminente, a questo essere in luce, protagonista della scena, fa da contraltare lo stare invece in ombra, per cui il lavoro (anche mentale, di scelta creativa e non ripetitiva) non trova riscontro, né nell'immaginario comune (anestesista è quello che fa addormentare), né nei pazienti per i quali "quello che conta è il chirurgo". Tra l'altro questo "essere bravi in sordina" o in segreto, se da una parte causa una certa frustrazione, una sorta di irritazione, dall'altra sembra recare con sé un piacere particolare: è una bravura o una competenza che non tutti sono in grado di cogliere ed apprezzare e ciò rende chi sa un po' speciale (separato e distinto) rispetto a coloro che non sanno.

La posizione particolare, un po' a sé, dell'anestesista, trova conferma anche rispetto al percorso di formazione degli specializzandi: a lui è riservata la possibilità di non confondersi nel multiplo codazzo del giro visita, ma è fin da subito autonomo; salvo però essere surclassato dall'infermiera esperta o ritornare "piccolo" quando altre esigenze organizzative lo prevedano.

Questo apprezzato vissuto di autonomia sembra condiviso anche dagli strutturati, ma nell'osservazione di questo tratto nei propri tutor è stato possibile notare come sovente si intrecci a vissuti di separatezza e rivalità - tu sei il mio specializzando; io faccio così, così è bene (gli altri sono meno capaci), tu farai come me -: sembra non si sia spazio né per un confronto, né per uno scambio con altri.

In generale mi sembra si evidenzino una dinamica di tipo narcisistico in cui si oscilla fra il sentirsi grandi, autonomi, capaci, e il sentirsi invece incapaci e piccoli. Le immagini contrapposte che, in un primo tempo sembravano appartenere solo alle persone con cui gli specializzandi venivano a contatto per il lavoro in ospedale, di fatto erano le stesse che essi si portavano dentro e il disagio non era quindi tanto "fuori" ma "dentro".

Se in qualche misura in ogni percorso formativo è possibile ravvisare temi analoghi (per definizione qualcosa è acquisito ed altro è da apprendere), ciò che colpisce

è l'intensità con cui essi sono proposti ed il fatto che vi sia, rispetto a queste tematiche, un vissuto di sintonia fra l'ambiente esterno e quello interno.

E' plausibile che per affrontare questo tipo di specializzazione, che propone già nella sua stessa dizione una dicotomia (anestesia / rianimazione) si richieda un funzionamento mentale analogo (poco conta forse se, date certe caratteristiche si scelga il lavoro più simile, o se si sviluppino successivamente alcune caratteristiche). In fondo la grande dicotomia che qui si gioca è tra la vita e la morte: è plausibile che i meccanismi in campo per stazionare in questo territorio estremo prevedano l'oscillazione fra vissuti di onnipotenza e di impotenza.

Un altro elemento significativo è rinvenibile nello spiccato (e condiviso nel gruppo) vissuto di responsabilità, secondo il quale essendo medici ci si pensa per così dire sempre in servizio, chiamati a rispondere in ogni situazione di vita quotidiana (in aeroporto, ai festeggiamenti per una comunione) e, soprattutto, in maniera efficace e competente. Viene riportato con grande disagio e direi quasi senso di vergogna l'evenienza per cui laureati in medicina con diversa specializzazione – es. in oculistica – non sarebbero in grado di prestare soccorso a chi stesse male e alla canonica richiesta “non c'è un medico?” celerebbero, per inadeguatezza, la propria identità professionale. A questo vivo senso di responsabilità, che farebbe pensare a una dimensione di diffuso altruismo, fa da controcanto l'osservazione per cui, riportando l'esperienza di un collega che è stato in grado di prestare soccorso ad un bambino per strada e di salvargli la vita, si commenta un po' cinicamente che di fatto ha lavorato gratis e la madre capace di spendere 150,00 euro per una visita oculistica ha avuto salva la vita del figlio senza spendere un euro. Lo stesso tema ricorre nell'osservazione esterna dei propri tutor che, di nuovo, da una parte salvano la vita e dall'altro “fanno marchette con le tette”(il riferimento è alle prestazioni nell'ambito della chirurgia plastica).

Per meglio mettere a fuoco il concetto di responsabilità e meglio distinguere quanto esso si declini in un ambito per così dire privatistico o individuale, in cui al di là di effettive responsabilità è per la mia coscienza, per la mia identità di medico, diremmo meglio per la mia autostima, non tollerabile il non sapere prestar aiuto e quanto invece questa responsabilità sia più connotata in termini relazionali, è stata proposta la lettura di un sunto di “Un nemico del popolo” di Ibsen, nella versione proposta da Castellano (2008)¹. Inizialmente il gruppo ha “solidarizzato” con il dott. Tomas Stokmann, vissuto come persona prodiga ed entusiasta. Tutto il male era posto fuori, nei politici e in

coloro che venivano visti sfruttare il medico per i propri fini. Operata l'identificazione con il protagonista, facile era il passaggio alla nostra società e alle realtà sanitarie del nostro territorio. La difesa della medicina e dell'autonomia delle scelte dei medici, a dispetto di più prosaiche considerazioni economiche, hanno trovato largo consenso nel gruppo. Molto meno piacevole è stato lasciare (parzialmente) una posizioni più idealistica per rendersi conto che, se pure la medicina ha come fine la cura dei pazienti, la salvaguardia di questa disciplina, il rispetto quasi religioso delle verità mediche, senza capacità di giocare compromessi, di negoziare con altri esseri umani ed altre realtà, di fatto fallisce l'obiettivo primario della medicina: si tutela la scienza medica, ma non i pazienti. Nel gruppo però l'integrità di colui che non scende a patti, ma tiene fermamente la propria posizione, scientificamente indiscutibile, come il protagonista della storia, ha mantenuto un certo fascino. Essere medico di fronte alla comunità dei medici e di fronte alla medicina ed essere medico di fronte ai pazienti mi è sembrato un tema affettivamente aperto. Verosimilmente narcisismo e altruismo (o riparazione) sono temi intrecciati, in quote e combinazioni variabili, nella storia di ogni professionista. Nel lavoro quotidiano non è sempre facile avere consapevolezza di quanto alcune scelte rispondano ad interessi personali, narcisistici e quanto pongano al centro l'interesse del paziente. Mantenere l'interrogativo rispetto a quale sia il fine del nostro operato quotidiano, a chi giovi davvero una certa decisione, in quali quote sono rappresentati i diversi interessi delle parti in gioco, può essere un esercizio di qualche utilità.

Vista l'inclinazione dei membri del gruppo a contare prevalentemente su se stessi, a sentirsi unici responsabili e ad operare scelte in termini individuali, è stata proposta un'esercitazione di gruppo, nella quale la risoluzione positiva del gioco richiedeva la capacità di intessere alleanze e trovare una mediazione fra esigenze diverse. In particolare l'esercitazione ruotava attorno all'acquisto di una particolare motocicletta, che, per i vincoli imposti di budget ai vari contendenti, poteva concludersi in maniera soddisfacente solo attraverso un'opera di mediazione e di accordo fra le parti. In maniera piuttosto singolare il gruppo ha espresso effettivamente un'alleanza, ma questa è stata promossa e guidata da chi perseguiva il proprio specifico interesse (il mediatore del venditore) e che rispetto all'accordo proposto non cedeva nulla e aveva solo da guadagnare (nel gioco cioè concludeva la vendita al prezzo più alto): una mediazione in altri termini proposta da un terzo. Tra l'altro la proposta viene avanzata e portata avanti con un'abilità da “giocatore di poker”: il mediatore cioè non sembra tenere in alcuna considerazione le stringenti necessità economiche del cliente che rappresenta, né sembra preoccupato delle proprie; bluffa sulla propria posizione nel gioco e si distacca dal ruolo assegnato. Questa posizione viene nel

¹ Castellano S. Pensare narrando. Storie vere e storie inventate nell'attività di cura. Centro Scientifico Editore, Torino 2008: 169.

gruppo ancor più enfatizzata da chi apertamente si dissocia dal mandato assegnato nel gioco, idealmente dichiarando preferibile il “fallimento” (nel gioco il licenziamento) al sottostare a vincoli non condivisi nella contrattazione per l’acquisto della motocicletta.

Al di là quindi delle diverse variabili interpersonali e intrapsichiche, si conferma una certa fatica nel muoversi in termini gruppali, nel gestire situazioni che richiedano delle mediazioni, nel non poter fare da soli e scegliere autonomamente.

Di nuovo però compare la dimensione opposta: quanto nelle scelte consapevoli e verbalizzate si “gioca da soli” tanto invece, pur in pochi incontri, si percepisce il piacere di stare insieme, il clima di gruppo è buono, vi è un senso di curiosità delle diverse voci e di sereno e proficuo confronto.

Nell’ultimo incontro si è deciso di puntare l’attenzione in maniera esplicita su questa componente affettiva. Si è proposto agli specializzandi di comunicare qualcosa di sé al gruppo e si è verificata la capacità del gruppo di riconoscere i vari identikit (anonimi) dei partecipanti. In un clima caldo ognuno ha espresso aspetti rilevanti di sé e, nella domanda finale dello schema proposto “Voglio dirvi che..”, sono stati comunicati contenuti di stima, apprezzamento e vicinanza. Tutti i profili sono stati individuati ed ognuno ha avuto la conferma di essere stato visto. “Come anestesisti dobbiamo stare attenti ai particolari!” è stato il commento del gruppo ... e forse si colgono molte più cose di quanto non si sappia.

Rispetto alle dinamiche gruppali, va sottolineato un aspetto particolare di questo gruppo: gli anestesisti, essendo al secondo anno di corso, già si conoscevano, mentre più sconosciuto, almeno per quanto riguardava il ruolo nel gruppo, era il conduttore. All’inizio vi era quindi un gruppo coeso nell’identità professionale e cautamente contrapposto a chi aveva invece un’identità “psi”. Nel corso degli incontri, l’immagine più omogenea e compatta dell’inizio, ha lasciato spazio ad una crescente differenziazione, che è andata di pari passo con una maggiore elasticità dei ruoli assunti dai componenti nel gruppo. Mentre all’inizio lo specializzando di maggiore età svolgeva un ruolo quasi paterno - protettivo e rassicurante nelle discussioni relative al lavoro in reparto, controllante-decisionale nel gruppo - e la rappresentante degli anestesisti, assumeva invece un ruolo più conciliante e positivo sia nel gruppo che nella mediazione con il reparto, successivamente i “figli” di questa coppia sono cresciuti, liberando un po’ anche i colleghi del loro ruolo. Non c’è stata l’opportunità di valutare meglio quanto questa liberazione fosse o meno gradita; verosimilmente vi era una certa ambivalenza, perché quando non assumevano la leadership si sentivano chiamati a giustificare una loro meno attiva o meno efficace partecipazione, o dichiarando che non erano molto attratti dalla specifica

proposta, o connettendo il loro essere un po’ più in sordina ad un loro transitorio stato psicofisico.

Forse anche la varietà delle proposte, pur in un percorso complessivamente breve, ha richiesto agli specializzandi competenze e propensioni diverse, cosa che ha favorito un giocare nel gruppo non stereotipato.

Positivo mi è parso il fatto che, a chiusura del percorso, le varie identità si siano anche ricomposte in una sorta di sovra-identità comune, sia agli anestesisti che al formatore, costituita dall’appartenenza universitaria.

Conclusioni

Mi pare che all’interno di un’attività formativa, ma anche già lavorativa, come nelle specialità mediche, la proposta di percorsi psicologici possa essere più utilmente fruibile che in altri tempi curriculari per varie ragioni. Innanzitutto gli studenti hanno già acquisito una parte delle conoscenze mediche e l’esigenza di approfondimento in campo strettamente medico non satura una curiosità scientifica, lasciando spazio anche al desiderio di confronto con altri temi, ed in particolare con tematiche più personali, che un’attività a contatto diretto con i pazienti necessariamente sollecita; inoltre la posizione particolare dello specializzando, come soggetto non ancora strutturato all’interno di un’istituzione, consente anche una presa di coscienza – in particolare nel rapporto con i tutor di riferimento - di quelle dinamiche istituzionali che nel prosieguo del lavoro vengono condivise dal personale in termini più inconsci.

In particolare il percorso formativo descritto con gli specializzandi in anestesia e rianimazione ha permesso di prendere contatto con varie tematiche centrali nella professione medica: le dinamiche narcisistiche e quelle riparative, la responsabilità giocata verso il paziente e/o verso la Medicina, la rappresentazione del proprio lavoro in termini esclusivamente individuali o in un’ottica di équipe. Sono queste tematiche ampiamente note in letteratura (Merini, 1993), ma ciò che risulta significativo è la possibilità di prendere contatto con questi temi in termini più personali. Il breve lavoro svolto ha un suo significato proprio perché è stata un’esperienza vissuta che, al di là dei temi dibattuti, può rimanere come proposta di un metodo di lavoro. L’auspicio è che le persone coinvolte in questa esperienza sappiano di poter trovare, specie nei momenti più impegnativi della loro carriera lavorativa, un aiuto in percorsi psicologici, come ad esempio i gruppi Balint, per vivere con maggiore consapevolezza e serenità un lavoro assai impegnativo e per essere di aiuto a persone sofferenti, pazienti e parenti.

Ringraziamenti.

Si ringraziano gli specializzandi per la loro attiva partecipazione e la loro cordialità.

Bibliografia

1. Arnstein RL. Emotional problems of medical students. *Am J Psychiatry*. 1986 Nov 1; 43(11):1422-3.
2. Assadi SM, Nakhaei MR, Najafi F, Fazel S. Mental health in three generations of Iranian medical students and doctors. A cross-sectional study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007 Jan; 42(1):57-60.
3. Benítez MH, de las Cuevas Castresana C, Rodríguez Pulido F, García-Estrada Pérez A, González de Rivera Revuelta JL. A comparative psychopathologic study of university students. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1989 Nov-Dec; 17(6):373-6.
4. Eron L., Effect of Medical Education on Medical Students' Attitudes. *J Med Educ*. 1955; 30(10):559-566.
5. Fletcher G.C.L., McGeorge P., Flin R.H., Glsavin R.J., Maran N.J., The role of non-technical skills in anaesthesia: a review of current literature. *BJ Anaesth* 2002; 88(3):418-429.
6. Fogel BJ, Bishop FE. Attending to the emotional problems of future physicians. *J Fla Med Assoc*. 1983 Dec; 70(12):1111.
7. Lală A, Bobîrnac G, Tipa R. Stress levels, alexithymia, type A and type C personality patterns in undergraduate students. *J Med Life*. 2010 Apr-Jun;3(2):200-5.
8. Marcus E. R., Medical student dreams about medical school: The unconscious developmental process of becoming a physician. *Int J Psychoanal* 2003; 84:367-386.
9. Merini A., Euripilo e Patroclo. Saggio sulle attuali problematiche del rapporto del medico con il paziente. Editrice CLUEB, Bologna 1993.
10. Kagan S.(1992), L'apprendimento cooperativo: l'approccio strutturale Edizioni lavoro, Roma 2007
11. Notman MT, Salt P, Nadelson CC. Stress and adaptation in medical students: who is most vulnerable? *Compr Psychiatry*. 1984 May-Jun; 25(3):355-66.
12. Shapiro J. Perspective: Does Medical Education Promote Professional Alexithymia? A Call for Attending to the Emotions of Patients and Self in Medical Training. *Acad Med*. 2011 Jan 18. [in print]
13. Tweed W.A., Donem N., Medical Education. The experiential curriculum: an alternate model for anaesthesia education. *Can J Anaesth* 1994; 41(12): 1227-1233.
14. Walton H., Small group methods in medical teaching. *Medical Education* 1997; 31:459-464.
15. Zaid ZA, Chan SC, Ho JJ. Emotional disorders among medical students in a Malaysian private medical school. *Singapore Med J*. 2007 Oct; 48(10):895-9.

RECENSIONI
BOOK REVIEWS

Avatar: Dislocazioni Mentali, Personalità Tecno-mediate, Derive Autistiche e Condotte Fuori Controllo

T. CANTELMI, MARIA BEATRICE TORO, M. TALLI

Edizioni Magi, Roma 2010

Tonino Cantelmi, psichiatra, psicoterapeuta, docente universitario, è stato il primo ricercatore italiano a occuparsi delle ripercussioni della tecnologia digitale sulla psicologia umana. Ha fondato il CEDIS, ente per lo studio delle dipendenze comportamentali (in modo specifico dipendenza da tecnologia e dipendenza sessuale) e ha creato in Italia la prima Scuola di Specializzazione in Psicoterapia a orientamento Cognitivo-Interpersonale di cui attualmente si occupa come direttore scientifico.

Maria Beatrice Toro collabora con istituti di ricerca affrontando temi relativi all'infanzia nonché alla psicologia della comunicazione multimediale anche in relazione alle tecnodipendenze e ai cosiddetti Sexual Offenders. Psicologa, Psicoterapeuta, è docente presso l'Università Sapienza di Roma e presso l'università LUMSA dove insegna in Master di I e II livello su argomenti connessi alla psicologia giuridica, ai disturbi da stress, alle dipendenze comportamentali e da sostanze.

Massimo Talli è psicologo e psicoterapeuta cognitivo comportamentale. Docente presso le Scuole di Specializzazione in psicoterapia ASCoC di Cosenza e SCINT di Roma, è autore di numerose pubblicazioni scientifiche inerenti al rapporto uomo/tecnologia e le sue degenerazioni psicopatologiche.

Il libro che i tre autori presentano è frutto del connubio dei loro percorsi ed esperienze professionali nell'ambito delle dipendenze comportamentali legate all'uso delle nuove tecnologie. L'iter che viene tracciato, in maniera chiara e suggestiva allo stesso tempo, permette di esplorare il fenomeno dell'Internet Addiction in un continuum psicopatologico con le sue derive estreme quali le condotte fuori controllo e la dissociazione d'identità.

Se è vero che l'interazione tra l'uomo e le nuove tecnologie sta di fatto operando una "mutazione antropologica", la psicologia si trova ad affrontare gli effetti che questi mezzi determinano sulla mente umana. Il focus degli autori non è tuttavia la questione dei nativi digitali o delle trasformazioni che la multi processualità dei mezzi digitali produce sulle capacità cognitive umane, ma i possibili eventi psicopatologici legati all'uso anomalo di questi. Dopo aver presentato una review di studi sull'Internet Re-

lated Psychopathology (IRP), gli autori ne sottolineano la molteplicità fenomenologica, inquadrandola come una costellazione di disturbi che nonostante siano molto diversi tra loro, sono accomunati dalla stessa esperienza di abuso o dipendenza. Nella parte successiva del libro, vengono esposti i criteri diagnostici e i principali modelli esplicativi del fenomeno insieme ai maggiori fattori predisponenti ai diversi disturbi. Viene quindi presentato uno dei più diffusi strumenti di valutazione della IRP, il test UADI (uso, abuso, dipendenza da internet), l'unico a essere stato validato sulla popolazione italiana e che viene spiegato e messo a disposizione del lettore.

A proposito delle recenti acquisizioni sulla IRP, molto interessante è il ruolo della "dissonanza cognitiva" che gli autori considerano implicata nei comportamenti additivi. La teoria si basa sull'assunto che l'individuo miri alla coerenza con se stesso. La frammentazione dell'esperienza che si verifica quando s'instaura la tolleranza (un individuo si collega a internet per stare meglio, ma contemporaneamente si affievoliscono le gratificazioni da uso di internet e appaiono segni di malessere) può essere accettata o rifiutata. Nel primo caso la frattura viene percepita e si riconoscerà la causa del malessere, arrivando a rafforzare la propria volontà per ridurre il tempo di permanenza online. Nel secondo caso la discrepanza viene negata e si cercherà di ridurre il malessere aumentando l'uso della rete, con l'instaurarsi della dipendenza.

L'ultima parte di questo volume dedica molta attenzione all'approfondimento – sociologico, psicologico e psichiatrico – degli avatar, personaggi digitali stilizzati creati per partecipare e comunicare nelle comunità virtuali. Gli autori analizzano le implicazioni che comporta assumere quotidianamente i panni dell'avatar e come questo alter ego si rapporti con il vero io del suo creatore. Molto stimolante è la proposta di un Digital Identity Assesment ossia di un inquadramento dell'identità digitale attraverso alcuni criteri scelti e proposti dagli autori. Opinione comune è che sia molto facile dare su internet un'immagine di se stessi falsata, diversa o comunque non tanto aderente alla realtà. La virtualizzazione può essere considerata una forma massima di ambiguità, perché consente il superamento

di vincoli e di confronti, sconfinando anche in forme profondamente narcisistiche. La tecnologia consente di stabilire relazioni senza impegno, di connettersi a mondi instabili e discontinui istaurando legami alla fine fragili e senza sostanza, pronti a essere interrotti. A volte può portare a rinunciare a un'identità stabile per acquisirne una liquida, mutevole, difforme, dissociata e ambigua, con il prezzo, in alcune circostanze, di una profonda crisi identitaria. Tuttavia è vero anche che qualcosa dell'identità trapela da quella fittizia di un avatar. E' possibile cioè carpire delle informazioni sulle caratteristiche psicologiche e anche patologiche della persona che si cela dietro una maschera digitale, proprio perché l'ha forgiata da se stesso. La tecnologia, in questo caso, amplifica le caratteristiche della nostra personalità, le rende esplicite e funge da catalizzatore di problemi che in genere rimangono arginati dalla "materialità" della realtà, dalla sua consistenza, vissuta a volte come limitante e di cui è possibile liberarsi nella realtà virtuale. Per questo, l'identità digitale ha una valenza che lo psicoterapeuta non può assolutamente ignorare.

Frontiere mobili e Avatar Mundi sono i titoli delle parti conclusive del libro che raccolgono casi di condotte fuori controllo e identità dissociate che si sono verificati (e si verificano) in rete. L'anoressia virtuale, la comunità dei vampiri on line, i giochi di ruolo, le chat e il cyber sex aprono degli squarci profondi in quella che pensiamo essere una realtà che si può spegnere con un tasto. Non è così, a dispetto anche di chi la utilizza per un disperato bisogno di controllo della propria vita fino a ritirarsi dal mondo (magari recluso in camera davanti al PC) assecondando tratti di personalità schizotipici in fuga dalla realtà. Internet non è un territorio asettico, irrealista, perché è abitato. E' un nuovo habitat umano, se così vogliamo chiamarlo, che

si è venuto a creare grazie a una tecnologia potente che permette la comunicazione istantanea di un gran numero di persone. Su qualsiasi aspetto dell'esistenza, diventa così possibile trovare maggiore consenso e a volte trasformare una patologia in uno stile di vita condiviso da qualcuno dietro migliaia di schermi. Oppure può essere percepito come terra di conquista o spazio ideale per concretizzare ambiziose speranze di successo economico, come avviene per il gioco d'azzardo on line perseguito spesso da chi sta sconfinando nella mania. E' un mondo senza o con pochissime possibilità di verifica o di confronto perché praticamente privo della dimensione corporea che rende drammaticamente mobili le frontiere dell'identità. Rimane comunque un mezzo, un paesaggio, un contenitore spazioso e potenzialmente più "libero" di accettare in sé le contraddizioni della normalità. Forse uno strumento in grado di rendere possibili derive più ampie di patologie esistenti e che pertanto ha diritto a una maggiore attenzione da parte della psichiatria e della psicologia.

Ma il problema alla fine non è internet. "La pazzia, signore, se ne va a spasso per il mondo come il sole e non c'è luogo in cui non risplenda" (da La dodicesima notte, W. Shakespeare).

Michela Quintiliani

The Authors discuss about the effects that the new technologies have on people. They describe particularly the possible psychopathological events connected to the wrong use made of these tools.

RECENSIONI
BOOK REVIEWS

Mangi Chi Può. Meglio, Meno e Piano. L'Ideologia di Slow Food

L. SIMONETTI

Mauro Pagliai Editore, Firenze 2010

«Se Slow Food si accontentasse di presentarsi semplicemente come un movimento di gastronomi benintenzionati, quale in effetti è, sarebbe poco male. Ma se si pretende che Slow Food abbia la ricetta per tutelare la biodiversità, per risolvere il problema della fame nel mondo e addirittura per costruire un nuovo sviluppo sostenibile, allora c'è il rischio "che il meglio di pochi torni ad essere nemico del bene per i molti"» (p. 111).

In queste poche righe Luca Simonetti, avvocato cassazionista romano alle prime armi con tematiche alimentari, sintetizza l'essenza della sua critica a Slow Food, associazione fondata nel 1986 da Carlo Petrini che promuove – in antitesi con la filosofia del Fast Food – uno stile di vita slow, lontano dai ritmi e dai costumi imposti dalla globalizzazione.

A ben vedere, però, *Mangi chi può. Meglio, meno e piano* è ben più di un semplice testo di scienze dell'alimentazione (o di sociologia dell'alimentazione): si configura, bensì, come il luogo di una critica serrata ad un'ideologia oramai ampiamente diffusa e condivisa nello scenario dell'opinione pubblica e della politica italiana. Lo spirito che muove l'autore è dunque essenzialmente critico: nello spazio di tredici brevi capitoli Luca Simonetti analizza i capisaldi della visione proposta «dall'ideologia di Slow Food: le idee di natura, di tradizione, di limite, la critica del progresso e la diffidenza per la scienza, l'elogio del ruolo tradizionale della donna, il legame con la terra e con i luoghi» (p. 110).

Con notevole puntualità l'autore riesce nell'intento di scardinare le tesi principali che stanno alle fondamenta dell'Associazione di "Carlin" Petrini, mettendo in campo documentate conoscenze storiche (supportate da un'ampia bibliografia), dialettiche e talvolta filosofiche, rilevando le incoerenze, scovando le dietrologie e le ambizioni politiche di un movimento che solo a prima vista parrebbe di matrice culinaria; il pregio principale di questo testo consiste proprio in questa inedita operazione di smascheramento di un'ideologia latente, portata all'attenzione del più ampio pubblico mediante uno stile efficace e scorrevole.

A seguito di tali analisi, è pertanto lecito etichettare il

movimento di Slow Food come «ideologicamente antiprogressista, antiscientifico, idolatra delle società tradizionali, delle piccole comunità stratificate e perenni, dedite a riti e a feste atavici [...]; incurante ed ignaro della storia e della realtà dei rapporti di produzione, e quindi incapace di vedere le contraddizioni inestricabili e le autentiche finzioni storiche di cui questa visione è intessuta» (p. 111).

Tre sono i concetti principalmente messi sotto scacco da Simonetti nei capitoli centrali del testo: la "naturalità" dell'agricoltura, in primo luogo, nozione «tanto poco definita, quanto continuamente evocata» (p. 58); non avrebbe senso, secondo l'autore, parlare di maggiore o minore naturalità (e quindi di maggiore o minore liceità) nell'ambito di un intervento tanto artificiale sulla natura quale quello agricolo. Altrettanto vuota sarebbe la nozione di "sostenibilità" dello sviluppo, sbandierata dai fautori di Slow Food unicamente per contrastare in maniera ideologica l'egemonia tecnocratica progressista e capitalista. Ad essa si riconduce il terzo elemento critico: l'idea del "recupero della tradizione", concetto sin troppo ipostatizzato, mitologizzato e guardato con nostalgia da Petrini.

Se da un lato, dunque, il punto di forza del testo risulta essere la precisa critica ai testi di Slow Food, dall'altro lato proprio questa (talora) esagerata criticità risulta essere la nota stonata. Nell'ansia di porre sotto assedio il nemico, Simonetti si dimentica di avanzare una proposta per superare le ambiguità presenti nel pensiero di Slow Food, di esplicitare alcuni concetti interpretati in modo vago da Petrini (si veda le sopraccitate tre nozioni) e finisce talvolta, nell'intento di dimostrare l'errore nell'argomentazione dell'altro, col provare troppo, utilizzando un linguaggio fortemente connotato laddove intenda semplicemente descrivere. Sarebbe stata forse auspicabile, da parte di Simonetti, la valorizzazione degli elementi positivi che caratterizzano l'indole di Slow Food (la necessità del ritorno ad un contatto con la natura, la riscoperta di prodotti che fanno parte di una cultura e che rischiano di scomparire dal nostro mercato), in questo testo quasi del tutto assente.

Nelle battute finali di *Mangi chi può* viene caratterizzato, a mo' di sintesi, l'uomo-slow (ossia l'uomo "nuovo"

creato da Slow Food): il consumatore, dedito al piacere e impegnato attivamente per la conservazione delle tradizioni gastronomiche, benestante (i prodotti sponsorizzati da Slow Food sono infatti accessibili economicamente solo ad un'élite) e fornito in abbondanza di tempo libero. In tale individuo si incarnerebbe la novità e la fonte di preoccupazione per la politica italiana, a parer dell'autore; tutta questa novità, a onor del vero, non ci pare proprio. Più di due millenni fa ne "La Lettera a Meneceo" un tale Epicuro faceva del soddisfacimento del piacere il nucleo della propria etica; per tornare ai tempi nostri, nel 1862

Ludwig Feuerbach, in un testo dal medesimo titolo, affermava che "l'uomo è ciò che mangia". Corsi e ricorsi della storia (della filosofia). O come direbbe qualcun altro: niente di nuovo sotto il sole.

Luca Valera

The book strongly criticizes the "Slow Food" which is a widespread and shared ideology in Italian public opinion.