

## QUADERNO

QUADERNO “TRADIZIONE E INNOVAZIONE NELLA FORMAZIONE DEL MEDICO:  
ASPETTI DIDATTICI E BISOGNI EDUCATIVI”TRADITION AND INNOVATION IN MEDICAL EDUCATION: METHODOLOGICAL ASPECTS  
AND EDUCATIONAL NEEDS

## Medical humanities e formazione del medico

### *Medical humanities and medical education*

**VITTORADOLFO TAMBONE****Direttore Istituto di Filosofia dell'Agire Scientifico e Tecnologico. Università Campus Bio-Medico di Roma**

Quando parliamo di *Humanities*, e anche di *Medical Humanities* (MH), non dobbiamo pensare ingenuamente di utilizzare un termine generico che si riferisce, in modo ampio, al mondo dell'arte nelle sue diverse manifestazioni, introdotto in ambito sanitario per temperare un tecnicismo eccessivo, né, tantomeno, di parlare di un concetto ormai condiviso. La dimensione definitoria delle MH appare così complessa in quanto si fonda su due prenozioni che richiedono esse stesse una chiarificazione concettuale: Umanesimo e Medicina. Su quest'aspetto le posizioni sono numerose, articolate, interessanti ma hanno bisogno di una presentazione storico-critico completa ed approfondita. Preferiamo invece suggerire un'interpretazione schematica che evidenzia la questione principale soggiacente alle MH.

**Parole chiave:** Educazione medica, medical humanities

*When speaking of Humanities, or also Medical Humanities (MH), we mustn't think naively we are using a generic word that refers broadly to the world of art in its various manifestations and introduced in the health sector in order to soften the excessive use of technicalities, nor think that we are speaking of a concept that by now is shared. Defining MH appears so complicated as it is based on two pre-notions which themselves require a conceptual clarification: Humanism and Medicine. On this aspect there are several positions, structured and interesting, which, however, require a complete, in-depth, historical and critical presentation. We instead prefer to suggest a schematic interpretation which highlights the main issue underlying the MH.*

**Key words:** Medical education, medical humanities

Indirizzo per la corrispondenza  
*Address for correspondence*

**Prof. Vittoradolfo Tambone**

FAST- Istituto di Filosofia dell'Agire Scientifico e Tecnologico  
Università Campus Bio-Medico di Roma  
Via Álvaro del Portillo, 21 - 00128 Roma  
e-mail: v.tambone@unicampus.it

## Le *Humanities* tra riduzionismo e pensiero non lineare

Il bilancio di questi quattordici anni di Dichiarazione di Bologna nel campo della formazione umanistica è, per alcuni, negativo, non solo per quanto riguarda l'omogeneizzazione di formule accademiche discutibili (come per esempio il "3+2"), ma soprattutto per ciò che Slavoj Žižek afferma essere "un attacco concertato a ciò che Kant chiamava l'uso pubblico della Ragione" (Žižek, 2002). Angelo d'Orsi spiega efficacemente questa affermazione così: "veniva in prospettiva, cancellato il vero primo compito del pensare: che non è offrire solo soluzioni ai problemi, ma innanzitutto riflettere sulla forma e la natura di quei problemi. Si sostituiva, insomma, al sapere critico, il sapere utile, al pensiero libero un pensiero finalizzato [...] ai bisogni della società, ossia al mercato" (D'Orsi, 2013). Non si tratta naturalmente di una sorpresa assoluta ma di una trasposizione in ambito organizzativo-universitario, della visione Dinamico/Funzionalistica della conoscenza, della scienza e dell'uomo: il metodo proprio delle scienze esatte (scienza newtoniana) diviene l'unico Metodo per qualsiasi attività umana che voglia chiamarsi scientifica. Come Giorgio Israel sa ben spiegare (2008), la scienza newtoniana capovolge la dinamica della scienza aristotelica. La seconda si origina dal dato empirico, fisico, e giunge alla conoscenza meta-fisica; la scienza newtoniana, nata dal desiderio di costruire una scienza assolutamente oggettiva, invece ha le sue fondamenta nel principio d'inerzia. In questo modo, ci si ritrova in un paradosso insalvabile: il fondamento della scienza oggettiva non è tanto l'esperienza quanto un punto di partenza meta-fisico, inesistente, immaginario, insperimentabile. Il desiderio di eliminare qualunque elemento soggettivo nella scienza finisce così con l'eliminare la dimensione Umana, umanistica in senso continentale, dalla scienza, che viene a proporsi due obiettivi principali: il primo è la riduzione dell'oggetto della scienza alla sola dimensione quantitativa; il secondo è l'eliminazione della causa finale e, con essa, la sostituzione del concetto di funzionalità (causa materiale/efficiente) all'idea regolativa di "progetto".

Però la negazione del progettualismo (o del finalismo) è contraria all'esperienza in Biologia e sostenerla porta alla contraddizione epistemologica che Monod (1970) così esplicita: "L'oggettività ci obbliga a riconoscere il carattere teleonomico degli esseri viventi, ad ammettere che nelle loro strutture e nelle loro operazioni realizzano e perseguono un progetto". Tale riduzionismo alla sola dimensione quantitativa comporta – e ci avviciniamo al mondo della medicina sempre seguendo il pensiero di Israel – anche la considerazione della differenza tra la dimensione patologica e quella di salute osservabile solo come un *continuum* che non accetta differenze qualitative e, naturalmente, lo stesso si dovrà dire degli stati di vita e di morte. Tale riduzionismo diviene particolarmente evidente e pericoloso quando ci si occupa della medicina perché si perde di vista che la Pratica Clinica è un tipo di atto umano con caratteristiche uniche, non presenti

nelle scienze esatte. Infatti la medicina e l'agire clinico sono una realtà emergente composta da scienze, tecnologia, arte e relazione.

In altre parole il riduzionismo quantitativo segue una logica newtoniana lineare che è insufficiente per comprendere e gestire una realtà non lineare come l'agire clinico.

In questa visione la tendenza antiumanistica del processo di Bologna, sempre che si possa interpretare in modo univoco, sembra essere un nuovo tentativo di rilanciare il progetto di assiomatizzazione della realtà che vide fallire Hilbert (Israel e Millán, 2008) grazie ai contributi di Gödel, Heisenberg ed Einstein. Tendenza antiumanistica non tanto perché si vogliono mettere al bando la letteratura, la musica, l'arte, ecc., ma perché stravolge l'esperienza artistico/creativa, riducendola anch'essa a mera relazione tra cause ed effetti, meccanicisticamente valutabili. Questo è il sentiero che porta a definire l'ambito umanistico come "Scienze Umane", ossia, come attività metodologicamente scientifica per lo studio di fenomeni umani; questo è il sentiero che, coerentemente, arriverà a voler promuovere delle MH nella logica di utilizzare (fine dell'utile di cui sopra) la letteratura, l'arte, la musica, ecc., come cause efficaci per migliorare l'agire medico. Sarà anche possibile un utilizzo siffatto, ma certamente esso esaurisce solo una parte della realtà del fenomeno *Humanities*, sia per quanto riguarda il soggetto che le realizza, che per quanto riguarda chi ne fruisce. Se il riduzionismo, infatti, appare inefficiente e contraddittorio in ambito scientifico, tanto più in ambito umanistico<sup>1</sup>. Non è un caso che William Osler avesse tanto a cuore la caratterizzazione del Corso di laurea in Medicina come una vera "scuola di vita", e non solo come un luogo di apprendimento tecnico.

## Una definizione di *Humanities*

Per Enrico Cantore il termine umanesimo è elusivo, e si riferisce ad ogni dottrina che si propone di comprendere l'uomo in quanto tale, e che, pertanto, può essere concepita come la posizione filosofica più semplice e comprensiva, come la semplice percezione per cui la filosofia riguarda l'uomo che si sforza di comprendere l'esperienza umana attraverso le capacità della mente umana (Schiller, 1907): "Ma è proprio l'estrema semplicità e comprensività della definizione etimologica che tende a rendere l'idea di umanesimo tanto vaga da risultare infine confusa. La confusione sorge perché il termine diventa suscettibile di un numero illimitato di interpretazioni. Qualunque sistema filosofico, o posizione ideologica, o prospettiva religiosa può essere, infatti, un umanesimo" (Cantore, 1987).

<sup>1</sup> Quanto questo stato di cose sia un attacco al pensiero kantiano o quanto sia il frutto della gnoseologia neokantiana portata alle sue logiche conclusioni è argomento problematico e di notevole importanza, che tuttavia, per necessità editoriali, dobbiamo rimandare ad un'altra occasione.

Ci preme dunque sottolineare immediatamente che noi non intenderemo l'umanesimo come:

- Cultura che pone l'uomo come misura di tutte le cose (Erich Fromm);
- Riferimento anti-teologico di negazione di qualunque dimensione trascendentale dell'uomo (parte del pensiero analitico);
- Libera espressione estetica di un'idea di uomo che vada "oltre l'uomo" (nichilismo vitalista);
- Diffusione dell'idea di filantropia;
- Chiave euristica capace di fornire il modello ideale per rivelare la vera natura dell'uomo e il compito per cui è nato (Anshen).

Intendiamo invece per umanesimo la dimensione culturale dell'uomo.

Non parliamo di umanesimo se ci riferiamo solo alla dimensione estimativa dell'uomo o a quella tendenziale, nemmeno a quella vegetativa; parliamo invece di umanesimo ogniqualvolta l'uomo modifichi lo spazio intenzionalmente, verso un fine conosciuto, attraverso una sua capacità tecnica e con una metodologia propria. Questo avviene nella letteratura, nella musica, nella pittura, nella medicina e nell'ingegneria, come nella cucina e nell'architettura. Si dirà dunque: l'intenzionalità precede sempre la conoscenza. L'affermazione è vera solo in parte: la volontà deve, infatti, avere un oggetto conosciuto cui tendere, anche se conosco meglio ciò che voglio conoscere (intenzionalmente cercato) o conosco, alcune volte, solo ciò che voglio arrivare a conoscere (tipico della ricerca applicata in medicina), anche se, a volte, la serendipità mi porta a conoscere inaspettatamente qualcosa che diventa allora una scelta. In realtà non si dà probabilmente nell'uomo una reale distinzione tra intelletto e volontà, che "agiscono" invece in unità nell'autodeterminazione della persona, ma la conoscenza sensibile, la percezione, apre alla coscienza umana la porta della relazione sia nella sua dimensione conoscitiva che volitiva. Da questo punto di vista Leonardo Polo dice qualcosa di importante quando spiega che per noi è più facile parlare dell'intelletto che della volontà poiché la prima facoltà ha in sé la capacità conoscitiva e si descrive meglio, mentre la seconda va osservata in modo indiretto. Di qui deriva che "la crisi etica consiste nel non rendersi conto della nostra volontà" (Polo, 2013), attribuendo un ruolo quasi assoluto alla ragione e dimenticando che l'uomo ha come caratteristica principale non tanto la capacità deduttiva, quanto la capacità di desiderare e, di conseguenza, di progettare, e, così, di rischiare (magari sbagliando – e, attraverso lo sbaglio, di acquisire la possibilità di correggersi secondo una verità che non sarà in primo luogo legata alla conoscenza tecnica dell'atto compiuto ma alla consapevolezza del proprio fine ultimo e al modo di ordinare quell'atto concreto, in quanto fine parziale, verso il fine ultimo). Il recupero della causa finale, correggendo il riduzionismo causale alla sola causa materiale/efficiente, fa così comprendere con maggiore facilità che non basta voler essere buoni, ma bisogna anche

saperlo essere, e, allo stesso tempo, che chi non vuole essere buono (anche conoscendo perfettamente il cammino verso la sua perfezione) sarà in grado di orientarsi al male. S'insegna da secoli ai futuri medici che devono comportarsi secondo scienza e coscienza (conoscenza tecnica e conoscenza del bene e del male), ma forse bisogna sottolineare con maggior forza che questo è un fine "etico" perché (e solo per chi) vuole fare il bene ed evitare il male, alla luce dei principi di legge naturale che compongono la cornice dell'Ecologia umana. In questo senso la volontà per cui si sceglie di fare il bene e di evitare il male precede anche la conoscenza del reale che, solo così, potrà essere oggetto di valutazione etica da parte della ragione con l'atto di coscienza.

È necessario che i futuri medici conoscano la scienza e la tecnica necessaria ma, ancor prima, avremo buoni medici se vorranno lottare per essere buoni, e questa si configura come una scelta assolutamente personale.

### Umanesimo attivo e passivo

Esiste, a nostro avviso, una differenza interna all'umanesimo, che riguarda le sue due dimensioni costitutive: umanesimo passivo e umanesimo attivo; è infatti molto differente leggere un libro o scriverlo, è molto differente ascoltare musica o suonarla, così come è molto differente studiare Clinica medica o curare un paziente. Le due dimensioni sono collegate (o per lo meno collegabili), ma sono differenti: non si tratta di teoria e prassi (perché anche lo studio più teorico è di per sé pratico – di studio), ma di dimensionalità dell'esperienza, la quale si può realizzare in me attraverso l'udito e la vista (sono in platea in un concerto), o anche attraverso il tatto e la tecnica musicale (e l'emozione della previsione, l'esperienza della relazione orchestrale, una memoria di vissuti simili che si comparano in una valutazione che mi guida nell'agire – sono il primo violino dello stesso concerto). Se l'esperienza umanistica è andare ad ascoltare un concerto, l'esperienza umanistica è anche andare a suonare un concerto: esperienze differenti fra loro ma unite e, in un certo senso, assolutamente costitutive di un'unica esperienza, ossia di quel concerto specifico. Passività che dà un significato a quell'attività in una relazione culturale umana, in questo caso anche interpersonale. La relazione umana di cui stiamo parlando, questa esperienza umanistica, non è solo interpersonale ma è anche relazione con oggetti (il violino, la sedia, il vestito,...), con lo spazio e le sue caratteristiche (l'acustica del teatro, la temperatura della sala...), con il tempo e con la storia (dell'interprete, dell'ascoltatore, dell'Autore, del violino che sto suonando...), con la nostra immaginazione, e, finalmente, con la nostra dimensione globale di cultura che corrisponde alla personalità.

L'umanesimo attivo di scrivere un libro rende possibile l'umanesimo passivo di leggerlo, che però è sempre un atto umano libero e intenzionale, anche se non onnipotente. Ciò

comporta che la lettura di un libro abbia, sì, una dimensione di libertà che sceglie di leggere quel libro e di continuare a leggerlo una volta che, iniziato, conosco sempre di più i suoi contenuti, il suo stile e l'intenzionalità (almeno apparente) dell'Autore, ma che abbia anche una dimensione di passività, in quanto quel libro produce un effetto in me, che solo in parte posso controllare. Per questo i libri non sono equivalenti, come se "bastasse leggere": è diverso Dante da Guareschi, e Stephen King da Walt Disney. Anche per questo la lettura (il discorso è applicabile ad ogni genere di arte) comporta una responsabilità del lettore, e la scelta deve essere responsabile e finalizzata. Si faccia attenzione: non intendiamo affermare con questo che sia necessario leggere solo libri eccelsi (a volte sarà bene leggere anche Topolino), ma vogliamo ricordare che non dobbiamo intendere la letteratura come un principio efficiente che di per sé comporti un miglioramento dell'uomo; ci sono, infatti, libri che sono corruttivi, altri che sono costruttivi, altri inutili, altri divertenti, altri erotici, altri sono "horror"... Insomma, bisogna scegliere, sapendo che ogni volta che scelgo un libro (o guardo un film, o ascolto una sinfonia, ecc.) sto scegliendo, in quello stesso mezzo, un fine.

Tutto ciò non è scontato, anche perché le *Humanities* di cui parliamo hanno la loro radice nella nascita delle prime Facoltà di Letteratura inglese dove, con parole di Steiner, "nei propri metodi filologici e storici il campo dello studio letterario riflette una grande speranza, un grande positivismo, un ideale di essere qualcosa di simile ad una scienza, [...]". Si arrivò a presumere che lo studio della letteratura implicasse quasi necessariamente una forza morale. Venne ritenuto ovvio che l'insegnamento e l'apprendimento dei grandi poeti e prosatori avrebbe arricchito non solo il gusto e lo stile, ma anche il senso morale [...]. E questa sublime pretesa si estende dall'idea di Matthew Arnold della poesia come sostituto essenziale del dogma religioso alla definizione data da Leavis dello studio della letteratura inglese come la cultura umanistica fondamentale" (Steiner, 2001). Tutto questo, che porta nella seconda metà dell'Ottocento in Inghilterra alla nascita di una vera attività accademica di letteratura, è un frutto della visione positivista e moralizzatrice post-rinascimentale. In altre parole: la tendenza a voler unificare nell'Unico modello scientifico tutto ciò che deve essere serio e importante, riduce anche la letteratura a rango di causa materiale/efficiente di un effetto, alla moralizzazione, all'umanizzazione del *Gentleman*. In Italia questa visione positivista avviene soprattutto nella medicina con una forte tendenza a considerare tutta la struttura sociale come un unico "meccanicismo". Con il pensiero di Spencer si allargano, infatti, le realtà umane che devono rientrare in questo unico schema interpretativo, coinvolgendo la psicologia, la biologia ma anche l'antropologia e l'etnologia. Il percorso e lo sviluppo successivo del neopositivismo è noto, ma è in questo contesto che troviamo il senso più diffuso di *Humanities*.

Insomma, Dante come Aspirina.

Tutta questa impostazione appare abitualmente al medico come molto teorica, molto slegata dalla realtà e per questo motivo le MH sono concepite come eleganti sperimentazioni didattiche di poco successo. Hanno invece un altissimo tasso di gradimento le attività di umanesimo attivo perché, per come le abbiamo definite, sono sempre percepite come qualcosa che inerisce veramente alla propria vita e alla propria persona. In questi anni le esperienze di umanesimo attivo realizzate nella nostra Università, che sono risultate efficaci e resistenti al tempo sono state:

- Campi di lavoro in paesi in via di sviluppo o in zone particolarmente critiche di nazioni ad economia avanzata; negli ultimi dieci anni si sono organizzati, grazie al coordinamento del nostro Ufficio per la Cooperazione universitaria, progetti di intervento in Perù, Brasile, Madagascar, Kenya, Barcellona e in diverse zone d'Italia;
- Campus Got-Talent: uno spettacolo che annualmente si ripete, con una previa selezione, al quale partecipano i talenti musicali e artistici in genere che lavorano a vario titolo nell'università;
- Compagnia di Teatro;
- Coro universitario;
- Polisportiva universitaria;
- Club di fotografia;
- Beauty Spot: visite guidate a luoghi d'arte della città di Roma.

L'accademia che parla di MH e dimentica l'apporto formativo di queste (o di simili) attività universitarie di umanesimo attivo perde non soltanto una parte importantissima della formazione umanistica, ma anche rende la formazione di umanesimo passivo sterile e apparentemente inutile. Diventa molto interessante per chi è stato in Kenya leggere poi i libri di Kapuściński; oppure può essere importante per chi ha difficoltà a esporsi, e tende quasi ad un comportamento evitante, l'esperienza teatrale, che, a volte, diventa un modo per superare la chiusura; chi gioca in squadra durante tutto un torneo capisce molto meglio le norme deontologiche riguardanti la lealtà con i colleghi, e così via.

### ***EBM & Medical Humanities***

È tuttavia necessario confrontarsi con la visione anglosassone della medicina e delle *Humanities*, ad oggi molto diffusa. Fra i molti interpreti di questo settore ricordiamo Dario Antiseri, che abbiamo avuto il piacere di ospitare nella nostra università per parlare proprio di Metodo/Metodi, all'inizio del Corso di Metodologia clinica diretto dal compianto professor Aldo Torsoli. In quella lezione discuteremo (le lezioni del Corso integrato di Metodologia clinica sono state, sin dall'inizio, per volontà di Torsoli, a più voci, con uno stile che potremmo definire di *Jam Session*) proprio della sua affermazione, in linea con il Razionalismo Critico di Karl Popper, ossia che esiste solo un Metodo, quello scienti-

fico. Con parole sue, tratte da un articolo pubblicato nel 1998 da MEDIC: “Tutto quanto si è finora detto sulla diagnosi clinica, porta alla conclusione che non c’è un metodo tipico e speciale del clinico. Il clinico procede, al pari di ogni altro ricercatore, partendo dai problemi, proponendo congetture e mettendole poi alla prova. L’ermeneuta, il traduttore, il critico testuale e lo storico procedono allo stesso modo, cioè per congetture e confutazioni; e così il clinico allo stesso modo del fisico, del chimico o del biologo. L’idea di fondo sin qui sostenuta sul filo rosso delle considerazioni di Augusto Muri è che il metodo è unico. Il metodo della ricerca è unico; il metodo della ricerca della verità (o di teorie vere quali risposte a problemi) è unico. Per cui non esistono da una parte le scienze della natura (*Naturwissenschaften*) con un loro metodo e, dall’altra, le scienze dello spirito o le scienze della cultura (*Geisteswissenschaften*) con un loro specifico metodo differente da quello delle scienze della natura. In realtà esiste una sola scienza che vediamo in continua espansione e in continuo mutamento. E questo sapere in mutamento ed in espansione lo diciamo sapere scientifico perché ottenuto attraverso il metodo scientifico ad opera di congetture e di severi controlli” (Antiseri, 1998). Questa posizione voleva essere la base teorica della metodologia clinica nota come *Evidence Based Medicine*, che veniva proposta ai nostri studenti come pratica clinica di eccellenza. Nello stesso corso si dedicava già da allora tempo ed energie alle MH. Il metodo d’investigazione della creatura di sir Arthur Conan Doyle, Sherlock Holmes, veniva riletto come esempio di rigore logico, applicato alla scoperta di eventi apparentemente oscuri, che però non riuscivano a nascondersi allo sguardo rigoroso di una razionalità deduttiva ben esercitata. Ciò che al clinico tradizionale, al povero dottor Watson, appariva come oscuro, e, a volte, misterioso, era per Holmes “elementare”: tutto aveva una spiegazione razionale che si poteva dedurre da un’osservazione opportuna a partire da abili congetture intuitive. In questo caso la letteratura veniva suggerita come esemplificazione narrativa dell’unicità del metodo scientifico nei diversi casi della vita, quasi la ricerca di una giustificazione esistenziale della teoria razionalista. Tuttavia è proprio l’esperienza della vita che scalfisce e, con rigore critico, che mette in dubbio un tale riduzionismo metodologico. Se le *Evidence*, le prove di efficacia, sono il fondamento e lo strumentario indispensabile per questa ricerca della verità, tutta la dimensione qualitativa viene messa tra parentesi. Se possiamo ritenere come “vero” soltanto ciò che può essere sottoposto a un controllo sperimentale, dobbiamo allora misurare anche quelle realtà umane che non hanno né peso, né lunghezza, né ampiezza, né temperatura, ma che, indiscutibilmente, si propongono alla nostra osservazione empirica, quali la paura, la sofferenza, l’amore, il rimorso, l’ispirazione, la tenerezza e la rabbia. Negare questa dimensione extrabiologica, extrafisica, comporta la negazione stessa dell’osservazione dei fatti e la riduzione della realtà – che è multidimensionale – ad una sola delle sue dimensioni, concludendo che tutto il resto,

semplicemente, non esiste. Cosa succede in questi casi? Victor Frankl lo spiega con la sua “Ontologia Dimensionale”, con il seguente semplice esperimento mentale: se abbiamo una sfera, un tronco di cono ed un cilindro (oggetti tridimensionali) e li proiettiamo su un piano solo avremo tre forme circolari e ciò ci porterà ad affermare che i tre oggetti sono identici. L’errore non sta nella valutazione dell’immagine proiettata, ma nell’osservare un oggetto tridimensionale in modo monodimensionale. Abbott afferma molto prima e con lo strumento letterario la stessa cosa nel suo famoso romanzo *Flatland* (Habbott, 2005).

Non si pensi però che la necessità (per coerenza tra logica ed esperienza) di una visione multidimensionale della Pratica clinica sia estranea ai clinici di professione. Un buon esempio può essere Bernard Lown, Premio Nobel nel 1985, inventore del defibrillatore cardiaco, grande clinico per quasi cinquanta anni; *Healing is best accomplished when art and science are conjoined, when body and spirit are probed together*: così in alcune occasioni ha voluto sintetizzare il messaggio trasmesso nella sua bellissima autobiografia clinica *The Lost Art of Healing* (Lown, 1996).

Parlare, come fa Groopman (2008), di medicina con un approccio storico-esistenziale, è una forte critica metodologica alla EBM solo quantitativa poiché conferisce all’osservazione esistenziale un valore oggettivo, e pertanto utilizzabile per entrare in dialogo con tutto il resto che compone e costruisce la EBM: l’esperienza esistenziale del medico non è una prova di efficacia ma è importante per l’esercizio della scienza medica. Questo libro parla di come pensano i medici (e non della “Logica Scientifica” o della “Logica Medica”): parla di cosa avviene in “prima persona”, senza cercare di visualizzare e osservare il ragionamento clinico, come se fosse qualcosa che avviene separatamente a tutto ciò che si manifesta nel soggetto agente in quell’unità di azione che promana dall’unità della persona. L’osservazione e la descrizione dei fenomeni razionali che compongono il pensare del medico saranno pertanto molto più legati al reale di quanto di solito siano i tentativi di “Logica Clinica” quando viene interpretata come un atto separato di un soggetto diviso.

Si tratta di un approccio storico-esistenziale che rimanda ad una riflessione più teoretica, ma che conferisce molta importanza alla dimensione semplicemente descrittiva dell’agire del medico: descrive il primo punto del metodo scientifico-sperimentale, l’osservazione (punto di partenza per le fasi successive) come un lavoro induttivo-ipotesi-deduttivo capace di fondare, in modo critico, le decisioni maggiori e di rilanciare, senza stanchezza, quel *follow-up* che riporta al primo stadio di osservazione. Da qui si ricomincia, ma ad un livello superiore di astrazione o di profondità: il progresso della conoscenza umana comporta il progresso dell’agire umano, senza mai cedere ad un auto soddisfacimento, che significherebbe mancanza di ulteriore desiderio di ricerca. La verità intesa come esistente e conoscibile è la ragion d’essere dell’agire scientifico, ma il suo essere un obiettivo ten-

denziale mai raggiunto in modo assoluto è la ragion d'essere della continuità desiderata nell'agire scientifico, per il quale il non-essere-mai-sazio non coincide con il non-essere-mai-soddisfatti: la verità sazia senza saziare, perché è connaturale al nostro intelletto, ma lo supera concedendosi ad esso in parte e gradualmente. Il medico deve riflettere su come pensa perché da ciò potranno derivare errori nelle decisioni diagnostiche e terapeutiche e, con essi, una maggiore (o minore) capacità di comprendere, oltre ai dati che l'anamnesi offre insieme all'esame obiettivo, anche il paziente stesso. "Raramente un medico spiega o sa spiegare quali siano gli *step* mentali che percorre per prendere le sue decisioni": ciò accade perché non ritiene forse necessario esplicitare ciò che è implicito nel suo agire, ciò che è scontato, o forse ciò di cui non è cosciente. In entrambi i casi ci troviamo davanti ad un comportamento a-critico, che non può considerarsi in linea con l'EBM. Certamente questo accade perché seguiamo un albero decisionale, un algoritmo decisionale, che abbiamo preso come buono e provato e condiviso: le *Guidelines* e gli algoritmi decisionali sono, infatti, ottime vie per fare il lavoro del medico in modo efficace, efficiente e appropriato ma, dice Groopman, alcune volte è necessario *to think out of the box*. Pensare in modo diverso, rende "diversi" i medici: è bene pensare che forse ci possa essere un "modo migliore" di pensare, che forse sia necessario pensare in modo diverso a seconda della situazione (emergenza o non emergenza per esempi), che forse si dovrebbe imparare a tener conto della emotività e di quanto incide nel modo di ragionare, che forse si dovrebbe capire come fare ad affrontare un caso, un "primo caso", nel quale per mancanza di dati statistici non sarà possibile far ricorso ad algoritmi decisionali.

Insomma, non è possibile l'accettazione acritica di un algoritmo decisionale; ciò può comportare seri errori e, di conseguenza, si dovrà implementare la *performance* di pensiero:

- Mettendo insieme intelletto ed intuizione, conoscendo le differenze e le complementarità che contengono e che li legano e che li separano;
- Sforzandosi di essere molto attenti ai particolari, perché tutto ciò che esiste ha un senso ed è reale e descrive il reale forse più di altri elementi maggiormente evidenti;
- Imparando ad ascoltare il paziente allo stesso modo in cui s'impara a realizzare un'accurata auscultazione cardiaca o polmonare, perché, come dice Osler: *If you listen to the patient, he is telling you the diagnosis* (Groopman, 2008:16);
- Ricordando che non è tutto chimica nell'uomo;
- Alimentando un vero interesse (personale) per le persone (paziente, infermiere, familiare, ...), arrivando così a produrre una buona *compliance* professionale;
- Mantenendo viva la passione professionale e la competenza;
- Continuando ad avere un reale atteggiamento critico, anche verso se stessi, e ricercando i *Kinds of errors in thinking* (Groopman, 2008:23);
- Finalmente, avendo fiducia in se stessi.

Tutto questo può essere visto come un obiettivo tecnico per il quale sarà necessario individuare, in chiave pragmatica, procedure adeguate. Oppure può essere interpretato come un obiettivo del soggetto in prima persona che richiede, a fianco delle opportune procedure, una consapevolezza antropologica ampia, una capacità di relazione matura e una crescita etica personale continua. Insomma, si tratta di un vero programma di formazione umanistica integrato che unisce tecnica, scienza, antropologia, psicologia ed etica. Per essere più concreti, ecco alcuni strumenti umanistici (oltre la conoscenza tecnico-scientifica) con cui affrontiamo i diversi punti:

- Teoria del pensiero umano con particolare attenzione all'induzione, all'intuizione e alla deduzione clinica;
- Cura delle realtà considerate "piccole" e di "poca importanza" (come un esame obiettivo completo, un'accurata anamnesi e la lettura critica dei principali dati di laboratorio);
- Formazione all'autodominio (come dominio politico delle passioni), che comporti la virtù della pazienza come abito professionale, la quale permette al paziente di parlare senza essere interrotto o troppo guidato;
- Visione personalistica della persona umana anche nella sua dimensione spirituale, storica e relazionale;
- Formazione alla solidarietà umana come formazione all'amore e all'umiltà anche alla luce della "virtù della dipendenza riconosciuta" (MacIntyre, 2001), in contrasto con l'individualismo<sup>2</sup> ma anche con l'utilitarismo etico e sociale;
- Discernimento dell'entusiasmo di stampo edonistico da quello che concerne la permanenza della consapevolezza del proprio fine e, pertanto, chiarificazione del concetto di felicità come raggiungimento del proprio fine ultimo;
- Formazione alla sincerità e alla lealtà come frutto dell'amore alla verità e al senso di responsabilità verso gli altri (cfr. punto n. 5);
- Conoscenza della bontà ontologica di ogni persona e della necessità/possibilità/responsabilità di accettare i propri limiti come punto di partenza per la lotta di miglioramento personale.

In realtà la vera *Evidence Based Medicine*, che nasce da Sackett, ha sin dall'inizio questa impostazione multidimensionale, intesa come "un approccio alla pratica clinica dove le decisioni cliniche risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del paziente" (Sackett et al., 1996). Solo una lettura scorretta ha potuto impoverire l'EBM a pura prova di efficacia. Per questo abbiamo continuato a insegnare l'EBM come metodologia clinica, rilevando però l'importanza della salvaguardia della dimensione qualitativa della pratica clinica a tutti i livelli, e cioè di ricerca, di assistenza, di *medical*

<sup>2</sup> Ci riferiamo in prima battuta all'individualismo di Ayn Rand.

*education* e, naturalmente, di MH. Non si tratta, tuttavia, di dare un po' di spazio ad ognuno, come se nello studio del medico oltre al lettino con il paziente fosse opportuno avere anche la foto della famiglia, una selezionata biblioteca, qualche bel quadro e, magari, una soffusa musica d'atmosfera; si tratta, invece, di comprendere come l'atto clinico, essendo un atto umano complesso, sia una realtà emergente che avrà come suoi componenti: la scienza medica, le capacità personali del medico, la relazione di questi col paziente, le storie personali che continuano a svilupparsi, la società in cui entrambi vivono e altro ancora. È tanto necessario saper auscultare il cuore e conoscere le linee-guida pertinenti quanto saper ascoltare, saper guardare, saper comunicare, saper sopportare, saper ispirare fiducia. Occorre far convivere procedure standard e relazioni umane di affidamento e di garanzia, di confidenza e riservatezza, di prudenza e veracità.

Abbiamo appreso la semeiotica da Dioguardi per molte generazioni, ma il "saper ascoltare" si può imparare anche da Plutarco e da Delio (Delio è un collega neurologo di Bari e forse il mio migliore amico); a Yale insegnano a guardare attraverso l'osservazione di quadri famosi, ma le nostre madri l'hanno insegnato senza neanche una parola di teoria; saper comunicare senza, ad esempio, far paura, lo possiamo imparare attraverso la teoria dell'horror di Stephen King (2006) (almeno così cerchiamo di farlo negli ultimi anni), ma lo abbiamo sperimentato anche nella nostra pratica di pazienti. Insomma: non si diventa buoni medici con il solo bagaglio tecnico-scientifico, ma con un bagaglio di *personal skills* che apprendiamo vivendo con capacità riflessiva e con lo studio e con la pratica delle buone arti umanistiche, che sono, quando sono buone, con parole di Shakespeare "lo specchio della vita stessa".

In questo contesto si comprende William Osler quando afferma: "The Practice of Medicine is an art, based on science. Working with science, in science, for science, it has not reached, perhaps never will, the dignity of a complete science, with exact laws, like astronomy and engineering. Is there no science of medicine? Yes but in parts only, such as anatomy and physiology, and the extraordinary development of these branches during the present century has been due to the cultivation of method, by which we have reached some degree of exactness, some certainty of truth. [...] But in the practice of medicine [...] our study is man" (Osler, 2001).

### Tre obiettivi per le nostre *Medical Humanities*

Le più importanti conseguenze di quanto detto sin qui, per la medicina, sono, a nostro avviso, tre:

- Bisogna cercare una conoscenza essenziale degli oggetti di studio non limitandoci ad una loro descrizione funzionale;
- Dobbiamo valorizzare e collegare la dimensione extrafisica della sofferenza/benessere del paziente, il quale, altrimenti, potrebbe sentirsi incompreso e maltrattato;

- È necessario essere consapevoli del fattore umano per la buona pratica clinica, occupandoci, pertanto, del collegamento tra *personal skills* e *medical skills*.

Come è possibile notare, questi tre livelli di criticità compongono anche tre possibili livelli di utilizzo, a nostro modo di vedere più coerenti, delle MH intese in senso personalista. Questa è stata la via che abbiamo cercato di seguire sin dall'inizio nel disegno della formazione umanistica per la nostra Facoltà di Medicina e Chirurgia, sempre in dialogo con pensatori vicini al razionalismo critico o a una visione scienziata della conoscenza e ad altre posizioni, come il personalismo ed il realismo. In realtà abbiamo in gran parte inteso la dimensione biologica ed empirica come una fenomenologia adeguata per la riflessione extrabiologica e metafisica.

### Conoscenza essenziale dell'oggetto di studio

La Ricerca scientifica, come sostenuto da Murri, da Popper e dagli esponenti del razionalismo critico in genere, ha come oggetto la Ricerca della verità. Pertanto la *Quaestio de Veritate* rappresenta il primo obiettivo di studio e di riflessione per il futuro medico. È necessario affrontare, anche per l'intensa formazione al relativismo gnoseologico che per molti versi ricevono gli studenti italiani delle scuole superiori, gli aspetti astratti come l'esistenza della Verità, la sua conoscibilità e condivisione, l'errore e il controllo, per passare poi alla verità riguardante l'uomo concreto, il paziente, (oggetto e soggetto della medicina), la sofferenza (dimensione continuamente presente nella pratica clinica), la corporeità e la spiritualità (dinamica affascinante non solo per le neuroscienze ma anche per l'endocrinologia, per l'immunologia, per la riabilitazione e la psichiatria), la libertà e il determinismo (decisivo per la medicina legale, per la criminologia ma anche per la tossicologia e la psichiatria in generale), la felicità e il suo rapporto con la qualità della vita, la vita e la morte.

Questi argomenti rappresentano una sorta di nostra abituale *Overture* umanistica del primo anno, offerta a partire dal corso integrato di antropologia ed etica. Gli stessi argomenti vengono ripresi nel secondo anno, contestualizzandoli nel concreto della pratica clinica nel corso di introduzione alla medicina, attraverso la visuale del bio-diritto (collegamento tra Verità e Giustizia in medicina), della Deontologia (i doveri e le virtù del medico che la stessa pratica professionale ha cristallizzato nei secoli) e della medicina sociale (l'impatto a livello di società e popolazioni).

Un discorso a parte merita l'importante apporto fornito dalla Storia della Medicina (nel primo anno), insegnata al Campus Bio-Medico come storia del "Fattore Umano" nello sviluppo della Scienza e della Tecnica e che ha come tesi principale l'idea "che, nella storia del pensiero e della prassi biomedica, a fianco e al di là delle teorie, delle conoscenze e delle competenze, a essere decisivo spesso è stato proprio il modo di essere, la personalità, l'umore e il temperamento dei

medici, degli infermieri, degli altri sanitari, degli scienziati e dei tecnologi che si sono occupati nei secoli delle malattie e dei loro possibili rimedi. È stato spesso quello che mi piace definire il fattore umano a determinare le grandi intuizioni, le grandi svolte, le grandi innovazioni in campo medico e sanitario che, soprattutto a partire dalla fine del settecento, hanno accompagnato ad un ritmo sempre più vorticoso ed entusiasmante il cammino dell'umanità. La storia della medicina come storia di esperienze, di idee, di passioni e di scelte morali dei suoi protagonisti" (Borghi, 2013).

In questo modo, durante il biennio iniziale, si offrono agli studenti strumenti umanistici utili per riflettere:

In primo luogo sul fatto che la medicina e la scienza sono atti umani di soggetti personali (non di organismi collettivi come nel pensiero sistemico di F. Capra e, nemmeno, di supersoggetti come la Scienza nella visione della Tecnoscienza);

In secondo luogo su come sia possibile pensare non solo in modo funzionalistico ma con un atteggiamento più criticamente conoscitivo ed essenziale, attraverso una visione antropologica che unisca intelletto, volontà e passioni in un'unità di azione volontaria e libera. Per fare questo si studiano anche le categorie metafisiche classiche (in particolare i trascendentali dell'essere), mettendole in relazione con alcuni trend di pensiero contemporaneo come l'egoismo razionale e l'individualismo di Ayn Rand;

In terzo luogo su cosa possa dire al medico l'"umanesimo civico" (Llano, 1993), e, pertanto, su quale sia la sua responsabilità sociale e il suo ruolo nel costruire il bene comune.

Questo sforzo sarà ripreso poi in ambito specialistico, quando l'approccio umanistico potrà servire a indirizzare più direttamente la pratica clinica. Un primo esempio può essere lo studio della filosofia del cancro tendente a fornire una definizione essenziale di questa malattia (Bertolaso, 2012), sulla scia del dibattito, per esempio, tra SMT e TOFT; un altro esempio sarà la definizione di una proporzione di oggettività/soggettività/relazionalità del concetto di bellezza, al fine di individuare una possibile indicazione medica per gli interventi di Chirurgia plastica (Perchisetti, Russo, Tambone, 2013); un ultimo esempio potrebbe essere lo studio della natura della relazione medico/paziente alla luce del ruolo di responsabilità del medico (Anzilotti, 2013). Per questa via la letteratura, l'antropologia, la logica, l'estetica e la giurisprudenza diventano materie umanistiche che s'integrano, dall'interno della pratica clinica, in un quadro gnoseologico che riaccetti la dimensione metafisica come interlocutrice necessaria ed utile.

Gli obiettivi del terzo anno mirano a favorire una migliore conoscenza di se stessi, del paziente e delle relazioni che si sviluppano nella pratica clinica, sempre attraverso un approccio multidimensionale. La psicologia sociale gioca un importante ruolo sia gnoseologico che ermeneutico in un dialogo tra docente e studenti sviluppato lungo ben due semestri di seminari ed un numero difficilmente calcolabile di incontri personali o in piccoli gruppi. Questo ambito di formazione umana e professionale viene integrato presso la nostra università dal servi-

zio di *Counselling*, che mira a personalizzare ciò che altrimenti rimarrebbe standardizzato, e, forse anche per questo, inefficace. Ho pensato diverse volte, in questi vent'anni, che l'indice bassissimo di fallimento didattico nella nostra Università possa dipendere in buona misura dal lavoro silenzioso e continuo di questo servizio insostituibile.

La "personalizzazione" della formazione è una caratteristica di come interpretiamo l'umanesimo e la stesse MH. Il rapporto personale con lo studente si configura per noi come la prima e la più efficace delle "MH": in questo senso il servizio di *Tutoring* rappresenta un livello di formazione umanistica pratica insostituibile e vincente.

Il terzo anno, sempre nel corso integrato di Metodologia clinica, a fianco ai seminari di Psicologia sociale, offre agli studenti una visione personalista del ragionamento clinico secondo l'EBM, che verrà poi ripresa in modo più clinico nell'anno successivo. È proprio qui che l'idea di collegare le *medical skills* con le *personal skills* diventa più concreta ed evidente. Non potendo entrare nello specifico dei diversi momenti del ragionamento clinico, accenneremo brevemente a ciò che intendiamo per approccio umanistico all'osservazione (primo *step*). L'osservabilità della scienza (e l'osservazione in medicina) non consiste, infatti, nel controllo dell'osservazione comune perché, anche nella fase del controllo "io osservo" (la temperatura, i risultati di un esperimento, una TC, ecc.). Del resto, l'osservazione del medico è sempre oggetto della sua interpretazione e frutto di essa (osservo l'espansione del torace in un certo modo se penso che si tratti di uno pneumotorace, in un altro se interpreto il dolore retrosternale come un'*angina pectoris*). L'osservazione è ancora frutto della creatività del clinico se intenzionalmente metto in relazione differente (modifico l'osservazione) i dati posseduti. Tale incidenza dell'intenzionalità è ben espressa nella famosa "Prova del Gorilla Invisibile" riguardo alla cecità per disattenzione (in realtà per iper-attenzione intenzionale). Ancor di più: l'osservazione è già relazione. Per questo l'approccio umanistico tende a valutare, a preparare e a formare l'osservazione prescindendo dal Principio di inerzia di Newton (Israel, 2008), cioè rifiutando di fondare la pratica clinica, come avviene per la fisica newtoniana, su un esperimento mentale che escluda qualunque elemento oltre all'oggetto e alla sua dinamica inerziale, osservatore compreso. Se non facessimo così staremmo parlando non più di un'attività umanistica ma teorica ed irreal: l'osservazione senza osservatore. Il ruolo dell'osservatore nell'osservazione non può essere negato ma controllato attraverso l'intersoggettività (di osservazioni soggettive) e attraverso l'opportuna strumentalità.

### Dimensione fisica ed extrafisica della sofferenza/benessere

La pratica clinica porta ad incontrare da vicino la sofferenza umana, il medico è un professionista della sofferenza. L'osservazione prolungata in questo campo è fonte di im-



portanti riflessioni, molto personali e, forse per questo pur con una certa regolarità, sempre diverse fra loro. Certamente alcuni studiosi, come la Kubler-Ross, hanno cercato di schematizzare le fasi della sofferenza in casi specifici (come nella fase successiva alla trasmissione della diagnosi infausta o nel paziente cronico), ma la sofferenza sembra resistere a tali schemi, in quanto sempre diversa da persona a persona, almeno per quanto riguarda il vissuto più profondo. Fermarsi alla dimensione somatico/funzionale della sofferenza è una mancanza di capacità di osservazione. Se, veramente, si vuole comprendere la sofferenza del paziente, sarà necessario conoscere la sua dimensione fisico/biologica, ma, allo stesso tempo, andare oltre. Per fare questo in ambito clinico bisognerà riuscire a superare la visione riduzionistica di matrice fisico/biologica dell'uomo con una visione trascendente della persona sinceramente maturata. La visione materialistica dell'uomo comporterà necessariamente una visione materialistica della sofferenza, non tanto per cattiveria o insensibilità, quanto per coerenza e per onestà intellettuale; sarebbe infatti contraddittorio affermare che l'uomo è solo materia e che la sua sofferenza ha anche una dimensione extrafisica, metafisica. Con parole di Viktor Frankl, "la crisi dell'umanesimo comincia appena l'uomo pretende di essere tutto; l'antropologismo comincia laddove l'uomo non solo è all'origine di ogni riflessione, ma anche al centro di ogni valutazione, diventando così misura di ogni cosa. [...] [Si] andrà fuori strada se ci si limita a comprendere l'uomo a partire unicamente da lui stesso. [...] In una parola la dottrina dell'essenza dell'uomo deve restare aperta al mondo ed al sovramondo; deve lasciar aperta la porta verso la trascendenza" (Frankl, 1998: 103-4).

È anche vero il contrario: la visione esistenzialista dell'essere umano e della sua vita, con la negazione della persistenza di un soggetto per la negazione di una qualunque essenza, non può essere capace di capire la sofferenza di un paziente concreto, che, per rigore, non esiste nemmeno.

Ecco che in questo caso la visione aristotelico-tomista dell'essere umano come sinolo di materia e forma, quali principi coesenziali, diventa la cornice razionale necessaria per una visione della sofferenza che sappia tenere uniti il dolore somatico, la paura, la rabbia, il senso di essere di peso e altre componenti relazionali (e qui parlo di relazione orizzontale del paziente con gli altri, e di relazione verticale del paziente con Dio), non tanto come una giustapposizione, quanto come le componenti di, ancora una volta, una realtà emergente. Si tratta del concetto di "dolore globale" di Novelli, riletto alla luce della teoria della complessità e del personalismo, soprattutto della scuola di Lublino. Quando si affrontano temi di questo tipo l'approccio quantitativo legato al concetto di Qualità di Vita mi sembra un esempio ulteriore di riduzionismo, che tende a deformare la stessa realtà che vuole descrivere. La sofferenza e il benessere personale sono dimensioni sintetiche e personali, dinamiche (storiche), sottoposte a variabili che appaiono indipendenti fra loro, inse-

rite in un quadro sistemico di tipo geografico ma anche di tipo relazionale, storico e culturale e noi, in quanto medici, lavoriamo per lenire la sofferenza e per preservare il benessere. In questo mi sembra di toccare, per la medicina, l'ambito di applicazione del teorema di incompletezza di Gödel: non è nella medicina che la medicina troverà la formalizzazione dei suoi principi. In questo caso è necessario, come lo è stato per i millenni che conosciamo di storia umana, cercare le risposte, che sono ineludibili, oltre la medicina in risorse umanistiche quali la teologia e la filosofia. Difficile parlare della sofferenza senza parlare della morte, difficile parlare della morte senza fare un atto di fede, visto che di essa non possiamo avere, per definizione, nessuna evidenza che ci permetta il controllo di una ipotesi o il *follow-up* di un paziente defunto e, d'altra parte, dobbiamo sapere chi è morto e chi è vivo.

Tutto questo richiede necessariamente una profonda riflessione personale; non basta infatti l'approccio storico-critico delle diverse posizioni al riguardo, così come non soddisfa l'atteggiamento cinico-evitante perché sin dal tirocinio il contatto con la sofferenza/benessere è concretissimo e di sovente molto coinvolgente: è necessario arrivare a pensarla in qualche modo, è necessario pensare e prendere posizione. Per favorire questa dimensione della crescita umanistica dello studente di medicina abbiamo sperimentato con molta soddisfazione un nuovo (per noi) format che abbiamo chiamato "Club di Filosofia" dove durante tutto l'anno si legge un classico e lo si commenta liberamente, si pensa insieme.

### La proposta di George Steiner

La situazione umana nel nostro mondo occidentale viene vista da Steiner con un realismo sincero e coraggioso, anche per quanto concerne l'importanza ed il ruolo delle *Humanities*, che, se si parte dalla Storia, e dalla Storia recente, purtroppo appaiono come incapaci di arginare la disumanizzazione, e, pertanto, forse incapaci di per sé di umanizzare: "Abbiamo poche prove che, effettivamente, una tradizione di studi letterari renda un uomo più umano. [...] Allorché la barbarie giunse nell'Europa del Novecento, le Facoltà umanistiche in più di un'università offrirono ben poca resistenza morale [...]. La conoscenza di Goethe, il godere della poesia di Rilke non parvero un ostacolo al sadismo [...], ed è inutile cercare la facile scappatoia e dire che chi faceva tali cose in campo di concentramento diceva soltanto di leggere Rilke. Non lo leggeva bene. Questa è un'evasione. Può darsi che lo leggesse benissimo" (Steiner, 1998:88). Questa constatazione debella, a partire dalla semplice esperienza, dall'esperienza della vita concreta, l'ottimismo razionale un po' teorico del positivismo. E per Steiner non è nemmeno necessario arrivare all'orrore del genocidio degli ebrei per capirlo, basta molto di meno, basta osservare, quando accade, un fenomeno bizzarro, e cioè la sostituzione, proprio in coloro che danno molta importanza alla letteratura e credito psicologico

e morale alla creazione artistica, dell'esperienza reale con quella fantastica. "La capacità di riflesso fantastico e di rischio morale, in un qualsiasi essere umano, non è illimitata; al contrario può rapidamente essere assorbita da finzioni, sicché può darsi che il grido di una poesia risuoni più forte, più pressante, più reale del grido lanciato fuori per via. La morte in un romanzo, può commuoverci con maggior forza della morte nella stanza accanto" (Steiner, 1998:89). Questa sostituzione/confusione, questa frattura tra esperienza artistica e realtà trasforma la letteratura da utile in pericolosa, da umanizzante in disumanizzante, ma non tanto perché ha perso sue caratteristiche materiali, ma perché perdendo il suo collegamento con la sua finalità incarna le facoltà che da essa invece dovrebbero prendere vigore e slancio.

Steiner non ragiona, almeno in modo esplicito, secondo le categorie della causalità finale e di quella materiale/efficiente e pertanto davanti a queste osservazioni rimane, come lui stesso afferma, senza una soluzione. Avanza invece la seguente proposta: "È ingenuo supporre che insegnare un po' di poesia al biofisico o un po' di matematica allo studente di letteratura possa risolvere il problema. Siamo in balia di energie divisorie troppo nuove, troppo complesse per accettare qualsiasi rimedio sicuro. [...] Le forme della realtà e delle nostre facoltà fantastiche sono troppo difficili da prevedere. Nonostante ciò lo studente di letteratura ha oggi libero accesso [...] verso un terreno a metà strada tra le arti e le scienze, un terreno che confina ugualmente con la poesia, la sociologia, la psicologia, la logica e persino la matematica. Mi riferisco alla sfera della linguistica e della teoria della comunicazione" (Steiner, 1998:92). Tale proposta ha trovato nelle MH una larga accoglienza in quanto è stata in grado di individuare uno dei componenti essenziali della Pratica clinica, la relazione (con il paziente, con i colleghi, con i familiari, con la società, con la stampa, ecc.), attraverso il linguaggio e la capacità di trasmettere concetti. È fondamentale che il medico impari a farsi capire e a comprendere e che sappia informare: ciò fonda modi di agire virtuosi che lo avvicinano al suo fine di medico e, che, pertanto, lo umanizzano. Un medico che sa comunicare riesce a coinvolgere gli altri nella pratica clinica in modo efficace, e consapevole, vive meglio la veracità, la lealtà, la prudenza e la giustizia. Quando si parla, ad esempio, di Consenso informato, il problema concerne la comunicazione e il linguaggio, quando si vuole produrre una buona *compliance* nel paziente le capacità retoriche, nel senso più nobile del termine, riacquistano il loro senso all'interno della buona pratica clinica.

Per questa strada la proposta di Steiner arriva a toccare un secondo punto importante: abbiamo la responsabilità di orientare le *Humanities* verso la verità dell'uomo e al servizio di questa. "Se non responsabilizziamo i nostri studi umanistici, se cioè non distinguiamo nella nostra distribuzione del tempo e degli interessi tra ciò che ha un'importanza eminentemente storica e locale e ciò che contiene in sé la pressione della vita sofferta, allora le scienze davvero rafforzeranno

le loro pretese. [...] La scienza non può dire cosa ha provocato la barbarie della condizione moderna. Non può dirci come mettere in salvo le cose che ci interessano [...]. Una grande scoperta in fisica o in biochimica può essere neutrale. Un umanesimo neutrale è o un pedantesco artificio o un prologo al disumano" (Steiner, 1998:95). In questa proposta viene confutata l'idea dell'unificazione delle scienze, arte compresa, sotto uno stesso metodo e viene indicata, oltre un ruolo teorico/pratico del linguaggio e della comunicazione, la necessità del recupero della coscienza personale attraverso una riflessione che per sua natura l'uomo realizza anche nel suo agire artistico. Le *Humanities*, in quest'ottica, possono essere proposte anche per i medici, non solo come strumento utile all'agire tecnico, ma anche come luogo di riflessione, di introspezione, di ricerca della verità e del senso delle cose, della pratica clinica compresa, che recupera di fatto la consapevolezza del fine personale in modo che sia efficace nel motivare la volontà della persona. Conoscere la realtà, sceglierla secondo verità e bontà sembrano essere nobili ragioni per offrire ai medici un approccio adeguato alla letteratura, alla poesia, alla musica.

### **Le *Humanities* nel Manifesto degli studi del nostro Corso di Medicina e Chirurgia**

Le riflessioni che abbiamo presentato sino ad ora, con finalità esemplificative, costituiscono soltanto una parte del lavoro intrapreso in questi anni da parte dell'Istituto di Filosofia dell'Agire scientifico e tecnologico del Campus in collaborazione con i medici, gli infermieri, gli ingegneri ed i nutrizionisti della nostra università. L'organizzazione didattica conseguente ha vissuto lo sviluppo di questa esperienza di lavoro, adeguandosi più volte alla variazione delle Tabelle ministeriali con le quali il Corso di laurea di Medicina e Chirurgia si è dovuto confrontare in questi tempi. Per offrire però uno sguardo più sistematico al nostro progetto sarà utile adesso presentare, attraverso schede tecniche, le diverse materie umanistiche di insegnamento che integrano la nostra offerta formativa.

#### *Corso integrato "Fondamenti di Antropologia ed Etica"*

Il corso si sviluppa lungo i due semestri del primo anno e gli vengono assegnati 5 CFU.

L'obiettivo integrato del corso è quello di affrontare le principali questioni di Antropologia filosofica ed Etica, per consentire di individuare nella natura dell'uomo-persona e nella sua intrinseca eticità il filo che unisce i vari settori scientifico-disciplinari del Corso di laurea: il rapporto della persona con il mondo, la corporeità, la libertà, la socialità, il lavoro, la cultura e la religione nel loro collegamento con la condotta morale, nella prospettiva dell'etica della prima persona.

La professoressa Russo, titolare dell'insegnamento, è an-

che famosa tra i suoi studenti per l'abile utilizzo della letteratura, del teatro e del cinema (in dimensione sia passiva che attiva) come strumenti di studio e riflessione.

#### *Corso integrato "Introduzione alla medicina"*

Il corso si sviluppa lungo 3 semestri (I anno e un semestre del II anno) e gli vengono assegnati 8 CFU.

L'obiettivo è quello di introdurre lo studente all'agire medico attraverso l'acquisizione di competenze nell'ambito della storia della medicina, della medicina sociale e della deontologia professionale, ivi inclusi gli aspetti giuridici ed istituzionali.

Questo corso viene affiancato in modo efficace dal Club di Storia della scienza diretto dal prof. Borghi, in forte competizione con il Club di Filosofia portato avanti dal dott. Valera e dal dott. Di Stefano.

#### *Corso integrato "Metodologia Clinica"*

Il corso si sviluppa lungo 4 semestri (III e IV anno) e gli vengono assegnati 8 CFU.

L'obiettivo integrato è composto dai seguenti punti:

- Imparare ad applicare correttamente il metodo di ragionamento clinico, sapendo integrare i processi logico abduttivi o induttivi con quelli ipotetico-deduttivi a partire dalle *best evidence* disponibili e la logica *If/Then* degli algoritmi decisionali;
- Conoscere e saper utilizzare alcuni dei principali modelli di comunicazione con i pazienti, le famiglie e i colleghi;
- Imparare a valutare il vissuto del paziente e dello stesso medico, nei confronti della malattia;
- Imparare ad interpretare statisticamente le evidenze disponibili;
- Saper utilizzare l'*Evidence Based Medicine* in forma anche qualitativa;
- Interpretare correttamente il comporsi dei rilievi semeiologici in complessi sindromici, dando così inizio alla generazione alogica dell'ipotesi e al suo successivo controllo.

In questo corso si è soliti lavorare in aula con diversi docenti in contemporanea che, partendo da casi clinici reali, discutono l'approccio clinico dal punto di vista epistemologico, clinico, etico, psicologico e statistico.

Un'esperienza positiva maturata in questo corso è stata lo studio di alcuni aspetti assistenziali attraverso la Teoria dell'Horror, le autobiografie professionali e il confronto diretto con pazienti, famiglie e colleghi.

#### *Corso integrato "Medicina Legale"*

Il corso si sviluppa lungo il primo semestre del VI anno e gli vengono assegnati 4 CFU.

L'obiettivo integrato è che lo studente impari ad agire nella sua professione nel rispetto delle principali norme legislative che regolano l'organizzazione sanitaria, nonché delle norme deontologiche e di responsabilità professionale.

Sin dall'inizio abbiamo avuto la fortuna di avere come

docente il professor Angelo Fiori, vero Maestro della Responsabilità Professionale che, pertanto, diventa il tema centrale caratterizzante del corso.

## Conclusioni

Sarebbe forse necessario trattare altri aspetti che caratterizzano il modello di MH del "Campus" come, ad esempio, l'"Etica del Lavoro ben fatto", i format di "Etica Sperimentale", o, ancora, l'insegnamento della Teologia: tali questioni verranno affrontate in altre occasioni, in quanto si tratta di temi ancora "aperti" e non del tutto compiuti.

Un ulteriore approfondimento richiederà l'uso delle MH nel terzo livello formativo e, in modo, particolare nelle scuole di specializzazione anche perché il Campus Bio-Medico è stata la prima Università a sperimentare un "Tronco Comune Formativo", formula che successivamente si è diffusa in tutte le Scuole di specializzazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia italiane.

Per quanto invece riguarda la Formazione Continua rimando al contributo pubblicato nel 2009 su *L'Arco di Giano* (Tambone, 2009).

Vorrei aggiungere, in conclusione, che quanto abbiamo avuto la fortuna di vivere in questi anni di lavoro universitario ha ribadito ai nostri occhi che il sapere umano ha una struttura unitaria, Unità del sapere che, in ambito universitario, comporta una vera "Responsabilità del sapere". Con parole di Giovanni Paolo II, coloro che lavorano nella ricerca scientifica "in ragione del loro ingegno più acuto e degli strumenti di ricerca dei quali dispongono, hanno il dovere di approfondire gli eterni problemi del conoscere e del credere, dell'essere e dell'agire, con l'ulteriore impegno di illuminare i fratelli, specie quando sono loro affidati come alunni da istruire e da educare"<sup>3</sup>. In questo speriamo che le MH possano dare un contributo ad una scienza fatta dall'uomo e per l'uomo.

## Bibliografia

- Abbott EA. *Flatland: a romance of many dimensions*. Prometheus, Amherst (NY) 2005.
- Antiseri D. *La logica della diagnosi clinica nel pensiero di Augusto Murri*. MEDIC 1998;6(2):91-106.
- Anzilotti S. *La posizione di garanzia del Medico*. Giuffrè, Milano 2013.
- Bertolaso M. *Il cancro come questione*. Franco Angeli, Milano 2012.
- Borghi L. *Umori*. SEU, Roma 2013:2.
- Cantore E. *L'Uomo scientifico*. EDB, Bologna 1987:50.
- D'Orsi A. *A scuola è morto l'umanesimo*. Il Fatto Quotidiano, 3 luglio 2013:22.
- Frankl V. *Homo patients*. Queriniana, Brescia 1998.

<sup>3</sup> Giovanni Paolo II. Ai docenti e agli alunni nell'Aula Magna dell'Università degli Studi di Ferrara, 23-09-1990.

- Ghilardi G. *Il tempo delle neuroscienze*. SEU, Roma 2012.
- Groopman J. *How doctors think*. Houghton Mifflin Company, New York 2008.
- Iek S. *Benvenuti in tempi interessanti*. Ponte alle Grazie, Milano 2012.
- Israel G, Millán Gasca A. *Il Mondo come Gioco matematico. La vita e le idee di John Von Neumann*. Bollati Boringheri, Torino 2008.
- Israel G. *Medicine between Humanism and Mechanism*. Journal of Medicine & The Person. 2008;6(1):5-13.
- King S. *Danse macabre*. Sperling & Kupfer, Milano 2006.
- La Monaca G, Tambone V, Zingaro N, Polacco M. *L'informazione medico-paziente*. Giuffrè, Milano 2005.
- Llano A. *El humanismo civico y sus raices aristotelicas*. Anuario Filosofico. 1999;XXXII(2):443-68.
- Lown B. *The Lost art of healing*. Houghton Mifflin Company, New York 1996.
- MacIntyre A. *Animali razionali dipendenti*. Vita e Pensiero, Milano 2001.
- Monod J. *Il caso e la necessità*. Mondadori, Milano 1970;38.
- Marcos A. *Filosofia dell'agire scientifico*. Academia Universa Press, Milano 2010.
- Osler W. *Teacher and student*. In: *Osler's a way of life & other addresses, with commentary & annotations*. Duke University Press, London 2001:119.
- Pelàez M, Tambone V. *Lineamenti di etica medica*. In Teodori U. *Trattato italiano di medicina interna*. SEU, Roma 2004:1-20.
- Pelàez M. *L'Arte di vivere bene*. ARES, Milano 2007.
- Persichetti P, Russo MT, Tambone V. *Cosm-etica*. McGraw-Hill, Milano 2013.
- Polo L. *Lecciones de etica*. Eunsa, Pamplona 2013:22 [Trad. nostra].
- Russo M.T. *Etica del corpo tra medicina ed estetica*. Rubbettino, Soveria Mannelli 2008.
- Russo MT, Tambone V, Petraglia F. *Aspetti antropologici ed etici dell'agire medico in ginecologia ed ostetricia*. In Derwhurst *Trattato di ginecologia ed ostetricia*. EMSI, Roma 2012: 973-982.
- Sackett DL et al. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. BMJ 1996;13;312(7023):71-2.
- Schiller F.C.S. *Studies in Humanism*. Macmillan, London 1907:12.
- Steiner G. *Linguaggio e silenzio*. Garzanti, Milano 2001.
- Tambone V. *Formazione continua: nuove ed inedite sfide della formazione*. L'Arco di Giano 2009;61:235-46.
- Tambone V, Ghilardi G. *Riduzione consapevole e cooperante*. Clin Ter 2012;163(3):e133-43.
- Tambone V, Pennacchini M. *Aspetti etici e sociali*. In Calabrò R. *Cardiopatie congenite dell'adulto*. Piccin, Padova 2009:717-30.
- Tambone V, Sacchini D, Cavoni C.D. *Eutanasia e medicina*. UTET, Torino 2008.
- Valera L. *Il cinema come strumento di riflessione critica nella formazione degli studenti di medicina*. MEDIC 2011;19(2):30-5.