

Medical humanities e consulenza etica

Medical humanities and ethical counseling

SIMONA GIARDINA

Istituto di Bioetica e Medical Humanities, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli, IRCCS, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Premessa. L’articolo sottolinea l’importanza delle Medical humanities nella pratica medica focalizzando ciò che manca o è andato perduto e che riguarda soprattutto la relazione medico-paziente. L’introduzione nei *curricula* delle Facoltà di Medicina di speciali moduli didattici dedicati alle Scienze Umane non ha come fine solo l’arricchimento intellettuale della professione ma persegue una finalità rigorosamente operativa. In particolare, l’intento è quello di far emergere il ruolo attivo della letteratura nella riflessione biomedica. Il vantaggio della letteratura è quello di trasmettere informazioni in forma umana, di farci avvicinare all’umanità degli altri, diminuendo la distanza tra noi e l’altro. La letteratura tocca i nostri cuori e allo stesso tempo le nostre menti. Dialogare con la letteratura e con le Scienze umane in genere può aiutare a sviluppare capacità quali l’osservazione, l’analisi, l’empatia, lo spirito critico, fondamentali nella pratica clinica. Attraverso la lettura di testi significativi il futuro medico incontrerà il lato umano della medicina: la comprensione del malato nella sua unicità, la dimensione esistenziale della malattia, l’importanza del recupero di un dialogo profondo tra medico e paziente.

Parole chiave: Medical humanities, Rapporto medico-paziente, Letteratura, Etica

Background. *The aim of this work is to highlight the importance of the dialogue between very different disciplines trying to bring to light the value and function of literature vis-à-vis ethical concerns. One of the main areas where literature and bioethics coalesce in important literary texts is the relationship between humankind and sickness (with particular regard on doctor-patient relationship). This paper focalizes the anthropological and ethical aspects of doctor-patient relationship. The intention is to encourage not just aesthetic experience but human experience of this relationship. The way in which literature deals with these aspects shows a great level of humanity and empathy. It is just by this way that the reader is fully immersed in that specific problem. Literature has a great power to awaken us to the humanity of others decreasing the distance between them and us. Literature can touch our hearts at the same time our heads. Literature provides insight into the human condition, suffering, personhood and offers an historical perspective on medical practice. Attention to literature and the arts helps to develop and nurture skills of observation, analysis, empathy and self-reflection – skills that are essential for human clinical care. Through the poems, stories and essays, students will appreciate their roles not just as healers or caregivers but also as compassionate human beings. They will see the importance of fostering the human side of medicine: understanding the needs of patients as unique individuals, expressing compassion and empathy in the face of tragedy and grief and making judgments in complex ethical situations.*

Key words: Medical humanities, Doctor-patient relationship, Literature, Ethics

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Simona Giardina
Istituto di Bioetica e Medical Humanities
Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli – IRCCS
Università Cattolica del Sacro Cuore
Largo Francesco Vito 1, 00168 Roma
e-mail: simona.giardina@unicatt.it



Dalle Medical humanities alle Clinical humanities

La necessità di inserire le Medical humanities nei curricula di tutti i Corsi di Laurea di area medico-sanitaria scaturisce dalla constatazione che competenze ed esperienze diverse interagiscono sempre di più nella riflessione critica sull'atto medico, favorendo un ampliamento della prospettiva di lavoro all'interno di un osservatorio ricco e differenziato. L'idea che i bisogni e i diritti del malato debbano essere esauditi esclusivamente all'interno di una struttura medica di alto livello tecnologico comincia a dimostrare tutti i suoi limiti. La cura di una persona malata non si esaurisce nel ripristinare il corretto funzionamento fisiologico con l'utilizzo di tutte le risorse tecnologiche inserite in un contesto organizzativo funzionale ed efficiente. La vera cura è una miscela sapiente di tecnologia, conoscenze scientifiche e aspetti umani. La sempre maggiore conoscenza fisiopatologica delle malattie non deve far escludere la realtà antropologica del malato, dal momento che la medicina ha una finalità terapeutico-assistenziale rivolta proprio al malato. È per questo che le discipline tradizionalmente indicate sotto il termine di Medical humanities, sono ormai diventate ineludibili dal momento che rappresentano un luogo di riflessione trasversale in cui l'approccio etico, filosofico, antropologico, storico e artistico trova occasioni di confronto e dialogo stimolanti e sinergie preziose sia sul piano descrittivo che interpretativo. In un momento in cui la medicina rischia di concentrarsi unicamente sugli aspetti scientifici e tecnologici, è necessario ripristinare e promuovere l'importante rapporto che è sempre esistito tra la pratica medica e tutto l'ambito umanistico. Oggi questo legame si sta sempre più ampliando e coinvolge tutti i professionisti della salute. Si parla infatti non solo di Medical humanities ma anche di Biomedical humanities e di Health humanities, a sottolineare come il panorama delle figure professionali che hanno come fine il miglioramento e la prevenzione in merito alla salute e al benessere siano sempre di più e come, spesso, il loro ruolo si affianchi, in collaborazione, a quello dei medici (Giardina e Spagnolo). Alcuni Autori suggeriscono il termine Clinical humanities per sottolineare la necessità di un'educazione umanistica orientata verso la clinica e, dunque, verso la relazione medico-paziente (Doukas et al., 2010; Volpintesta, 2011; Shapiro, 2014). L'importanza delle MH nella formazione del medico viene riconosciuta in moltissime università degli Stati Uniti con una cerimonia, *The White Coat Ceremony*, istituita dal neurologo pediatra Arnold P. Gold e da sua moglie Sandra O. Gold (Giardina e Spagnolo). Questa cerimonia è stata inaugurata il 20 agosto del 1993 presso il Columbia University College of Physicians & Surgeons. Nel 1994, la New Jersey Medical School inaugurò la sua prima *White Coat Ceremony* diventando la seconda università ad aderire a questo evento. Oggi la *White Coat Ceremony*, moderno rito di iniziazione, è presente nel 96% delle scuole di medicina negli Stati Uniti e si sta diffondendo anche in altri Paesi. La cerimonia segna il

passaggio, significativo, dagli studi preclinici a quelli clinici. L'intento di Gold era quello di fare in modo che i futuri medici prendessero coscienza dell'importanza del loro ruolo agli inizi del loro percorso e non alla fine, che si rendessero conto che d'ora in poi il banco di prova sarebbe stato il malato e non solo la malattia come insegnava William Osler. Il benvenuto che gli studenti ricevono dai loro presidi di facoltà, o dal direttore sanitario dell'ospedale o da altri autorevoli rappresentanti del mondo medico non è un atto puramente formale in quanto vuole sottolineare non ciò che un medico è capace di fare, ma che tipo di persona vuole diventare come sottolinea Jessica Israel, medico geriatra che si occupa di medicina palliativa (*Monmouth Medical Center, New Jersey*), con una bellissima metafora: il "camice virtuale", quello che si indossa ogni giorno e che richiama alla dimensione interiore di ognuno. Questo *camice* è intriso di verità, di parole rassicuranti, di gesti che alleviano la sofferenza, di consapevolezza dei propri limiti, di capacità di ascolto dei malati. Questi possono insegnare molto al medico: "Prendete ciò che vi insegnano, sulla medicina e su voi stessi e intrecciatelo nel tessuto del vostro cappotto. Indossatelo correttamente fuori dall'ospedale, come pure nella vostra vita" (Israel, 2013). Alcune Università del Canada preferiscono alla *White Coat Ceremony* la *Stethoscope Ceremony* in quanto per alcuni il camice bianco potrebbe altresì sottolineare le differenze tra medico e paziente e divenire un simbolo elitario ed esclusivo. Lo stetoscopio diventa il simbolo non solo dell'auscultazione ma dell'ascolto del paziente. "It's not about you, it's always about the patient" scrive D. McKnight a sottolineare la dedizione, il rispetto, la professionalità, l'umanità e l'empatia del medico nei confronti del suo paziente. Dunque, il sempre maggiore coinvolgimento delle MH nella formazione di tutti gli operatori sanitari sottolinea con più forza il fatto che la medicina ha come oggetto di studio l'umano, e dunque la dimensione soggettiva del conoscere che si affianca all'approccio imprescindibile e rigoroso del sapere oggettivo che non può per sua natura abbracciare la sfera dei significati che la medicina, scienza naturale e scienza umanistica, non può trascurare. Inoltre, valorizza competenze diverse in una prospettiva trasversale e multidisciplinare che possa in modo costruttivo risolvere la dualità arte/scienza a favore di una nuova relazione clinica umanamente sensibile e non solo tecnica. Da sempre, infatti, le scienze umane hanno offerto un apporto fondamentale alla comprensione della malattia, delle cure mediche e dell'assistenza al malato; non solo per trovare una spiegazione, ma per un intendimento profondo del paziente, a livello personale e sociale, al fine di favorire una maggiore comprensione empatica del sé, dell'altro e del processo terapeutico. Siamo convinti che le Humanities abbiano anche una finalità pratica in quanto aiutano a sviluppare competenze importanti (non propriamente "tecniche") quali l'immaginazione, la creatività, il senso critico e la curiosità. Queste capacità devono integrarsi con l'evidenza scientifica. Sono, questi, gli stadi della crescita (mai conclu-

sa) della conoscenza. “La ricerca di senso, quando identificato con il solo segno razionale, visibile, tangibile, oggettivo ed empiricamente dimostrabile, finisce per allontanarsi dal vero, dal significato, dall’esperienza vissuta, dall’esistenza soggettivamente percepita, e perché no, anche dall’intuizione, che è *sapienza* che sgorga dal *sentire*” (Fiumara). Per favorire il coinvolgimento empatico dell’operatore sanitario vengono utilizzate sempre più, oltre alla lettura di testi narrativi anche le “Visual Thinking Strategies” (teatro, arte, cinema), strumenti utili per allenare le competenze socio-emotive, il cui sviluppo aiuta a migliorare l’efficacia personale, professionale e relazionale (le emozioni sono gli strumenti conoscitivi fondamentali per comprendere il linguaggio dell’altro). I testi letterari, le poesie, l’arte figurativa ma anche la musica ci consentono di percepire il dolore dell’altro e costituiscono una sorta di “terzo occhio” oppure, secondo una felice intuizione di Parker Palmer, possono essere intese come “The Third Thing”¹, che stimola la nostra anima a uscire fuori (Palmer). Attraverso la lettura possiamo vivere molte *epifanie*² come direbbe Joyce, ossia rivelazioni importanti per le vite dei personaggi e per le nostre.

Le discipline umanistiche costituiscono un denominatore comune, ci astraggono dalla nostra specializzazione, dai nostri reciproci mondi di appartenenza. In particolare, il grande privilegio della letteratura è quello di condurci fuori dalla nostra vita per immaginarne o inventarne altre mille (Vargas Llosa).

La relazione medico-paziente: alla ricerca del dialogo perduto

*Ma se mi guardi con pietà e mi parli,
si diffonde una musica,
dimentico che brucia la ferita.*
(G. Ungaretti)

Il rapporto medico-paziente è una parte essenziale della terapia. In un’epoca di crescita esponenziale delle risorse tecnologiche in medicina risulta più che mai urgente riflettere sulle derive etico-antropologiche che questo comporta nella relazione tra medico e malato. La presenza stessa del computer altera i rapporti e stabilisce una barriera; rende quello che dovrebbe essere un dialogo un’asettica registrazione di dati. Insieme all’anamnesi, si è perso, afferma Lisa Sanders, l’esame obiettivo, ormai sostituito dalla diagnostica per immagini o dagli esami di laboratorio. La medicina è prima di tutto un’arte sensoriale. In questo senso le Medical humanities possono aiutare a recuperare quel che manca o è andato per-

duto. Il con(tatto) è intriso di empatia e di quella che è l’esperienza del medico che nessuno strumento tecnologico potrà mai sostituire. Vittorio Gorresio in *Costellazione cancro* descrive molto bene questa situazione, mentre è sdraiato per fare una risonanza, su quella che lui definisce una lettiga-catafalco. Si sente solo, il medico non è accanto a lui, ma dietro la strumentazione a controllare su un teleschermo il campo dell’irradiazione, la profondità, la frequenza, il voltaggio. La distanza tra il medico e il paziente non è solo fisica ma anche antropologica: “*Io andavo a stendermi su una specie di lettiga-catafalco ... Da una fessura doveva uscire un raggio per colpirmi nei punti giusti prestabiliti e penetrarmi attraverso la guancia fino dentro alla bocca dove ero guasto per un carcinoma “a cellule piatte”*”. La narrazione aiuta a comprendere il malato ed è la scelta delle parole a chiarire lo stato d’animo: colpito, penetrato, guasto, il corpo è descritto facendo ricorso alla metafora della lotta che fin dai tempi ippocratici ha contraddistinto l’essere malato. “*Dosato, calibrato, circoscritto, il raggio faceva tutto il suo lavoro in tre, quattro minuti ed era finito il mio impegno per la giornata*”. Ma in questo orizzonte di perfetta e impeccabile tecnologia il malato cerca il contatto umano. “*Insomma è tutto tanto elettronico ed aseptico – intendo dire che non c’è nulla di tradizionalmente clinico in quello sfoggio di avanzatissima tecnologia*”. La routine – “*domattina alla stessa ora signor Gorresio*”, sentenza l’infermiera – scandisce la vita di un malato in una sequenza meccanica e numerica (tre, quattro minuti ed era finito l’impegno per la giornata). Il tempo della medicina non coincide con il tempo del malato che sente la sua vita scandita dai ritmi della malattia e delle terapie a cui devono sottostare anche i parenti: “*a noi restava il tempo del frattempo ...*” (De Luca). La malattia si configura come una rottura biografica: la narrazione ricostruisce il danneggiato e il perduto dando un senso a ciò che si sta vivendo. Sono le storie a dare un senso: il medico le “accoglie” per poi “restituirle” al paziente con significati ulteriori. Altrove il disagio del medico nel dover comunicare una diagnosi infausta si traduce paradossalmente in parole vaghe e incomprensibili per il malato. A tal proposito un esempio significativo quello del racconto *I sette piani* di Dino Buzzati: “*Mi dica dottore – disse un giorno – come va il processo distruttivo delle mie cellule?*” “*Oh, ma che brutte parole!*” – *Lo rimproverò scherzosamente il dottore – “Dove mai le ha imparate? Non sta bene, soprattutto per un malato!...”*. “*Va bene – obiettò il Corte –, “ma lei così non mi ha risposto”*. “*Oh, le rispondo subito*” – *fece il dottore cortese. “Il processo distruttivo delle cellule...è nel suo caso minimo. Ma sarei tentato di definirlo ostinato”*. “*Ostinato, cronico vuol dire?*” “*Non mi faccia dire quello che non ho detto*”. Il paziente era entrato in ospedale per una forma di eczema e, poco a poco, si ritrova nel reparto dei moribondi senza che nessuno lo abbia preparato. Oggi è il linguaggio stesso della tecnologia a prendere il sopravvento e a cambiare il rapporto tra medico e paziente. Non c’è più un dialogo ma un’asettica informazione. Non c’è più la storia che il paziente è tanto ansioso di raccontare al

¹ Prima c’è la relazione io-tu.

² L’epifania secondo Joyce è un momento speciale in cui un oggetto, un gesto, una persona, un episodio diventa “rivelatore” del vero significato della vita a chi percepisce il loro valore simbolico.

medico. Se oggi una persona va dal medico c'è sempre un computer tra lei e il curante. Non solo. L'ingresso della strumentazione tecnologica, delle molte indagini di laboratorio che oggi si possono fare e a cui il medico si affida a volte in modo eccessivo, hanno snaturato qualcosa di importante e insostituibile: l'anamnesi, lo strumento diagnostico più antico. Uno strumento privilegiato, atto a suscitare nello studente l'empatia, a guardare le vite dei pazienti come storie, è sicuramente il testo letterario (poesie, romanzi, opere teatrali, diari). Lisa Sanders nel libro "Ogni paziente racconta la sua storia" riporta un esperimento fatto all'Università di Yale, alla Facoltà di Medicina, in cui vengono messe a confronto le storie raccontate dai pazienti e le storie che i medici ne ricavano. Due mondi diversi. La storia piena di emozioni del malato viene ritradotta dal linguaggio distaccato e freddo della medicina. Già Primo Levi nel racconto *Dialogo di un poeta e di un medico* aveva denunciato l'incomunicabilità tra medico e paziente, isolati nei loro ruoli. Il racconto mette in luce da un lato la voce disattenta del medico; dall'altra quella inascoltata del malato. Calato nel suo ruolo, il medico prescrive le medicine su un taccuino senza in realtà comprendere la reale natura del malessere del suo paziente. "Non gli mancavano certo le parole per descrivere il suo male: sentiva l'universo ... come un'immensa macchina inutile, un mulino che macinava in eterno il nulla al fine di nulla ... ogni suo istante di veglia era intriso di questo dolore, sua unica certezza ... Il medico ascoltava assorto ... meditò per un minuto, poi gli disse che il suo caso non gli pareva grave: era piuttosto un ipersensibile che un malato ... Prese il blocchetto delle ricette e scrisse due o tre righe: "Intanto provi con questi, se crede: le daranno sollievo, ma si attenga alle dosi che ho indicate". Il poeta scese le scale e si avviò verso la farmacia più vicina. Mentre camminava ... la sua mano appallottolò la prescrizione e la gettò in un rigagnolo che scorreva lungo la via". Il brano sottolinea come non vi sia stato un vero dialogo e come il minimizzare ("il suo caso non gli pareva grave") del medico non sia di sollievo al malato. Quasi per accontentarlo ("era piuttosto un ipersensibile"), il medico prescrive alcuni farmaci delegando al malato la scelta se prenderli o meno ("se crede"). Poi si riappropria del proprio ruolo ("ma si attenga alle dosi che ho indicate"). Il poeta, completamente insoddisfatto, getta la prescrizione. Il malato non vuole solo il sostegno ma anche il sollievo. Il dolore abita un linguaggio che non è denotativo ma evocativo, allusivo. Di qui il frequente ricorso da parte degli scrittori di metafore, analogie, metonimie per narrare il dolore e la sofferenza. I sintomi riferiti dal paziente sono i segnali di potenziali patologie. Ma questi sintomi sono investiti dal paziente di emozioni che, dalla sua prospettiva, non sono meno importanti rispetto al significato clinico dato dal linguaggio della medicina. È innegabile che il medico debba essere non solo competente a livello tecnico ma anche umano. Nel corso degli ultimi anni, accanto alla medicina basata sull'evidenza (*Evidence-Based Medicine*), si è sentito il bisogno di recuperare una medicina fondata sul rapporto medi-

co-paziente, detta Medicina Narrativa (*Narrative-Based Medicine*), termine ricorrente nella letteratura medica, dove la narrazione della patologia del paziente al medico è considerata fondamentale al pari dei segni e dei sintomi clinici della malattia stessa. La storia del paziente può essere vista come l'"anatomia di un'esperienza" (Santini): nessun dettaglio deve essere trascurato. La narritività compare sulla scena proprio nel momento in cui la medicina, giunta a straordinari traguardi tecnologici, sembra perdere la sua efficacia proprio nel rapporto con il paziente (Mele e Giardina). La medicina narrativa è un modo di guardare al malato e di utilizzare il tempo a lui dedicato. Per Rita Charon, pioniera della medicina narrativa, i pazienti *vivono* nei loro corpi che sono le loro case ("My patients live in their bodies. Their bodies are their homes", Charon). Dare voce al corpo malato significa andare oltre una visione meccanicistica che lo priverebbe dell'anima. Il corpo-casa è un corpo-vissuto e investito di emozioni. Il medico, continua la Charon, ha il grande privilegio di "entrare" e di "visionare" la prima casa del suo paziente. Non solo. Il corpo ci ricorda la nostra comune vulnerabilità, "inguaribilità", e umanità. È qui che comincia la relazione medico-paziente.

"It's not about you".

Ripensare il dialogo medico-paziente

Gli stimoli della letteratura, veri e propri incitamenti al cambiamento, non illustrano solo il negativo. La letteratura è ricca di medici filantropi, empatici, compassionevoli, solidali. Moltissime testimonianze arrivano dall'arte e dalla letteratura. L'arte figurativa e la letteratura possono essere uno strumento attraverso cui l'uomo, costretto a uscire dal luogo intimo dell'auto-afezione, impara a comprendere se stesso e gli altri condividendo le sue emozioni più intime. L'arte può essere una risposta alla sofferenza ed essere salvezza e medicamento, luogo di svelamento del travaglio umano nella malattia sia essa di natura fisica, psichica o esistenziale, strumento per ricostruire la propria identità minacciata dalla malattia che riceve la consistenza della parola scritta o dell'immagine.

In uno dei suoi racconti, il neurologo Oliver Sacks illustra tutti i limiti della valutazione clinica riguardante una sua paziente affetta da una condizione congenita che le aveva causato una grave menomazione cerebrale e mentale. I test neurologici e psicologici avevano evidenziato solo i deficit, non le capacità. La paziente era stata "scomposta" in funzioni e deficit, era stata "frantumata" (Sacks). Dialogando con la paziente, Sacks si rende conto che il teatro e la poesia avevano per lei un senso e consentivano alle capacità emozionali, narrative e simboliche vive in lei (e che i test non evidenziavano) di manifestarsi. Il paziente non è un caso di una legge. Le Medical humanities possono "nutrire" le capacità interpretative del futuro medico perché "ognuno di noi co-

struisce e vive un “racconto” ... poiché ciascuno di noi è una biografia, una storia” (Sacks) ed è questo a renderci unici. L’ascolto della storia del paziente è spesso fondamentale per la diagnosi (Sanders) e per la terapia (Sacks).

Bellissime e significative le lettere e le liriche scritte dalla poetessa Alda Merini nell’arco di un decennio a partire dalla fine degli anni Sessanta, periodo nel quale fu seguita dal dottor Enzo Gabrici, psichiatra dell’Istituto Paolo Pini di Affori, dove la poetessa trascorse lunghi mesi di degenza tra il 1965 e il 1972. Si tratta di una sorta di corrispondenza “clinico-amorosa” che la poetessa rivolge al suo psichiatra cui attribuisce un ruolo salvifico: “*addio, amico, confidente, benefattore, insigne animo forse frustrato come il mio ...*”. Altrove dirà: “*... ho passato con lei tante ore di calda fiducia, ho conversato, sono penetrata nel suo animo ed ella è penetrata nel mio come un padre*”. L’accostamento del medico alla figura paterna appare in altre lettere (“*egli assomigliava in modo straordinario a mio padre*”). Come Sacks, anche Gabrici aveva saputo indirizzare la sua paziente verso il recupero della sua capacità creativa. Fu proprio l’arte a salvarle la vita: “la creazione attraverso l’arte poetica è stata il suo balsamo”, scrive Gabrici nella prefazione. Un rapporto amicale e paterno anche quello descritto da Van Gogh in una delle lettere indirizzate al fratello Theo: “*Il dottor Gachet mi sembra malato e sfinito come te e me, è più anziano e ha perduto anni fa sua moglie, ma è un grande dottore e il suo mestiere e la sua fede lo sostengono ... Sto lavorando al suo ritratto ... Ha la stessa atmosfera del mio ... Insomma papà Gachet è molto simile a te e a me*” (Van Gogh). Con queste parole, scritte nel 1890, Van Gogh parla del suo medico e amico dottor Gachet al fratello poco prima di morire suicida. L’artista si affidò alle cure del dottor Gachet gli ultimi due mesi di vita. Nel dottor Gachet (medico cardiologo e pittore dilettante che prese Vincent sotto la sua protezione) – conosciuto a Auvers-sur-Oise – Van Gogh in qualche modo vede rispecchiare la sua stessa sofferenza. Un’amicizia che nasce dalla condivisione delle proprie sventure: “*Oggi ho rivisto il dottor Gachet e andrò a dipingere da lui ... Mi sembra una persona molto sensata, ma è tanto scoraggiato dal suo mestiere di medico di campagna quanto io della mia pittura ... Sono portato a credere che finiremo per diventare amici. Del resto mi ha detto che se la malinconia ... diventasse troppo forte perché io possa sopportarla, ci potrebbe essere qualcosa d’altro da fare per mitigarla e che non dovrei vergognarmi di essere sincero con lui. E va bene, verrà certamente il momento in cui potrò aver bisogno di lui...*”.

C’è un rimedio il cui valore non ha limiti temporali ed è il *rimedio metafisico* (Cavicchi), quello capace di sollevare l’anima. Perché oltre alla dimensione somatica del dolore c’è quella psicologica. Pagine intense, nutrite di profondo rispetto e di riconoscenza, quelle scritte dall’artista Frida Kahlo al suo medico curante, il dottor Leo Eloesser: “*Mi rivolgo a lei non solo come a un medico ma come al migliore dei miei amici e non so dirle quanto la sua opinione sia preziosa...*”. Altrove si intuisce, dal tipo di scrittura meno formale, che

il legame di amicizia è ora più intenso: “*ti ringrazio per la tua meravigliosa tenerezza, e per la tua immensa generosità nei miei confronti. Mi fa così bene sapere che tu mi vuoi bene e che vegli su di me, ovunque tu sia*”. È “il desiderio di umana vicinanza, questo qualcosa di “impalpabile” che realizza l’aiuto e la speranza di cui ogni malato sente, acuta e lacerante, l’esigenza”: “*nella vostra voce sento partecipazione, dal primo sguardo chissà perché mi è sembrato che si potesse parlare di tutto*” (Cechov), dice la giovane Liza, protagonista di uno dei racconti più belli di Cechov, al medico che l’aveva in cura e che, dopo i fallimenti dei colleghi che lo avevano preceduto, compie una scelta diversa: l’ascolto della malata. La stessa consapevolezza nelle parole della scrittrice messicana Angeles Mastretta: “*La sua voce a metà pomeriggio era un lusso, come la risposta di un cielo misericordioso e audace. Correavamo ad ascoltarlo come si corre verso l’acqua e il pane tenero ... Tutti noi abbiamo imparato a curarci solo guardandolo, e non so come faremo a sopravvivere senza i suoi occhi che alleviavano le nostre pene e sorridevano dei nostri timori ... È un lavoro ingrato e generoso, il tuo ... Bisogna essere fatti di una stoffa che è sempre più rara, e per questo tanto più preziosa, per amare con una tale intensità coloro che ti chiedono aiuto ...*”. Il medico qui descritto è capace di amore e buon senso, è capace di impegnarsi a “esserci” in questo mondo, a voler contribuire a “illuminarlo”; è capace di generosità e solidarietà come un eroe silente della normalità (Zoli).

Bibliografia

- Bennett P, Giddey J, Bolte K. et al. *Art and humanities in undergraduate student education*. Sch J Arts Humanit Soc Sci 2014;2:76-8.
- Cavicchi I. *Il rimedio e la cura. Cultura terapeutica tra scienza e libertà*. Roma: Editori Riuniti 1999.
- Cechov A. *Caso clinico*. In: Id. *Racconti I*. Milano: Mondadori 1996, p. 1486.
- Charon R. *Narrative medicine: form, function, and ethics*. Ann Intern Med 2001;134:83-7.
- De Luca E. *In alto a sinistra*. Milano: Feltrinelli 2014.
- Charon R. *The novelization of the body, or, how medicine and stories need one another*. Narrative 2011;19.1:33-50.
- Doukas DJ, McCullough LB, Wear S. *Re-visioning Flexner: educating physician to be clinical scientists and humanists*. Am J Med 2010;123:1155-6.
- Fiumara D. *Recensione a Giardina S. La storia della medicina e la sua dimensione etico-antropologica*. Medicina e Morale 2017;2:245-51.
- Gaufberg E, Batalden M. *The third thing in medical education*. Clinical Teacher 2007;4:78-81.
- Giardina S, Spagnolo AG. *Perché i medici dovrebbero (ri)leggere i classici*. Medicina e Morale 2017;5:581-90.
- Giardina S, Spagnolo AG. *I medici e il camice bianco. Note storico-culturali e implicazioni per la formazione dello studente di medicina*. Medicina e Morale 2014;2:217-31.
- Giardina S, Spagnolo AG. *Dalla conoscenza biologica alla dimensione esperienziale: le health humanities nei corsi di Laurea in Farmacia*. Medicina e Morale 2018;4:393-405.
- Giardina S. *Il recupero della letteratura nel pensiero bioetico*. Roma: Aracne 2016.

- Gorresio V. *Costellazione cancro*. Milano: Rizzoli 1976.
- Huber SJ. *The white coat ceremony: a contemporary medical ritual*. J Med Ethics 2003;29:364-6.
- Kahlo F. *Querido Doctorcito. Lettere a Leo Eloesser*. Abscondita, Milano 2010.
- Karnath BM. *A symbol of our profession: white coat ceremony address to the class of 2014*. J Gen Intern Med 2011;26:673-74.
- Kleinmann A. *The art of medicine. Caregiving as moral experience*. Lancet 2012;380:1550-1.
- Israel J. *The virtual coat*. Relazione tenuta in occasione della *White Coat Ceremony* della *Frank H. Netter MD School of Medicine*. Hamden (CT): Quinnipiac University, 16 agosto 2013.
- Jones DS. *Medicine and society. A complete medical education includes the arts and humanities*. Virtual Mentor 2014;16:636-41.
- Levi P. *Dialogo di un poeta e di un medico*. In: Id. *I racconti*. Torino: Einaudi 1996.
- Mastretta A. *Una luce che guariva*. In: Id. *Il mondo illuminato*. Feltrinelli, Milano 2000.
- McKnight D. *It's not about you*. Relazione tenuta in occasione della *Stethoscope Ceremony*. Facoltà di Medicina dell'Università di Toronto, 23 agosto 2011.
- Mele V, Giardina S. *Testi della medicina narrativa nel caso clinico di Anton Cechov*. Medicina e Morale 2007;4:753-65.
- Merini A. *Lettere al dottor G*. Milano: Frassinelli 2008.
- Oliverio A. *La mente parlante: le neuroscienze e la lettura*. Vita e Pensiero 2018;2:115-9.
- Perry M, Maffulli N, Willson S, et al. *The effectiveness of arts-based interventions in medical education: a literature review*. Med Educ 2011;45:141-8.
- Poses RM. *Narrative medicine*. Ann Intern Med 2001;135:929-30.
- Sacks O. *Rebecca*. In: Id. *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*. Milano: Adelphi 1986, pp. 235-45.
- Sanders L. *Ogni paziente racconta la sua storia. L'arte della diagnosi*. Torino: Einaudi 2009.
- Santini L. *Relazione tenuta in occasione del seminario "La medicina narrativa"*. 15 aprile 2019, Roma.
- Shapiro J. *Toward the clinical humanities: how literature and the arts can help shape humanism and professionalism in medical education*. Gold Foundation 2014; January 6.
- Vargas Llosa M. *Contro l'intrattenimento salviamo i veri romanzi*. Vita e Pensiero 2018;5:127-32.
- Volpintesta EJ. *Clinical humanities?* Am J Med 2011;124:e21.
- Zoli S. *Ángeles Mastretta, una lezione di luce*. Corriere della Sera, 25 novembre 2000, p. 31.