



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Editor

Paolo Arullani, Università Campus Bio-Medico di Roma

Scientific Coordinator

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

Associate Editors

Paola Binetti, Università Campus Bio-Medico di Roma

Maria Teresa Russo, Università Campus Bio-Medico di Roma

Daniele Santini, Università Campus Bio-Medico, Roma

Victoradolfo Tambone, Università Campus Bio-Medico di Roma

Albertina Torsoli, Parigi

Editorial Board

Maria Grazia Albano, Università degli Studi di Foggia

Luciana Angeletti, Sapienza Università di Roma

Dario Antiseri, Libera Università Internazionale degli Studi Sociali, Roma

Renzo Caprilli, Sapienza Università di Roma

Lucio Capurso, Sapienza Università di Roma

Michele Cicala, Università Campus Bio-Medico di Roma

Saverio Cristina, Università Campus Bio-Medico di Roma

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

Paolo Dario, Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa

Pierpaolo Donati, Università degli Studi di Bologna

Antonio Farulla, Società Italiana di Medicina del Lavoro (SIMLII), Roma

Giovanni Federspil, Università degli Studi di Padova

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

Luigi Frati, Sapienza Università di Roma

Luigi Frudà, Sapienza Università di Roma

John Fox, University of Oxford, Regno Unito

Giuseppe Galli, Università degli Studi di Macerata

Enzo Grossi, Fondazione Bracco, Milano

Gregory Katz, ESSEC Business School, Francia

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

Alessandro Martin, Università degli Studi di Padova

Alfred Nordmann, Technische Universität, Darmstadt, Germania

Michelangelo Pélaez, Università Campus Bio-Medico di Roma

Julian Reiss, Erasmus University, Paesi Bassi

Paolo Maria Rossini, Università Campus Bio-Medico di Roma

Cesare Scandellari, Università degli Studi di Padova

Luciano Vettore, Università degli Studi di Verona

Scientific Secretariat

Maria Dora Morgante, Università Campus Bio-Medico di Roma

Barbara Osimani, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

© *Academia Universa Press*

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

Contatti:

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

Direttore responsabile/*Manager* Maria Teresa Russo; Stampa: AUP – Digital Printing, Asti – Iscr. ROC 21123

ABBONAMENTI E PUBBLICITÀ / SUBSCRIPTIONS & ADVERTISING

Abbonamenti per l'Anno 2011

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

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

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

L'abbonamento decorre dal gennaio al dicembre.

Gli abbonamenti possono essere attivati:

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

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

Inserzioni Pubblicitarie

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

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

Subscriptions for 2011

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

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

Single copy and 2010 issue, € 20,00.

Abroad, € 40,00.

Subscriptions request and payment may be issued:

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

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

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

Advertising

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

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

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Manoscritti

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

Le pagine devono essere numerate consecutivamente.

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

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

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

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

Riferimenti bibliografici

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

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

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

Tabelle e figure

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

Ringraziamenti

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

Autori

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

Manoscritti riveduti e Bozze

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

Estratti e Stampe a Colori

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

Copyright

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

Copie per gli Autori

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

Indirizzo per i Manoscritti

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

Lista di controllo

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

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

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

Manuscripts

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

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

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

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

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

References

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

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

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

Tables and Figures

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

Acknowledgements

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

Authorship

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

Revised Manuscript and Proofs

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

Reprints and Colour Prints

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

Copyright

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

Copies for Authors

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

Address for Manuscript

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

Submission Checklist

Please use the following checklist before mailing the manuscript:

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

INVITO ALLA LETTURA
AN INVITATION TO READ

Il Cinema Contemporaneo e la Bioetica
Contemporary Cinema and Bioethics

Paola Dalla Torre

MEDIC 2011; 19(2): 12-16

Sempre più spesso il cinema contemporaneo si occupa di problematiche di bioetica come la sperimentazione genetica, la clonazione, la robotica, l'eutanasia e l'aborto. Esistono due modalità di visualizzazione cinematografica di questi argomenti: quella dei film di fantascienza, che ci ammonisce su un futuro dominato dalla tecnologia; l'altra, che tratta storie vere o comunque verosimili, adotta un punto di vista nichilistico e relativista, segno della crisi morale dei nostri tempi.

The paper examines how contemporary cinema is dealing with bioethics topics such as genetics, cloning, robotics, euthanasia and abortion. There are two ways of viewing these issues: the first one, related to science fiction movies warns us of a future dominated by technology; the other one, is about true stories or at least plausible ones which adopt a nihilistic and relativistic point of view, a sign of the moral crisis of our times.

L'Immagine Filmica nella Formazione alle Cure: Indicazioni Metodologiche e Pratiche di Utilizzo
The Film Image in the Healthcare Training: Methodological and Practical Directions of Use

Lorenza Garrino, Silvano Gregorino

MEDIC 2011; 19(2): 17-24

L'articolo mette in luce come il cinema possa unire la componente ludica ad un'istanza didattico-conoscitiva, configurandosi come una vera e propria composizione narrativa-didascalica. Dall'esperienza condotta presso il Presidio Sanitario Gradenigo si evidenzia come l'utilizzo dei filmati nella formazione favorisca lo sviluppo di processi di pensiero critico e riflessivo, gettando i presupposti per un apprendimento trasformativo.

The article underlines that cinema can join the playful component with a cognitive-learning experience, taking shape as a real-didactic narrative composition. Experience conducted at the Presidio Sanitario Gradenigo highlights how the use of videos in learning promotes the development of a critical and reflective thinking process, laying the groundwork for a transformative learning.

Il Cancer Movie
Cancer Movie

Domitia Caramazza

MEDIC 2011; 19(2): 25-29

Il cinema è la fabbrica dei sogni, il luogo privilegiato dove si manifesta l'immaginario, capace di esplorare anche le tematiche più profonde suscitate dalla malattia oncologica nella nostra cultura. Di qui la ricerca e l'applicazione di nuovi strumenti formativi come il Workshop *Cinema e Sogni*, ideato nel 2002 e sperimentato dal Centro di Ricerche Oncologiche "Giovanni XXIII" dell'Università Cattolica di Roma in collaborazione con l'*International Institute for Psychoanalytic Research and Training of Health Professionals* (I.I.P.R.T.H.P.) di Roma. Il suo obiettivo è migliorare la capacità di comunicare degli operatori sanitari impegnati nella cura dei malati oncologici e nel supporto psicologico ai loro familiari, per una migliore "sintonizzazione" sul paziente oncologico da parte degli operatori sanitari.

Cinema is "the dream factory", a privileged place where imagination becomes reality, capable of exploring even the most profound themes concerning cancer disease in our culture. This leads to the research and the application of new training tools like the "Workshop on Film and Dreams", created in 2002 and tested by the Center for Cancer Research, "Giovanni XXIII" of the Catholic University of Rome in collaboration with the International Institute for Psychoanalytic Research and Training of Health Professionals (IIPRTHP) of Rome. The workshop aimed at helping healthcare personnel to improve "tuning" themselves on the cancer patient.

Il Cinema come Strumento di Riflessione Critica nella Formazione degli Studenti di Medicina
Cinema as a Tool of Critical Reflection in Medical Students' Education

Luca Valera

MEDIC 2011; 19(2): 30-35

La narrazione cinematografica, a motivo dell'alto valore e-vocativo e pro-vocativo dell'immagine nei confronti dello spettatore, può risultare uno strumento molto efficace di formazione della coscienza morale dello studente di Medicina, in quanto facilita la riflessione sull'esperienza altrui, e, ultimamente, anche sull'esperienza personale.

Cinematographic narration, because of the high e-vocative and pro-vocative value of the images towards the viewer, could be a really effective teaching tool, in order to shape the medical student's moral conscience; in fact, it can facilitate reflection about someone else's experience and, ultimately, self-reflection about personal experience.

Fiction Mediche: il Senso Religioso in Prima Serata

Medical Drama: the Religious Sense During Prime Time

Carlo Bellieni

MEDIC 2011; 19(2): 36-38

In TV la figura del medico è ancora circondata da un'aura di sacralità, certamente fuori luogo, ma comprensibile in un'epoca che sembra alla ricerca del sacro autentico. In Dr. House MD e Scrubs non c'è solo il parlare di malattie, ma anche di mistero, di quel livello della nostra natura che è insondabile e che vogliamo affidare a qualcuno perché per noi è troppo lontano, difficile, duro o stupefacente.

On TV, the figure of the doctor is still surrounded by an aura of sacredness, certainly out of place, but understandable in an age that has lost the foundations of the true sacredness. In Dr. House MD and Scrubs there is not only the theme of disease, but also of mystery, that level of our nature that is unfathomable, and we want to entrust to someone because it is too far, difficult, hard or amazing for us.

Pelle

Skin

Claudio Siniscalchi

MEDIC 2011; 19(2): 39-41

L'articolo esamina l'abisso nichilista nel quale è sprofondata la cultura europea, ben rappresentato dal film di Pedro Almodóvar *La pelle che abito*. Questo film mette in risalto come il senso etico della cultura occidentale sia stato divorato dalla filosofia e dalla scrittura del negativo. Se in passato la figura del medico nel cinema era quasi sempre legata all'eroismo, pur non mancando di errori, ma sempre in nome della scienza, oggi la figura del dottore somiglia molto a quella di Hannibal Lecter, il serial killer de *Il silenzio degli innocenti*.

The article examines the nihilistic abyss in which European culture has sunk. A nihilism well represented in the film by Pedro Almodóvar La piel que habito.

The movie emphasizes how the ethics of Western culture has been devoured by the negative philosophy. If in the past, the figure of the doctor in cinema was almost linked to heroism, who at least committed errors, although serious errors but in the name of science, today the figure of the doctor is very similar to Hannibal Lecter, the serial killer of The silence of the Lambs.

Scienza e Società: la Medicina della Saga di Twilight

Science and Society, Medicine in the Twilight Saga

Simona Ugolini, Marta Bertolaso

MEDIC 2011; 19(2): 42-48

Il lavoro si propone di esplicitare il nesso fra le tematiche mediche, etiche ed antropologiche presenti a vario titolo nei prodotti di Stephenie Meyer ed una medicina che quotidianamente propone conquiste tecniche ai limiti dell'umano. "Twilight" non è solo fantasy ma appare come la metafora della scienza medica contemporanea che, con ogni mezzo, si applica per potenziare al massimo le funzioni fisiche, cognitive o percettive dell'uomo con l'obiettivo di prolungare la durata della vita sotto il segno di una perenne giovinezza: sogno antico che la fantasia e la letteratura popolare hanno spesso collegato alla figura del vampiro.

The work underlines the connection between medical, ethical and anthropological items, which can be found at various levels in Stephenie Meyer's works, and a kind of medicine that advances, day by day, more and more unlimited technical conquests. "Twilight" is not simply fantasy: it seems to be the metaphor of contemporary medical science that tries, with all its means, to upgrade the physical, cognitive and perceptive functions of humans; its aim is to prolong men's life in order to create an immortal youth which is an old dream often connected to the figure of the vampire by the popular fantasy and literature.

La Vita e la Morte

Life and Death

Andrea Piersanti

MEDIC 2011; 19(2): 49-57

L'articolo offre una panoramica sulla nascita del genere "medical" e affronta il tema della vita e della morte in numerosi film e telefilm. Medici e pazienti sullo schermo vivono le loro avventure più dure e più interessanti dal punto di vista narrativo proprio quando devono affrontare il mistero insondabile della morte o la magica scoperta della vita che nasce. Vita e morte sono quindi anche i confini dell'espressione dell'artista, sono i limiti al di là dei quali la stessa arte diventa in qualche modo "preterintenzionale".

The article describes an overview of the emerging "medical genre" and addresses the issue of life and death in numerous films and TV series. Doctors and patients live their toughest and most interesting adventures on the screen just as they face the unfathomable mystery of death, or as they discover the magic of birth. Life and death become the boundaries of the artist, they are the limits beyond which art itself becomes a kind of "manslaughter".

Il Senso della Malattia in Sette Anime e ne Lo Scafandro e la Farfalla

The Sense of the Disease in Seven Pounds and in The Diving Bell and the Butterfly

Emanuela Genovese

MEDIC 2011; 19(2): 58-61

L'articolo mette in luce come il cinema abbia esplorato il mondo della malattia con precise intenzioni ideologiche e a volte con il desiderio di raccontare la complessità del mistero della malattia. La forza viva della malattia e la scoperta della perdita di un bene ne "Lo Scafandro e la Farfalla", contrapposta all'elogio del suicidio, allo svuotamento del senso della sofferenza e alla ricerca della salute come un bene per meritevoli nel film "Sette anime".

The article underlines how cinema has explored the world of the disease with specific ideological intentions and sometimes with the desire to tell the complexity of the disease mystery. The living force of the disease and the discovery of the loss of an asset in "Le scaphandre et le papillon", as opposed to the praise of suicide, clearing the way of suffering and the pursuit of health as good for the movie "Seven Pounds".

La Filosofia della Biologia di Hans Jonas Come Possibile Fondamento della Normatività Intrinseca nella Pratica Medica

Hans Jonas' Philosophy of Biology as a Possible Basis of the Intrinsic Norm in Medical Practice

Maddalena Pennacchini

MEDIC 2011; 19(2): 62-68

La portata filosofica della riflessione jonesiana sulla teleologia dei fenomeni naturali ha due esiti: uno epistemologico in quanto favorisce una maggiore comprensione della natura (incluso l'uomo) e della realtà; l'altro etico. L'articolo dopo aver presentato in modo sintetico la filosofia della biologia di Jonas affronta il motivo per il quale si ritiene utile e valida la proposta del filosofo ai fini di una riflessione filosofica sulla pratica medica che sia uno strumento che consenta di indirizzare al meglio la condotta degli operatori sanitari. *The scope of philosophical reflection on Jonas' teleology of natural phenomena has two outcomes: 1. Epistemological: it promotes greater understanding of the nature (including man) and reality, 2. Ethical relevance. The Article, after presenting succinctly Jonas' philosophy of biology, addresses the reason why the proposal of the philosopher of a philosophical reflection on medical practice is useful and valid. This could be an instrument to better address the conduct of health professionals.*

La Comunicazione dell'Errore in Medicina: Valutazione di un'Esperienza Formativa

Communication of Medical Errors: Evaluation of a Training Programme

Giulia Lamiani, Daniela Leone, Elena Vegni

MEDIC 2011; 19(2): 69-75

Lo studio descrive l'esperienza di un workshop sulla comunicazione dell'errore sanitario e ne riporta l'efficacia nel modificare le attitudini degli operatori. Il workshop, parte del programma italiano per il miglioramento delle competenze comunicative-relazionali (PERCS), è interdisciplinare ed è basato sulla simulazione e *debriefing* di casi clinici in cui deve essere comunicato un errore ai famigliari.

The article describes a Workshop experience on the "Error Communication" in the health care system. It also reports its effectiveness in changing attitudes of the operators. As a part of the Italian Programme to Enhance Relational and Communication Skills (PERCS), this interdisciplinary workshop is based on the simulation and debriefing case scenarios in which an error has to be disclosed to the family.

I Medici e la Medicina nel Cinema: una Breve Bibliografia (I parte)

Doctors and Medicine in Cinema: a Short Bibliography (1st part)

Laura Fieschi

MEDIC 2011; 19(2): 76-77

I Medici e la Medicina nel Cinema: una Breve Bibliografia (II parte)

Doctors and Medicine in Cinema: a Short Bibliography (2nd part)

Claudio Pensieri

MEDIC 2011; 19(2): 78-80

La rassegna bibliografica ragionata presenta alcuni dei testi più significativi della recente produzione editoriale sul tema

The annotated bibliography presents some of the most important texts on the subject in the recent editorial production.

Errata Corrige: Nel vol. 19 (giugno 2011) è stato omissso il nome proprio di Elena Vegni (p. 96):

"Come Posso Diventare un Buon Medico?: Gli Studenti di Medicina del III Anno Raccontano le Loro Difficoltà Attraverso l'Utilizzo del CIR (Critical Incident Report) "How Can I Become a Good Doctor?: Third Year Medical Students Tell Their Difficulties Through the Use of CIR (Critical Incident Report)
DANIELA LEONE, ELENA ZITO, ELENA VEGNI, EGIDIO A MOJA

QUADERNO: "IL CINEMA NELLA MEDICINA, LA MEDICINA NEL CINEMA"
 "CINEMA IN MEDICINE, MEDICINE IN CINEMA"

Introduzione

Introduction

Il Quaderno presentato in questo numero di MEDIC nasce dalla riflessione congiunta di professionisti del settore sanitario ed esperti della comunicazione mass-mediatica. Ci si è interrogati su come il Cinema tratti le questioni di natura medica e su come la medicina utilizzi il cinema per affrontare tematiche "calde" per i professionisti sanitari.

È molto interessante notare come il cinema e la televisione siano state per lungo tempo oggetto di studio per la capacità di influenzare le masse. È anche vero che questa capacità può essere utilizzata a vantaggio della formazione e può diventare un importante strumento pedagogico/persuasivo nel settore sanitario.

Il cinema, la televisione, la web-tv e i canali tematici di youtube, sono degli strumenti a disposizione del formatore per comunicare dei messaggi importanti per gli studenti o per gli spettatori in generale. I nuovi media hanno infatti un "potere" sullo spettatore che spesso viene ignorato dai formatori professionisti ma che, invece, nel campo della pedagogia sanitaria, andrebbe studiato e metodologicamente affrontato.

Il dibattito sul potere dei media, ovvero sulla capacità dei mezzi di comunicazione d'influencare in qualche modo i destinatari, ha radici storiche profonde. Molte teorie negli anni hanno cercato d'inquadrare e descrivere il complesso fenomeno della comunicazione mediatica del cinema e della televisione.

Ne citiamo alcune per dimostrare quanto sia ampio il panorama nel quale si inserisce l'utilizzo dello strumento filmico in sanità:

- **Teoria ipodermica:** nasce in America intorno agli anni Venti e prende il nome dall'immagine dell'ago ipodermico utilizzato per le punture. Afferma che i messaggi colpiscono personalmente gli individui, in modo diretto e immediato, modificandone opinioni e comportamenti.
- **Teoria della persuasione:** si sviluppa negli anni Quaranta e Cinquanta, a partire dagli studi sull'efficacia persuasiva di una campagna di propaganda e considera gli spettatori sostanzialmente passivi. I messaggi persuasivi possono dunque modificare l'atteggiamento, inteso come la predisposizione acquisita ad agire

in un certo modo, e questo può a sua volta modificare il comportamento (d'acquisto o di voto).

- **Teoria degli effetti limitati:** negli anni Quaranta si moltiplicarono gli studi sociologici sulle caratteristiche del contesto sociale, non si parla più di persuasione ma di "influenze" del messaggio.
- **Teoria degli usi e gratificazioni:** questo pensiero nasce, negli anni '70, dalla teoria sociologica dello struttural-funzionalismo di Parsons e Merton, che sposta l'attenzione dagli effetti alle funzioni dei media. La società è vista come un organismo composto di parti, ciascuna delle quali svolge determinate funzioni ed il sistema è formato da sottosistemi, che contribuiscono alla soddisfazione dei bisogni fondamentali. Gli spettatori usano il cinema e la Tv allo scopo di soddisfare i propri bisogni ed ottenere delle "gratificazioni", diventando parte integrante del processo comunicativo (Katz E., Gurevitch M., Haas H., *On the Use of the Mass Media for Important Things*, in "America Sociological Review", 1973, 38, pp. 164-81).
- **Teorie sugli effetti a lungo termine:** Dopo la crisi dei media studies, nascono nuove teorie, frutto dello straordinario sviluppo della TV e della conseguente globalizzazione, nonché della "rivoluzione culturale" del '68. Nella teoria tedesca della "spirale del silenzio" ed in quelle americane della "coltivazione" e della "dipendenza", l'attenzione è posta sul potere dei media e sulla loro capacità di produrre effetti di lungo periodo, ovvero effetti sulle conoscenze degli individui (opinioni, valori, pregiudizi) e non più sui comportamenti, come si era invece ipotizzato studiando gli effetti a breve. Sono proposte teorie, quindi, che spiegano in ultima analisi il processo di costruzione della realtà:
 - a) **Teoria della spirale del silenzio:** ciascun individuo tende a conformarsi alle opinioni dominanti, si nascondono le opinioni contrarie per creare consenso nel pubblico.
 - b) **Teoria della coltivazione:** la TV e principalmente il genere della fiction, costituisce il più importante costruttore di immagini della realtà sociale (Gerbner G., *Living with Television. The Dynamics of the Cultivation Process*, Erlbaum, Hillsdale, 1986), assumendo perciò il ruolo di agenzia di so-

cializzazione, in competizione con quelle tradizionali, come la famiglia, la Chiesa, la scuola ed il gruppo dei pari.

c) Teoria della dipendenza: parte dalla constatazione che l'esperienza direttamente vissuta è limitata, per cui gli individui dipendono dai media per conoscere la realtà ed ottenere informazioni adatte ai loro scopi (DeFleur M. L., Ball Rokeach S., 1989, *Teorie delle comunicazioni di massa*, Il Mulino, Bologna, 1995). Il potere dei media sta nel controllo delle risorse d'informazione, necessarie a individui, gruppi e sistemi sociali per raggiungere i loro rispettivi fini, che possono essere lavorativi, economici, politici, ecc.

Sembra quindi che il cinema e la televisione siano un apparato di mediazione simbolica della realtà sociale (Capecci S., 2004, *L'audience "attiva"*, Carocci, Roma, 2005), in quanto influenzano, nel lungo termine ed in maniera indiretta e subdola, la percezione della realtà degli individui e quindi il loro modo di rapportarsi ad essa, nonché i processi di costruzione dell'identità soggettiva, attraverso la rappresentazione e legittimazione di "frammenti di realtà", credenze, valori e modelli comportamentali.

Dal punto di vista psicologico, la comunicazione mediatica è un ricco e vasto campo di studi, collegato al tema della propria identità e dei legami con gli altri.

Quando lo spettatore si espone alla visione di un film o di un telefilm, al cinema, in televisione o sulle web-tv, pensa che sia una parentesi socialmente regolata all'interno della vita reale: di conseguenza, alla mancanza del senso di colpa si unisce la rassicurante consapevolezza che qualsiasi cosa avvenga, non avrà ripercussioni sulla sua vita di tutti i giorni.

A tal proposito Musatti studia due fenomeni che si manifestano quando lo spettatore va al cinema e si siede dentro la sala, essi sono:

1. *Identificazione:* cioè quel particolare meccanismo psicologico attraverso il quale uno spettatore si immedesima in un personaggio al punto da reagire emotivamente alle situazioni che, nella narrazione, riguardano tale personaggio
2. *Proiezione:* lo spettatore arricchisce quei personaggi dei propri elementi psicologici e presta loro sentimenti e reazioni emotive che sono soltanto sue.

Secondo Musatti per effetto dell'*Identificazione* lo spettatore è di volta in volta *Tutti* i singoli personaggi; per effetto della *Proiezione* i singoli personaggi sono sempre lo stesso spettatore.

In conclusione, sembra sia giunto il momento di chiedersi quale effetto producano questi film, telefilm e fiction, sulle persone e sugli studenti. Quale messaggio etico viene lasciato passare in modo inconscio e subdolo allo spettatore, allo studente e all'operatore sanitario?

Come si può utilizzare questo strumento, che offre molteplici benefici, in un modo metodologicamente vali-

do? Quali esperienze esistono in Italia nel settore del Cinema nella Medicina e della Medicina nel Cinema?

Alcune di queste domande trovano risposta in questa monografia, altre invece dovranno essere oggetto di riflessione comune e condivisa.

La monografia è suddivisa in quattro sezioni, la prima **"Il Cinema nella Medicina"** individua come il Cinema può essere utilizzato nella formazione medica, con l'intervento di **Dalla Torre** che riflette sulle tematiche bioetiche, con l'intervento della **Garrino e Gregorino** sul laboratorio del Presidio Sanitario Gradenigo, con l'intervento di **Caramazza** sul "Workshop Cinema e Sogni" dell'Università Cattolica di Roma e infine con l'intervento di **Valera** sulla formazione.

La seconda sezione **"La Medicina nel Cinema"** riflette su come il Cinema utilizzi le nozioni di medicina per comunicare con il pubblico e far passare messaggi più o meno morali alla popolazione.

In questa sezione l'intervento di **Bellieni** sulle Fiction mediche e il senso religioso, segue l'intervento di **Siniscalchi** indaga il pensiero nichilista dell'ultimo film di Almodòvar, mentre l'articolo di **Bertolaso e Ugolini** si sofferma sull'empowerment e su come la Saga di Twilight comunichi una scienza medica contemporanea orientata al massimo potenziamento delle funzioni fisiche, cognitive o percettive dell'uomo. L'articolo di **Piersanti**, oltre ad offrirci una panoramica sulla nascita del genere "medical", analizza un campione di film e telefilm; infine l'articolo di **Genovese** è dedicato all'analisi del senso della malattia nei film *Sette anime* e *Lo scafandro e la farfalla*.

Chiude il Quaderno una rassegna bibliografica curata da **Fieschi e Pensieri** su testi specifici relativi al cinema in medicina.

This issue of MEDIC springs from the discussion of health-care professionals and experts in mass media communication.

The question under examination is how cinema has treated matters of medical nature and how Medicine uses cinema in order to talk about "hot subjects" for health-care professionals.

It's very interesting to note that cinema and television have been long studied for their ability to influence the masses. It is also true that this ability can be used to train professionals and it can become an important educational tool in the health-care sector.

Cinema, television, the Web and TV-channels of YouTube, are tools available for the trainer in order to communicate important messages to students or more in general to the audience. The new media have in fact a "power" on the viewer that is often ignored by professional trainers but that instead in the field of health education, should be studied and addressed methodologically.

The debate about the power media have, or rather the ability to influence the recipient in some way, has deep historical roots. Many theories over the years have tried to frame and describe the complex phenomenon of media communication of cinema and television.

Mentioned below a few of them in order to show how large the landscape of cinema and Health-care is:

Hypodermic theory: born in America (1920) was named after the image of the hypodermic needle used for punctures. It states that the messages affect individuals personally, directly and immediately, changing opinions and behaviours.

Theory of persuasion: developed in the forties and fifties, from the studies on the persuasive effectiveness of a propaganda campaign it considers viewers essentially passive. The persuasive messages can therefore change the attitude, intended as the acquired disposition to act in a certain way, and this may change one's behaviour (buying or voting).

Theory of limited effect: in the forties sociological studies on the characteristics of the social context increased, no longer speaking of persuasion but of message's "influences".

Uses and gratifications theory: this notion was born in the 70s, from the sociological theory of Parsons and Merton's structural functionalism, which shifts the focus from the effects to the functions of media. The company is seen as a body composed of parts, each of them performs certain functions. The system consists of subsystems that contribute to the satisfaction of basic needs. Viewers use the film and TV in order to meet their needs and get some "rewards", becoming an integral part of the communication process (Katz, E., M. Guerevitch, H. Haas, On the Use of the Mass Media for Important Things, in "American Sociological Review", 1973, 38, pp. 164-81).

Theories on long-term effects: following the crisis of "media studies", new theories arise from the extraordinary development of television, from the globalization and from the 1968 "cultural revolution". In the German theory of the "spiral of silence" and in the American "Theories of cultivation" and "addiction", the focus was on the power of the media and their ability to produce long-term effects, or rather effects on the knowledge of individuals (opinions, values, prejudices) rather than on behaviours, as suggested by studying the short term effects. They have proposed theories that ultimately explain the process of construction of reality:

a) Theory of the spiral of silence: each individual tends to conform to the prevailing opinions, in order to establish consensus among the public. Differing opinions are hidden.

b) Theory of cultivation: TV and especially fiction, constitutes the most important manufacturer images of social reality (Gerbner G., Living with Television. The

Dynamics of the Cultivation Process, Erlbaum, Hillsdale, 1986). Gaining the role of socializing agency, in competition with the traditional ones, such as family, church, school and peer group.

c) Theory of addiction: it starts from the recognition that lived experience is limited, so people depend on the media in order to know the truth and obtain information for their aims (DeFleur ML, Ball Rokeach S, 1989, Theories of Mass Communication, Il Mulino, Bologna, 1995). The power of the media is in controlling information resources, as needed to individuals, groups and social systems to achieve their respective purposes, which may be work, economics, politics, etc..

Therefore it seems that cinema and television are an apparatus of symbolic mediation of social reality (S. Capecchi, 2004, The "active" audience, Carocci, Rome, 2005), because they affect in the long term and in an indirect and subtle way, individuals' perception of reality and therefore their way of relating to it. The processes of subjective identity construction, through the representation and legitimacy of "fragments of reality," beliefs, values and behavioural patterns are also affected.

From the psychological point of view, media communication is a rich and vast field of study related to the theme of identity and ties with others.

When the viewer is watching a movie or a TV show, film, television or the Web-TV, he/she thinks that it is a socially regulated parenthesis within the real life: so, the lack of a sense of guilt combines with the reassuring knowledge that whatever happens it will not affect everyday life.

In this regard Musatti studied two phenomena that occur when the viewer goes to the Cinema and sit in the hall, these are:

Identification: the particular psychological mechanism through which a viewer identifies himself with a character, to the point of emotionally react to those situations that concerns the character

Projection: the viewer enriches those characters with his psychological elements and gives them feelings and emotional reactions that are only of the spectator.

According with Musatti as a result of Identification the viewer is from time to time ALL the characters, due to the Projection every single characters is always the same spectator.

In conclusion, it seems that now is the time to ask ourselves what effect these films, comedies and dramas, produce on people and students. What ethical message is unconsciously and subtly passed to the viewer, the student and the healthcare professional?

How can we use this tool, which offers many benefits, in a methodologically tested way? What experiences exist in Italy in the field of "Cinema in Medicine" and "Medicine in Cinema"?

Some of these questions are answered in this issue of Medic, others will be common and shared reflection. The monographic issue is divided into four sections, the first "Cinema in Medicine" identifies how cinema can be used in medical education, with a paper by Dalla Torre that reflects on bioethical issues; articles by Garrino and Gregorini on the laboratory of Presidium of Health-care Gradenigo; paper by Caramazza on "Film and Dreams Workshop" of the Catholic University of Rome, and finally the intervention by Luca Valera on education.

The second section "Medicine in Cinema" reflects on how cinema uses medical knowledge to communicate with the public and in order to pass more or less moral messages to the population.

In this section the article by Bellieni is all about Me-

dical Fiction and religious meaning, follows the paper by Siniscalchi which explores the nihilistic thought of Almodovar's latest film, while Ugolini and Bertolaso's article focuses on empowerment and how the Twilight Saga communicates a contemporary medical science-oriented to the maximum potential of physical, cognitive and perceptive functions of man. Piersanti's article offers an overview of the emergence of "Medical genre", analyzing a sample of films and TV series, and finally the article by Genovese is devoted to the analysis of the sense of illness in the movies: Seven Pounds and The Diving Bell and the butterfly.

The monograph is closed by a bibliographic review edited by Fieschi and Pensieri on specific books related to cinema in medicine.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Claudio Pensieri
Istituto di Filosofia dell'Agire Scientifico e Tecnologico (FAST)
Università Campus-Bio Medico di Roma
e-mail: c.pensieri@libero.it

QUADERNO: "IL CINEMA NELLA MEDICINA, LA MEDICINA NEL CINEMA"
"CINEMA IN MEDICINE, MEDICINE IN CINEMA"

Il Cinema Contemporaneo e la Bioetica

Contemporary Cinema and Bioethics

PAOLA DALLA TORRE

Facoltà di Lettere e Filosofia. Teorie e Tecniche del Linguaggio Cinematografico. LUMSA, Roma

Il cinema contemporaneo racconta sempre più spesso storie che hanno a che fare con le problematiche inerenti alla bioetica. Temi quali la genetica, la clonazione, la robotica, l'eutanasia, l'aborto, sono tra i più trattati dalle pellicole contemporanee, dette postmoderne. Due sono le modalità di visualizzazione cinematografica di questi argomenti: una, che corrisponde ai film di fantascienza, adotta un punto di vista morale e ci ammonisce su un futuro in cui la tecnologia abbia preso il sopravvento, senza darsi dei paletti etici e morali; l'altra, che tratta storie vere o comunque verosimili, sposa un punto di vista nichilistico e relativista, segno della crisi morale dei nostri tempi.

Parole Indice Cinema, postmoderno, Genetica, Eutanasia

Contemporary cinema is increasingly narrating stories that have to do with issues related to bioethics. Topics such as genetics, cloning, robotics, euthanasia, abortion, are frequently treated by contemporary films. There are two ways of viewing these issues: one, corresponding to the science fiction movies, adopts a moral point of view, and warns us of a future where technology has taken over, without giving ethical and moral stakes; the other, that is about true stories or at least plausible, marries a nihilistic and relativistic point of view, a sign of the moral crisis of our times.

Index Terms Cinema, postmodernist, Genetics, Euthanasia

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Dott.ssa Paola Dalla Torre
LUMSA
Via della Traspontina, 21
00193 Roma
e-mail: dallatorrep@yahoo.it

Introduzione

Negli ultimi vent'anni le pellicole cinematografiche, soprattutto americane, si sono fatte portavoce di alcune delle istanze più scottanti e problematiche della bioetica¹. D'altronde il cinema è da sempre lo specchio attraverso cui la società si racconta, in cui mette in scena se stessa, i suoi desideri e le sue paure². Naturale, quindi, che in un periodo storico e culturale di incertezza e frammentazione, di desocializzazione³ e smarrimento valoriale, il grande schermo racconti storie che rispecchiano l'instabilità morale ed etica della nostra epoca. In particolar modo ci sembra che due siano le modalità con cui i film contemporanei, o postmoderni⁴ che dir si voglia, si sono fatti carico di tematiche inerenti alla bioetica. Una prima modalità è quella che riguarda il filone della fantascienza, il genere di riferimento della cinematografia americana dei nostri giorni, che affronta sempre temi riguardanti l'ingegneria genetica, la robotica, il post-umano, il rapporto uomo-tecnica, che sono argomenti essenziali nel dibattito bioetico⁵. La seconda modalità è quella di pellicole spesso tratte da storie vere, che prendono, invece, in esame casi come l'eutanasia, l'aborto, la fecondazione assistita. Il modo di affrontare le questioni bioetiche portato avanti da questi due filoni ci pare diametralmente opposto. Mentre il genere della fantascienza adotta un punto di vista preoccupato e il più delle volte portatore di uno sguardo morale sul problema preso in esame, il secondo genere, che definiremo dei casi "reali" o verosimili, adotta per lo più un'ideologia di fondo nichilista ed individualista, che avalla la frammentazione della moralità, affermando i punti di vista del singolo. Da una parte, dunque, un filone forte, che sembra contrapporsi all'erosione valoriale contemporanea; dall'altra un genere debole che invece asseconda la stessa, aiutando a diffondere il relativismo del pensiero che domina i nostri tempi. D'altronde queste due modalità di espressione cinematografica altro non sono che lo specchio di due atteggiamenti, antitetici, ma compresenti, della contemporaneità:

¹ Sul rapporto tra cinema e bioetica si possono consultare: P. Cattorini, *Cinema e bioetica. Racconti di malattia e dilemmi morali*, Franco Angeli, Milano 2006; F. Baccarini, *La Tecnoetica nel cinema. Bioetica del futuro*, Palombi, Roma 2009; P. Dalla Torre (a cura di), *Il cinema contemporaneo e le questioni bioetiche*, Studium, Roma 2010.

² Cfr. P. Sorlin, *Sociologia del cinema*, Garzanti, Milano 1979.

³ Cfr. M. Fforde, *Desocializzazione. La crisi della postmodernità*, Cantagalli, Roma 2005.

⁴ Per quel che riguarda gli studi cinematografici sul postmoderno si possono consultare: G. Canova, *L'alieno e il pipistrello. La crisi della forma nel cinema contemporaneo*, Bompiani, Milano 2000; L. Jullier, *Il cinema postmoderno*, Kaplan, Torino 2006; A. Negri, *Ludici disincanti. Forme e strategie del cinema postmoderno*, Bulzoni, Bologna 1996.

⁵ Sui temi affrontati dalla bioetica si veda F. D'Agostino, L. Palazzani, *Bioetica. Nozioni fondamentali*, La Scuola, Brescia 2007.

l'affermazione della fine di ogni verità e certezza e quindi l'esaltazione delle singole scelte, da un lato, e dall'altro la ricerca disperata di un nuovo centro unificante, una nuova meta-narrazione⁶ che possa riportare equilibrio nel caos del sociale.

Cinema bioetico e morale

Il cinema di fantascienza contemporaneo affronta soprattutto due grandi tematiche bioetiche: quella del post-umano e quella della manipolazione genetica. Parlando del post-umano (e cioè di quell'ambito della bioetica che riguarda le inedite problematiche connesse alle possibilità di manipolazione del corpo aperte alle nuove biotecnologie genetiche, robotiche e nano tecnologiche, unitamente alle tecnologie informatiche, finalizzate alla creazione di ibridi uomo-macchina o robot, dette anche unità post-umane e trans-umane), opere come *Blade Runner* (1982, Ridley Scott), *Matrix* (1999, Andy e Larry Wachowski) ed *A.I.* (2001, Steven Spielberg) sono tutte concentrate a mostrarci un mondo dove regna la confusione tra umano e artificiale. Dove si è persa la capacità di comprendere chi sia umano e chi non lo sia e dove spesso l'uomo è diventato un automa ed è il robot invece ad avere spiccati tratti di umanità (si pensi al piccolo robot David della fiaba postmoderna, che ricalca il nostro Pinocchio, raccontata da Spielberg in *A.I.*). Un mondo distrutto a causa dello smog e delle catastrofi ambientali causate dall'uso sproporzionato e sbagliato che abbiamo fatto della natura, in cui regnano le grandi corporation industriali e la tecnologia è asservita ai guadagni e dunque diventa negativa. Un mondo in cui le macchine e le nuove creature artificiali sono create semplicemente per soddisfare i bisogni degli uomini, vengono sfruttate e spesso si ribellano. Arrivando addirittura, come succede in *Matrix*, a ribaltare la situazione: nel film culto dei fratelli Wachowski, infatti, sono le macchine ad avere il comando sull'uomo e l'uomo è solo uno schiavo della macchina, usato semplicemente come pila per dare energia. L'uomo è diventato un mero oggetto, all'interno di un mondo che lui stesso ha contribuito a reificare, una cosa tra le cose. Sono tre film pessimisti, che mostrano una realtà incerta, in cui non ci si può più fidare del proprio sguardo, lo strumento conoscitivo per eccellenza del modello razionalista occidentale, perché ormai non è più in grado di distinguere la realtà dall'artificio (pensa a *Matrix*) e l'umano dall'artificiale (pensa ai replicanti di *Blade Runner*). Riguardo, invece, l'argomento della manipolazione genetica (cioè le possibilità, ormai sempre più grandi, della medicina genetica in relazione alla modificazione della mappatura

⁶ Sul concetto di meta-narrazione si veda J. F. Lyotard, *La condizione postmoderna. Rapporto sul sapere*, Feltrinelli, Milano 1994.

ra del nostro DNA, fino allo scottante tema della clonazione), film come *Gattaca* (1997, Andrew Niccol) o *The Island* (2005, Michael Bay) problematizzano una serie di temi che possono sorgere all'interno di una società in cui la genetica è diventata fondamentale. Una genetica che permette la programmazione di esseri umani perfetti e addirittura la riproduzione di esseri umani identici, per lo più a fini terapeutici. Dove può arrivare un mondo in cui si progettano esseri umani come cose e in cui non si vuole lasciare nulla al Caso, predeterminando la vita di ognuno con grave limitazione della libertà? Un mondo in cui la scienza non si dà limiti di fronte alla sacralità e al mistero della vita umana e si sente creatrice assoluta? Un mondo in cui si accetta serenamente di creare un proprio se stesso sostitutivo in maniera tale che, quando ce ne sarà bisogno, lo si potrà sopprimere e farsi curare da quello, senza problemi di rigetto in termini, per esempio, di organi donati? Un mondo come questo è destinato alla disumanizzazione, alla spersonalizzazione, alla perdita del valore dell'umano e della vita. Diventa una società che perde di vista i suoi sogni, la sua libertà, la sua bellezza. Un mondo in cui, come sempre, la tecnica è stata asservita al capitale, ha perso di vista i suoi fini terapeutici positivi, il suo valore legato all'aiuto in positivo dell'umanità, e quindi è diventata uno strumento negativo di lucro, sopraffazione, potere. In una società in cui il codice genetico diventa essenziale come in *Gattaca*, se non appartieni alla schiera degli eletti (se non sei, cioè, programmato in vitro) sei un non valido, destinato ai lavori più umili. Si crea, dunque, un totalitarismo tecnologico, una dittatura genetica, in cui la società ripropone una lotta di classe, anzi una lotta genetica vera e propria. E invece nel mondo di *The Island* l'uomo è talmente ossessionato dalla paura di morire e dalla paura della malattia che accetta di pagare molti soldi pur di farsi clonare e ottenere così una sorta di assicurazione per il proprio futuro: il clone, infatti, è solo un mero oggetto da terminare quando ce ne sarà il bisogno. Il clone, allora, è, al pari delle altre macchine e degli altri strumenti utilizzati dall'uomo, un semplice mezzo per raggiungere un fine. Ma il clone è anche e soprattutto un essere umano, uguale a noi, anzi identico a noi. Quali saranno i suoi sentimenti, quale la sua identità, quale la sua umanità? Nel mondo di *The Island* non c'è spazio per riflettere su questi temi e chi lo fa, come il protagonista del film, deve intraprendere un lungo cammino di liberazione verso un futuro di cui non conosciamo il segno. Nella realtà raccontataci con toni pop da Michael Bay, l'uomo è diventato solo un mero prodotto della tecnica. Mondi di questo tipo ci raccontano anche una fragilità tipica dei nostri tempi postmoderni: la fragilità che riguarda il problema della morte, l'incapacità di raffrontarsi ad essa e la voglia quasi di programmarla, saperla gestire, allontanarla grazie alle possibilità della tecnica. E, al tempo stesso, raccontano la nostra incapacità, in una re-

altà contemporanea dedita al culto del corpo perfetto e della bellezza, di affrontare la malattia, di saperla accettare, di saperci convivere. La nostra incapacità di accettare i limiti umani, la nostra finitudine, le nostre imperfezioni. Anche perché si sta facendo sempre più strada l'idea che il valore della vita non dipenda da un valore in sé, intrinseco e indipendente da noi, ma dal valore che noi, singolarmente e secondo il nostro punto di vista, le attribuiamo. Quindi, un uomo può tranquillamente programmare la creazione di un essere identico a se stesso che sarà terminato quando lui vorrà e quando gli servirà. Quindi, un uomo malato che decide che la sua vita non ha più la qualità per essere vissuta, può liberamente scegliere di porvi fine. È l'affermazione di un mondo in cui la trascendenza sembra aver perso il suo posto e in cui tutto viene considerato da una prospettiva umana, troppo umana. Un mondo in cui si è passati da una concezione di "homo faber", cioè di creatura a cui è stata data la vita da qualcun altro e che non può disporre senza limiti né può disporre senza limiti di quella altrui o della natura, ad una concezione di "homo creator", uomo cioè capace di creare la vita e di poter decidere e disporre di essa⁷. Ed è la tecnica ad aver portato a questo spostamento di prospettiva, la tecnica e le possibilità infinite che essa ci offre. In un film che non è di fantascienza pura, bensì è un thriller in cui si parla di una tematica fantascientifica (almeno fino ad ora) come la clonazione umana, *Godsend* (2004, Nick Hamm), lo scienziato, interpretato da Robert De Niro, che clona il figlio morto della coppia protagonista del film si sente in pieno un "homo faber", che può gestire a piacimento la vita, può darla come toglierla. Un delirio di onnipotenza che, come anche negli altri film che abbiamo citato, contraddistingue gli scienziati che si sono affidati ciecamente alla tecnologia, senza darsi alcun limite, per fini di lucro o per colmare vuoti della propria vita. Per esempio il personaggio interpretato da De Niro in *Godsend* e quello interpretato da William Hurt in *A.I.* si muovono nella loro sfrenata ricerca di clonare esseri umani o di creare robot sempre più somiglianti agli esseri umani, perché hanno subito un lutto tremendo: la perdita del proprio figlio. È la non accettazione del dolore, dunque, e della morte di una persona cara che li spinge oltre ogni limite consentito, ma all'interno delle pellicole in cui vengono raccontati questo loro oltrepassare i limiti naturali e sacrali della vita li porta alla rovina. In questo senso *Godsend* è molto chiaro: se la scienza non si dà limiti, il diabolico entra a far parte della nostra vita. Il bambino clonato, infatti, invece di tornare ad essere il figlio perfetto che era in precedenza, si dimostrerà essere un bambino

⁷ Cfr. E. Pulcini, *Dall'homo faber all'homo creator: scenari del post-umano*, in I. Sanna (a cura di), *La sfida del post-umano. Verso nuovi modelli di esistenza?*, Studium, Roma 2005, pp. 13-26. Di Ignazio Sanna si legga anche *L'antropologia cristiana tra modernità e postmodernità*, Queriniana, Brescia 2002.

fortemente disturbato, distruttore, con attacchi omicidi. Nel mediocre film di Nick Hamm, la morale è però molto chiara e precisa. Così come in tutti i film di fantascienza che abbiamo citato. Si è già detto, infatti, come il genere fantascientifico contemporaneo ci sembra un genere fortemente attraversato da sussulti morali ed etici, un genere che mette in guardia gli spettatori sulle possibili, anzi probabili, storture a cui ci porterà un uso non limitato della tecnica. C'è bisogno di darsi dei paletti, di ritrovare quei valori che sottostanno alla vita dell'uomo e che sono invalicabili. E questo è poi quello che, in parte, ricerca la neonata bioetica: ridefinire una base di valori comuni, condivisi da tutti, al di là delle differenze di etnia, religione, razza, capaci di ridare senso alle nostre esistenze e di rispondere alle sempre più annose questioni che ci si pongono, sollecitate dalle possibilità incalzanti della tecnica.

Cinema bioetico relativista

Tra i temi più trattati, invece, dalle pellicole tratte da casi veri o comunque da quelle pellicole che affrontano il presente, e non l'ipotetico futuro come nel genere della fantascienza, ci sembra essere quello dell'eutanasia. Ben tre pellicole se ne sono prese carico negli ultimi anni: si tratta di *Le invasioni barbariche* di Denis Arcand del 2003, *Mare dentro* di Alejandro Amenabar del 2004 e *Million Dollar Baby* di Clint Eastwood, sempre del 2004. La prima pellicola, diretta dal regista canadese Arcand, racconta la scelta di un professore ex-sessantottino, ormai malato terminale, di porre fine alla propria vita. Lo farà affiancato dagli amici di sempre, quei ragazzi, ormai anziani, che come lui hanno lottato per "fare la rivoluzione", hanno poi preso il potere e ora fanno i conti con le loro debolezze e la loro mortalità. Sono per lo più tutti personaggi falliti: il protagonista, ad esempio ha un figlio con cui non è mai riuscito ad instaurare un vero rapporto, un figlio che lo critica per il modo di vita senza regole con cui è vissuto e che ha scelto per la sua esistenza un modo di vita diametralmente opposto. I protagonisti sono un po' vittime di loro stessi, cioè di quel movimento distruttivo che è stato il sessantotto, a cui loro hanno preso parte attivamente, e che ha scardinato completamente la società, frammentandola e gettandola in un disordine culturale, politico, morale. Sono, dunque, un po' vittime del loro credo, che li ha portati a vivere la vita senza porsi limiti o regole, ma che li ha condotti spesso alla solitudine e alla tristezza, anche se in posti di potere o comunque di prestigio (il protagonista è un rinomato professore universitario, anche se famoso per le storie che intesse con le sue giovanissime alunne). Un credo che però non hanno rinnegato e che anzi porterà il protagonista a scegliere di morire, facendosi aiutare da una giovane tossicomane che ha incontrato nel suo cammino

(una sorta di pietoso "angelo della morte"). Come ha scelto di vivere la sua vita nel pieno delle sue possibilità, così sceglie di morire per non vivere a metà gli ultimi anni o mesi che gli restano. È l'affermazione del più totale individualismo contemporaneo: l'idea che ognuno possa scegliere liberamente di programmare la propria vita e la propria morte. L'idea che ognuno possa fare ciò che vuole del proprio corpo e che non ci sia nessun vincolo morale ed etico, se non il desiderio del singolo di continuare o meno a vivere, se la sua vita non gli sembra più degna di essere vissuta⁸. È l'idea contemporanea per cui la vita va vissuta solo se il singolo soggetto la ritenga degna di essere vissuta, se vengono meno tutta una serie di condizioni che per il soggetto sono necessarie a rendere la qualità della sua vita degna, allora il soggetto è libero di scegliere di porre fine alla sua esistenza e tutte le autorità (come lo Stato o la Chiesa), che si interpongono a questo suo "diritto", sono illiberali e sbagliate. È quello che afferma senza mezzi termini la seconda pellicola che prima abbiamo citato e cioè *Mare Dentro* di Amenábar. Il film racconta la storia vera di Ramón Sampedro, marinaio galiziano, che, per un tuffo sfortunato in mare, rimase paraplegico e lottò per più di vent'anni con lo Stato per rivendicare il suo "diritto ad una giusta morte". A chi gli chiedeva "perché morire?", Sampedro rispondeva adducendo la tesi poc'anzi evidenziata: perché la vita così come era per lui in quel momento non era vita e siccome ognuno di noi ha il pieno diritto e potere sul proprio corpo lo Stato non poteva negargli il diritto a farsi aiutare a morire (non potendolo fare lui da solo). La pellicola segue da vicino tutta la battaglia legale di Sampedro, abbracciando totalmente il suo punto di vista. Certo nel film ci sono alcune voci contrarie, come il fratello e il padre di Ramón⁹, ma l'idea di fondo che trionfa è quella della necessità inviolabile del singolo di fare ciò che vuole, senza rispettare paletti, non soltanto religiosi ma neanche statali. Il film si conclude con il protagonista che riesce nel suo intento, svincolando in un modo ingegnoso dalla legge che non gli ha dato la possibilità di farlo legalmente, e il regista chiude la pellicola con quello che sembra, sulla base dell'andamento di tutta la storia, un vero e proprio happy end. Ma può essere un happy end quello in cui il protagonista decide di porre fine alla sua vita? D'altronde tutta la pellicola è pervasa da un fortissimo senso nichilista, non a caso la frase che utilizza spesso Ramón quando gli chiedono se ha paura di morire è questa: "No, perché

⁸ Cfr. F. D'Agostino, L. Palazzani, *Bioetica. Nozioni fondamentali*, op. cit. pp. 126-131.

⁹ A questo proposito il padre e il fratello di Ramón sembrano rappresentare la Spagna tradizionale di forte fede cattolica, mentre il nipote di Ramón, confuso sulle scelte dello zio, rappresenterebbe l'anima disorientata dei nuovi giovani zapateristi e di un Occidente che ha perso ogni aggancio con i valori. Cfr. G. Dalla Torre in P. Dalla Torre (a cura di), *Il cinema contemporaneo e le questioni bioetiche*, op. cit., pp. 127-138.

avere paura? La morte c'è sempre stata. C'era prima e ci sarà dopo". Dunque l'idea di un "essere per la morte" che è proprio l'affermazione del nichilismo devastante della nostra contemporaneità. La pellicola di Amenábar, dunque afferma, da un lato, il relativismo valoriale e la relativa affermazione di un narcisismo individualistico, e dall'altro, la mancanza di prospettiva positiva a favore del più nero pessimismo. Non è un caso se uno dei tratti della desocializzazione è caratterizzato da un altissimo numero di suicidi, omicidi, violenza: è il nichilismo che destabilizza il tessuto sociale, un tessuto sociale atomizzato in cui si sono perse le certezze e le grandi istituzioni valoriali sono state messe da parte. Dunque questi due primi film analizzati mettono bene in evidenza quello che si diceva all'inizio della nostra indagine: e cioè che il filone dei film tratti da storie vere o comunque verosimili, a differenza del filone morale del genere fantascientifico, è un filone che avalla lo status quo della frammentazione etica della contemporaneità, anzi lo esalta. Esistono, però, anche degli esempi di pellicole più problematiche, che non utilizzano questo punto di vista, anzi se ne contrappongono. Ed è il caso di *Million Dollar Baby* di Clint Eastwood. Anche qui si parla di eutanasia, anche qui il protagonista, in questo caso una giovane boxeur, cerca solo di poter porre fine alla sua vita e anche qui ci riesce. Ma il modo con cui sono presentati gli snodi della vicenda è diametralmente opposto ai due film precedenti. Qui la ragazza verrà aiutata nel suo intento dal suo allenatore, un vecchio burbero che però l'ama come una figlia e che si trova nella posizione più terribile in assoluto: scegliere se assecondare il desiderio della ragazza oppure non farlo. La giovane è rimasta completamente paralizzato dopo un colpo datole sul collo da un'avversaria. Da allora è costretta a letto, sola, senza il conforto dei familiari che arrivano solo per spiarle soldi, ma con il suo allenatore sempre accanto. Che si prende cura di lei, immagina di portarla con sé a casa, di farla ricominciare a studiare: insomma, che vede per lei un futuro. Poi arriva come una doccia gelata la richiesta della ragazza, quella di porre fine alla sua vita perché per lei così non è vita. Lei che era addirittura arrivata a combattere per il titolo mondiale, con folle di fan adoranti, ora si trova immobilizzata, senza una gamba (che i dottori le hanno dovuto amputare), impossibilitata a fare qualsiasi minimo gesto. La risposta del coach è dapprima di un rifiuto assoluto. Ma poi, anche di fronte alla volontà ferrea della giovane (che arriva a tagliarsi la lingua con i suoi stessi denti per morire soffocata), decide di compiere quel passo. Prima di farlo si confida con il sacerdote della sua chiesa, il quale lo ammonisce semplicemente dicendogli "se lo farai, ti perderai per sempre". Il protagonista lo sa, ma non se la sente di fare altrimenti. Detta così sembrerebbe che anche la pellicola di Eastwood avalli il punto di vista del "diritto ad una giusta morte" se la vita non è più degna di essere vissuta per il

singolo. In realtà, laddove il film di Amenábar, per esempio, si concludeva con un'immagine bellissima sul mare e la voce off del protagonista che declama una sua poesia, il trionfo di un happy end, dunque; la pellicola di Eastwood si conclude con la scomparsa del protagonista: non sappiamo più, infatti, che fine ha fatto e dove è finito l'allenatore della ragazza, si è avverata la profezia del suo amico sacerdote, l'uomo, compiendo questo atto, si è perso completamente, tanto da sparire. Ecco, dunque, che con questa scelta finale, Eastwood, forse uno dei pochi eredi del cinema americano di un tempo, del cinema cioè che si faceva portatore di certi valori¹⁰, afferma l'importanza del tornare a dare valore alla vita, altrimenti l'umano si perderà definitivamente. Anche nel filone dei film tratti da storie reali e realistiche, dunque, si possono trovare degli esempi morali che ci ricordano, come dicevamo prima, la necessità di ritrovare tutta una serie di certezze e tutta una serie di paletti etico-morali che permettano all'uomo di vivere al meglio la propria condizione, senza abbruttirsi e dare vita ad una società che sconfessa se stessa, disumanizzandosi.

Bibliografia

1. Baccarini F. La tecnoetica nel cinema. Bioetica del futuro. Palombi, Roma 2009.
2. Canova G. L'alieno e il pipistrello. La crisi della forma nel cinema contemporaneo. Bompiani, Milano 2000.
3. Cattorini P. Cinema e bioetica. Racconti di malattia e dilemmi morali. Franco Angeli, Milano 2006.
4. D'Agostino F. Palazzani Bioetica. Nozioni fondamentali. La Scuola, Brescia 2007.
5. Dalla Torre P. Il cinema contemporaneo e le questioni bioetiche. Studium, Roma 2010.
6. Fforde M. Desocializzazione. La crisi della postmodernità. Cantagalli, Roma 2005.
7. Jullier L. Il cinema postmoderno. Kaplan, Torino 2006.
8. Lyotard F. La condizione postmoderna. Rapporto sul sapere. Feltrinelli, Milano 1994.
9. Negri A. Ludici disincanti. Forme e strategie del cinema postmoderno. Bulzoni, Bologna 1996.
10. Sanna I. La sfida del post-umano. Verso nuovi modelli di esistenza? Studium, Roma 2005.
11. Sanna I. L'antropologia cristiana tra modernità e post-modernità. Queriniana, Brescia 2002.
12. Siniscalchi C. La Hollywood classica. L'impero costruito sull'etica americana (1915-1945). Studium, Roma 2009.
13. Sorlin P. Sociologia del cinema. Garzanti, Milano 1979.

¹⁰ Cfr. C. Siniscalchi, *La Hollywood classica. L'impero costruito sull'etica americana (1915-1945)*, Studium, Roma 2009.

QUADERNO: "IL CINEMA NELLA MEDICINA, LA MEDICINA NEL CINEMA"
 "CINEMA IN MEDICINE, MEDICINE IN CINEMA"

L'Immagine Filmica nella Formazione alle Cure: Indicazioni Metodologiche e Pratiche di Utilizzo

*The Film Image in the Healthcare Training:
 Methodological and Practical Directions of Use*

LORENZA GARRINO, SILVANO GREGORINO

Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino

Il cinema unisce la componente ludica ad un'istanza didattica-conoscitiva, configurandosi come una vera e propria composizione narrativa-didascalica. Il cinema è in grado di emozionare e coinvolgere lo spettatore, ma anche di fornire elementi per formare, veicolare apprendimenti, o provocarlo criticamente. La polivalenza del cinema si riflette in differenti modi di intendere la formazione, denotando una varietà di stili di approccio formativo e di epistemologie implicite che sorreggono l'intenzione pedagogica. Lo spazio strumentale-analogico privilegia una visione del cinema come strumento che ha efficacia formativa quando agisce come esemplificazione per analogia. Lo spazio esistenziale-autoformativo è orientato ad una riflessione capace di amplificare l'esperienza e di decostruire le formazioni soggettive rispetto a vari temi e oggetti culturali. In relazione al tema del dolore nel lavoro di cura, viene presentata un'esperienza di utilizzo del film "La vita segreta della parole" di I. Coixet (2005) in un seminario di formazione continua. Dalle riflessioni dei partecipanti emerge come spesso sotto la decisione/desiderio di "aiutare-gli-altri" si celi la necessità di elaborare il proprio vissuto rispetto ad una esperienza dolorosa che li riguarda in prima persona, come l'atto del prendersi cura possa portare ad uno scambio di esperienze tra curante e curato. Emerge come la privazione sensoriale possa aprire ad una comunicazione diversa, ad una relazione più profonda e come le parole abbiano "una loro vita segreta", un significato al di là di quello etimologico in senso stretto, che parte dai vissuti e dall'esperienza del soggetto. Dall'esperienza condotta si evidenzia come l'utilizzo dei

filmati nella formazione favorisca lo sviluppo di processi di pensiero critico, riflessivo, gettando i presupposti per un apprendimento trasformativo.

Parole Indice Formazione alle cure, Cinema, Strumenti e metodologie didattiche, Relazione di cura

Cinema combines a playful element with cognitive-learning, taking shape as a real-didactic narrative composition. A film can excite and engage the viewer, but it also provides elements to educate, teach or provoke critically. In relation to the issue of pain, we present a viewer's experience of the movie "La vida secreta de las palabras" (I. Coixet, 2005) showed during a continuing education seminar. From the reflections of the participants it emerges that often in the decision-desire to "help-others" one is concealing the need to develop personal painful experience. Likewise the act of caring can lead to an exchange of experiences between physician and patient. From the "sensory deprivation" it emerges that there is a different kind of communication and that the words have a "secret life", a meaning beyond the strictly etymological one, which starts from the subject's lived experience. This experience shows that the use of video in training promotes the development of critical thinking processes, laying the groundwork for a transformative learning.

Index Terms Training to care, Cinema, Tools and teaching methods, Care relationship

Indirizzo per la corrispondenza
 Address for correspondence

Dott.ssa Lorenza Garrino
 Università degli Studi di Torino
 Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia
 Via Santena, 5 bis
 10126 Torino
 e-mail: lorenza.garrino@unito.it

Un possibile orizzonte di significati

È quasi scontato ritenere il cinema in quanto *mass media* non solo un elemento caratterizzante la cultura ed il vivere sociale del nostro tempo, ma anche un dispositivo utile nei processi formativi. Interrogando il senso comune legato a questo pensiero si possono rintracciare le direzioni di senso ed i contenuti che stanno alla base di questa considerazione. Il cinema è ritenuto uno svago e contemporaneamente un luogo intellettuale privilegiato. Da sempre esso unisce alla sua innegabile componente ludica un'istanza didattico-conoscitiva, configurandosi come vera e propria composizione narrativa-didascalica. Il cinema può essere considerato un valido strumento per la formazione in medicina e infermieristica, alternativo o di supporto alla lezione tradizionale, e trova la sua applicazione prevalentemente nelle discipline umanistiche, etiche, cliniche e di promozione della salute (1). La visione di un film è in grado di emozionare e coinvolgere lo spettatore, ma anche di fornire elementi per formare, insegnargli qualcosa, o provocarlo criticamente. La domanda che si pone può essere, quindi: perché il film è molto più efficace, nell'esprimere un medesimo messaggio, rispetto a libri, articoli di giornale, trasmissioni televisive e, in generale, altre espressioni artistiche? Da cosa derivano la forza espressiva e l'immediatezza del cinema?

Roland Barthes (2), nel brano "uscendo dal cinema", focalizza la sua attenzione sulla posizione di chi guarda il film – lo spettatore – e sulla situazione – il setting – dove la scena viene proiettata. Lo *spettatore*, è colui che guarda dietro ciò che si vede anche ciò che non si vede, che connota la dinamica film e soggetto. La condizione di spettatore cinematografico risulta naturalmente fenomenologica: il mondo visto si sdoppia inevitabilmente nella dinamica di rilevare anche la coscienza di chi guarda. Nella visione di un film esistono due piani, uno evidente ed uno nascosto, uno di verosimiglianza, l'altro, che rende possibile la nostra visione, è la credenza in ciò che stiamo vedendo. Altro elemento è proprio il luogo fisico e temporale che con la sua accogliente oscurità e con quel particolare senso di "isolamento collettivo" ispira verso un livello di ricettività del tutto speciale. Si è parlato di una condizione unica, simile a quella del sogno; a volte addirittura di uno stato simil-ipnotico o allucinatorio. Ciò che più conta è tuttavia il modo in cui il cinema comunica, cioè tramite *immagini*.

Concettimmagine e significazione

Per trovare una via mediana in grado di superare tanto i pregiudizi del cinema come svago fine a se stesso quanto quelli di un esercizio eccessivamente intellettuale, si può provare a seguire un'idea del filosofo Julio Cabrera

(3). Sua è l'invenzione del *concettimmagine*: così come la filosofia e le scienze fanno uso di parola e scrittura per esprimere idee (o meglio *concettidea*), quel che lo spettatore vede proiettato sullo schermo può invece veicolare un *concettimmagine*.

In tal senso la realtà si pone sul piano di diventare concetto, un ritaglio significativo di una esperienza, nella misura in cui la visione del film comunica allo spettatore un possibile significato a partire dall'esperienza che necessariamente si prova durante la visione. Questa esperienza non rappresenta un concetto esteriorizzante, nel senso di sola referenza esterna a qualcosa, bensì un vero e proprio linguaggio fondatore che fissandosi mentre si recepisce diventa "un fare qualcosa attraverso immagini". Significa non solo avere delle "informazioni", ma accettare di lasciarsi afferire da una cosa tramite un'esperienza viva, sentirsi, in qualsiasi forma, intimamente interpellati.

Le immagini sono il linguaggio più comune, che, precedendo qualsiasi scelta convenzionale di altri linguaggi, sedimentano la memoria ed i sogni singoli e collettivi diventando un formidabile deposito di archetipi. Il film impegna a reinvestire in una teoria della significazione tutta la densità affettiva della percezione. Attraverso i segni che le immagini ed il suono delle sequenze compongono si definisce una unità significante completa che mobilita simultaneamente tutti gli strati d'attività dell'inconscio fenomenologico dello spettatore. Sono queste unità significanti che danno densità cognitiva, emotiva, affettiva, estetica al film o alle sequenze filmiche. Secondo Roland Barthes (2), significanti possono essere la scenografia, i costumi, il paesaggio, la musica e ovviamente i gesti degli attori. Ciò detto, il significante filmico ha alcune particolari caratteristiche: è *eterogeneo*, cioè colpisce più sensi, è *polivalente*, cioè in grado di veicolare più concetti a un tempo, è *combinatorio*, ovvero in grado di agire a più livelli temporali e di senso. In altre parole, il concetto è un patrimonio dello spettatore. Quest'ultimo viene condotto da un particolare significante (o da un insieme di significanti) a richiamare a sé un concetto, trascendente al film, e a riconoscerlo dunque come *concettimmagine*.

Verosimiglianza

Insieme alla forma del linguaggio il fascino del cinema e della cinematografia risiede sul sottofondo analogico e di verosimiglianza. Esso si dimostra capace di rappresentare il *verosimile* e l'*universale*, secondo un precetto esposto da Aristotele nella sua *Poetica*. Creando delle analogie tra mondo reale, vissuto e quello rappresentato, tende a costituirsi in mondo invece di limitarsi a riprodurre in modo controllabile quello reale. Ad esempio, in una scena di rissa, dove c'è l'esigenza di rappresentare il protagonista come

eroe buono e raffinato che equivale ad avere un vestito non scomposto ed essere buono significa non uccidere nessuno, la verosimiglianza rispetto alla rissa vuole che vi sia un certo disordine nei vestiti o un certo grado di violenza. Il segno di una capigliatura leggermente scomposta o una cravatta allentata e il colletto della camicia sbottonata, schiaffi e pugni che stendono l'avversario, lo tramortiscono senza gravi conseguenze né schizzi di sangue è sufficiente a creare quella dimensione di verosimiglianza che dà sostanza al messaggio degli eroi buoni e/o raffinati. In altri termini, riprendendo una vecchia idea di Aristotele, si evidenzia una distinzione tra possibile, ciò che è scientifico, reale, e "verosimile", che è solo ciò che il pubblico crede possibile.

Loisir

Il film è inteso anche come forma di *loisir*, allo stesso tempo passatempo, divertimento, spettacolo, piacere. Come altre attività di *loisir* può evocare, attraverso un processo mimetico, paura e dolore trionfo o gioia, odio oppure affetto o amore. L'azione e l'efficacia di questo lavoro di *loisir* è afferrabile, anche solo intuitivamente, riandando mentalmente ad una qualsiasi visione filmica a cui si è assistito, alle sensazioni provate. Ed allora si può sperimentare, ragionando per opposti, che si allevia il peso di una vita di non *loisir*, lasciando che queste sensazioni scorrano liberamente all'interno dello scenario simbolico cinematografico. Il *loisir* è lo spazio deputato a far provare e defluire, a rappresentare ciò che è socialmente represso, vietato o laterizzato nelle attività della parte "seria" della vita. La visione cinematografica rappresenta una possibilità, un luogo "naturale" dove è consentito provare, ma anche conoscere, riconoscere, metabolizzare, rendere tollerabili le emozioni, i sentimenti e le situazioni limite, se non "osce-ne". Si prova in questo spazio quello che non si riesce, a volte che non è consentito provare nella vita reale, dando forma a rappresentazioni che solo attraverso l'attività di *loisir* possono essere scoperte ed attraversate.

Il *loisir* scandisce i tempi delle tensioni emotive, dando forma e modo per una presa di contatto con esse. Il cinema come tutte le arti è letteralmente una finestra sul nostro mondo, uno sguardo e un'ascolto degli altri su di noi, e di noi sugli altri. In questa forma il *loisir*, legato alla cinematografia partecipa attivamente ai processi di costruzione sociale, di significati culturalmente e storicamente definiti e costituisce una pressione, a volte manipolazione, sullo spettatore.

Lo spazio pedagogico

L'immagine filmica può rivelarsi un fondamentale aiuto nei processi di formazione. Centrale in tal senso è il

pensiero di affrontare i processi formativi non solo secondo una razionalità puramente logica, il cui canone fa riferimento alla spiegazione di tipo lineare, ma di introdurre nel processo di comprensione del reale un elemento affettivo o meglio ancora una chiave ermeneutica, come elemento essenziale di accesso al mondo.

Il film è una forma di pensiero che apre a vari aspetti dell'esperienza del mondo non percettibili senza la partecipazione sinestetica che apre possibilità interpretative attraverso risonanze affettive cognitive ed emotive. In questa attività c'è un aspetto esperienziale che trascende il dato empirico dei contenuti della narrazione filmica. Si pone in atto una dinamica ermeneutica tra gli oggetti presenti realmente o meno nella narrazione filmica e lo spettatore.

In altri termini, ognuno seleziona e fornisce un proprio significato agli elementi presenti nel film, ma gli stessi oggetti producono una pressione intenzionale su chi li percepisce, al di là del significato da ognuno già fornito. In questo modo il cinema ha un coefficiente di penetrazione nella sfera di attenzione del soggetto difficilmente paragonabile a quello degli altri strumenti tipici del formatore. La potenza del visto, permettendo un accesso diretto al livello dell'osservato e del compreso criticamente, è un plus-valore. Si forma in questo modo uno spazio che permette una torsione critica, in qualsiasi direzione, per un'azione che cambia il soggetto mentre trasforma la sua prospettiva. Il cinema, poi, potenzia il ruolo della narrazione come motore della riflessione e l'autoriflessione. La svolta narrativa attraverso la visione filmica permette una costante esplorazione del sé e dell'io nelle sue molteplici connotazioni.

Un modello di senso per l'uso filmico

Dal punto di vista della costante riflessione sui processi formativi-educativi, è utile sia da un punto di vista pragmatico sia di orientamento e senso, intrecciare il discorso cinematografico e filmico con almeno tre dimensioni pedagogiche che aiutano a delineare gli scopi, le posizioni e ruoli dei soggetti, formatore e formando, le possibili tecniche, metodologie ed esiti formativi (4):

- il piano comprensivo e strategico che ha come oggetto la dimensione teoretico-speculativa del ruolo che l'educazione può svolgere per lo sviluppo e l'emancipazione individuale e delle società.
- Il piano etero-referenziale, esterno al soggetto in formazione, in cui il protagonista dell'azione intenzionale è il formatore-educatore. Si configura come declinazione pragmatica del piano intenzionale e istituzionale che definisce lo scopo, obiettivi, metodi, processi che il formatore può mettere in atto rispetto al formando, in modo da facilitare l'assunzione di compiti, l'acquisizione di saperi, di modelli sociali.

- Il piano dell'autoreferenzialità dove il protagonista dell'azione intenzionale è il soggetto che si forma. Riguarda il percorso esistenziale degli individui, la loro storia di formazione. Il piano fenomenologico-esistenziale, che ha come oggetto sostanziale il carattere autoeducativo, non scontato, implica un'intima disponibilità e una profonda maturità acquisita con l'esperienza del vivere. Ha come principio l'apprendere da se stesso, per i propri più intimi bisogni. Come sfondo vi è la presa di coscienza della propria identità e della problematicità dell'essere al mondo.

La possibilità dell'utilizzo cinematografico e filmico, se non altro per una questione di correttezza intellettuale e metodologica, prevede che sia esplicitato quale è l'orizzonte della scena pedagogica che sottostà alla decisione di utilizzare filmografie nella formazione, e quale è la profondità degli intrecci sopra definiti. Cosa diversa è ritenere la formazione come processo di necessario accomodamento all'ambiente esterno, se non vero e proprio processo di assimilazione sociale, piuttosto che processo di possibilità liberatrice che può definire l'educazione come esistenza, come esperienza vissuta dell'uomo in quanto cultura. Per quest'ultima considerazione, ad esempio, il concetto di formazione-educazione ha come elementi forti il soggetto, l'esperienza, l'altro, la costruzione di senso della propria esperienza; in altri termini, il discorso formativo prende avvio dal ritenere costantemente la formazione come esperienza vissuta, sulla quale operare costantemente.

Avendo chiaro lo sfondo pedagogico, si è criticamente avvertiti dell'uso di film e filmati, nella selezione, nei contenuti, nei montaggi filmici e nei loro dispositivi didattici.

Gli spazi di intensità formativa

La polivalenza del cinema si riflette in differenti modi di intendere la formazione anche distanti l'uno dall'altro, denotando una varietà di stili di approccio alla progettazione formativa e di epistemologie implicite che sorreggono l'intenzione pedagogica.

Si evidenziano così diverse immagini del mondo della formazione che entrano in risonanza o in dissonanza con le immagini del mondo proposte dal cinema. Per sommi capi si possono individuare almeno due spazi di utilizzo formativo educativo: lo spazio strumentale-analogico e quello esistenziale-autoformativo (5).

Lo spazio strumentale-analogico

Con tale approccio si privilegia una visione del cinema come strumento che ha efficacia formativa quando agisce come esemplificazione per analogia. Per lo più afferisce

alla formazione orientata ed intenzionata nel mostrare l'esempio positivo o negativo, o la proceduralità attesa, con differenti gradazioni per rendere la discussione più ricca. Si tende ad individuare in modo preventivo i temi e i simboli nella filmografia scelta per il percorso formativo e a offrirli ai partecipanti come codici da decifrare. L'apparato simbolico, le unità significanti, sono già individuati e decifrati dal formatore e vengono solo "portati" all'attenzione dei discenti. Questo mette l'interlocutore in una situazione formativa vissuta fuori dagli schemi usuali e quindi lo dispone bene e lo affascina rendendolo collaborativo. Il cinema genera e proietta miti facilitando l'identificazione e la vicinanza con l'esperienza di ognuno. Il valore analogico è ciò che prevale attraverso le scene con un carattere esplicativo, rendendo più semplice la comprensione di quanto si vuole dimostrare. Il livello di riflessività è limitato all'analisi dei dispositivi e delle pratiche mostrate attraverso le sequenze filmiche. Il film non è evidenziato come oggetto culturale su cui operare criticamente e viene utilizzato con una modesta amplificazione dell'esperienza.

Lo spazio esistenziale-autoformativo: generatore di significati ed ermeneutico

Con questo approccio il film è un oggetto culturale quasi sempre tematizzato, sul quale operare una iniziale amplificazione dell'esperienza per cercare una verità, tra quelle leggibili, che il film custodirebbe. La visione del film, o di sequenze lunghe, fa risuonare dentro lo spettatore una possibilità di confronto tra quanto visionato ed il proprio vivere quotidiano, od il proprio apparato di donazione di senso rispetto al tema trattato. Questo valore formativo, sostanzialmente riferito alla dinamicità dei vissuti che l'oggetto culturale tematizzato muove, acquista ancor più valore autoformativo se la ricerca si orienta anche all'illustrazione di sé. Il lavoro formativo attraverso i film è strutturato ed orientato ad una riflessione capace di una grande amplificazione dell'esperienza e di decostruire le formazioni soggettive rispetto a vari temi, od oggetti culturali pregnanti quali l'amore, la sofferenza, la cura, il corpo, il soggetto, la morte. Ma anche una ricerca approfondita sulla propria soggettività professionale come formatore piuttosto che come medico, infermiere, educatore professionale.

Il dispositivo pedagogico è strutturato in modo tale che alla visione del film segue la scrittura variamente preorientata, che diventa apertura di un'analisi e di una scoperta. La scrittura può esprimersi sotto forma di griglia di analisi di significati, scene, elementi individualmente selezionati, evidenziando e nominando emotività, affettività, le filosofie ingenue, sostenute da metafore e titolazioni, così come insegna la Clinica della Formazione, che dicono

qualcosa, indicano la posizione rispetto al tema in questione, dello stesso autore della scrittura (6).

La scrittura si inserisce come breve testo estrapolato dal film, piuttosto che "inventato" utilizzando brani di testi riferiti al tema in questione, alla quale segue una libera narrazione individuale, come frammento di vissuti. La scrittura permette di evidenziare parole chiave che permettono l'apertura di un confronto di gruppo rispetto ai significati differenti che la parola evoca. Le scritture portano, comunque, ad individuare su una cartografia le indicazioni, le parole chiave. La proceduralità formativa ed autoformativa, utilizza quindi, la visione del film, la scrittura e l'analisi individuale, la discussione di gruppo, in modo tale che il testo filmico porti ad una ricerca e mappatura dei significati di ciò che emerge dal lavoro interpretativo individuale e di gruppo, senza guidare l'interpretazione con un codice già chiaro al conduttore/formatore. In questo senso il formatore ed il formando si pongono come co-ricercatori e la struttura del processo risulta aperta (7). È evidente che la riflessività e la decostruzione dei propri oggetti culturali e dei propri vissuti risulta estremamente intensa.

Gli spazi di intensità didattica

Per chiarire i differenti usi, scopi, ed obiettivi didattici può essere utile individuare le pratiche didattiche che dispongono la possibilità dell'utilizzo dei filmati e della filmografia. In tal senso si possono individuare quattro dimensioni (8):

- a) Riscaldamento
- b) Esempio
- c) Esercizio
- d) Caso
- e) Produzione di significati

a) Il riscaldamento

Normalmente diventa un vero e proprio esordio formativo o ripresa formativa. Gli obiettivi del riscaldamento possono contribuire a "fare il pieno di energia", fare mente locale prendendo contatto con un tema, concetto, problematica, richiamandola alla memoria e rappresentandola, fare gruppo, facilitando la formazione di legami e comunicazione nel gruppo dei partecipanti. Gli elementi che aiutano nel perseguire le finalità di questo dispositivo sono: destare curiosità, aprire spazi per un ascolto attivo, spiazzare e motivare i partecipanti. In questo senso il riscaldamento contribuisce a creare un clima dove le personali difese si possono abbassare. Di solito si utilizza un breve filmato non superiore ai due, tre minuti. Il filmato non viene introdotto. Lo spazio formativo è del tutto inserito in quello analogico-strumentale.

b) L'esempio

Il materiale cinematografico offre una dimostrazione chiara e puntuale di comportamenti, azioni, modi di affrontare un problema, che si vogliono analizzare. L'obiettivo è mostrare come si dovrebbe fare, esempio positivo, o come bisognerebbe evitare, esempio negativo. Il materiale cinematografico riesce ad evidenziare sia la globalità rispetto agli eventi, processi, intenzioni dei protagonisti, che danno senso all'evento analizzato, ad esempio una situazione di conflitto, sia il dettaglio del copione, dei micro comportamenti, significati e significanti che fanno emergere il problema in analisi. Di solito la durata del filmato varia dai cinque ai quindici minuti, quando si vuole affrontare la tematica in modo sistemico è possibile visionare tutto il film. L'accento è posto su cosa ha funzionato, o cosa non ha funzionato, quali gli elementi che favoriscano o meno ad esempio la relazione. Lo spazio di intensità formativa è all'interno della dimensione analogica-strumentale.

c) L'esercizio

In questa dimensione si definisce un obiettivo, compito, strategia, problema da risolvere o decisione da prendere, nel campo delle attività, funzioni, ruoli, che si vogliono analizzare, ad esempio nella relazione di cura o nei processi di apprendimento. I partecipanti, singolarmente o in gruppo, dopo la visione del filmato vengono sollecitati a dare risposta a quesiti tipo: "Cosa può fare il formatore, leader, medico, infermiere etc.", oppure "per affrontare la problematica cosa e come progettereste".

Le differenti risposte vengono commentate in plenarie attraverso quadri riassuntivi, cartografie, lucidi, ricercando una proceduralità condivisa e confrontandola eventualmente con gli esiti già definiti nel film. La durata dello spezzone, o dei montaggi, può andare, indicativamente, dai dieci ai venti minuti. Lo spazio di intensità formativa è sia nella dimensione analogico-strumentale che esistenziale-autoformativa.

d) Il Caso

Permette di illustrare una situazione complessa ed articolata, un percorso formativo o di cura, con più episodi che possono esprimere uno o più significati orientati all'argomento in analisi. I riferimenti rispetto all'argomento e agli obiettivi dei partecipanti possono essere diretti o indiretti, rappresentando una realtà, circostanza, simile oppure lontana da quella che normalmente vivono i partecipanti. La durata delle sequenze, del montaggio riferito a un solo film, o a più film può andare indicativamente dai venti minuti fino ai sessanta minuti. Gli spezzoni possono venire analizzati individualmente ed in gruppo, per poi portare l'esito dell'analisi nel grande gruppo. Le indicazioni di analisi fanno emergere punti di vista dei partecipanti normalmente non evidenti. È possibile sollecitare una rititola-

zione o metaforizzazione degli spezzoni. Lo spazio di intensità formativa è orientato soprattutto nella dimensione esistenziale-autoformativa.

e) Produzione di significati

Può completare questo modello una quinta dimensione che riguarda l'utilizzo dei film come produzione di significati. Tale approccio permette di affrontare un argomento in profondità, mettendo a confronto i vissuti dello spettatore con le vicende rappresentate dal film (6). L'esito dell'analisi non è scontato, si produce conoscenza rispetto ai contenuti emersi attraverso un circolo interpretativo. È possibile far emergere le latenze e i pre-giudizi che muovono lo spettatore rispetto all'argomento in esame. Normalmente si visiona un intero film. Alla visione fa seguito una scrittura con un'analisi orientata a far emergere l'apparato pregiudiziale o le specifiche dimensioni dell'argomento, ad esempio il formatore e la scena formativa, il curante e la scena della cura, la sofferenza e le proprie immagini ed azioni riferiti ai microarchivi culturali, cognitivi, affettivi. Lo spazio di intensità formativa si articola in quello esistenziale-auto formativo e, soprattutto, in quello di ricerca come generatore di significati ed ermeneutica.

Pratiche di utilizzo dei filmati nella formazione alle cure: *La vita segreta delle parole*

All'interno del seminario di formazione continua *"La cura e le forme del dolore: rappresentazioni, vissuti e luoghi di senso"* condotto il 14 e 15 ottobre 2011 presso l'ASLTO4 di Settimo Torinese in collaborazione con il Presidio Sanitario Gradenigo, è stato utilizzato il dispositivo filmico al fine di indagare la tematica del dolore. Il seminario indirizzato a 28 partecipanti, medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi, un educatore professionale e un operatore sociosanitario, ha inteso proporre un percorso di analisi per consentire la sperimentazione concreta di un percorso di decostruzione formativa. Il dolore è quanto di più proprio, individuale e intrasferibile possa darsi nella vita degli uomini, ma nello stesso tempo non è un'esperienza così immediata e diretta come a prima vista potrebbe sembrare. Esistono quindi *scenari di senso* entro i quali il dolore viene giustificato e compreso (9). Nelle pratiche di cura la dimensione del dolore è esperienza che riguarda i soggetti implicati, le loro rappresentazioni mentali, atteggiamenti, discorsi che in modo quasi "naturale" si pongono in atto. L'intento formativo è mettere in rapporto fra loro i processi di cura, di formazione e di riflessione domandandosi quali i linguaggi, gli sguardi, i rimandi di senso messi in campo, le latenze, che si intrecciano quando pensiamo ed agiamo nei confronti del dolore e della cura. Questo per evitare

forme semplificate e fuorvianti di una omologazione che, nell'attenzione, nella cura dell'altro, preferisce percorrere "facili autostrade di pensiero", piuttosto che difficili, ma intriganti "sentieri di bosco".

Il filmato proposto è stato *"La vita segreta delle parole"* di Isabel Coixet (2005). Il film rappresenta un viaggio nell'anima di due persone entrambe sconvolte dalla loro esistenza. Gli orrori della guerra, specie quelli fatti sui civili inermi, sono uno dei grandi buchi neri, delle grandi vergogne della nostra cosiddetta civiltà, sono difficili da accettare razionalmente, da mostrare e da raccontare. E per questo che la protagonista del film è di poche parole. Poiché non è facile raccontare l'orrore con le parole. All'inizio del film vediamo Hanna lavorare continuamente, non concedersi un attimo di riposo, se non per rifugiarsi in abitudini quasi maniacali. Il suo segreto lo vedremo custodito da una psicanalista che conserva tutto un archivio della memoria, per mantenere vivo nel ricordo qualcosa che per gli altri è troppo facile dimenticare: gli orrori dei Balcani. Quando, obbligata dal suo capo a prendersi un periodo di vacanza, Hanna accetta di trasferirsi su una piattaforma petrolifera per accudire Josef, un operaio ustionato e temporaneamente cieco, lo spettatore non sa quale orrore la donna si porti dentro, lo può solo intuire. Per lei la sordità è vissuta quasi come una auto-esclusione dal mondo, per lui la cecità seppur temporanea consente di trovare canali altri di comunicazione. Il rapporto di cura con Josef è cercato da lei quasi in senso catartico. L'affetto che nasce tra loro apre pian piano il cuore della donna e finalmente le permette di trovare le parole che possono servire a raccontare e a spiegarsi, a vivere quella vita segreta a cui allude il titolo del film, grazie a cui si recupera la memoria, il passato, anche il ricordo delle tragedie e degli orrori più grandi. I due protagonisti si immergeranno nel dolore dei loro ricordi per liberare paure scolpite negli occhi. Il film aiuta a scoprire che cosa sia l'animo umano, cosa vi si nasconda, come l'uomo possa nello stesso momento essere autore di mali assoluti ed essere anche portatore di un grande amore e come entrambi, il male e il bene, possano segnare la vita delle persone (10). Due personaggi alla ricerca del senso della loro vita dopo che la loro vita è stata offesa, deturpata. Dopo che il sacrificio personale non è servito a nulla, né attraverso un atto di coraggio e di sfida del fuoco, né attraverso una quotidianità alienante, un lavoro ripetitivo e privo di relazioni significative. Hanna medica Josef con i gesti professionali dell'infermiera e si prende cura del suo corpo. *E le parole a volte non riescono a uscire, altre si perdono nel viaggio tra la mente e la gola.* Josef le accarezza la pelle segnata da orrende cicatrici che lei non aveva mai osato mostrare a nessuno. Le parole vivono e segnano la sofferenza sul corpo. Il riconoscersi diventa così quasi un gioco di scoperta ed un lasciarsi scoprire.

La riscoperta di sé nella cura e nell'essere curati. È attraverso la cura del corpo che vengono in qualche modo lenite le sofferenze dell'anima. Qui avviene l'incontro. La sofferenza e la malattia come un luogo di incontro, per favorire l'emersione di ricordi lontani che hanno lasciato una traccia nella psiche, un segno nella carne, la condivisione di segreti e ferite così profonde come quelle che si portavano dentro. Il sentimento profondo che nasce tra i due protagonisti, ma quando lui sta guarendo, lei vuole ritornare alla sua vita scappando da quella persona alla quale ha aperto il cuore. Quando lui la ritrova e le dichiara i suoi sentimenti a poco a poco lei cede ed accetta la possibilità di pensare ad una nuova vita e di riscoprire il valore di un affetto profondo.

Rispetto al film i partecipanti sono stati invitati a riflettere secondo i punti di una traccia scritta:

1. Indica, nell'ambito della vicenda rappresentata, gli episodi che ritieni più significativi dal punto di vista del dolore e della cura specificandone il perché.
2. Esprimi con una metafora o una analogia l'idea legata ai concetti di cura del dolore che il film ha in te suscitato.
3. Proponi un titolo per il film che hai visto.

Dopo l'elaborazione individuale i partecipanti sono stati invitati in piccoli gruppi ad effettuare su di un poster un disegno rappresentativo legato alla personale idea del dolore e della cura, commentandolo brevemente.

Dalle riflessioni dei partecipanti (indicati come numero) e dalla discussione guidata in aula sono emersi i seguenti aspetti:

1. Spesso sotto la decisione/desiderio di "aiutare-gli-altri" si cela la necessità di recuperare una parte di sé, di elaborare la propria esperienza dolorosa vissuta.
 - *Hanna si lava le ferite in senso metaforico, utilizzando il sapone che sostituisce con uno nuovo tutte le volte. Vorrebbe lavare lo sporco, quel misto di emozioni, di vergogna, di rabbia.* (part. 1, 2, 17)
 - *Quando si confidano è come se questo facesse riaffiorare il proprio dolore, ma comunque lo esorcizzasse. In questo caso si sentiva trapelare un dolore più psichico che fisico.* (part. 21, 22)
2. L'atto del prendersi cura dell'altro può portare ad uno scambio di esperienze tra curante e curato
 - *La cura alla fine è aprirsi a chi non poteva nuocerle e giudicarla* (part. 5)
 - *Raccontami qualcosa di te (esplicitato da entrambi). Anche io/malato/infermo ascolto te, sono il tuo contenitore* (part. 7)
 - *Il racconto delle violenze subite. Lei si apre solo perché sa che non lo incontrerà più* (part. 3)
 - *Quando due persone si raccontano esperienze do-*

lorose devono innanzitutto superare la vergogna e poi avere fiducia uno nell'altro (part. 13)

- *Esternare il proprio dolore, che diventa una cura per entrambi* (part.6, 15,16)
3. Prendersi cura può offrire nuove possibilità di comunicazione, può far scoprire un valore diverso delle parole e dei silenzi.
 - *I silenzi dei primi incontri con Josef, come se non volesse farsi carico della sua sofferenza, limitarsi all'atto tecnico* (part.19)
 - *Mi ha colpito molto l'instaurarsi della relazione di cura "bilaterale", entrambi si sono presi cura l'uno dell'altro* (part. 3, 7)
 - *Il rispetto del silenzio, silenzio che parla, che dice che lei è viva* (part.7)
 4. Le parole hanno "una loro vita segreta", un significato profondo al di là di quello etimologico in senso stretto, che parte dai vissuti e dall'esperienza del soggetto.
 - *Il disvelamento della parti "inconfessabili" delle proprie sofferenze aprono un canale di comunicazione basato sulla autenticità dell'esperienza umana e sulle somiglianze* (part.8, 12, 18, 20)
 - *Le chiamate telefoniche di Hanna alla psicanalista, come se la voce al telefono della dottoressa la rassicurasse, anche se Hanna non parla, rimane muta.* (part.1,2,7,12,17,18)
 - *La voce fuori campo della bambina* (part.3)
 5. Una privazione sensoriale può aprire ad una comunicazione diversa, ad una relazione più profonda. *Attraverso il tocco avviene il riconoscimento* (part.14)
 - *Il dolore negli occhi, l'impossibilità a reggere lo sguardo, l'apertura con chi gli occhi non li poteva vedere* (part. 3)
 - *Lei si apre a lui che non la può vedere in un clima di complicità. Lei è autentica.. sente il bisogno di parlare per gridare al mondo (e in questo caso a lui) la sua sofferenza.* (part.17)
 6. Si evidenzia una riscoperta di sé che si realizza attraverso la cura dell'altro.
 - *"Imparerò a nuotare" perché è l'unico modo per Josef per tentare di non affondare.. di salvare Hanna* (part. 18)
 - *Iniziare una nuova vita tentando di cancellare il passato* (part.6)
 - *La cura del dolore l'ho vista in questo film nell'amore che è riuscito a sbocciare tra le due figure notevolmente provate dagli eventi della vita* (part.22)

Con le metafore (tabella 1) e le titolazioni (tabella 2) i partecipanti sottolineano gli aspetti di attenzione nella relazione di cura con particolare riferimento alla tematica del dolore.

Tabella 1: Le metafore del film elaborate dai partecipanti

- “Il pozzo è profondo più fondo degli occhi della Notte del Pianto... Mi basta che sia più profondo di me”. (part. 1)
- Il lungo tunnel dell'orrore (part.4)
- L'onda a forza di infrangersi sullo scoglio prima o poi riesce a spostarlo. Solo in un mondo perso in mezzo al mare puoi trovare la tua solitudine persa tra gli uomini (part. 5)
- Fiducia nell'altro (part 6)
- Raccontarsi sposta le montagne, ascoltare insegna ad amare (part 7)
- Comunicare è avere in comune (part.8)
- Due disperazioni curano due dolori? (part.9)
- Prendersi cura per essere curato (part.10)
- Chi cura chi? Chi guarisce chi? Quando la mia sofferenza aiuta te a guarire e la tua sofferenza aiuta me a lenire le mie ferite (part.11)
- Il dolore unisce, crea complicità e dà forza (part.12)
- Una ferita che lava la ferita di un suo simile (part. 13)
- Due rami che partono da due punti diversi e si incontrano nel fiume tumultuoso del dramma della vita (part. 15)
- Non posso svestirmi dalla mia pelle (part.17)
- Accoglienza, ascolto e cura come cielo e mare, separati da una sottile linea (part.19)
- La cura del dolore si affronta attraverso la conoscenza del problema che lo ha provocato (part 20)
- Insieme si vince. L'unione fa la forza (part.21)

Tabella 2: Le titolazioni del film espresse dai partecipanti

- Come è profondo il mare (part. 1)
- Solo l'Amore ed il Tempo guariscono le ferite (part.4)
- Salvata dal mio paziente – Insieme si può rinascere (part 5)
- Grazie a te (part.6)
- Anime che sognano di raccontare (part.7)
- La tua ferita mi fa male/ la guaritrice ferita (part. 8)
- Una donna, una vita, un futuro (part.10)
- L'insostenibile peso della sofferenza (part.11)
- Vite parallele (part. 13)
- L'essenzialità delle parole che sostengono la vita. “L'incontro e la resurrezione”. (part.15)
- La solitudine di Hanna (part. 17)
- Da soli non ce la si può fare (part.19)
- Sinfonia d'autunno (part.20)
- Rinascita. Il silenzio delle parole (part.21)
- Dolore e amore. Storia di due vite parallele (part. 22)

Durante l'attività formativa è stato mantenuto un elevato livello di partecipazione, con notevole ricchezza delle osservazioni e dei contributi emersi, dai quali si può ripartire per dare un ulteriore senso alle tematiche, secondo una prospettiva generatrice di significati ed ermeneutica. Le metafore e le titolazioni elaborate dai partecipanti confermano la profondità e l'implicazione con cui è stata vissuta l'esperienza

formativa. Rispetto all'attività didattica i partecipanti hanno espresso un elevato gradimento ed hanno proposto la continuazione e la replica per i colleghi dell'attività formativa.

Conclusioni

Il valore dell'utilizzo della filmografia nei percorsi formativi è stato indagato e sono stati proposti concetti quali la significatività, la verosimiglianza ed il *loisir* come elementi che specificano e caratterizzano l'azione formativa filmica. Nella possibilità di affrontare ed appropriarsi di un problema di rilevanza formativa, la cinematografia permette la comprensione dell'ambito problematico e la possibilità di viverlo, sentirlo sulla pelle, soffrirlo, patirlo. L'esperienza formativa qui presentata ha portato una ricchezza di riflessioni e di contributi da parte dei partecipanti, anche attraverso la discussione guidata in plenaria. Dall'esperienza condotta emerge come l'utilizzo dei filmati nella formazione favorisca lo sviluppo di processi di pensiero critico, riflessivo, gettando i presupposti per un apprendimento trasformativo. Si confermano i punti di forza dello strumento quali la versatilità, l'impatto visivo ed emotivo e la capacità, attraverso un processo di identificazione, di evocare situazioni e sentimenti. La valutazione dell'esito formativo in termini di gradimento risulta ampiamente positiva e conferma l'obiettivo di raccogliere il percepito anche a distanza di tempo, per documentare il permanere degli esiti anche a lungo termine.

Bibliografia

1. Bergonzo D, Garrino L, Dimonte V. Il cinema per la formazione medica e infermieristica: analisi della letteratura. Tutor 2010; 1-2:1-13.
2. Barthes R. Sul Cinema. Il Melangolo, Genova 1994.
3. Cabrera J. Da Aristotele a Spielberg: capire la filosofia attraverso i film. Mondadori, Milano 2000.
4. Demetrio D. Manuale di educazione degli adulti. Laterza Editori, Roma 2003.
5. Cappa F, Mancino E. (a cura di) Il mondo che sta nel cinema, che sta nel mondo. Mimesis Edizioni, Milano 2005.
6. Franza A, Mottana P. Dissolvenze: le immagini della formazione. Clueb, Bologna 1997.
7. Erbetta A. (a cura di) Decostruire Formando: concetti, pratiche, orizzonti. Ibis, Como 2010.
8. Piccardo C, Quaglino G.P. (a cura di) Scene di Leadership. Raffaello Cortina Editore, Milano 2006.
9. Natoli S. L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale. Feltrinelli, Milano 2008.
10. Mereghetti P. Recensione del film La vita segreta delle parole, in http://www.corriere.it/Rubriche/Cinema/2006/03_Marzo/17/vitasegreta.shtml. Ultima consultazione 10 novembre 2011.

QUADERNO: "IL CINEMA NELLA MEDICINA, LA MEDICINA NEL CINEMA"
"CINEMA IN MEDICINE, MEDICINE IN CINEMA"

Il "Cancer Movie"

Cancer Movie

DOMITIA CARAMAZZA

Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Roma. "Gruppo Biomed@"

Il cancro è il "male del secolo". La sua pervasività e diffusione, insieme alla difficoltà dell'uomo di affrontarlo, suscita una serie di interrogativi inquietanti nelle relazioni di coppia, nelle dinamiche familiari, nelle equipe degli operatori sanitari ed ha creato anche lo spunto per alcune delle migliori sceneggiature cinematografiche degli ultimi anni. Ma il Cinema può essere usato come strumento di formazione in ambito sanitario? Il cinema è la fabbrica dei sogni, il luogo privilegiato dove si manifesta l'immaginario, capace di esplorare anche le tematiche più profonde suscitate dalla malattia oncologica nella nostra cultura. Di qui la ricerca e l'applicazione di nuovi strumenti formativi per una migliore "sintonizzazione" sul paziente oncologico da parte degli operatori sanitari.

Parole Indice Malattia oncologica, Cancer-movie, Social dreaming

Cancer is the "disease of the century". Its pervasiveness and spreading, together with our difficulty coping with it, raise a series of alarming questions in couple relationships, family dynamics and teams healthcare personnel. Over the last few years, they have also created some of the best ideas for movie screenplays. But can Cinema be used as a medical training tool? Cinema is "the dream factory", the privileged place where imagination becomes reality, capable of exploring even the most profound themes concerning cancer disease in our culture. This leads to the research and the application of new training tools, aimed at helping sanitary operators better "tune" themselves on cancer patients.

Index Terms Oncologic disease, Cancer-movie, Social dreaming

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Dott.ssa Domitia Caramazza
Ateneo Regina Apostolorum
Via degli Aldobrandeschi, 190
00163 Roma
e-mail: domidia@gmail.com

Premessa

Il cancro è il “male del secolo”. È una malattia particolare, diversa dalle altre. Questo “bambino paricida”, come lo definiva Fornari, nasce come una nostra creatura, e dunque, nella fantasia inconscia, come un figlio. Il cancro è una mutazione “maligna”, è un errore di comunicazione biologica che il nostro organismo non riesce a riparare. La sua pervasività e diffusione, insieme alla difficoltà dell'uomo di affrontarlo, suscita una serie di interrogativi inquietanti nelle relazioni di coppia, nelle dinamiche familiari, nelle equipe degli operatori sanitari ed ha creato anche lo spunto per alcune delle migliori sceneggiature cinematografiche degli ultimi anni. Film in cui protagonista è questa malattia. Il cinema mette in gioco molte tecniche di elaborazione dell'informazione presenti naturalmente nell'essere umano: dall'analisi logica (la trama), a quella linguistica (dialoghi), l'analisi visivo-spaziale (immagini, colori, simboli), l'analisi uditiva (suoni, rumori, musica), l'analisi relazionale tra i personaggi, l'analisi cinestetica e quella intra-psichica (la saggezza e la guida interiore del Sé). Il Cinema, dunque, può essere usato come strumento di formazione in ambito sanitario? Che tipo di formazione ci si può attendere utilizzando uno strumento come il Cinema? Come con il lavoro analitico sul sogno, la Cinematoterapia permette la consapevolezza di strati molto profondi della coscienza e li aiuta a spostarli verso la conoscenza e l'integrazione. Pensare al cinema in un contesto “esistenziale” assume delle implicazioni che trascendono la funzione classica, quella “ludica” e di intrattenimento, di tale espressione artistica. Il cinema è la fabbrica dei sogni, il luogo privilegiato dove si manifesta l'immaginario, capace di esplorare anche le tematiche più profonde suscitate dalla malattia oncologica nella nostra cultura. Fantasie e dinamiche inconscie che possono mettere a rischio la qualità della relazione medico/curante-paziente, alla base di ogni relazione di cura e parte integrante di ogni terapia. Di qui la ricerca e l'applicazione di nuovi strumenti formativi per una migliore “sintonizzazione” sul paziente oncologico da parte degli operatori sanitari.

Introduzione

Il cancro è diventato un elemento dell'immaginario collettivo della nostra epoca ed è nato anche un genere cinematografico specifico, il “cancer movie”.

Sussurri e grida, Non è mai troppo tardi, La stanza di Marvin, Invasioni barbariche, L'ultimo sogno, Verso il sole, Nemiche amiche, La forza della mente, Crazy Sexy Cancer, The Bucket List, Love Story, Brians Song, Dying Young, Letters to God, La custode di mia sorella, Un medico – un uomo, Sweet November, One More Kiss, The

Terry Fox Story, Farrah's Story, A walk to remember, My life without me, L'ultima neve di primavera, Anonimo veneziano, L'amico americano, sono solo alcuni dei prodotti di questo genere cinematografico che ha come protagonista la malattia oncologica. Protagonista descritta attraverso differenti cifre stilistiche.

L'insorgere di un tumore induce a volte gli sceneggiatori a scendere nel patetico, usando il melodrammatico, uno dei codici iconografici e narrativi di sicuro successo perché fa appello ai sentimenti popolari e gioca sul contrasto spesso irriducibile tra la vita e la morte. Conflitto mostrato sullo schermo attraverso le varie fasi della malattia oncologica; dalla scoperta, alla rivelazione del paziente, all'*exitus* finale. Come avviene nella vita reale, infatti, al cinema la scoperta del “male incurabile” avviene quasi sempre per caso e la “rivelazione” della malattia piomba sul protagonista della vicenda, come un fulmine a ciel sereno. Nella quasi totalità dei casi tocca al medico assumersi la responsabilità di una così delicata comunicazione. In tutte queste pellicole l'oncologo viene mostrato come un eroe tragico, “costretto”, suo malgrado, a dover comunicare, in maniera secca e decisa, alle sue pazienti la gravità della diagnosi.

Per amplificare ulteriormente la tensione drammatica, il regista utilizza, generalmente: l'alternanza di scene drammatiche e di *flash-back* gioiosi, l'uso frequente dei primi piani del protagonista, il *rallenty* e, soprattutto, la colonna sonora, compresi rumori e silenzio. Quando si tratta di filmare gli ultimi momenti della vita del protagonista, però, il regista preferisce limitarsi a “filtrare” l'avvenuto *exitus* del paziente, attraverso l'espedito della voce narrante, fuori o in campo visivo. Altre volte, invece, come accade in “Nick's movie-Lampi sull'acqua”, “La stanza di Marvin”, “Sussurri e grida”, la macchina da presa, senza alcuna pietà, indugia sul corpo del protagonista, fino a mostrarne la sua morte. Proprio uno di questi ultimi “cancer movie” citati, *La stanza di Marvin* del regista Jerry Zacks, è stato argomento di studio per i partecipanti ad un workshop internazionale “La malattia oncologica nell'immaginario: cinema e sogni”. La proiezione del film (che narra la storia di due sorelle che si ritrovano perché una di loro – colpita dalla leucemia – ha bisogno di un trapianto di midollo) ha costituito il punto di partenza del seminario. Un workshop, quello di “Cinema e Sogni”, concepito dal Dr. Nesci, ricercatore presso l'Istituto di Psichiatria e Psicologia e coordinatore dei corsi in Psico-Oncologia della Cattolica, per prevenire il *burnout* degli operatori sanitari impegnati nell'assistenza ai malati di cancro, “rigenerandoli” grazie alla creatività del cinema, facilitatore del sogno, processo creativo e riparativo per eccellenza dell'animo umano.

Niente risposte a tavolino, o “protocolli” psico-oncologici, dunque, per aiutare i pazienti e familiari ad accettare la malattia oncologica, o quei genitori che non riescono

ad accettare la prognosi infausta del loro bambino al quale dovranno comunque rimanere accanto fino alla morte. «L'operatore sanitario sbaglia quando crede di doversi sostituire al paziente e trovare le risposte ai suoi problemi, a quelli dei suoi familiari – spiega il Dott. Nesci – Le risposte sono già dentro di loro. Il nostro lavoro è quello di aiutarli a ritrovarle».

Il Workshop Cinema e sogni dell'I.I.P.R.T.H.P

Il *Workshop Cinema e sogni*, variante del *social dreaming* classico di Gordon Lawrence, è caratterizzato dall'uso di un "cancer movie" scelto apposta per "sintonizzare" tutti gli operatori sanitari su un tema e un linguaggio comune: quello delle emozioni. L'ipotesi di fondo è che i blocchi e le carenze nella comunicazione tra curanti e pazienti nascano da dinamiche emotive non elaborate, rimosse, e che il linguaggio dell'immaginario, in cui cinema e sogni affondano le proprie radici, sia la chiave per migliorare la capacità relazionale degli operatori sanitari con i malati, i familiari e gli altri membri dell'équipe oncologica multiprofessionale.

Nella fase diagnostica, il problema della comunicazione della diagnosi è sempre di estrema delicatezza. Poi subentra quello della gestione dell'iter successivo. Per il paziente inizia una nuova fase di vita dove cambia il suo ruolo sociale, quello familiare e quello personale della propria identità, per cui il supporto psicologico diventa indispensabile. Oggi le tecniche di terapia di gruppo di supporto si sono dimostrate particolarmente efficaci nell'aiutare il paziente a sostenere l'ansia, la tristezza, la depressione, il dolore fisico e la messa in discussione del proprio ruolo sociale, che inevitabilmente accompagnano il progredire della malattia. Una tecnica innovativa, che affronta il disagio attraverso il racconto del malato oncologico e l'interpretazione da parte del terapeuta, è quella del *Workshop Cinema e Sogni*, ideata nel 2002 e sperimentata dagli esperti del Centro di Ricerche Oncologiche "Giovanni XXIII" dell'Università Cattolica di Roma in collaborazione con l'*International Institute for Psychoanalytic Research and Training of Health Professionals* (I.I.P.R.T.H.P.) di Roma proprio per migliorare la capacità di comunicare degli operatori sanitari impegnati nella cura dei malati oncologici e nel supporto psicologico ai loro familiari.

Il *Workshop Cinema e Sogni* è nato in un contesto formativo, durante i Corsi di Perfezionamento in Psico-Oncologia (esperienze di tipo Balint) in cui emergevano, più frequentemente dei sogni, racconti di scene di film, che venivano proposti dai partecipanti come contributi chiarificatori delle emozioni in gioco nei rapporti tra curanti e pazienti. Gli operatori sanitari ricordavano spesso, in gruppo, scene di film, ogni volta che la discussione di

un caso clinico particolarmente difficile sembrava lasciare tutti in uno stato di confusione o di sopraffazione emotiva. Da qui l'intuizione che il film, non essendo "fatto" dal soggetto (come il sogno) ma solo osservato, era più facile da ricordare, raccontare e commentare nel gruppo perché suscitava minori resistenze essendo, apparentemente, solo il prodotto della creatività di un'équipe esterna al gruppo (la *troupe* cinematografica). Per facilitare questo processo e promuovere le risorse creative degli operatori sanitari che si confrontavano nei Corsi di Psico-Oncologia con la rievocazione delle loro esperienze cliniche più traumatiche, il film sembrava quindi una triangolazione quanto mai opportuna perché consentiva di fare sponda su un oggetto mediatico socialmente condiviso (un film del circuito cinematografico) ed evitare il faccia a faccia drammatico con la rappresentazione paralizzante del cancro, evocata dalla relazione personale col paziente. L'operatore sanitario che avvicina i malati di cancro ha bisogno di sviluppare questa funzione di triangolazione e poter riflettere su qualcosa di simile ma non identico all'esperienza clinica affrontata, all'impatto emotivo sperimentato al letto del malato o nell'incontro con i familiari.

Pur nella differenza delle origini, sia il *Workshop Cinema e Sogni* che il *Social Dreaming* nascono all'insegna dell'esplorazione della creatività positiva e negativa. Lawrence e Daniel partono dalle riflessioni sui sogni del Nazismo per approdare al "Progetto di sogno sociale e creatività" mentre lo staff dell'I.I.P.R.T.H.P. dà forma, nel 2001, all'intuizione del Dr. Nesci, in un Workshop Internazionale sul tema "Il Doppio: aspetti creativi e perturbanti della Cura" collocando al suo interno le sperimentazioni che porteranno alla costruzione del *setting* del *Workshop Cinema e Sogni*, nella sua forma attuale, nel 2002.

Il modulo scelto da Lawrence e Daniel si avvaleva di 13 partecipanti di diversa professionalità, a differenza del *setting* del *Workshop Cinema e sogni*, con *large groups* omogenei, di operatori sanitari già formati o in formazione, oppure di insegnanti.

Quanto alle matrici di sogno sociale, il *Workshop Cinema e sogni* le ha concepite e realizzate come punti di un percorso formativo più ampio ed articolato, dove sono interludio o, più spesso, postludio, coronamento, ad esempio, di un Corso in Psico-Oncologia o di un Progetto ECM Aziendale sulla Comunicazione in Ospedale, o dell'apertura di tutte e quattro le annualità di una nuova Scuola di Specializzazione in Psicoterapia.

Il *Workshop Cinema e sogni* dell'I.I.P.R.T.H.P. quindi, affonda le sue radici, inconsapevolmente, nelle sperimentazioni di Gordon Lawrence ed in particolare nel suo aver utilizzato un film per catalizzare il *Social Dreaming*, ma se ne differenzia per le seguenti caratteristiche del *setting*:

- la natura formativa del *workshop*;
- la costruzione di un *large group* per dar vita ad una

serie adeguata di sogni e ad una catena associativa ricca di contenuti;

- l'equiparazione dei sogni agli altri contributi spontanei dei partecipanti, con particolare riguardo al film visto in comune, ad altri film evocati dalla visione del primo, ad episodi significativi della vita professionale e personale nella misura in cui quest'ultima è strettamente associata alla prima;
- la conduzione da parte di uno *staff* con competenze psicoanalitiche, gruppoanalitiche ed etnopsicoanalitiche, sempre in co-conduzione e con membri dello staff presenti come osservatori/partecipanti in aula;
- la scelta del film nel normale circuito cinematografico, da parte di uno staff interdisciplinare e seguendo anche le indicazioni dei partecipanti alle esperienze dei *workshops* precedenti;
- la selezione dei partecipanti in base alla natura formativa del workshop ed al contesto in cui si colloca (Evento ECM, Corso di Formazione, Corso di Perfezionamento, Master, Scuola di Specializzazione, o altro);
- l'elasticità della strutturazione dell'esperienza, ad esempio utilizzando i sogni di gruppi diversi, raccolti in tempi e luoghi diversi;
- la possibilità di registrare l'esperienza in modo da renderla rivisitabile infinite volte e riutilizzabile, in pieno accordo con i partecipanti, sia per motivi di ricerca che per renderne possibile una continua rielaborazione e lasciarne "aperta" la memoria senza il rischio di perderla;
- la possibilità infine, e questo di deve ad un'idea originale del Dr. Polisenò, di utilizzare la registrazione audiovisiva dell'esperienza per costruire un nuovo oggetto mediatico, il format televisivo "Doppio Sogno" a sua volta utilizzabile in *Workshops* "Cinema e Sogni" successivi.

Il *Workshop* si svolge in due tempi: la visione notturna di un film e, la mattina seguente, nella stessa aula, un *social dreaming* modificato. Il *large group* di operatori sanitari si riunisce in una grande aula di un luogo di cura, generalmente l'aula "Giancarlo Brasca" del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" di Roma. L'evento può far parte del programma di Educazione Continua in Medicina (ECM) del Ministero della Salute, oppure essere la conclusione dei Master (di I o II Livello) e dei Corsi di Formazione e Perfezionamento in Psico-Oncologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, riunendo così tutti coloro che seguono, a qualunque titolo, malati di cancro e loro familiari. Dopo aver realizzato, nei vari corsi, riunioni di gruppo in cui si narrano casi clinici difficili o si mettono in scena, in uno psicodramma, situazioni cliniche traumatiche, i corsisti accedono a questa esperienza che

non cerca di insegnare in modo "protocollore" come ci si dovrebbe comportare (o ci si sarebbe dovuti comportare) in una particolare situazione, ma mette in campo il pensiero onirico, l'immaginazione, per facilitare e promuovere in ognuno la capacità di trovare nuove risposte a situazioni apparentemente senza via d'uscita.

Le prime sperimentazioni del *Workshop Cinema e sogni* sono state applicate alla visione dell'onirico film *L'eternità e un giorno*, di Angelopoulos, implicitamente aperto sul tema oncologico, più che esplicitamente centrato su di esso. La narrazione cinematografica è spesso intramezzata da *flashbacks* che pongono il racconto su due piani: la storia dell'ultimo giorno di vita del poeta ed i ricordi del passato. Dopo la morte, Alexandros ritrova la moglie nell'al di là e le chiede: «Quanto dura un giorno?» La moglie risponde: «Un'eternità e un giorno...»

A volte, in un giorno, è possibile vivere con l'intensità di tutta una vita...

Il workshop "Cinema e sogni" al Festival Internazionale del Film di Roma 2011

Il *Workshop Cinema e sogni: La malattia oncologica nell'immaginario*, per la prima volta entra nel programma del Festival Internazionale del Film di Roma, alla sua VI edizione, nella sezione "Risonanze". L'evento formativo inserito nel programma aziendale ECM di formazione del personale sanitario del Policlinico Gemelli e promosso a conclusione dei corsi e dei master in HYPERLINK: "http://roma.unicatt.it/masters_10941.html" Psico-Oncologia HYPERLINK "http://roma.unicatt.it/masters_10941.html" della facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università Cattolica di Roma, in collaborazione con l'*International Institute for Psychoanalytic Research and Training of Health Professionals*, si è svolto il 28 e il 29 ottobre nell'Istituto di Stato per la cinematografia e la Televisione "Roberto Rossellini". Momento centrale del seminario è stata la proiezione del film di Paolo Virzì: "*La prima cosa bella*".

«L'evento ha permesso di proporre il profondo valore del cinema come mezzo di comunicazione e del pensiero psicoanalitico come strumento di risoluzione dei possibili effetti traumatici delle emozioni suscitate dal lavoro con i malati oncologici e i loro familiari – ha spiegato il Dott. Domenico Arturo Nesci, ricercatore presso l'Istituto di Psichiatria e Psicologia e coordinatore dei corsi in Psico-Oncologia della Cattolica – per migliorare la capacità di comunicare degli operatori sanitari impegnati nella cura dei malati di cancro e nel supporto psicologico ai loro familiari». La sera del 28 ottobre, infatti, è stato proiettato, ad un *large group* di operatori sanitari che si dedicano ai pazienti oncologici, il film di Virzì, un "cancer-movie", quale stimolo per i sogni notturni. La mattina successiva

gli operatori sanitari si sono riuniti nella stessa sala per condividere i sogni stimolati dalla visione del film, in un *social-dreaming*, ripreso in diretta da docenti e allievi dell'Istituto "Rossellini". In un terzo tempo, nella stessa sede dell'Istituto Cine/TV, i curatori del seminario hanno rivisto le registrazioni più significative rielaborate, sempre sotto lo sguardo delle telecamere, per la nuova edizione del format televisivo "Doppio Sogno", nato alla luce dell'esperienza maturata nei *Workshops Cinema e Sogni*.

Bibliografia e sitografia

1. Bria P, Nesci DA, Pasnau RO. La Psichiatria di Consul-tazione e Collegamento: teoria, clinica, ricerca, forma-zione. Alpes, Roma 2009.
2. Fornari F. Affetti e cancro. Raffaello Cortina, Milano 1985.
3. Nesci DA. La Notte Bianca. Studio etnopsicoanalitico del suicidio collettivo. Armando Editore, Roma 1991.
4. Nesci DA, Poliseno TA, Andreoli S, Mariani G. La ma-lattia oncologica nell'immaginario: alcune riflessioni sui Workshops Cinema e Sogni del 2002. Doppio Sogno 2006.
5. Costantini A, Grassi L, Biondi M. Psicologia e tumo-ri: una guida per reagire. Il Pensiero Scientifico, Roma 1997.
6. Bizzarri M. La mente e il cancro. Frontiera Edizioni, 1995.
7. Winawer SJ, Taylor N. Dolce è la tua voce. La storia di Andrea. Positive Press, Verona 1998.
8. Nesci DA, Poliseno TA. Metamorfosi e Cancro, Studi di Psico-Oncologia. SEU, Roma 1997.
9. Nesci DA, Poliseno TA et Al. Gli interventi di supporto – i gruppi Balint. In Psiconcologia, Masson, Milano 2000.
10. <http://www.cattolicanews.it/5771.html>
11. <http://www.doppio-sogno.it/numero2/vari4.htm>
12. <http://www.doppio-sogno.it/documenti/psicooncologia.pdf>
13. <http://www.doppio-sogno.it/numero1/ita/nescipolise-no1201.pdf>
14. <http://roma.unicatt.it/3492.html>
15. <http://www.screenjunkies.com/movies/genres-movies/drama/10-best-cancer-movies/>
16. <http://www.cinemaepsicoanalisi.com/dolore.htm>
17. http://www.prevenzionetumori.it/archivio/archivio_text.php?cat_id=881&pos=0
18. http://www.doppio-sogno.it/numero2/ita/paper_rubrica_cinemaesogni02.pdf
19. <http://www.psiconline.it/forum/index.php/?topic/6463-lutilizzo-del-social-dreaming-nellambito-dei-contesti-formativi/>
20. <http://www.amigb.it/page/IL-METODO-DI-FORMA-ZIONE-DEI-GRUPPI-BALINT.aspx>
21. <http://www.solaris.it/indexprima.asp?Articolo=1093>
22. <http://www.istitutodineuroscienze.it/index.php?cinematerapia>
23. <http://www.solaris.it/indexprima.asp?Articolo=1609>
24. <http://www.solaris.it/indexprima.asp?Rubriche=7>
25. <http://www.solaris.it/indexprima.asp?Articolo=1427>
26. http://www.saluteeuropa.it/index.php/salute_europa/News/L_esperienza_del_social_dreaming_al_Congresso_della_Societa_Italiana_di_Psico-Oncologia
27. <http://www.doppio-sogno.it>
28. <http://www.psychomedia.it>

QUADERNO: "IL CINEMA NELLA MEDICINA, LA MEDICINA NEL CINEMA"
"CINEMA IN MEDICINE, MEDICINE IN CINEMA"

Il Cinema come Strumento di Riflessione Critica nella Formazione degli studenti di Medicina

Cinema as a Tool of Critical Reflection in Medical Students' Education

LUCA VALERA

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

La narrazione cinematografica, a motivo dell'alto valore e-vocativo e pro-vocativo dell'immagine nei confronti dello spettatore, può risultare uno strumento molto efficace di formazione della coscienza morale dello studente di Medicina, in quanto facilita la riflessione sull'esperienza altrui, e, ultimamente, anche sull'esperienza personale.

Parole Indice Cinema e medicina, Formazione, Coscienza morale

Cinematographic narration, because of the high e-vocative and pro-vocative value of the images towards the viewer, could be a really effective teaching tool, in order to shape the medical student's moral conscience; in fact, it can facilitate reflection about someone else's experience and, ultimately, self-reflection about personal experience.

Index Terms Medicine and Cinema, Education, Moral conscience

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

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

L'utilizzo della produzione cinematografica quale strumento di formazione è una pratica ormai condivisa e largamente diffusa, e numerosi sono gli studi e le valutazioni positive di tale metodologia¹. Il ruolo che tale strumento può giocare nella formazione universitaria ed umana del futuro medico può essere decisivo, a condizione però che si tenga fede ad alcuni presupposti che qui intendiamo specificare. Le considerazioni qui esposte nascono dall'esperienza dei corsi di Antropologia ed Etica per gli studenti del primo anno di corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma.

Il primo presupposto da chiarire riguarda la funzione del film: ci sembra che si debba considerare la visione filmica, all'interno di un corso universitario, sempre come mezzo e mai come fine (per fare eco ad una nota massima kantiana) e, come tale, è bene che sia valutato. Quale strumento il racconto cinematografico non è mai neutro, ma sempre specificato e indirizzato dal fine al quale è preposto. Per questo motivo anche la scelta di un particolare prodotto cinematografico rispetto ad un altro dice già di una precisa intenzione e preoccupazione formativa nei confronti dello studente.

In secondo luogo, è necessario aggiungere che il cinema non si pone come uno strumento auto-esplicativo: l'alto livello di concettualizzazione presente in numerose pellicole necessita di un più raffinato strumento ermeneutico, pur rimanendo nella consapevolezza che indefinite sono le interpretazioni possibili sul medesimo oggetto artistico. E proprio qui gioca un ruolo chiave il docente, in qualità di formatore: è infatti determinante la sua capacità di indirizzare lo sguardo dello studente verso alcuni punti focali a partire da un'opzione interpretativa previa (di particolare efficacia risulta essere la formulazione di alcune domande in preparazione alla visione) e successiva (guidando una riflessione partecipata), affinché lo studente non si lasci catalizzare in toto dal ritmo narrativo.

Se è vero, dunque, che il cinema, come le altre forme artistiche, «non ripete le cose visibili, ma rende visibile»², è anche vero che tale capacità di «guardare il visibile» non è per nulla innata, ma deve essere formata e accresciuta. In questo breve scritto vorremmo dunque riflettere su due dimensioni essenziali presenti nella narrazione cinematografica – l'e-vocazione e la pro-vocazione che hanno a che fare con questa «visibilità» – avendo come obiettivo ultimo quello di mettere in risalto la loro opportunità formativa per lo studente di Medicina.

¹ Si veda, a titolo d'esempio, il testo: Cappa F., Mancino E. (a cura di), *Il mondo, che sta nel cinema, che sta nel mondo. Il cinema come metafora e modello per la formazione*, Mimesis Edizioni, Milano 2005.

² Klee P., *Teoria della forma e della figurazione*, Feltrinelli, Milano 1959, trad. it. a cura di Spagnol M. e Saba Sardi F., vol. I, p. 76.

La potenza del cinema: un veicolo altamente e-vocativo

La contemporaneità è fortemente condizionata dalla potenza dell'immagine, sia a livello culturale che sociale; mai come oggi l'immagine gioca un ruolo determinante nella costruzione della personalità dell'individuo e nella formazione della trama dei rapporti sociali. L'apparire (e dunque l'immagine) è il primo segno di ri-conoscimento (in ordine cronologico fenomenico) dell'essere di una realtà, anche se non riesce ad esaurirlo in tutto e per tutto. Per questo motivo, in un contesto socio-culturale così strutturato appare determinante l'educazione all'immagine, il discernimento di un veicolo comunicativo di tale importanza, in quanto primo tramite per la conoscenza del mondo.

Si consideri inoltre la forte sovra-esposizione morale cui siamo ad oggi sottoposti dai media: la velocità con la quale siamo «bersagliati» dalle immagini che ci vengono propinate dai mezzi di comunicazione di massa oltrepassa di gran lunga la velocità della nostra capacità di una valutazione morale. A causa dell'invasività prepotente dei media nella nostra quotidianità³, non siamo in grado di valutare criticamente e ci lasciamo spesso guidare da essi senza prendere posizione. Esiste, ossia, uno iato apparentemente incolmabile tra la quantità delle immagini e delle informazioni che ci provengono ogni giorno dal mondo esterno e la coscienza critica che siamo in grado di sviluppare su tali informazioni.

In questo senso, la visione guidata di un film all'interno di un ambiente altamente culturale come quello universitario può risultare fondamentale, in quanto permette di guidare la visione delle immagini e di impedire che siano esse a guidarci senza una nostra consapevolezza. A questo proposito sarà dunque necessario educare e formare la capacità di valutare e di criticare le differenti immagini o tecniche di ripresa adottate dal regista, in quanto ogni scelta rappresentativa (ancor prima che narrativa) cela una precisa visione del mondo. La scelta di una determinata inquadratura o di una data scansione cronologica degli eventi è già, di per se stessa, un punto di vista sul mondo, un invito a guardare da una particolare prospettiva⁴.

Così l'immagine (ed in particolare l'immagine filmica) riveste ad un tempo il ruolo di mediatrice e di accentratrice: chiama a sé e rimanda ad altro; in questo senso dicevamo della sua funzione evocativa: e-vocativa in quanto «chiama fuori» lo spettatore, richiede di posizionarsi in una dimen-

³ Non si vuole dire qui che l'invasività dei media nel nostro quotidiano non sia accompagnata da una consapevolezza e da una specie di «consenso informato» del fruitore mediatico.

⁴ Così, a titolo d'esempio, l'inquadratura dal basso verso l'alto dona all'attore un senso «inconscio» di «potere», laddove l'inquadratura dall'alto verso il basso pone l'inquadrato in una situazione di sottomissione. D'altra parte, l'inquadratura con uno zoom sugli occhi dischiude la possibilità di un'immedesimazione dello spettatore con l'attore.

sione che non è la propria; richiede di essere seguita oltre la situazione accidentale per aprire all'universale. Potremmo affermare del cinema – come effettivamente fa uno dei suoi critici più autorevoli – quanto Aristotele aveva già detto della poetica: «La poesia mantiene, attraverso il possibile, un legame con l'universale, mentre la storia rimane irrimediabilmente legata al particolare»⁵.

Il ruolo del docente (che qui coincide con il formatore) risulta particolarmente importante in questo senso perché trasforma lo studente da mero fruitore estetico (dimensione che possiede tuttavia una sua importanza specifica) a protagonista: è proprio grazie a questa sua capacità di rimandare ad altro che l'immagine cinematografica diventa funzionale al trascendimento del sé, permettendo l'immedesimazione o l'identificazione dello spettatore nel personaggio⁶.

Di particolare interesse sotto questo profilo, per quanto riguarda il corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, è stata l'esperienza della visione del film "Gifted Hands – Il dono", che ha permesso l'immedesimazione del discente medico nel protagonista, Benjamin Carson, neurochirurgo pediatrico. L'esperienza del singolo medico (ed in particolare del "bravo" medico) diventa così esperienza universale, l'esperienza del medico universale, e dunque l'esperienza possibile; le pratiche svolte dal medico Benjamin Carson e la sua particolare esperienza umana sono divenute oggetto di riflessione critica e motivo per una presa di posizione da parte del medico discente, che desidera e rincorre ad un tempo la professionalità e la profondità emozionale del protagonista, soprattutto nel rapporto con il paziente e con i suoi famigliari.

Allo stesso modo la visione del film "Un medico, un uomo" è divenuta l'occasione per prendere coscienza della trama dei sentimenti che spesso convergono nel paziente, vederli ritratti con estrema delicatezza e profondità, e provare ad interiorizzarli fotogramma dopo fotogramma. La conoscenza "visiva" ed emozionale del mondo interiore del paziente – per quanto sia possibile, naturalmente, conoscere la coscienza dell'altro – è divenuta spunto per una riflessione sulle modalità con le quali è possibile affrontare il dolore nell'altro.

In questi casi la proiezione cinematografica svolge anche l'importante funzione di esemplificazione di una modalità dell'esistente, funzione che solamente il linguaggio visivo riesce ad ottemperare in quanto maggiormente provocativo del linguaggio parlato. Svolge una funzione di esempio, ossia, come ci dice la sua etimologia (dal latino

exemplum), è capace di rappresentare la classe di oggetti omogenei dal quale è stato tratto.

Potremmo dire che, proprio nella sua funzione e-vocativa, l'arte cinematografica è in grado, come sottolinea Maurice Merleau-Ponty, di «fare vedere il rapporto tra soggetto e mondo, fra soggetto ed altri, anziché spiegarlo»⁷.

L'efficacia del cinema: la pro-vocazione

L'ultimo aspetto che qui ci preme sottolineare in quanto strumento utile per la formazione dello studente di medicina è la pro-vocazione dell'immagine cinematografica: il cinema, oltre a "chiamar-fuori" (e-vocazione) lo spettatore, lo "chiama-avanti" (pro-vocazione), ossia gli chiede di prendere posizione⁸. Si ripensi a quanto già detto a proposito della mera fruizione estetica "passiva": lo spettatore attento non può lasciarsi travolgere dal flusso dei fotogrammi, ma è chiamato per sua natura ad esprimere un giudizio critico su ciò che percepisce.

La presa di posizione può sorgere grazie alla visione della pellicola come il riverbero dell'immedesimazione del sé nel personaggio: la vita del personaggio diventa la mia vita (attuale o possibile) e dunque il suo problema esistenziale diventa anche il mio problema esistenziale. Il cinema, per sua natura, chiama infatti a fare esperienza della vicenda narrata (ancor più che in filosofia⁹, dato che la scrittura non sembra avere il medesimo potere suggestivo), a vivere il problema più che a capirlo; e in questo senso, in questo "rispondere alla chiamata della pellicola con un passo avanti" giace una delle istanze formative dello strumento cinematografico, come sottolinea Cabrera: «Di solito diciamo ai nostri allievi che per appropriarsi di un problema filosofico non è sufficiente capirlo: bisogna anche viverlo, sentirlo sulla pelle, drammatizzarlo, soffrirlo, patirlo, insomma sentirsene minacciati, sentire cioè che i nostri abituali puntelli sono stati fatti traballare vertiginosamente; altrimenti, anche nel caso che "afferriamo" pienamente l'enunciato oggettivo del problema, noi non ce ne saremo appropriati, non lo avremo cioè realmente capito»¹⁰. La visione filmica, ossia, può riuscire nell'arricchimento di

⁵ Cabrera J., *Da Aristotele a Spielberg. Capire la filosofia attraverso i film*, Bruno Mondadori, Milano 2000, trad. it. a cura di Di Sario M., p. 49.

⁶ Un testo di riferimento per quanto qui solo accennato è: Linguisti F., Colacino M., *L'inconscio cinema. Lo spettatore tra cinema, film e psiche*, Effatà Editrice, Cantalupa (Torino) 2004.

⁷ Merleau-Ponty M., *Senso e non senso*, Il Saggiatore, Milano 1962, trad. it. a cura di Caruso P., p. 80. Il corsivo è dell'autore.

⁸ Una bella riflessione sulla "posizionalità" quale elemento distintivo dell'uomo (ed è il senso più profondo che qui si vuole sottolineare) ci è offerta da Helmuth Plessner in: Plessner H., *I gradi dell'organico e l'uomo. Introduzione all'antropologia filosofica*, Bollati Boringhieri, Torino 2006, trad. it. a cura di Fadini U. ed Lombardi Vallauri E., pp. 312-317.

⁹ Si tenga sempre presente che l'esperienza della quale trattiamo in questo testo è quella dei corsi di antropologia ed etica per gli studenti di medicina: per tale motivo ci permettiamo di raffrontare due ambiti che appaiono così disomogenei come quello filosofico e cinematografico.

¹⁰ Cabrera J., *Da Aristotele a Spielberg*, p. 6.

quella dimensione esclusivamente verbale cui la lezione filosofica “classica” è solita attingere, permettendo l’interiorizzazione e la problematizzazione del concetto.

A questa modalità di riflessione lo studente è più facilmente invitato, evidentemente, nel momento in cui la trama degli eventi riprodotti in pellicola non è troppo intricata, ossia nel momento in cui non si oscura la domanda di senso a motivo della catalizzazione completa dell’attenzione sul semplice susseguirsi dei fatti.

Un esempio di tale semplicità stilistica è sicuramente il film “La parola ai giurati”, che conserva il pregio di incarnare l’unità aristotelica di tempo, luogo e azione: un solo evento, in un solo luogo, in una sola giornata. La potenza della parola, quasi rimbombante, perché priva di orpelli scenici, e la semplicità dei personaggi invitano lo spettatore a discernere tra le buone e le cattive argomentazioni per sostenere la propria percezione della verità particolare e a riflettere sul ruolo dell’altro come mediatore della verità. La parola pronunciata da ogni giurato chiama in causa lo spettatore (in questo caso: lo studente di medicina) a meditare sull’essenza della verità o a prendere posizione sulla condizione umana, sulla condizione umana odierna così fortemente condizionata dalla tecnica, che è in prospettiva, la condizione umana di domani nel film “Gattaca”; a prender posizione sull’essenza dell’uomo, in generale, e sulla condizione umana, in particolare.

La visione filmica come pro-vocazione, dunque, in quanto chiama lo spettatore a diventare prima persona (protagonista), a farsi avanti dal mondo della terza persona, ad integrare ciò che manca nel racconto visivo con la sua esperienza personale; la modalità privilegiata di completare il film con la propria esperienza ci pare essere la possibilità che la pellicola per-duri nel tempo, permanga nella coscienza dello spettatore attraverso la domanda di senso; ed è per questo motivo che la riflessione successiva alla visione risulta di particolare importanza: permette, difatti, la formazione di una coscienza critica. La formazione di quella coscienza critica che osserviamo nella splendida figura di Sophie Scholl, nel film “La Rosa Bianca”, che mette in luce il rapporto tra legalità e moralità. Il giudizio critico sulla realtà, quello stesso giudizio critico così bene esemplificato dalla vicenda della protagonista¹¹, può così incrementare e

formare la crescita della coscienza morale dello studente-spettatore, che si scopre trasformato e arricchito dall’esperienza dell’altro, che diventa esperienza in prima persona.

Bibliografia

1. Cabrera J. Da Aristotele a Spielberg. Capire la filosofia attraverso i film. Bruno Mondadori, Milano 2000.
2. Cappa F., Mancino E. (a cura di) Il mondo, che sta nel cinema, che sta nel mondo. Il cinema come metafora e modello per la formazione. Mimesis Edizioni, Milano 2005.
3. Klee P. Teoria della forma e della figurazione. Feltrinelli, Milano 1959.
4. Linguisti F., Colacino M. L’inconscio cinema. Lo spettatore tra cinema, film e psiche. Effatà Editrice, Cantalupa (Torino) 2004.
5. Merleau-Ponty M. Senso e non senso. Il Saggiatore, Milano 1962.
6. Plessner H. I gradi dell’organico e l’uomo. Introduzione all’antropologia filosofica. Bollati Boringhieri, Torino 2006.

SCHEDA DEI FILM

La Parola ai giurati

Il film in bianco e nero del 1957 è diretto da Lumet, alla sua prima prova da regista. La sceneggiatura è un adattamento dell’originale soggetto di Reginald Rose, “Twelve Angry Men” (1954). Il film racconta la storia di un componente di una giuria, il quale, sulla base di un ragionevole dubbio, tenta di persuadere gli altri undici membri ad assolvere un ragazzo accusato di parricidio. Il film si segnala per essere quasi interamente girato su un solo set: infatti, ad esclusione di tre minuti suddivisi tra l’inizio e la fine e due brevi scene girate in una sala da bagno, l’intera vicenda è ambientata nella stanza in cui si riunisce la giuria. A parte il giurato n.6 che, a inizio film, firma un documento come “Scott” e i giurati n° 8 e n° 9, che si presentano all’uscita dal tribunale, nessun nome è usato nel film: all’imputato ci si riferisce con “il ragazzo”, ai testimoni con “il vecchio” e “la signora dall’altra parte della strada”.

Il film è stato riadattato per la televisione nel 1997. Diretto da Friedkin nel rifacimento recitano, George C. Scott, James Gandolfini, Tony Danza, William Petersen, Ossie Davis, Hume Cronyn, Courtney B. Vance, Armin Mueller-Stahl, Mykelti Williamson, Dorian Harewood, e Jack Lemmon.

In questa produzione, il giudice è una donna e quattro dei giurati sono afro-americani (nelle interviste, il produttore dichiarò che l’idea di inserire una donna nella giuria fu scartata, perché non si volle cambiare il titolo “12

¹¹ Riportiamo qui un passo di un dialogo che ci pare particolarmente esemplificativo della figura di Sophie Scholl, sul quale abbiamo avuto l’occasione di riflettere con estrema proficuità nel corso di una lezione con gli studenti, che esprime chiaramente a quale obiettivo mira la formazione attraverso la didattica:

«Mohr: Senza legge non c’è ordine.

Sophie: La legge che avete appena nominato garantiva la libertà di parola prima dell’avvento dei nazisti nel ‘33. Oggi Hitler punisce quella stessa libertà con la prigione e la morte.

Mohr: E secondo lei a cosa dovrei attenermi se non alla legge, chiunque fosse stato a formularla?

Sophie: Alla coscienza».

Angry Men”). Comunque, la maggior parte dell’azione e dei dialoghi del film sono identici all’originale. L’ammodernamento della versione del ‘97 include il divieto di fumo nella stanza della giuria, i cambiamenti apportati nei riferimenti al reddito e a personaggi contemporanei della cultura popolare, vi sono inoltre più dialoghi incentrati sulla razza, e bestemmie occasionali.

Domande-guida per il dibattito con gli studenti

- Qual è il ruolo dei pre-giudizi nella conoscenza?
- In che misura i sentimenti condizionano l’intelligenza nel giudicare?
- Come si esercita una leadership autentica all’interno di un gruppo?
- Aggressività, assertività, passività: come si giunge in un’équipe a una decisione condivisa?

Gattaca

Il film del 1997 è scritto e diretto da Niccol Andrew. La pellicola fantascientifica (del genere biopunk) è ambientata in un futuro prossimo in cui sono emerse nuove lotte di classe tra chi è nato programmato geneticamente (eugenetica e ingegneria genetica) e chi è nato con un patrimonio genetico naturale. Infatti alcuni esseri umani vengono fatti nascere con un corredo genetico quasi perfetto, selezionato dai genitori su di un gruppo di cellule embrionali. Tramite questo processo è possibile prevedere in anticipo le future condizioni fisiche, di salute ed i caratteri ereditari dei nascituri. In definitiva, alcuni individui vengono generati senza imperfezioni. Tramite l’analisi del sangue e delle urine le aziende effettuano la ricerca di personale più consono al posto di lavoro. In realtà, alla luce dei fatti la società futura risulta divisa in due categorie: validi, cioè esseri dal corredo genetico perfetto, che vengono scelti per ricoprire i ruoli più prestigiosi della comunità, e non-validi, ovvero persone da destinare allo svolgimento dei lavori più umili, e relegate ai margini della vita sociale. Il termine Gattaca è stata inventato combinando le lettere iniziali delle quattro basi azotate che compongono il DNA, la Guanina, la Timina, la Citosina e l’Adenina.

Domande-guida per il dibattito:

- Pensi che la natura umana abbia dei limiti?
- È possibile fare ciò che si desidera del proprio/altrui corpo?
- In che senso dobbiamo aspirare alla perfezione? Fisica? Morale?
- La nostra condizione fisica determina sempre il nostro modo di agire?

La Rosa Bianca

Il film drammatico del 2005 è diretto da Marc Rothe-mund e narra, in maniera aderente alla realtà i fatti accaduti alla studentessa Sophie Scholl durante la seconda guerra mondiale.

Nel tentativo di distribuire volantini all’università per diffondere le idee del gruppo, Sophie viene notata e condotta in una caserma della Gestapo assieme al fratello, dal quale viene peraltro subito separata.

La sua cattura, la breve prigionia, il processo farsa e la condanna alla pena capitale dei fratelli Scholl, accusati di cospirazione contro il regime di Adolf Hitler perché facenti parte del gruppo clandestino di opposizione denominato “La Rosa Bianca”, sono il tema centrale di questo film.

Domande-guida per il dibattito:

- In quali casi è moralmente giusto scegliere di non rispettare le leggi dello stato?
- Il motto di Sophie Scholl è: “uno spirito forte, un cuore tenero”. Quale importanza ha la fermezza per il nostro agire morale?
- È giusto soffrire fino a sacrificare la propria vita per un ideale?
- “Il popolo vorrebbe Dio, conoscenza, compassione”, dice Sophie. Che ruolo hanno l’apertura all’altro e al trascendente nella costruzione della società?

Un medico, un uomo

Il film con William Hurt, del 1991 ad opera della regista Randa Haines, tratta la storia di un medico (Jack MacKee) che mostra decisamente poca empatia e poco tatto nel rapporto coi pazienti ed opera non lesinando battute e freddure agli assistenti anche nei momenti più drammatici di un intervento. Sembra convinto che per fare il proprio lavoro si debba alzare un muro verso i pazienti e difendersi dai sentimenti che essi possono suscitare in lui, così da non correre il rischio di farsi coinvolgere troppo.

Capovolgendo la situazione dei rapporti, Jack si ammalava di tumore alla laringe ed è costretto ad operarsi. Egli decide di non volere essere curato da un medico emotivamente distante, com’era anche lui prima della malattia, così decide di troncare il rapporto con la gelida otorino che lo ha in cura e si affida ad un collega rivale che aveva sempre snobbato, l’ebreo Eli Blumfield, col quale ha avuto dissapori in passato, ma che ora vede in una luce ben diversa. Sarà Blumfield ad operarlo ed a salvarlo. Nel trovarsi ad essere dall’altra parte della barricata nel ruolo del paziente bisognoso di cure, deve subire analisi fastidiose,

supponenza ed arroganza del medici, oltre che numerosi intralci burocratici.

Quando riacquista i suoi compiti chirurgici mette il rapporto con i pazienti in primo piano, acquistando tratti comprensivi e dimensioni di umana pietà, che poi tenterà di passare anche agli studenti specializzandi che lavoreranno con lui.

Domande-guida per il dibattito:

- Quale rapporto tra medico e paziente traspare nel film?
- Che importanza assume il linguaggio in un lavoro come quello del medico?
- Quale apporto può dare al medico l'immedesimazione nei sentimenti del paziente?
- È meglio un medico tecnicamente competente o un medico accogliente nei confronti del paziente?

Gifted hands – Il dono

È un film del 2009 diretto da Thomas Carter. Il film parla della vita di uno dei più famosi neurochirurghi al mondo: Benjamin Carson (Cuba Gooding Jr.) realmente esistito e tuttora praticante del suo lavoro.

Il tema del film è il processo decisionale del medico messo in crisi dal fare o meno una divisione tra due gemelli siamesi, legati tra di loro dal cervello.

Un lungo flashback ripercorre le fasi della sua vita. Quando aveva 11 anni e andava in prima media, era il peg-

giore della classe. Prendeva sempre "F" a tutti i compiti e aveva degli scatti d'ira che gli provocano continui rientri ed uscite dalla presidenza. Anni dopo arriva all'università e qui si fida. Decide di studiare Medicina per specializzarsi successivamente in neurochirurgia. Quando entra in ospedale tutti sono contro di lui per via del razzismo, ma 4 anni più tardi diventata primario di neurochirurgia.

Con due figli e due gemelli in arrivo va a dormire con sua moglie incinta ma presto questa lo sveglia perché sta perdendo sangue. I due vanno subito all'ospedale e dopo alcune ore di attesa si scopre che sua moglie è sopravvissuta, ma i gemelli nati sono deceduti. Prende quindi la decisione di operare i gemelli siamesi.

Nel giorno dell'intervento, ci sono 22 chirurghi specializzati in diverse materie per compierlo. L'intervento, di 22 ore, si conclude con la separazione riuscita dei due gemelli. Da quel momento in poi, Ben diventa l'icona dell'ospedale. Giornali e televisioni lo riprendono. Ben riesce a compiere un'altra impresa: curare una ragazzina affetta da frequenti episodi convulsivi a causa di una gravissima forma di epilessia, e che nessun altro medico è riuscito a curare.

Domande-guida per il dibattito:

- Quale importanza ha la famiglia nella formazione dell'adolescente?
- Quale valore hanno le competenze non specificamente tecniche (compassione, coraggio, sensibilità, religiosità) per un medico?
- Qual è il ruolo della fiducia nelle relazioni interpersonali? E nel rapporto medico/paziente?

QUADERNO: "IL CINEMA NELLA MEDICINA, LA MEDICINA NEL CINEMA"
 "CINEMA IN MEDICINE, MEDICINE IN CINEMA"

Fiction Mediche: il Senso Religioso in Prima Serata

Medical Drama: the Religious Sense During Prime Time

CARLO BELLINI

Policlinico Universitario "Le Scotte", Siena

In un'epoca di somma incertezza e paura, la TV ci porta in casa il Medico, l'esperto in Sanità. Ci fa sentire una sorta di tocco magico, di parola di conforto di cui c'è bisogno. Sentire un medico – vero o finto – parlare di malattia in TV ci tranquillizza. Ci fa vedere qualcuno che soppesa e prende sul serio i nostri mali, dato che la gente vorrebbe un rapporto col medico quasi esclusivo, amichevole, che talora manca; e ci fa esorcizzare il male, dato che quello che vediamo sullo schermo resta distante, e sappiamo dominarlo cambiando canale. In TV la figura del medico, – che la medicina moderna ha burocratizzato, ridotto a lavorare in ospedali divenuti "aziende", poco a contatto col malato diventato l'"utenza" – viene ancora mitizzata in un'aura di sacro, certamente fuori luogo, ma comprensibile in un'epoca che ha perso l'ABC del sacro vero. In Dr. House MD e Scrubs non c'è solo il parlare di malattie, ma anche di mistero, di quel livello della nostra natura che è insondabile e che vogliamo affidare a qualcuno perché per noi è troppo lontano, difficile, duro o stupefacente. Il medico è il tramite verso il mistero. L'uomo ha sete di mistero ma ha anche sete di compagnia verso questo mistero.

Parole Indice Dr. House MD, Scrubs, Etica, Fiction, Senso religioso

In an era of total uncertainty and fear, TV brings home the doctor, the expert in health care. It makes feel us, a kind of magic touch, a word of comfort that we need. Hearing a doctor – real or fake – on TV talking about the disease calms us. We see someone who weighs and takes our problems seriously, because people want a relationship with the doctor almost exclusive, friendly, sometimes missing, and makes us exorcise the evil, because what we see on the screen remains distant, and we control it by changing the channel. On TV, the figure of the doctor – that modern medicine has bureaucratized, reduced in working in hospitals that have become "business", not in contact with the sick man became they are now "users" and not "patients" – is still idolized in an aura of sacredness but understandable in an age that has lost the sense of the sacred truth. In Dr. House MD and Scrubs is not only about the disease, but also of mystery, that level of our nature that is unfathomable, and we want to entrust to someone because it is too far for us, difficult, hard or amazing. The doctor is the link to the mystery. The man has a thirst for mystery but also a thirst for the company to this mystery.

Index Terms Dr. House MD, Scrubs, Ethics, Fiction, Religious Sense

Indirizzo per la corrispondenza
 Address for correspondence

Prof. Carlo Bellini
 Policlinico Universitario "Le Scotte"
 Viale Bracci Mario, 16
 53100 Siena (SI)
 e-mail: cvbellini@gmail.com

Introduzione

Telefilm, sit-com, programmi culturali e spazi nei TG: a cosa è dovuta tanta attenzione dei mass-media per la medicina? Da dove nasce la sete di medicina televisiva?

C'è abbondanza di medici in TV, anche in eccesso, come per esempio alcune trasmissioni in cui si magnifica la chirurgia estetica, la si "trasmette" come fosse acqua fresca e cui accedere a piacere.

Ma la curiosità, qualche volta quasi morbosa, con cui si accede a queste trasmissioni è fortissima, tanto che spopolano: il sangue vende sempre e il dolore (altrui) anche.

Oltretutto viviamo in un'epoca di somma incertezza e paura, e la TV che ci porta in casa lo specialista ci fa sentire una sorta di tocco magico, di parola di conforto di cui c'è bisogno. Sentire un medico – vero o finto – parlare di malattia in TV ci tranquillizza. Ci fa vedere qualcuno che soppesa e prende sul serio i nostri mali, dato che la gente vorrebbe un rapporto col medico quasi esclusivo, amichevole, che talora manca; e ci fa esorcizzare il male, dato che quello che vediamo sullo schermo resta distante, e sappiamo dominarlo cambiando canale. E infine trastulla la nostra pura curiosità, in un mondo di persone sole che amano interessarsi a problemi altrui per non pensare ai propri. In TV la figura del medico, – che la medicina moderna ha burocratizzato, ridotto a lavorare in ospedali divenuti "aziende", poco a contatto col malato diventato l'"utenza" – viene ancora mitizzata in un'aura di sacro, certamente fuori luogo, ma comprensibile in un'epoca che ha perso l'ABC del sacro vero.

E veniamo alle fiction, dove questo risulta evidente: infatti l'unico tema tabù – quello che non si deve assolutamente menzionare nelle varie fiction – non è la morte o il dolore o il sangue, che sono sparsi a vagoni, ma l'errore. Nelle fiction il medico non sbaglia mai, e se sbaglia c'è sempre qualcuno che ripara. Nelle fiction il medico non può sbagliare, perché immediatamente diventa un attentatore alla sacralità della sua opera, svela che l'opera sua non è pseudo-divina, e questa scoperta terrorizza. Insomma ci piace sentirsi rassicurare, sapere che la medicina arriva là dove arrivano le nostre speranze; e ci piace sentire qualcuno che è sicuro di sé, che non sbaglia, che salva. In realtà la medicina reale non è così, l'attività del medico non è quell'esplosione di adrenalina, di bellezza e onnipotenza che si vede nelle fiction, né quella sobria e ieratica dell'"esperto" di turno: spesso è fatta di lunghi colloqui, di attese, e anche di umani sbagli. E di morte, perché anche là dove si prendono decisioni in trenta secondi, come nelle rianimazioni, l'esito non è quello salvifico che vediamo in TV.

Ma parlare di medici in TV è parlare di salute... ma non solo. Non è solo parlare di malattie, ma di mistero, di quel livello della nostra natura che è insondabile e che vogliamo affidare a qualcuno perché per noi è troppo lontano,

difficile, duro o stupefacente. Il medico è il tramite verso il mistero. L'uomo ha sete di mistero ma ha anche sete di compagnia verso questo mistero. Il medico è questo. E non c'è una sostanziale differenza tra il mistero religioso e il mistero fisiologico, perché sono entrambi due "segnali" che invitano a guardare oltre, a cercare, a capire che esiste una verità, che va cercata e non va cercata da soli. Il mistero della malattia, del cuore che batte e del sangue che irrorava uno dopo gli altri tutti gli organi, tutte le cellule, facendole fiorire, spurgandole e nutrendole, è il segno di una bellezza profonda, di un senso, di una non-casualità. Per questo il medico in TV "tira": perché ci ricorda questa verità.

Vediamo allora con più attenzione due serie "mediche" televisive che si distinguono dalle altre perché di solito il medico in TV serve per rassicurare (e lavorare davvero poco, come appare nella serie *Medico in Famiglia* dove il dottore si occupa della famiglia ma poco del lavoro e non fa fare una bella figura alla categoria); oppure per mostrare lo stress quotidiano (vedi la serie ER). Invece nelle due serie che qui illustriamo, l'intento è didascalico e profondo.

House MD

È noto che dalla TV filtrano pochissimi segnali fuori dal coro del *politically correct* che strombazzava e imprime nelle menti poca cultura e due soli "valori": l'autodeterminazione (che finisce col diventare solitudine) e il disimpegno. È anche vero che talvolta sono trasmesse fiction con storie di personaggi storici o personaggi religiosi simpatici (ancor più saltuariamente). Ma che Papi e santi comunicano messaggi "cristiani" ce lo aspettiamo. È una sorpresa quando il protagonista (l'eroe) della fiction è un tipo decisamente cinico. Qui sta la genialità di chi ha creato la serie di House: non essere scontato ma proporre un itinerario eticamente buono usando le parole, le immagini, e anche le debolezze umane che normalmente veicolano ben altro tipo di messaggi.

Perché "una strana morale"? Perché è una morale che "non fa la morale". Con i suoi aforismi, i suoi apologhi, con le sue idiozie e le battute dei colleghi di House, questa serie riafferma dei valori forti e fermi, pur con le sue contraddizioni, col suo cinismo e il suo ateismo urlato (ma solo per darsi un tono, molto probabilmente). In fondo la morale non è solo escatologia, ma anche riaffermare la verità sull'uomo. Attenzione, comunque: House è un "cattivo", è cinico. Ci è richiesto uno sforzo per superare l'impatto con questi comportamenti negativi, per arrivare a capire il messaggio principale della fiction, non fermarsi a quello che si vede, ma fissare il punto decisivo: il cambiamento e lo stupore di una mente cinica.

Dalle storie su House emerge e ci stupisce potentemente il modo positivo di guardare la realtà. E guarda caso,

questo modo di guardare la realtà è proprio quello che sta alla base della comunicazione del messaggio cristiano e che tutto, nella società d'oggi, vuole nascondere: l'uso potente e non censorio della ragione e la potenza del contatto umano (che, in questo caso, mostra la sua potenza terapeutica proprio quando il protagonista vorrebbe rifiutarlo; ma, dentro di sé, esplode qualcosa che glielo impedisce).

Che questi messaggi positivi nascano da un personaggio "cattivo" in fondo ci piace: serve a dare meno spazio al sentimentalismo e più fiducia al nostro essere fallaci (ma redimibili) esseri umani.

Scrubs

Ai ragazzi piace: la serie *Scrubs* ("Camici") in onda su MTV è un "telefilm medico" che ci solleva il morale. Come "House MD" ci dava buoni messaggi attraverso un personaggio cinico e burbero, *Scrubs* ce li dà facendoci ridere. E i personaggi sono degli stereotipi di infermieri, medici e avvocati, qualche volta gravi, altre volte leggeri e simpatici. La serie narra delle vicende di tre giovani medici: John Dorian (protagonista principale, abbreviato in J.D. pasticcione e simpatico), Elliot Reid (dottoressa nevrotica e imbranata) e Christopher Turk (amico di J.D. e bamboccione). Gran parte degli eventi è condizionata dagli eventi quotidiani di J.D. – che fa da narratore nel sottofondo delle storie – che passa con lievità tra le burle atroci del personaggio detto "l'Inserviente" (un custode dell'ospedale) e le angherie dei dirigenti medici, e si dibatte col continuo confrontarsi con la morte e il dolore. Infatti, proprio nella leggerezza e tra risate a crepapelle, veniamo condotti per mano in un campo scottante: l'insuccesso nella professione che il medico sconta con sensi di colpa, con depressione e tristezza; la morte di un amico; entriamo nel rapporto a volte conflittuale tra medici e infermieri, e nel mondo contorto dell'Inserviente, personaggio-chiave, che si diverte a torturare Dorian, che per la prima volta porta alla ribalta chi fa lavori più terra-terra in un grosso ospedale, personaggio dalla spassosa gravità che arriva invece ad essere umanissimo. Così come tutti i personaggi, perché come d'incanto a tratti la maschera dello stereotipo si scheggia, e traspare la persona vera che c'è sotto: l'inserviente che per un momento smette di perseguitare JD e si mette a far compagnia al paziente paralizzato, il dottor Cox, narcisista ed egocentrico che piange per la morte di un suo paziente e confida le sue paure, pur con mille difficoltà, alla collega giovane e timida; la coppia Turk e moglie, che nel corso della serie approfondisce il proprio rapporto affettivo, si sposa, ha un figlio, mostrando la propria crescita umana nella creazione di una famiglia, proprio come fa Cox che inoltre, ateo dichiarato, trova difficoltà nelle dispute teologiche con l'infermiera Laverne, che invece canta nel

coro della chiesa. E JD arriva a tagliarsi a zero i capelli per essere in sintonia con una giovane paziente che fa chemioterapia e li sta perdendo. La morte è il convitato di pietra di tutta la serie. Già: tra una risata e l'altra si muore, proprio come nella vita di tutti i giorni. E non è roba da poco proporlo in una storia televisiva per ragazzi, per mostrare come in realtà c'è un tempo per ridere e un tempo per riflettere. La morte fa riflettere e obbliga a pensare. Ai ragazzi di *Scrubs* piace perché fa ridere, ma anche perché fa riflettere. E ci piace che un messaggio buono venga da un'emittente *liberal* come MTV, che spesso invece trasmette programmi che troppo pigiano sul tasto delle fortune e delle sregolatezze delle star di Hollywood senza un commento critico. *Scrubs* mostra come la televisione possa essere usata per far riflettere e sorridere, e che non si debba essere per forza pesanti per ottenere la riflessione e stupidi per ottenere la risata.

Insomma, queste due fiction hanno in comune il desiderio di mostrare come sia possibile fare buona televisione, con messaggi etici di alto valore senza annoiare. Ci mostrano che l'ideale che la gente e i medici vogliono non è l'autonomia (altro modo di chiamare la solitudine) ma la solidarietà; che esiste una verità, che la verità va ricercata, che esiste un bene e un male... alla faccia di tanto relativismo oggi di moda. E non è poco.

QUADERNO: "IL CINEMA NELLA MEDICINA, LA MEDICINA NEL CINEMA"
 "CINEMA IN MEDICINE, MEDICINE IN CINEMA"

Pelle Skin

CLAUDIO SINISCALCHI

Facoltà di lettere e Filosofia. Storia e critica del cinema. LUMSA, Roma

L'abisso nichilista nel quale è sprofondata la cultura europea è rappresentato perfettamente dal film di Pedro Almodóvar *La pelle che abito*.

Esso mette in risalto come il senso etico della cultura occidentale sia stato divorato dalla filosofia e dalla scrittura del negativo. Nel film infatti un chirurgo plastico di successo (Antonio Banderas) si trasforma somiglia molto al freddo barone Frankenstein, e come lui, compie un miracolo perfetto: dà vita ad una creatura nuova.

La figura del dottore un tempo era nel cinema quasi sempre legata all'eroismo.

Al massimo commetteva degli errori, pur se gravi, in nome della scienza, nel tentativo di oltrepassare limiti invalicabili, come il dottor Frankenstein. Oggi la figura del dottore somiglia molto a quella di Hannibal Lecter, il serial killer de *Il silenzio degli innocenti*.

The abyss of nihilism in which European culture has sunk is perfectly represented by Pedro Almodóvar's "Skin dress" film. It emphasizes how the ethics of Western culture has been devoured by negative philosophy and negative writing. In the film, in fact, a successful plastic surgeon (Antonio Banderas) becomes very similar to the cold Baron Frankenstein, and like him, makes a perfect miracle: it gives life to a new creature. For a long time the figure of the doctor was almost linked to heroism. At most, the doctor made mistakes, even if serious, in the name of science, in an attempt to overcome insurmountable limits, like Dr. Frankenstein. Today the figure of the doctor is very similar to Hannibal Lecter, the serial killer from The Silence of the Lambs.

Index Terms Nihilism, Almodóvar, Ethics, Cinema

Parole Indice Nichilismo, Almodóvar, Etica, Cinema

Indirizzo per la corrispondenza
 Address for correspondence

Prof. Claudio Siniscalchi
 LUMSA
 Via della Traspontina, 21
 00193 Roma
 e-mail: claudio@claudiosiniscalchi.it

Pelle

Volete una testimonianza visiva dell'abisso nichilista nel quale è sprofondata la cultura europea? Il nuovo film di Pedro Almodóvar *La pelle che abito* ne offre la rappresentazione perfetta. Difficile trovarne una definizione sintetica appropriata. Un incubo? Un grido lancinante? Una perversione? Un atto osceno o oscuro? Solo nel Novecento il marchese De Sade è potuto diventare un classico.

E proprio nel Novecento, in particolare nella seconda metà, il cinema (ma più in generale le manifestazioni artistiche) s'è messo al lavoro per scardinare, sbriciolare, tritare ogni residuo di umanesimo.

Tornando al film di Almodóvar, allora, cosa diciamo? È il marchese De Sade in versione patinata. La filosofia e la scrittura del negativo che divorano quel poco che ancora resta in vita del senso etico della cultura occidentale.

Certo non si può parlare di una inaspettata e sorprendente novità.

La carica eversiva, malata di crudeltà, è sempre stata la cifra stilistica di Pedro Almodóvar. Trasgressivo, irridente, talvolta raccapricciante, il regista della Mancia sin dagli esordi tra la fine del franchismo e la «movida madrileña», si è imposto come un «cannibale».

Nell'epocale giro di boa tra la fine degli anni Settanta e il cominciamento del decennio successivo, la Spagna in quel frangente stava diventando il centro irriverente e vitalista della cultura occidentale. E le notti di Madrid il centro del centro. E il cinema scarrucolato e squinternato, assassino e stravaccato di Pedro Almodóvar, l'ennesimo centro, il cuore pulsante madrileño dell'ultima delle avanguardie europee, la punta più acuminata di un esercito di «cannibali», assetati di carne umana, decisi a oltrepassare ogni limite, servendosi di armi esteticamente povere quanto dissacranti.

Lo spirito della «movida» si esprimeva nella liberazione e nel progetto di emancipazione dell'individuo (dal potere, dalla religione, dal patriarcato, dalle gabbie imposte dalla sessualità). E l'opera cinematografica di Pedro Almodóvar ha rappresentato la polveriera del cambiamento.

Il cinema, occorre sempre tenerlo ben presente, non può essere considerato una finestra aperta sul mondo. Certo propone un'interpretazione del mondo, è parte integrante dell'industria culturale e anche il riflesso di una stagione e di un luogo fisico specifico. L'immaginario collettivo si modella, cresce, si modifica attraverso il cinema. Quindi i film finiscono per diventare preziosi indicatori della mentalità e dell'ideologia.

Almodóvar è stato il sismografo della corsa sfrenata spagnola, dal franchismo alla desocializzazione. La fama raggiunta, le qualità estetiche conseguite e sensibilmente

migliorate rispetto alle ingenuità degli esordi, la certezza di poter contare su una ricezione internazionale, la comodità economica delle produzioni, tutto questo con il trascorrere del tempo avrebbe potuto condurre il regista spagnolo a ben altri esiti.

Invece siamo arrivati al buco nero di *La pelle che abito*. Ecco la storia in sintesi, ridotta davvero all'osso, priva di importanti passaggi. Un chirurgo plastico di successo (Antonio Banderas) perde la moglie in un incidente. La donna muore carbonizzata. Il fuoco le ha divorato completamente la pelle. Da quel momento lo scienziato infonde ogni energia in una missione-ossessione: sperimentare su un corpo umano un nuovo tessuto (umano), perfettamente compatibile. Ma i guai per il chirurgo non finiscono qui. Sua figlia viene violentata. La reazione del chirurgo è spietata. Individuato e segregato nella propria dimora-castello-laboratorio-prigione il responsabile della violenza, e avendo comunque bisogno di una cavia per gli esperimenti, lo trasforma da uomo in donna.

La reincarnazione del freddo barone Frankenstein, compie un miracolo perfetto: dà vita ad una creatura nuova. Fin qui l'aberrazione si è spinta già abbastanza avanti. Ma il passo finale è davvero imprevedibile. Il creatore si innamora della sua opera d'arte umana, in lui scatta il desiderio irrefrenabile di possederla sessualmente.

Il marchese De Sade avrebbe trovato logica e dunque approvato questa conclusione. Storia incredibile di sadismo e perversione, violenza e malessere esistenziale, follia e disgusto.

Non deve stupire poi tanto che un tema così scabroso abbia suscitato l'interesse della stampa specializzata, ormai per nulla attenta a questioni etiche.

Ma diventa difficile comprendere il fatto che l'uscita italiana del film abbia trovato ampio spazio in telegiornali e talk show fra i più seguiti. Ovviamente nessuno ha detto di che cosa si stava veramente parlando.

Riferimenti vaghi: un film d'autore, un classico, un'opera complessa, l'ennesima dimostrazione di un grande regista, la prova di un grande attore.

Sulla carta stampata invece sono state sollevate numerose perplessità, perlopiù ricolme di delusione. Almodóvar una volta faceva film migliori. E poi che noia: dove sono finite l'allegria dei travestiti e l'esuberanza di ragazze e donne sempre al bordo di un attacco nervoso?

Tralasciamo i simulacri, la debolezza del pensiero, la crisi dei fondamenti e altra simile robaccia postmoderna. Concentriamoci solo su un punto, però essenziale. Ormai l'espressione (o se volete l'arte) cinematografica non riconosce nessun limite, nessun vincolo etico.

L'individualismo ha ucciso la persona. L'ha ingabbiata, costretta in una nuova pelle. Ma il risultato finale è una catastrofe. La cultura occidentale, sprofondata nel relativismo etico, è in agonia.

La stessa lucida agonia che si respira in ogni fotogramma di *La pelle che abito* di Pedro Almodóvar. La figura del dottore un tempo era nel cinema quasi sempre legata all'eroismo.

Al massimo commetteva degli errori, pur se gravi, in nome della scienza, nel tentativo di oltrepassare limiti invalicabili, come il dottor Frankenstein. Oggi la figura del dottore somiglia molto a quella di Hannibal Lecter, il serial killer de *Il silenzio degli innocenti*.

QUADERNO: "IL CINEMA NELLA MEDICINA, LA MEDICINA NEL CINEMA"
 "CINEMA IN MEDICINE, MEDICINE IN CINEMA"

Scienza e Società: la Medicina della Saga di Twilight

Science and Society: Medicine in the Twilight Saga

SIMONA UGOLINI, MARTA BERTOLASO

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

Il presente lavoro si propone di esplicitare il *nesso* fra le tematiche mediche, etiche ed antropologiche presenti a vario titolo nei prodotti di Stephenie Meyer ed una medicina che quotidianamente propone conquiste tecniche ai limiti dell'umano. La saga cine-letteraria di *Twilight* ha riscosso, infatti, presso il pubblico giovanile un successo planetario. A determinare tanta popolarità è stato anche l'efficace connubio tra il "semplice intrattenimento" e tematiche di estrema attualità come quelle inerenti la ricerca della felicità mediante una esternalizzazione della vita, attraverso le possibilità emergenti della tecnologia applicata alla medicina.

Twilight non è solo *fantasy* ma appare come la metafora della scienza medica contemporanea che, con ogni mezzo, si applica per potenziare al massimo le funzioni fisiche, cognitive o percettive dell'uomo con l'obiettivo di prolungare la durata della vita sotto il segno di una *perenne giovinezza*: sogno antico che la fantasia e la letteratura popolare hanno spesso collegato alla figura del vampiro.

In questo contributo esplicheremo il contenuto del messaggio centrale veicolato dalla saga di *Twilight* («Sei pronto a rinunciare all'umano in cambio dell'eterna giovinezza?») ed i contenuti specifici inerenti la biologia e la bioetica. Infine, si metterà in luce l'esigenza di una maggiore riflessione sull'impatto mediatico e sul potere di plasmare l'immaginario che possono avere prodotti di massa come i racconti della Meyer.

Parole Indice Complessità biologica, Cinema, Valorizzazione dell'Essere Umano, Cultura Popolare, Fantascienza, Immaginazione, Twilight Saga

This work underlines the connection between medical, ethical and anthropological items, which can be found at various levels in Stephenie Meyer's works, and a kind of medicine that advances, day by day, more and more unlimited technical conquests. The Twilight cine-literary saga has, indeed, had a great success among young people all over the world. Also the effective union of a "simple entertainment" with such actual topics like the search for happiness through an outsourcing of life and thanks to the emergent possibilities of medicine-applied technology, has contributed to the determination of such popularity.

Twilight is not simply fantasy: it seems to be the metaphor of contemporary medical science that tries, with all its means, to upgrade the physical, cognitive and perceptive functions of humans; its aim is to prolonge men's life longer in order to create an immortal youth which is an old dream often connected with the figure of the vampire by the popular fantasy and literature.

With this contribution we want to highlight the content of the central message brought by the Twilight saga ("Are you ready to renounce to humanity for eternal youth?") and the specific contents regarding biology and bioethics. At the end we will need a deeper reflection on the mediatic impact and on the power moulding imagination that popular works like Meyer's ones can have.

Index Terms Biological complexity, Cinema, Human Enhancement, Popular Culture, Science Fiction, Imagination, Twilight Saga

Il lavoro spetta in pari misura agli autori relativamente alle tematiche trattate
All authors participated equally in this work regarding specific themes

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Dott.ssa Simona Ugolini
 FAST – Istituto di Filosofia dell'Agire Scientifico e Tecnologico
 Università Campus Bio-Medico di Roma
 Via Álvaro del Portillo, 21 – 00128 Roma
 e-mail: s.ugolini@unicampus.it

Introduzione

Tra gli *highlights* d'un volume uscito di recente si trova scritto: *Human enhancement is now one of the biggest dilemmas facing modern science*; nella quarta di copertina segue una domanda *To what extent should we use technology to try to make better human beings?*¹. È singolare che, in un'epoca come la nostra, che ripone tanta fiducia nelle risorse della medicina e della tecnologia, le più recenti scoperte e innovazioni tecnologiche applicate all'uomo suscitino un dibattito così ampio e globale che, nel presentare il tema, autori del calibro di Bostrom e Savulescu avvertano l'esigenza di mettere il lettore di fronte ai termini del dibattito, prima ancora che ad una presa di coscienza delle reali possibilità a disposizione per attuare questo miglioramento delle capacità umane. Eppure, si tratta di un libro di carattere scientifico e filosofico che include considerazioni anche etiche e morali. Nelle fiabe che ci raccontavano da bambini c'era sempre la figura dell'eroe (buono, coraggioso, altruista) e quella del suo antagonista (malvagio, invidioso, pavido, egoista); il lettore/spettatore, naturalmente, si identificava col primo (es. nell'atto di salvare una vita, di restituire al legittimo erede un trono). Lo *Human Enhancement* racconta all'essere umano un'altra storia: quella della salvezza per l'uomo dai suoi limiti, tralasciando la riflessione se questa salvezza sia davvero auspicabile. Il giudizio di valore sul buono e cattivo sembra riformularsi in termini di un limite prudenziale. *To what extent?* Fino a che punto? Fino a che punto si può curare, fino a che punto lo HE minaccia l'uomo stesso? La mancanza di risorse etiche e morali potrebbe condurre ad una valutazione del limite solo in termini di calcolo del rischio o – ingegneristicamente parlando – di un “coefficiente di sicurezza”. Da dove nasce questa inversione di prospettiva? La saga di *Twilight* sembra aiutarci a trovare una risposta a queste domande: emergono, difatti, sorprendenti corrispondenze tra le questioni più attuali del dibattito filosofico-scientifico contemporaneo e questa produzione filmica di gran successo. Come spesso succede, le fiabe pur nella loro drammaticità, raccontano qualcosa di vero sulla realtà della vita degli uomini del loro tempo. Ma andiamo per gradi.

La saga di *Twilight*

Per contestualizzare: la trama, i contenuti, l'argomento

La saga *Twilight* pubblicata, tra il 2005 e il 2008, dalla versioni cinematografiche. La trama che si snoda nei film è, all'apparenza, semplice: si narra la storia d'amore tra due adolescenti (Isabella Swan e Edward Cullen). Lei, una

studentessa come tante che si trasferisce dalla soleggiata Phoenix alla piovosa Forks nello stato di Washington per andare a vivere con il padre, ora che la madre ha un nuovo compagno. Lui, un vampiro, con “alle spalle” una famiglia molto presente, in cui capeggia la figura paterna di Carlisle Cullen, un medico bi-laureato che impronta tutta la storia. È il dottor Cullen che salva dalla morte alcune persone ‘vampirizzandole’ con un morso e unendole in una famiglia *sui generis* (Edward stava morendo di spagnola, Esme in seguito ad un tentativo di suicidio, Rosalie in conseguenza di una violenza di gruppo, Emmett per le ferite infertigli da un orso). Sempre lui che fornisce ai propri figli una formazione (una *Bildung*, in senso pedagogico) da vampiri ‘vegetariani’: essi, difatti, non si nutrono di prede umane ma solo di animali. La lotta condotta da questo *clan* familiare contro i loro simili che hanno mantenuto l'originaria natura di cacciatori di esseri umani, e il desiderio di Bella di abbandonare la sua condizione di “mortale” (che la rende vulnerabile e “a termine”) per godere, per sempre, dell'amore del fascinoso Nosferatu, sono fonte di molte avventure che tengono con il fiato sospeso il pubblico giovanile di tutto il mondo. Emblematica è la scena del film *Twilight* nella quale, i Cullens, vengono presentati al pubblico. La ripresa cinematografica rallenta, le inquadrature sono centrate su questi vampiri.

«Chi sono quelli?» chiede Bella, incuriosita. Sono Rosalie, Emmett, Jasper, Alice ed Edward: ognuno di loro, al contempo, così diverso dai propri familiari (per le doti ‘super-naturali’ che lo contraddistinguono), eppure così simile. L'identikit della specie caratterizza infatti i Cullen come belli, giovani, forti, veloci, doti di preveggenza, privi di sonno, foto-fobici, sterili. Il loro fenotipo può cambiare, come i loro desideri, ma il loro corpo è immutabile e immortale². Chiusi nel loro giro, mangiano per conto loro, vanno in vacanza tra di loro, vivono in uno stato di *auto-potenziamento* che consente di avere sempre il controllo³. Il moderno concetto di *empowerment*, spesso associato a quello di *human enhancement*, è reso bene da questa tipologia di personaggi, sempre e comunque sicuri di sé ed in grado di gestire ogni situazione. Un'identità perfetta ma immatura, quella dei Vampiri, in grado di stabilire con gli altri ‘inter-azioni’, mai ‘inter-relazioni’. La componente narcisistica di questo processo che emerge con evidenza dalla presentazione cinematografica dei Cullens, declinata in termini di funzionalità e caratteristiche fenotipiche, è resa ancor più attraente da tutta una serie di ‘oggetti del desiderio’ che accomunano, ai nostri giorni, i giovani di ogni latitudine: abiti firmati e *minimal chic*, automobili/moto

² Tambone V, Borghi L (Eds.) *La medicina dei nuovi vampiri*. Academia Universa Press 2010: 106-7

³ http://humanresources.about.com/od/glossary/a/empowerment_def.htm (12/11/2009)

¹ Julian Savulescu J, Nick Bostrom, *Human Enhancement* OUP, 2009.

potenti, un tenore di vita 'al top' (nella sua stanza Edward ha centinaia di cd, dvd; la casa dei Cullen è curata in ogni dettaglio; il padre è un ricco e stimato professionista che mette loro a disposizione il meglio, ecc.). Dietro l'illusione del "semplice svago", anzi anche grazie a questo elemento (lo spettatore assorbe i contenuti più acriticamente perché, durante la visione di un film, è in un momento di *relax*) questa filmografia trasmette contenuti specifici in grado di catalizzare l'immaginario collettivo globale su tematiche di non poco conto: vi affidereste ad una scienza medica disumanizzante in cambio dell'eternità (un'immortalità terrena accompagnata da giovinezza perenne)? La risposta offerta dalla saga non obbliga nessuno a pensarla in un certo modo ma dalla visione dei film, la rinuncia all'umano non sembra poi tanto 'male'.

I desideri proiettati sullo schermo, sogni dell'uomo d'ogni tempo

Il concetto di potenziamento umano come le altre istanze che emergono nella saga di *Twilight* non nascono con essa. Sebbene gli argomenti toccati/adombrati (ringiovanimento artificiale, potenziamento di prestazioni e capacità, sostituzione di parti del corpo logorate o malate, mantenimento della vitalità e del vigore giovanile, immortalità) sembrano essere molto 'moderni', quasi un carattere tipico della nostra epoca, le loro radici storiche affondano nella notte dei tempi. Culture diverse (ebraica, ellenico-romana, cinese, indù) hanno elaborato racconti sull'esistenza di popoli, da loro lontani nel tempo e/o nello spazio, che vivevano meglio e più a lungo. Tutto questo materiale presenta, in tutto o in parte, tre *leitmotive*: in epoca antediluviana (es. nella mitica «età dell'oro») la durata dell'esistenza umana era più lunga rispetto al presente⁴; sono esistite popolazioni (es. gli Iperborei) mai toccate dalle malattie e in grado di vivere «centinaia di anni»⁵; alcuni elementi presenti in natura o creati artificialmente (acque, piante, alimenti, pozioni), hanno il potere di ringiovanire e/o di prolungare indefinitamente la vita (es. la pianta ricercata da Gilgameš; nettare e ambrosia di cui si nutrivano gli dei; l'*elixir* cercato dagli Alchimisti). Nella cultura occidentale riflessioni sulla senilità furono elaborate da menti elevate (Aristotele, Seneca, Cicerone, Galeno, Petrarca, ecc.). Nel XVI secolo il nobiluomo veneziano Luigi Cornaro pubblicò un vero e proprio trattato ove sosteneva che l'essere umano potesse superare di molto i limiti della vita media del tempo, col solo votarsi ad uno «stile di vita» (*diàita*) sano e moderato,

⁴ Gruman GJ A History of ideas about the prolongation of life, "Transactions of the American Philosophical Society", vol. 56/9 (1966): 20-27.

⁵ Strabone Geografia XV,1,57; anche Plinio riferiva di questa popolazione fortunata i cui membri vivevano vite estremamente lunghe, cfr. *Naturalis Historia*, IV, 26.

alla cui base era un'alimentazione frugale (egli stesso abbandonata una vita di gozzoviglie, morì a centodue anni)⁶. Tra il XVI e il XVIII secolo si affermò pertanto l'idea che gli individui potessero controllare sia la *lunghezza*, almeno fino ai limiti consentiti dalla natura, che la *qualità* della vita. Nonostante ciò fu solo dalla seconda metà del XIX secolo, che la scienza medica, carica di conquiste insperate prima d'allora, iniziò a reclamare una sorta di 'esclusiva' su questi temi, avocando a sé il ruolo di «scienza contro la morte». Tale interesse della medicina fu rafforzato da una concezione della *vecchiaia come malattia* – invero, neanche questa nuovissima – che distrugge il corpo e la mente, compromettendo progressivamente, dal punto di vista biologico, le capacità di risposta dell'organismo alle pressioni ambientali. Ciò suonò come una chiamata per molti scienziati: se la senescenza era questo (una patologia), era possibile e doveroso sconfiggerla mediante una medicina in chiave *anti-ageing*. I tentativi condotti furono sostanzialmente volti a cercare di restituire agli anziani il vigore della giovinezza mediante «estratti» (Charles Édouard Brown-Séquard) o «innesti» (Serge Voronoff, Eugene Steinach); d'individuare le cause della longevità naturale (Élie Metchnikoff); di comprendere come far vivere per sempre le cellule (Alexis Carrel). Riassumendo, è evidente che sogni di longevità e immortalità presenti in ogni civiltà, si trasformarono da "mitologia" in ricerca attiva solo quando prevalse la convinzione che era possibile estendere *significativamente* la durata della vita umana mediante l'agire medico. Un'utopia scientifico-letteraria d'inizio secolo, questa, che ha percorso tutto il Novecento e che si ritrova nella saga di *Twilight*: non a caso è proprio un medico (il dottor Carlisle Cullen) che, nell'atto di curare, 'vampirizza' (ovvero rende invulnerabili, esenti da morte e da vecchiaia) alcuni suoi pazienti.

Il contesto

L'immaginazione scientifica

Come si è evidenziato, il panorama scientifico descritto in *Twilight* non appartiene al mondo della fantascienza. A differenza dai vari tipi di narrazione fantascientifica, la saga di *Twilight* non parte dalla scienza sperimentale per fornire una visione utopica o distopica: i criteri interpretativi devono essere dunque diversi da quelli dell'«immaginazione scientifica»⁷. Non si può nemmeno affermare che i contenuti presentati siano frutto di pura fantasia. La scienza, in un certo qual modo, sta già plasmando l'imma-

⁶ Cornaro L, Trattato de la vita sobria del magnifico m. Luigi Cornaro nobile vinitiano (curatore Bernardino Tomitano), Venezia 1558.

⁷ Tambone V, in AA.VV., La medicina dei nuovi vampiri *cit.* (2010): 21.

ginario comune dietro alla forte spinta del mercato delle biotecnologie che sta prendendo il sopravvento: mediante tecniche e strategie di ‘imminente’ realizzazione, l’uomo potrebbe divenire immortale. La prospettiva apre tutta una serie di dubbi sull’opportunità di forzare a tal punto i limiti naturali e, soprattutto, se sfuggire alla morte sia una liberazione, una maledizione o solo un tentativo di rimozione. Una precisa idea di uomo e delle condizioni per raggiungere la felicità, sottostà evidentemente a questo fenomeno cinematografico. È l’ideale ben esemplificato nella medicina del Dr. Carlisle e incarnato nell’epilogo della saga dove Bella cerca la trasformazione come condizione per poter amare ed essere amata.

Tra cinema e popular culture

Molte delle considerazioni finora addotte evidenziano il nesso fra i temi presenti in un prodotto che ha riscosso, in tutto il mondo, enorme successo e la medicina contemporanea che quotidianamente propone conquiste tecniche ai confini ultimi dell’umano. Le ragioni che ci spingono a portare riflessioni filosofiche maturate in ambito accademico nella *popular culture* derivano dall’impatto mediatico e dalla capacità di plasmare l’immaginario collettivo che si ritiene possano avere film che vengono proposti come parte dello svago ‘da week-end’.

In primo luogo, il prodotto è molto ben costruito e il balzo in un mondo di fantasia dove impera il ‘non detto’, favorisce voli pindarici con l’immaginazione su tematiche mediche complesse presentate senza partire dall’attualità scientifica, su tematiche antropologiche e etiche avulse da una riflessione. In questo universo a se stante, a dominare è il desiderio (di Bella, dello spettatore) di un fantasioso – che sembra “fantastico” – rimanere *forever young*, come nella canzone di un gruppo tedesco anni-Ottanta attualmente nuovamente in auge⁸. In secondo luogo, siamo in presenza di un prodotto che non può essere ricondotto a semplice intrattenimento perché veicola un messaggio centrale specifico («sei pronto a una medicina disumanizzante in cambio dell’eterna giovinezza?») e lo fa rivolgendosi ad un *target* ben preciso (gli adolescenti, specie le ragazzine quindicenni innamorate di vampiri e licantropi), sebbene sia stato apprezzato anche da altre fasce d’età (es. molti dei genitori intervistati hanno affermato di apprezzare anche loro questi film; negli Stati Uniti sono aumentati i neonati chiamati con i nomi dei protagonisti della saga).

Il nostro assunto è che un fenomeno di cultura popolare come *Twilight* sia un vettore che trasmette concetti filosofici molto specifici che i giovani, nel momento più ‘delicato’ dell’età evolutiva, assorbono senza possedere un’adeguata formazione in tal senso. Basta difatti guardare i dati per

comprendere che *Twilight* non è solo il contenitore di una storia romantica – milioni le copie vendute dai romanzi in tutto il mondo, traduzioni nelle lingue più importanti, incassi-record al botteghino, enorme *merchandising* nato attorno ai film, siti e i fan club nati in internet – ma si configura come vero e proprio fenomeno di costume.

Medicalizzazione della vita

La ricerca dell’eternità: prospettiva storica e proiezione culturale

Nella nostra società complessa il successo nella vita viene identificato con l’efficienza di facoltà psichiche e la perfezione delle caratteristiche corporee. La medicina in ciò gioca un ruolo fondamentale: grazie anche ai progressi delle biotecnologie è entrata prepotentemente nel vissuto quotidiano non solo di chi è malato ma chi fa ad essa ricorso per fini preventivi o migliorativi: si moltiplicano gli interventi di chirurgia estetica, le farmacie sono meta di spese quotidiane quanto i supermercati. La medicalizzazione della medicina ha portato con sé quella che, nella letteratura scientifica, è stata definita la *Technology Dependence Syndrome*⁹ ovvero il ricorso immediato da parte di persone e dei gruppi sociali ad un supporto tecnologico, chimico, farmaceutico, genetico o informatico, per far fronte alle necessità, alle richieste della vita professionale o relazionale, spesso di natura ordinaria. Nell’era del c.d. «desire explosion», alcuni dei problemi che già si intravedono appartengono al mondo della chirurgia estetica. Tre sono le possibili opzioni di intervento sul corpo umano: la rimodellizzazione usando bio-tecnologie avanzate, di cui il *cyborg* è una esemplificazione, l’*enhancement* genetico e la chimerizzazione (o ibridazione), la fusione cioè di cellule umane con cellule animali o parti di esse per ricavarne un nuovo organismo¹⁰. Il corpo umano e la sua rimodellizzazione può essere considerato un punto di frontiera per le biotecnologie della medicina avanzata che vanno dalla genetica, alla robotica e alle tecnologie computazionali applicate alle attività neurologiche e cerebrali. Il confine tra terapia ed *enhancement*. Eccettuati i dubbi riguardo alla reale possibilità di perdere la specie umana per una trasformazione tecnologica, le perplessità circa lo HE non sono legate all’oggetto fisico o all’intervento bio-medico disponibile per migliorare determinate capacità, ma su quali siano i criteri da seguire per salvaguardare la dignità e la responsabilità dell’uomo nella realizzazione dei propri de-

⁹ Cfr. Awaya T, *Century of Human Remodeling: Big Bang of Desires, “Square of Thought”* (Japanese), vol. 13 (2001): 77-89; 35-41

¹⁰ Awaya T, *Common ethical issues in regenerative medicine, “J Int Bioethique”*, vol. 16, (2005): 69-75; 192-3, nota 9

⁸ *Forever Young*, Alphaville (1984).

sideri: es. lo sportivo o lo studente che vuole ottenere una certa *performance*. C'è infatti da considerare come il desiderio di unità sociali o culturali singole e specifiche possa determinare il contenuto e le modalità di questi cambi. Le possibilità tecnologiche insieme alla diffusa aspirazione alla perfezione – intesa nei seguenti termini: *happy souls, ageless bodies, better children and society* – alimentano la prospettiva di un controllo completo, mediante le biotecnologie delle caratteristiche fisiologiche e dei fattori complessi della natura umana. Di conseguenza, nell'orizzonte del trans-umanesimo il passaggio dall'*Homo Sapiens* a *Homo Technologicus* è inevitabile ed è una forma di emancipazione dai limiti dell'attuale condizione umana. La possibilità in futuro di controllare tecnicamente le caratteristiche fisiologiche e i fattori complessi della natura umana sembra ad alcuni ormai a portata di mano. Emerge da questo panorama un nuovo modo di concepire il corpo umano, sempre più all'altezza delle nuove possibilità tecnologiche. Non è più cioè la tecnologia al servizio del corpo umano, ma è il corpo umano che diventa strumento per collaudare in qualche modo le possibilità tecnologiche che stanno emergendo

Lo Human Enhancement e il dramma del vampiro

Per non incorrere in improprie semplificazioni, i cui limiti sono evidenti per chi lavora in ambito bio-medico, ci limiteremo a condividere alcune considerazioni che emergono da una rilettura della saga di *Twilight* dalla prospettiva di una nuova medicina "super-naturale", post-umana in cui gli interventi di *enhancement* costituiscono il braccio operativo, fino a quando una selezione eugenetica non potrà prendere direttamente il sopravvento¹¹. Poggiando su una visione dell'uomo in cui identità/ dignità poggiano sulle relative capacità funzionali fisiche e psichiche, l'orizzonte esistenziale dei Vampiri pare simile a quello auspicato da alcuni settori della medicina rigenerativa e della chirurgia estetica attuale ove l'immortalità (terrena) è traghettata da aspirazione a conseguenza necessaria di una fisiologia che ha superato i limiti della contingenza. In altri termini, stiamo parlando di un ideale di medicina, non delle reali possibilità di metterla in atto, della proiezione moderna del mito dell'immortalità che l'uomo ha sempre portato con sé, e del ruolo che la medicina e le tecnologie moderne hanno in essa. Dato che si può, lo posso fare? "dipende", verrebbe da dire, introducendo così un termine che in alcuni può generare inquietudine perché chiama in causa la libertà personale. Un miglioramento delle condizioni fisiologiche dell'uomo mediante la sostituzione di

parti del suo corpo o di determinati tessuti non è difatti impossibile.

Per HE si intende quindi ogni tentativo, temporaneo o permanente, di superare limitazioni funzionali del corpo umano o l'introduzione di nuove, mediante l'utilizzo di tecnologie che possano alterare o selezionare attitudini o altre caratteristiche fenotipiche indipendentemente dal fatto che tali caratteristiche cadano o no in quello che è valutato come range di normalità. Con il termine invece di *Human Enhancement Technologies* (HET) si designano quegli interventi che hanno come obiettivo diverse forme di HE che, per semplicità, possiamo raggruppare nell'ambito cognitivo, emotivo, fisico o dell'eterna giovinezza¹². Presente già nei miti più antichi, il termine di HE inizia ad essere utilizzato anche nella letteratura scientifica già dagli anni '80 del Novecento, per indicare un miglioramento di determinate funzionalità fisiche o psichiche su base molecolare. La rivoluzione degli anni precedenti, legata all'utilizzo di nuove biotecnologie che incominciavano a consentire la manipolazione del DNA, il controllo dell'espressione genica o l'utilizzo di microorganismi per produrre determinate proteine, aveva messo le premesse per l'applicazione delle stesse all'uomo.

L'*enhancement* fisico ha la sua applicazione più immediata in ambito militare e sportivo per il quale persino una *cosmetic surgery*¹³ o un *genetic make-up*¹⁴ sembra essere plausibile, con l'obiettivo di assicurare ad un atleta la migliore combinazione dei geni più rilevanti per una prestazione fisica superiore a quella che le sue capacità naturali gli avrebbero conferito. La prospettiva di un *doping* genetico¹⁵, con lo scopo di aumentare artificialmente il rendimento fisico e le prestazioni dell'atleta, sembra cioè possibile, anche se non immediata, mediante l'uso di biotecnologie mutate dalla terapia genica. Un altro tipo di *enhancement* invece è volto ad estendere le capacità della nostra mente mediante tecniche di training volte a sviluppare la memoria, sostanze naturali o sostanze sintetiche, supporti esterni in forma di hardware o software sono stati elaborati con l'avanzamento delle neuroscienze cognitive, ampliando ulteriormente le possibilità di interventi potenzialmente migliorativi delle capacità cognitive umane. La neuroscienza più moderna sta avanzando nello studio di alcuni dei circuiti neuronali, dei neurotrasmettitori e degli

¹² Cfr. <http://web.archive.org/web/20071229120650/http://www.enhanceproject.org/index.html>

¹³ Mia A, Rethinking enhancement in sport, «Annals of the New York Academy of Sciences» (2006), 1093: 301-20.

¹⁴ Kmiec EB Targeted gene repair -- in the arena, «J Clin Invest» (2003), 112: 632-6.

¹⁵ Una preoccupazione al riguardo è stata sollevata dal World Anti-Doping Agency (WADA); sin dal 2003 il *gene doping* è stato posto nella lista ufficiale per il doping (www.wada-ama.org).

¹¹ Savulescu J, Hemsley M, Newson A, Foddy B. *Behavioural genetics: why eugenic selection is preferable to enhancement*, J Appl Philos, 2006; 23(2): 157-71.

eventi molecolari che sottostanno a queste funzioni cognitive, validando in modelli sperimentali alcune soluzioni per aumentare la performance mentale, con cui anche le prospettive del mercato dei prossimi anni si dovrà confrontare. Queste sostanze vanno attualmente sotto il nome di *smart drugs*, *memory enhancing drugs* or *nootropic drugs*. Sebbene i loro effetti a lungo termine non siano conosciuti, la loro efficacia rende plausibile la loro diffusione e il loro uso¹⁶. Anche l'*enhancement* emotivo, come quello cognitivo, è direttamente legato alla personalità e alla percezione valoriale delle cose e delle situazioni, incidendo sugli stati d'animo e sull'affettività.

Con l'avvento della bio-informatica, dell'ingegneria tissutale e delle possibilità di manipolare cellule staminali, il campo di sperimentazione delle HET si è andato ampliando fino a raggiungere, ad esempio, il vasto ambito della produzione di organi e tessuti artificiali. Oggi nella letteratura bio-medica le HET sono più facilmente identificabili come *Nano-Bio-Cogno-Info Technologies*¹⁷. Il futuro della pratica medica sembra quindi identificarsi da una parte con quello di una medicina rigenerativa costruita su diagnosi e terapie sempre più personalizzate, dall'altra di una medicina sempre più molecolare fiduciosa di poter ripristinare funzionalità perse a livello cellulare, tissutale o organico, mediante interventi a livelli sempre più microscopici dell'organismo umano. Cosa ne potrebbe derivare? Un uomo ricomponibile in base ad elementi bio-artificiali il cui comportamento – modulato sulla base delle interazioni delle parti e delle funzioni da esse espletate – l'uomo può essere considerato al pari di un *network* di geni e di proteine, o di un programma elettronico in cui cambiando un elemento si controlla l'output, si cambia una funzione o si induce una reazione. Il processo di molecolarizzazione ed ottimizzazione che ne deriva è stato analizzato da Rose, per cui lo stile di pensiero dominante della biomedicina contemporanea guarda alla vita come ad un insieme di meccanismi molecolari che possono essere isolati, manipolati, mediante nuove tecniche di intervento non sono più volte alla cura di "un tutto", ma al controllo di determinati processi, ove il corpo smette di essere un dato naturale¹⁸. Per molti studiosi la questione sembra riconducibile ad un problema epistemologico relazionato con il riduzionismo assunto, nell'ultimo secolo, come unico approccio scientifico possibile nello studio dei fenomeni biologici, per cui le spiegazioni sono tendenzialmente cercate al livello più

basso di organizzazione molecolare, riducendo eventualmente la biologia a chimica e fisica. Riduzionismo e determinismo genetico vedono nei geni l'unità fondamentale di costruzione di un organismo¹⁹. Sovente, mediante il concetto di HE, nella letteratura biomedica divulgativa il "più" funzionale ha preso a coincidere con il "meglio" individuale e sociale. In questa logica, il legittimo diventa possibile e dovuto²⁰. Una simile impostazione giustifica la lettura da parte dei *media* dello sforzo della ricerca per mettere a punto strategie d'intervento sempre più dettagliate in grado di garantire, alle generazioni future, l'implementazione costitutiva delle funzioni organiche come proiezione verso un *optimum* funzionale benché transumano.

Conclusione: Immaginazione (fanta)scientifica di mercato

L'avverbio latino "super" introduce un giudizio di valore (lett. «di qualità superiore») rispetto ad un secondo termine di paragone (fu D'Annunzio tra i primi in Italia ad usare il composto *superuomo*: 1894). Andando oltre la componente puramente estetica, il fascino che esercitano i Vampiri è legato alle loro capacità super-naturali (al di là dell'umano): Carlisle ne è il prototipo. In lui la maturazione della nuova identità acquisita lo rende punto di riferimento per gli altri, anche nelle situazioni più disperate cui la scienza "umana" non sa far fronte (le morti premature o per malattia). A differenza della pura *science fiction* che, come il genere di narrativa popolare da cui deriva (romanzo scientifico) parte dalla scienza per fornire una visione futura, *Twilight* parte da un ambito puramente fantasioso (i vampiri), collocandosi all'interno di un contesto di immaginazione (fanta)scientifica che non fa previsioni su cosa accadrà in futuro ma crea un futuro che ha ben poco a che vedere con la realtà della ricerca sperimentale attuale. Questo tipo di narrazione si modella e si connota più precisamente in base alle aspettative che il pubblico nutre nei confronti delle nuove acquisizioni della scienza medica e delle tecnologie biomediche: per questo è stata definita come «immaginazione scientifica di mercato»²¹. Il grado di plausibilità scientifica è ridotto al minimo, mentre l'accento è sulla gamma della possibilità e dei sogni che, proiettati e amplificati sul grande schermo, lo spettatore vive come realizzabili attraverso l'arte medica. La rilevanza di questo tipo di narrazione filmica nel far emergere

¹⁶ Lanni C, Lenzen SC, Pascale A, Del Vecchio I, Racchi M, Pistoia F, Govoni S. *Cognition enhancers between treating and doping the mind*, «Pharmacol Res» (2008), 57:196-213.

¹⁷ Canton J. *Designing the future: NBIC technologies and human performance enhancement*, Annals of the New York Academy of Sciences; 2004, vol. 1013, 186-98.

¹⁸ Rose N. *La politica della vita* Einaudi 2008.

¹⁹ Griffiths PE, Gray RD (Eds) *Darwinism and developmental systems*; in *Cycles of contingency: Developmental systems and evolution*, MIT press, Cambridge 2000: 195-218.

²⁰ Savulescu J, *New breeds of humans: the moral obligation to enhance*, *Reprod Biomed Online*, 2005, 10, Suppl. 1: 36-9.

²¹ Tambone V. in AA.VV. *La medicina dei nuovi vampiri*: 22-23

desideri e aspettative come, ad esempio, di acquisire le potenzialità di questi attraenti Vampiri e di vivere per sempre e per sempre giovani, pur rinunciando alla propria natura umana, implica la necessità di una riflessione che, uscendo dai consueti ambiti accademici, metta a punto strumenti ermeneutici che consentano di leggere criticamente i più importanti trend di cultura popolare diffusi dalla cinematografia, come il fenomeno *Twilight*.

Bibliografia

1. Awaya T. Century of Human Remodeling: Big Bang of Desires. Square of Thought 2001; vol. 13.
2. Awaya T. Common ethical issues in regenerative medicine. J Int Bioethique 2005; 16: 69-75.
3. Bazzi A. La medicina estrema dei nuovi vampiri. Corriere della Sera, Corriere Salute, 25 luglio 2010: 48.
4. Bertolaso M. Le Human Enhancement Technologies e l'Irriducibilità della complessità biologica. In Kampowski S, Moltisanti D. Eds. Migliorare l'uomo? La sfida etica dell'enhancement. Cantagalli, Roma 2011.
5. Canton J. Designing the future: NBIC technologies and human performance enhancement. Ann N Y Acad Sci. 2004; 1013: 186-98.
6. Cornaro L. Trattato de la vita sobria del magnifico m. Luigi Cornaro nobile vinitiano. Tomitano B, Venezia 1558.
7. Mia A Rethinking enhancement in sport. Ann N Y Acad Sci. 2006; 1093: 301-20.
8. Nerlich B, Elliott R, Larson B. Communicating Biological Sciences: Ethical and Metaphorical Dimensions. Ashgate 2009; cap. 1 e 12.
9. Griffiths PE, Gray RD. Darwinism and developmental systems. In Cycles of contingency: Developmental systems and evolution. MIT press, Cambridge 2000; 195-218.
10. Gruman GJ. A History of ideas about the prolongation of life. Am Phil Soc 1966; 56(9): 20-27.
11. Harper G, Moor A. Signs of life. Medicine & cinema. Wallflower Press, London and New York 2005.
12. Kmiec EB. Targeted gene repair in the arena. J Clin Invest 2003; 112:632-6.
13. Lanni C, Lenzecken SC, Pascale A, Del Vecchio I, Rachi M, Pistoia F, Govoni S. Cognition enhancers between treating and doping the mind. Pharmacol Res 2008; 57: 196-213.
14. Rose N. La politica della vita. Einaudi, Torino 2008.
15. Savulescu J, Bostrom N. Human Enhancement. OUP, Oxford 2009.
16. Vallini G. Dai vampiri di Twilight al mito dell'eterna giovinezza. Osservatore Romano, 24 luglio 2010.
17. Tambone V, Borghi L. La medicina dei nuovi vampiri. Academia Universa Press, Acqui Terme (AL) 2010: 106-7.

QUADERNO: "IL CINEMA NELLA MEDICINA, LA MEDICINA NEL CINEMA"
 "CINEMA IN MEDICINE, MEDICINE IN CINEMA"

La Vita e la Morte

Life and Death

ANDREA PIERSANTI

Teoria e Tecniche degli Audiovisivi. Sapienza Università di Roma

È un problema di vita o di morte. La medicina sullo schermo, cinematografico o televisivo che sia, alla fine finisce per raccontare sempre la stessa storia. Medici e pazienti sullo schermo vivono le loro avventure più dure e più interessanti dal punto di vista narrativo proprio quando devono affrontare il mistero insondabile della morte o la magica scoperta della vita che nasce. Vita e morte sono quindi anche i confini dell'espressione dell'artista, sono i limiti al di là dei quali la stessa arte diventa in qualche modo "preterintenzionale". "Il cinema va contro le saturazioni automatiche e le facili soddisfazioni cui fanno mediamente ricorso gli spettacoli", ha scritto nel 2006 Jean Louis Comolli, regista, critico e caporedattore dei "Cahiers du cinema". "Il mondo della cultura e dell'arte è chiamato a costruire l'uomo; a sostenere il cammino nella ricerca, spesso tormentata, del vero, del bene, del bello – aveva detto Giovanni Paolo II nel 1983 –. La cultura e l'arte sono unità, non dispersione; sono ricchezza, non depauperamento; sono ricerca appassionata, talora tragica, ma finalmente anche sintesi stupenda, nella quale i valori supremi dell'esistenza, anche nei suoi contrasti di luce e tenebre, tra bene e male – chiaramente identificati e identificabili – vengono ordinati alla conoscenza profonda dell'uomo, al suo miglioramento, non al suo degrado".

Parole Indice Vita, Morte, Arte, Conoscenza

It's a matter of life or death. Medicine on the silver screen and television always ends up telling the same story. Doctors and patients live their toughest and most interesting adventures on the screen just as they face the unfathomable mystery of death, or as they discover the magic of birth. Life and death thus become the boundaries of the artist, they are the limits beyond which art itself becomes a kind of "manslaughter". "Cinema is against automatic saturations and the easy satisfactions usually promoted by average performances", Jean-Louis Comolli, director, critic and editor of "Cahiers du cinema, wrote in 2006. "The world of culture and art is called to build the man and to support the often tormented path of research, of truth, goodness, beauty – John Paul II said in 1983 –. Culture and art are unity, not dissipation; they are wealth, not exploitation; they are passionate and sometimes tragic pursuit which ends up being a wonderful synthesis in which the supreme values of existence get clearly identified, even in its contrasts of light and darkness, between good and evil, and they are therefore ordered by man's deep knowledge towards its improvement and not its degradation".

Index Terms Life, Death, Art, Knowledge

Indirizzo per la corrispondenza
 Address for correspondence

Prof. Andrea Piersanti
 Sapienza Università di Roma
 Via Salaria, 113
 00198 Roma
 e-mail: andrea.piersanti@uniroma1.it

È un problema di vita o di morte

È un problema di vita o di morte. La medicina sullo schermo, cinematografico o televisivo che sia, alla fine finisce per raccontare sempre la stessa storia. Lo abbiamo visto qualche anno fa con la serie che ha reso famoso in tutto il mondo George Clooney, "E.R. Medici in prima linea"¹. Lo abbiamo visto di nuovo più recentemente seguendo il bastone claudicante del medico più antipatico ma anche più seguito del piccolo schermo, il "Doctor House"².

Anche in "Scrubs"³, una serie tv molto seguita dai giovani (in Italia è arrivata grazie al canale musicale "MTV"), gli scanzonati praticanti dell'ospedale del "Sacro Cuore", come prima di loro era capitato a Clooney in "E.R." o al Doctor House, vivono le loro giornate più dure e più interessanti dal punto di vista narrativo proprio quando devono affrontare il mistero insondabile della morte o la magica scoperta della vita che nasce.

Vita e morte sono quindi anche i confini dell'espressione dell'artista, sono i limiti al di là dei quali la stessa arte diventa in qualche modo "preterintenzionale". Al cinema, solo due anni fa, una convinta sostenitrice dell'aborto, la regista Francesca Comencini, scrisse e realizzò un film,

¹ "E.R. - Medici in prima linea" (ER) è una serie televisiva statunitense prodotta dal 1994 al 2009 e creata dallo scrittore Michael Crichton. La serie è ambientata nel pronto soccorso (ER è l'acronimo di Emergency Room) del policlinico universitario di Chicago, il County General Hospital. La serie, prodotta ininterrottamente per 15 stagioni, è stata ispirata dai racconti "Casi di emergenza" ("Five Patients") di Michael Crichton, ed è stata coprodotta da Steven Spielberg. Negli Stati Uniti la serie è stata trasmessa in prima visione da NBC, mentre in Italia la sua programmazione è iniziata l'11 gennaio 1996 su Rai 2, dove è andata in onda in prima visione per tutte le quindici stagioni sino alla sua conclusione, il 19 giugno 2009.

² "Dr. House - Medical Division" (House, M.D.) è una serie televisiva statunitense ideata da David Shore e Paul Attanasio e trasmessa da Fox a partire dal 2004. La serie è incentrata attorno al ruolo del dottor Gregory House, un medico poco convenzionale ma dotato di grande capacità ed esperienza, a capo di una squadra di medicina diagnostica presso il fittizio ospedale universitario Princeton-Plainsboro Teaching Hospital, nel New Jersey. La serie è stata tra i primi dieci programmi televisivi più seguiti negli Stati Uniti dalla sua seconda stagione alla quarta. Distribuito in 66 paesi, "Dr. House" è stato il programma televisivo più seguito al mondo nel 2008. Dal punto di vista culturale, la serie televisiva – e più in particolare la figura del protagonista – ha fornito motivi di riflessione filosofica, etica e religiosa relativa al campo della medicina e della deontologia; diversi saggi pubblicati hanno approfondito questo aspetto della serie.

³ "Scrubs - Medici ai primi ferri" (Scrubs) è una serie televisiva statunitense, ideata da Bill Lawrence e prodotta dal 2001 al 2010. Il titolo della serie è un gioco di parole: con il termine "scrub", infatti, si indica il camice indossato da medici e infermieri, la pratica chirurgica di lavarsi accuratamente le mani prima di un intervento e una persona insignificante o di poco conto (in questo caso può essere tradotto con "principianti", ad indicare la poca esperienza dei protagonisti nella professione medica). Negli Stati Uniti "Scrubs" è stata trasmessa in prima visione prima da NBC (prime sette stagioni) e poi da ABC (ottava e nona stagione). In Italia tutte le nove stagioni della serie sono state trasmesse in prima visione da MTV; la serie è inoltre andata in onda sul canale satellitare Fox.

"Lo spazio bianco"⁴, quasi interamente realizzato intorno ad una incubatrice di un neonato venuto al mondo prematuramente. Il film, con sconcerto e con un po' di malcelato disappunto della stessa regista, vinse alla Mostra d'Arte Cinematografica di Venezia il premio "prolife" intitolato al pediatra Gianni Astrei, un premio che è organizzato dal Movimento per la vita e dal Fiuggi Family Festival. Nella motivazione del premio, si leggeva che: "Forse, anche al di là delle stesse intenzioni della regista, il film dimostra una incontenibile forza della vita! Una vita che, anche se 'imperfetta', riesce a riempire il vuoto di un'esistenza. Un esempio di film laico che contiene una dimensione valoriale 'condivisibile' nell'ambito di un territorio più alto, quello della 'cultura della vita' che, come il film dimostra, appartiene all'umanità e non agli schieramenti".

Secondo Carlo Casini, Presidente del Movimento per la Vita, "il film merita grande apprezzamento perché, con l'efficacia di un linguaggio artistico coinvolgente, racconta una vicenda vera, che tante giovani donne si trovano a dover affrontare con una certa frequenza. Il linguaggio, assolutamente laico del film e la stessa personalità della regista provano la natura semplicemente umana dei valori proposti. Il film, insomma, costituisce auspicabilmente una opportunità di dialogo tra credenti e non credenti, tra la meditazione moderna sulla condizione femminile e l'altrettanto moderna contemplazione della vita umana nel momento della sua estrema debolezza, al suo primo comparire nell'esistenza".

La dottoressa Antonella Bevere, moglie del compianto Gianni Astrei e presidente del Fiuggi Family Festival, aveva spiegato che nel film "dall'attesa, dal dolore, e dal senso trovato in entrambi, scaturisce la libertà di fare spazio all'altro, nasce il desiderio dell'altro non per fini strumentali ma per l'altro in sé. La compagnia della propria vita viene raggiunta paradossalmente facendosi compagnia per l'altro, soprattutto per chi, piccolissimo è più grande del resto del mondo, è totalmente dipendente ma ha nella sua speranza di vita la possibilità di gioia di chi tra le mani lo raccoglie".

"Il cinema fa molto bene anche a noi medici, serve per capire i pazienti, le situazioni che vivono. Vedrò "Lo spazio bianco" con i colleghi della terapia intensiva di Neonatologia", aveva detto il primario di Neonatologia e terapia intensiva neonatale del Policlinico di Bari, Nicola Laforgia, dopo la notizia del premio.

Il cinema "fa molto bene"

Il cinema, insomma, "fa molto bene". È veramente uno

⁴ "Lo spazio bianco" è un film del 2009 diretto da Francesca Comencini, tratto dall'omonimo romanzo di Valeria Parrella. Il film è uscito nelle sale cinematografiche italiane il 16 ottobre 2009.

dei grandi segreti della cosiddetta “settima arte”⁵. “Al cinema – ha scritto nel 2006 Jean Louis Comolli⁶, regista, critico e caporedattore dei “Cahiers du cinema” – la regia, la scrittura di un film, quando sono forti, si ergono contro il nostro desiderio di vedere – e – sapere e lo costringono a un’elaborazione più potente della semplice soddisfazione dei piaceri, delle voglie. Il cinema va contro le saturazioni automatiche e le facili soddisfazioni cui fanno mediamente ricorso gli spettacoli”.

I film, aveva detto il grande regista svedese Ingmar Bergman⁷, sono “come sogni, come musica. Nessuna arte passa la nostra coscienza come il cinema, che va diretto alle nostre sensazioni, fino nel profondo, nelle stanze scure della nostra anima”.

“Il mondo della cultura e dell’arte è chiamato a costruire l’uomo; a sostenere il cammino nella ricerca, spesso tormentata, del vero, del bene, del bello – aveva detto Giovanni Paolo II nel 1983⁸ –. La cultura e l’arte sono unità, non dispersione; sono ricchezza, non depauperamento; sono ricerca appassionata, talora tragica, ma finalmente anche sintesi stupenda, nella quale i valori supremi dell’esistenza, anche nei suoi contrasti di luce e tenebre, tra bene e male – chiaramente identificati e identificabili – vengono ordinati alla conoscenza profonda dell’uomo, al suo miglioramento, non al suo degrado”.

⁵ Con il termine settima arte convenzionalmente si definisce il cinema o arte cinematografica. Questo perché, secondo la convenzione, le arti vengono indicate in questo ordine: Musica (arte primigenia, è in quest’arte che si verifica l’intreccio dei sensi); Pittura (arte dell’animo umano per eccellenza); Scultura (derivazione della pittura); Architettura (categoria delle arti meccaniche dell’uomo, quella di costruirsi un riparo); Poesia (declinazione della Musica); Danza (declinazione della Musica); Teatro e Cinema (due modi diversi di conciliare parzialmente tutte le altre); Fotografia (declinazione della Pittura); Fumetti (unione di Pittura, Poesia e Cinematografia); Computer grafica (declinazione della pittura).

⁶ Nato in Algeria nel 1941, Jean-Louis Comolli è stato caporedattore dei Cahiers du Cinéma dal 1966 al 1978. Autore di importanti film di finzione, negli ultimi anni si è dedicato soprattutto al documentario. Insegna teoria del cinema nelle università di Parigi VIII, Barcellona, Strasburgo e Ginevra. Collabora con numerose riviste ed è autore di molte pubblicazioni, tra cui un Dizionario del Jazz (Robert Laffont, 1994). In Italia è recentemente uscito il suo libro “Vedere e potere. Il cinema, il documentario e l’innocenza perduta” (Premio Film Critica 2005 – Donzelli editore, Roma 2006).

⁷ Ernst Ingmar Bergman (Uppsala, 14 luglio 1918 – Fårö, 30 luglio 2007) è stato un regista, sceneggiatore, drammaturgo, scrittore e produttore cinematografico svedese. È considerato una delle personalità più eminenti della storia della cinematografia mondiale. Famoso per capolavori come “Fanny e Alexander” e “Il Settimo Sigillo”, aveva realizzato oltre 40 film nella sua lunga carriera ed era considerato una delle personalità più eminenti nel panorama cinematografico mondiale.

⁸ Giovanni Paolo II, durante una sua visita straordinaria al Teatro Alla Scala di Milano, il 21 maggio 1983.

Come nasce il genere “medical”

Prima di approfondire ulteriormente, però, è bene cercare di capire come sia nata questa strana relazione fra due settori delle attività umane solo apparentemente così distanti. Il cinema e la medicina infatti, nonostante le differenze, sono due categorie dell’arte e della conoscenza umane che sono veramente intrecciate fin dall’inizio. Il genere “medical”, una forma di racconto che ormai sembra completamente codificata, nacque, con scopi e caratteristiche assolutamente non fiction, in contemporanea con l’invenzione del cinema stesso, più di un secolo fa.

Il protocinema (o precinema⁹) della metà dell’Ottocento (sono i primi esperimenti di immagini in movimento realizzati anche in Italia, a Torino¹⁰) e il vero e proprio cinematografo, inventato in Francia dai fratelli Lumiere nel 1895, furono utilizzati in gran parte proprio come uno strumento di laboratorio da medici e ricercatori per verificare alcune tesi sperimentali e per studiare i movimenti e le disfunzioni del corpo umano. Auguste Lumiere si interessava di biologia e fisiologia e considerava il cinema un mezzo di divulgazione scientifica più che una forma d’arte. Si può arrivare a dire che, forse, senza il sostegno della ricerca medica il cinema sarebbe potuto addirittura nascere più tardi. Cinema e medicina, quindi, sono legati fin dall’inizio e il loro rapporto è molto complesso.

Il medico sullo schermo

Per capire la profondità di questa relazione basterebbe analizzare la storia della rappresentazione della figura del medico sullo schermo. Al cinema, come in ogni altra forma di narrazione, è importante capire subito quale sia il

⁹ La ‘persistenza retinica’ viene usata abitualmente per spiegare il funzionamento dell’animazione cinematografica, ma le origini dello studio del fenomeno vanno cercate più indietro nel tempo. Il fenomeno della ‘persistenza retinica’ venne illustrato e teorizzato nel 1829 dallo scienziato belga J. Plateau (1801-1883). Dai primi giocattoli scientifici (taumatropio, fenachistoscopia, etc.) fino ai moderni film, la persistenza retinica è stata fondamentale per ingannare la mente, facendole credere che una serie di immagini statiche siano in movimento. Tutti questi apparecchi usano una tecnica simile: far vedere una serie di immagini, ciascuna rappresentante una fase del movimento. Se le immagini vengono viste in rapida successione la mente non riesce a registrarle come immagini separate, ma riceve invece l’impressione di un movimento continuo.

¹⁰ Il patrimonio di manufatti e testimonianze del pre-cinema conservato dal Museo Nazionale del Cinema di Torino è uno dei più importanti sul piano internazionale e offre un panorama ampio e articolato dei percorsi tecnici, scientifici e spettacolari che portarono alla nascita del cinema. A esso si affianca la preziosa collezione di testimonianze della storia della fotografia, una disciplina che Maria Adriana Prolo considerava il trait-d’union tra il pre-cinema e la Settima Arte. La collezione documenta i primordi della fotografia, i suoi successivi sviluppi ottocenteschi e i primi decenni del Novecento.

punto di vista proposto dall'autore. Quello del medico è uno solo dei tanti possibili punti di vista (altri spunti narrativi sono stati individuati dal cinema negli occhi del paziente, del parente di un malato, ecc.), ma lo sguardo del dottore colto dalla macchina da presa, più di altri, permette di entrare direttamente dentro la materia del racconto cinematografico dedicato alla medicina e, soprattutto, ai temi eterni della morte e della vita.

Salvatore Dipasquale, medico del "Gaspere Rodolico" di Catania e videomaker per hobby, recentemente ha scritto che, "la Medicina Narrativa (NBM) può attingere non solo a narrazioni di medici, pazienti, operatori sanitari, ma anche letterarie, teatrali e soprattutto cinematografiche"¹¹.

Secondo Dipasquale, nella narrazione cinematografica della figura del medico, si è passati dal "medico premoderno" a quello "moderno" fino ad arrivare al "medico postmoderno". "Il medico eroe – scrive Dipasquale – rappresenta il tipico modello di medico premoderno, il quale dispone di scarsi strumenti diagnostici e terapeutici ma è dotato di grande umanità, sebbene spesso quest'ultima sfoci nel paternalismo; più raramente assume invece i connotati del medico moderno (scientificamente più preparato, tecnicamente più attrezzato e capace di instaurare una relazione più professionale col paziente)".

Il "medico eroe" è il protagonista del primo "medical movie" di cui si abbia traccia, "The Country Doctor"¹², ma anche di molti altri film come "Il medico di campagna"¹³, "Il grande silenzio"¹⁴, "Il medico e lo stregone"¹⁵, fino a

"La figlia perduta"¹⁶ (il film che introduce la figura del dottor Kildare).

"Il periodo a cavallo tra gli anni '60 e gli anni '80 – racconta Dipasquale – è contraddistinto da una forte critica alle istituzioni che viene estesa anche alla sanità. A livello culturale prevale un modello di medico antieroe ed egoistico, che antepone i propri interessi economici, scientifici e ospedalieri a quelli del paziente".

Il film più facile da citare e da ricordare è ovviamente "Il medico della mutua"¹⁷, 1968, di Luigi Zampa, in cui Alberto Sordi interpreta il pessimo e cinico dottor Tersilli. Ma meritano di essere citati anche "The Hospital"¹⁸, ("storia di medici psicotici e in burnout che gestiscono un ospedale – metafora del caos", spiega Dipasquale), "Monty Python – Il senso della vita"¹⁹, "Britannia Hospital"²⁰, e, ovviamente, "M.A.S.H."²¹, la storia dell'ospedale da campo più grottesco e divertente della storia dell'esercito americano.

Nello stesso periodo fiorisce anche il genere "medi-

¹⁶ "La figlia perduta", 1937, di Alfred Santell. Con Barbara Stanwyck, Joel McCrea. Titolo originale "Internes Can't Take Money". McCrea interpreta il Dr. Kildare, la prima apparizione sullo schermo di questo personaggio.

¹⁷ "Il medico della mutua", 1968, di Luigi Zampa e interpretato da Alberto Sordi. Ispirato dall'omonimo libro di Giuseppe D'Agata, il film è del 1968, l'anno cruciale delle grandi contestazioni, periodo in cui, inevitabilmente, anche nella commedia cinematografica cominciano in qualche modo a fare capolino elementi di aperta critica al sistema sociale ed economico del paese.

¹⁸ "The Hospital", 1971, di Arthur Hiller. È una black comedy interpretata da George C. Scott (Dr. Herbert Bock). La sceneggiatura era di Paddy Chayefsky, premiato nel 1972 con l'Oscar.

¹⁹ "Monty Python – Il senso della vita", 1983, di Terry Jones. (Monty Python's The Meaning of Life) è una commedia cinematografica interpretata dal gruppo comico televisivo britannico dei Monty Python. Il film consiste di una serie di sketch comici sui diversi stadi della vita, che riprendono per metodologie gli sketch della serie televisiva Monty Python's Flying Circus. Il film si aggiudicò il Grand Prix Speciale della Giuria al 36° Festival di Cannes.

²⁰ "Britannia Hospital", 1982, di Lindsay Anderson. Si tratta di una black comedy che prende di mira il National Health Service e la società inglese del tempo. Fu presentato in concorso al 35° Festival di Cannes. Conclude la trilogia di film, scritti da David Sherwin, che hanno come protagonista il personaggio immaginario di Mick Travis (interpretato da Malcolm McDowell), alle prese con aspetti surreali della società inglese.

²¹ "M.A.S.H.", 1971, di Robert Altman. La pellicola è tratta dal romanzo di Richard Hooker, dal quale è stata tratta anche una omonima serie televisiva di successo dal 1972 al 1983. Il film ha ricevuto 33 fra premi e riconoscimenti, fra cui l'Oscar alla migliore sceneggiatura non originale e la Palma d'Oro al 23° Festival di Cannes. Nel 1996 è stato scelto per la preservazione nel National Film Registry della Biblioteca del Congresso degli Stati Uniti. Il titolo è un acronimo di Mobile Army Surgical Hospital, in italiano Ospedale Chirurgico da Campo dell'Esercito, un'unità mobile chirurgica dell'esercito USA istituita nel 1945 per sostituire gli ospedali da campo impiegati fino a quel momento: in seguito impiegata in numerosi scenari bellici (Algeria, India, Birmania, Corea, Vietnam, Iraq). L'ultima unità è stata disattivata nel 2006.

¹¹ "Medicina narrativa" > "Medicina e cinema" > "La figura del medico nella cinematografia" di Salvatore Dipasquale, cfr. il sito web <http://www.medicinanarrativa.it/>

¹² "The Country Doctor", è un cortometraggio del 1909 diretto da David W. Griffith. Il film fu prodotto e distribuito dalla Biograph.

¹³ "Il medico di campagna", diretto nel 1936, di Henry King. King è stato uno dei 36 fondatori dell'Academy of Motion Picture Arts and Sciences, che assegna annualmente il premio Oscar. Ha ricevuto due nomination come miglior regista (per Bernadette e Wilson) ma non ha mai vinto la statuetta.

¹⁴ "Il grande silenzio", 1944, di Irving Pichel. Un medico s'innamora di una ragazza bella, ricca e sorda. Riuscirà a guarirla. Tratto da un romanzo di successo di Rachel Field (alla sceneggiatura collaborò Raymond Chandler), è uno strappalacrime diretto e interpretato con decoro.

¹⁵ "Il medico e lo stregone", 1957, di Mario Monicelli. A Pianetta manca il medico condotto; questo fino all'arrivo del dottor Marchetti. In paese però il medico trova già installato Don Antonio, il guaritore locale che con un po' di psicologia, filtri magici e trucchi è tenuto in grande considerazione, specialmente da Mafalda che attende il fidanzato Corrado che non le scrive più dal 1942. Perfino Pasqua, l'aiutante del medico, ricorre a un filtro magico quando si innamora di lui. Tra Don Antonio e il dottor Marchetti scoppia una specie di guerra a distanza in cui restano coinvolti tutti, compresa Clamide, nipote di Don Antonio, che amoreggia con Galeazzo.

cal thriller": "Coma Profondo"²², per esempio, racconta la storia di una caparbia dottoressa che scopre un losco affare di trapianti d'organo. Gli scienziati pazzi invece sono i protagonisti di due film molto celebrati dalla critica cinematografica togata: "Arancia meccanica"²³ e "Stati di allucinazione"²⁴.

Dagli anni '80 in poi prevale la figura del medico "postmoderno", come la definisce Dipasquale. Tra i tanti può essere ricordato il film "La Forza della mente"²⁵, storia di una professoressa che, dopo una diagnosi di tumore alle ovaie, si sottopone ad una chemioterapia molto aggressiva. "L'opera di Nichols affronta numerosi problemi della medicina di oggi, come quelli legati alla comunicazione della diagnosi, al linguaggio medico, alle terapie sperimentali (la paziente, di fatto, diventa una cavia), alla solitudine ospedaliera, all'accanimento terapeutico e alla freddezza dei medici", spiega Dipasquale.

Altri film interessanti sono tratti da fatti realmente accaduti, come "Un medico, un uomo"²⁶, storia di un chirurgo toracico a cui viene diagnosticato un tumore alla la-

ringe, o il famoso "Patch Adams"²⁷, che racconta la storia di Hunter Adams (medico teorizzatore della "terapia della risata"). Anche l'ultimo capitolo di "Caro Diario"²⁸ di Nanni Moretti, racconta una vicenda vera: quella vissuta dallo stesso regista a causa di una prolungata difficoltà di diagnosi. "I medici sanno parlare, ma non sanno ascoltare", dice lo stesso Moretti nel film. La battaglia dei pazienti contro i medici che "non sanno ascoltare" è il tema anche di altri due recenti film italiani: "In barca a vela contromano"²⁹, 1997, di Stefano Reali e "Ribelli per caso"³⁰, 2003, di Vincenzo Terracciano.

Questa lunga carrellata di titoli non è esaustiva della vastissima filmografia "medical". Fra i tanti titoli che potrebbero essere citati, annotiamo che varrebbe la pena di ricordare ancora: "La gente mormora"³¹, storia di un ginecologo il cui scopo è "far star bene i malati", perché "c'è

²² "Coma Profondo", è un film del 1978 del regista Michael Crichton, che rappresenta l'esordio cinematografico di Ed Harris. (Tratto dal libro *Coma* di Robin Cook). Il film è il vero e proprio capofila del genere medical-thriller.

²³ "Arancia meccanica", 1971, di Stanley Kubrick. Tratto dall'omonimo romanzo scritto da Anthony Burgess nel 1962, è considerato un film di culto. Con uno fantascientifico sociologico politico, racconta una società votata ad un'asfissiante violenza, giovanile, ma non solo, e ad un condizionamento del pensiero. Capolavoro della cinematografia mondiale e autentico cocktail di generi (fantascienza, drammatico, erotico, grottesco, thriller).

²⁴ "Stati di allucinazione", è un film del 1980 diretto da Ken Russell e interpretato da William Hurt. Scritto dal commediografo Paddy Chayefsky, il film è ispirato alla vita del ricercatore e psichiatra statunitense John Lilly. La pellicola, nomination per gli Oscar alla migliore colonna sonora di John Corigliano, segna il debutto al cinema di William Hurt e di una giovanissima Drew Barrymore (nel ruolo secondario della figlia del protagonista), entrambi precedentemente attivi in serie televisive.

²⁵ "La Forza della mente", 1999, di Mike Nichols. Con una splendida Emma Thompson. Tratto da un testo teatrale di Margaret Edson (*Wit*, 1999), che ha avuto un larghissimo successo internazionale, narra con gelida ironia la storia di una docente universitaria affetta da tumore e dei suoi rapporti con ospedali, medici, assistenti, infermiere.

²⁶ "Un medico, un uomo", 1991, di Randa Hainmes. È tratto dal libro autobiografico "A taste of my own medicine" del dottor Ed Rosenbaum. È il racconto della vicenda professionale e umana di Jack McKee, chirurgo affermato che tuttavia nella sua vita professionale vive un rapporto con i pazienti segnato da indifferenza e disprezzo. Per ottenere il maggior distacco nei confronti del paziente egli è solito usare la strategia dell'umorismo come appare in diverse scene del film. Ma l'esperienza di Jack McKee cambia quando egli stesso si scopre malato, con un tumore alle corde vocali: si ritrova così a scavalcare improvvisamente quella frontiera che separa il medico dal paziente ed è costretto ad adeguarsi di malavoglia alla nuova condizione di paziente; sperimenta così le lunghe attese e si chiede con rabbia: "cosa ci faccio, io, qui, ad aspettare come un comune mortale".

²⁷ "Patch Adams", di Tom Shadyac, è un film del 1998 prodotto negli USA dalla Universal, liberamente tratto dall'autobiografia di Hunter "Patch" Adams. Narra di un personaggio controcorrente che introduce la "risoterapia" nei primi anni settanta. Da questo film si è iniziata a diffondere la cultura del sorriso anche in Italia; molte resistenze sono diminuite e si è iniziato ad attribuire valore al contatto umano, incentivando così molte associazioni volontarie a regalare anche solo un sorriso per aiutare i pazienti. Ciò comporta una riduzione all'uso di antidolorifici: gli antidolorifici agiscono tutti sul sistema nervoso anestetizzandolo e convincendolo che il dolore non ci sia, ma anche una buona risata o una piacevole emozione possono raggiungere un effetto simile (con notevoli vantaggi per l'organismo). Il film è stato nominato agli Oscar solo per la categoria Miglior colonna sonora.

²⁸ "Caro diario" è un film del 1993 in tre episodi, scritto, diretto ed interpretato da Nanni Moretti, vincitore del premio per la miglior regia al Festival di Cannes 1994. L'ultimo episodio, "Medici", racconta dell'odissea, vissuta realmente, e in parte filmata dalla vita reale, alle prese con un linfoma di Hodgkin (tumore del sistema linfatico con prognosi più favorevole rispetto ai linfomi "non Hodgkin"), di cui si è reso consapevole solamente dopo una serie di pareri discordanti, consulti imprecisi, cure inutili e dispendiose.

²⁹ "In barca a vela contromano" è un film del 1997 del regista Stefano Reali. Il titolo del film si riferisce all'impresa realizzata da Francis Chichester, aviatore e navigatore britannico che ha effettuato il giro del mondo in barca a vela controvento (o "contromano" come, sbagliando, dirà Carlo a Massimo in uno dei dialoghi). Il trentenne Massimo si fa ricoverare in un ospedale pubblico a Roma per un'operazione ai legamenti del ginocchio. Luigi, il suo compagno di stanza in ospedale da anni per alcune operazioni sbagliate, gli fa capire che l'intervento non è così semplice come sembra e che sarebbe forse più opportuno dare la precedenza ad altre persone anziane in lista d'attesa da tempo. Luigi in realtà sfrutta la sua situazione di "esperto" dell'ospedale per organizzare un traffico di posti-letto d'intesa con alcuni infermieri.

³⁰ "Ribelli per caso" è un film del 2001, diretto da Vincenzo Terracciano. Adriano, un impiegato, è costretto al ricovero nel reparto di gastroenterologia dell'ospedale di Napoli. Qui Adriano conosce alcuni degenti, come lui tenuti a stecchetto dall'insopportabile dottor Sorvino, primario del reparto. Accomunati dal desiderio di ritornare a fare una mangiata come si deve e allo stesso tempo di fare uno sgarro al loro meschino medico, i degenti, tra cui Adriano, un professore e un fruttivendolo, decidono così di organizzare una sontuosa cena per mangiare a più non posso.

³¹ "La gente mormora" è un film del 1951 diretto da Joseph L. Mankiewicz.

una bella differenza tra curare una malattia e far star bene chi è malato”, “La Cittadella”³², basato sull’omonimo romanzo di A.J. Cronin, “Missione in Manciuria”³³, storia di una dottoressa che sacrifica la propria vita per salvare le donne della missione in cui opera, e “Nessuno resta solo”³⁴, vicenda dell’idealista Dottor Lucas Marsh.

A questi elenchi andrebbero aggiunti ancora i film che raccontano figure negative di medici e di ricercatori. I più celebri sono alcuni grandi capolavori della storia del cinema: “Frankenstein”³⁵, “Il dottor Jekyll”³⁶, “Il dottor

³² “La cittadella” (The Citadel) è un film del 1938 diretto da King Vidor. È tratto dal romanzo omonimo di Archibald Joseph Cronin, e rappresenta una delle tante versioni per lo schermo realizzate in vari paesi. Racconta la vita di un medico presso una piccola città del Galles tra amori, malattie e drammi familiari. Ha ricevuto quattro candidature ai Premi Oscar 1939, tra cui quella per il miglior film. Nel 1938 ha vinto il National Board of Review Award per il miglior film.

³³ “Missione in Manciuria”, 1966, di John Ford. Miss Cartwright ha lasciato gli Stati Uniti (e un amore impossibile) e si è trasferita in una missione cinese per lavorare come medico. Siamo nel 1935 e la zona dove sorge la missione è infestata da briganti che rendono la vita difficile alla popolazione e agli stranieri. È l’ultima pellicola girata da John Ford, triste e senza speranza come molte del suo periodo crepuscolare. Curiosamente per un regista così virile, le protagoniste sono tutte donne. La vicenda ricorda addirittura, alla lontana, un pezzo di “Ombre rosse”.

³⁴ “Nessuno resta solo” (Not as a Stranger) è una pellicola sentimentale americana del 1955 diretta da Stanley Kramer ed interpretata da Olivia de Havilland e Robert Mitchum. Il film è basato su un noto best-seller americano del 1954 scritto da Morton Thomson, diventato subito una delle opere letterarie più lette e diffuse negli Stati Uniti. Sebbene sia stato un grande successo di pubblico e critica nell’anno della sua uscita, il film è tuttora pressoché dimenticato, e non esiste una versione né in VHS né in DVD. Candidato al premio oscar per il miglior sonoro nel 1955, e per la sua partecipazione alla pellicola Frank Sinatra vinse una nomination come miglior attore straniero al The British Academy of Film and Television Arts (BAFTA). Il film racconta la storia di un gruppo di studenti di medicina, i loro amori, le loro ambizioni e la loro carriera. In particolare esso si concentra sull’ascesa e caduta di uno di loro, il Dottor Lucas Marsh (Robert Mitchum) talmente accecato dalla voglia di riuscire che è disposto a sposare una ricca donna più anziana di lui, Kristina Hedvigson (Olivia de Havilland) pur di mantenersi agli studi universitari. Una volta laureato ed abilitato, il suo idealismo gli fa scegliere di fare il medico condotto in una cittadina di provincia, rinunciando ai facili guadagni da specialista in una grande città.

³⁵ “Frankenstein” è un film horror fantascientifico del 1931 diretto da James Whale, tratto dall’omonimo romanzo di Mary Shelley e dal suo adattamento teatrale Frankenstein: an Adventure in the Macabre di Peggy Webling del 1927. “Frankenstein” è considerato il capolavoro del regista James Whale assieme a L’uomo invisibile del 1933. Nel 1991 la pellicola è stata scelta per essere preservata nel National Film Registry della Biblioteca del Congresso degli Stati Uniti. Nel 1998 l’American Film Institute l’ha inserita all’ottantesimo posto della classifica dei migliori cento film statunitensi di tutti i tempi.

³⁶ “Il dottor Jekyll” è un film del 1931, diretto da Rouben Mamoulian e tratto dal romanzo di Robert Louis Stevenson “Lo strano caso del dottor Jekyll e del signor Hyde” del 1886. Fu presentato alla prima edizione della Mostra del cinema di Venezia, dove ottenne due riconoscimenti non ufficiali, come film più originale e per il miglior attore.

Mabuse”³⁷ e, ultimo ma non ultimo, “Il gabinetto del dottor Caligari”³⁸.

La tentazione della “gnosi”

Che sia “premoderno”, “moderno” o “postmoderno”, che sia un modello positivo o negativo, che sia “serio” o “grottesco”, “eroico” o “patetico”, il medico sullo schermo, come nella vita reale, alla fine deve occuparsi comunque di vita o di morte. Nonostante il diluvio di titoli e di esemplificazioni, il cinema e la tv del genere “medical” ruotano da sempre intorno a questi due grandi misteri: vita e morte. Diventa interessante cercare di capire allora come lo gnosticismo, una delle grandi tentazioni della cultura cattolica e non solo, abbia cercato di influenzare anche il campo del “medical”.

Nello splendido film di Bergman, “Il settimo sigillo”, il Cavaliere dice alla Morte: “Io voglio sapere. Non credere. Non supporre. Voglio sapere. Voglio che Dio mi tenda la mano, mi sveli il suo volto, mi parli”. E la morte gli risponde: “Il suo silenzio non ti parla?”.

Per cercare di capire in che modo lo gnosticismo abbia cercato di trovare una propria legittimazione anche sullo schermo, basterebbe analizzare, fra i tanti, due film emblematici, entrambi prodotti e distribuiti nel 2010. Si tratta di “Hereafter”³⁹ (L’aldilà) del premio Oscar Clint Eastwo-

³⁷ “Il dottor Mabuse” è un film del 1922 diretto da Fritz Lang. Fa parte della corrente del cinema espressionista tedesco. Il Dottor Mabuse, medico psicoanalista, è per Lang l’incarnazione del male. Capace di impadronirsi di immense fortune condizionando la borsa con mezzi illeciti, dedito al gioco d’azzardo e alla fabbricazione di denaro falso, ha come fine ultimo delle sue azioni la manipolazione degli individui e della realtà. Lang diede due seguiti a questo film con “Il testamento del dottor Mabuse” del 1933 e “Il diabolico dottor Mabuse” del 1960. A questa trilogia sono ispirati vari film successivi che riprendono il personaggio del Dottor Mabuse.

³⁸ “Il gabinetto del dottor Caligari” (Das Cabinet des Dr. Caligari) è un film muto del 1920 diretto da Robert Wiene. L’opera è considerata il simbolo del cinema espressionista. Gioca con il tema del doppio e della difficile distinzione tra allucinazione e realtà; anche la scenografia del film contribuisce all’impianto allucinato della storia. Franz scopre che il dott. Caligari controlla un sonnambulo che compie cruenti omicidi. Smascherato e inseguito dalle forze dell’ordine, il Dott. Caligari si rifugia presso un manicomio di cui in seguito si scoprirà essere il direttore.

³⁹ “Hereafter” è un film del 2010 diretto da Clint Eastwood, basato su una sceneggiatura di Peter Morgan. Il film narra le storie parallele di tre persone, che in modi differenti hanno incontrato la morte. George Lonigan è un operaio di San Francisco che può comunicare con i morti: i suoi servizi di sensitivo sono molto richiesti dalle persone che hanno subito un lutto, ma vengono da lui vissuti come una condanna, perché gli impediscono di vivere una propria vita. Marie è una giornalista di Parigi sopravvissuta ad uno tsunami, durante il quale è passata attraverso uno stato di pre-morte: questa esperienza le fa riconsiderare tutta la sua vita, le sue convinzioni, il suo lavoro, i suoi affetti, fino alla decisione di scrivere un libro per rompere il muro di silenzio che circonda l’argomento della morte e dell’aldilà. Marcus è un bambino di Londra che, dopo la

od con Matt Damon, e “You Don’t Know Jack – Il dottor morte”⁴⁰, diretto per la televisione da Barry Levinson e interpretato da Al Pacino, Susan Sarandon e John Goodman. Sono due film molto diversi ma sono accomunati da un’identica strategia narrativa.

“Hereafter”, una cattiva risposta ad una buona domanda

Il primo, intanto, sembra una cattiva risposta ad una buona domanda. Il film diretto da Clint Eastwood esplora il mistero della morte con un approccio che suscita più di un motivo di perplessità. Eastwood infatti sembra voler programmaticamente ignorare la dimensione religiosa del più grande interrogativo della nostra vita. La sua chiave di interpretazione è, appunto, lo gnosticismo. La salvezza può essere raggiunta solo attraverso un orgoglioso e discutibile percorso di conoscenza: è questa la filosofia che caratterizza ogni azione dei personaggi del film.

Come la gnosi stessa, si tratta di una cattiva risposta per una buona domanda. Ma non tutti sono stati d’accordo e il film, un anno fa, suscitò più di un entusiasmo nella cultura cosiddetta laica. Paolo Mereghetti del “Corriere della Sera”, per esempio, aveva scritto: “Come si può non farsi catturare da un film così diretto ed emozionante, così bello e classico?”. Curzio Maltese de “La Repubblica” aveva parlato addirittura di “capolavoro”. “Il più felice racconto sulla morte mai concepito sullo schermo”, aveva detto. Secondo Mereghetti, il film di Eastwood “ha l’ambizione filosofica di sottolineare un’idea della vita che vede nel Caso (con la maiuscola, nel suo articolo) un elemento centrale per orientare o disorientare le fragili azioni umane”.

È un’interpretazione fin troppo indulgente. Il film corale narra le vicende di tre personaggi: una donna che ha avuto un’esperienza di “premorte”, un bambino che non trova consolazione per la scomparsa prematura e tragica del proprio fratello gemello, un adulto (interpretato da Matt Damon) che ha facoltà di medium.

Il film strumentalizza il dolore della vita, eccede in fur-

morte del gemello in un incidente stradale, si trova solo, separato dalla madre con problemi di dipendenze e senza poter contare sulla presenza rassicurante del fratello, al quale si appoggiava in tutto. In occasione della Fiera del libro di Londra, questi tre personaggi si incontrano: grazie a George, Marcus riesce a entrare in contatto con il gemello morto che lo incoraggia a vivere contando maggiormente su se stesso; George e Marie iniziano a parlarsi, alla ricerca di risposte.

⁴⁰ “You Don’t Know Jack - Il dottor morte” è un film per la televisione del 2010 diretto da Barry Levinson, e interpretato da Al Pacino e John Goodman. Negli Stati Uniti è stato trasmesso il 24 aprile 2010 e ha avuto un grande successo. In Italia è stato trasmesso il 22 marzo 2011 da Sky Cinema. Racconta la storia del “dottor morte” Jack Kevorkian, il medico che ha praticato l’eutanasia su oltre 130 pazienti affetti da patologie giunte allo stadio terminale.

bizia e cerca la complicità della parte meno razionale del pubblico. Il bambino infatti ha una madre tossicodipendente che non riesce ad occuparsi di lui; la ragazza invece è stata violentata dal padre e non riesce a legarsi ad un uomo, e così via.

Eastwood arriva anche, ed è la parte più scivolosa del film, a suscitare simpatia per l’ambigua attività dei presunti medium che in tutto il mondo speculano sul dolore per la scomparsa di una persona cara. Sono quelle persone che vendono la possibilità di avere un dialogo con i morti. “Ci sono le prove scientifiche”, grida la dottoressa di una clinica svizzera dove si studiano le esperienze di premorte, in un momento non secondario del film.

Prodotto da Steven Spielberg, costato più di 50 milioni di dollari, “Hereafter” era stato accolto con freddezza in Usa e l’incasso americano aveva superato a stento i 30 milioni di dollari. Praticamente un flop. Il film si apre con una compiaciuta ricostruzione dello tsunami che nel 2004 devastò il Sud Est asiatico provocando la morte di 230 mila persone. Ci sono molti effetti speciali anche per l’altra scena spettacolare del film con la quale Eastwood ripropone alcuni momenti dell’attentato terroristico nella metropolitana di Londra del luglio del 2005. Sono due passaggi cinematografici ad alta adrenalina realizzati da Eastwood pensando all’Oscar (anche se poi è riuscito ad acchiappare solo una striminzita nomination).

Il film ha rappresentato il debutto come sceneggiatore di Peter Morgan, già noto ad Hollywood per essere l’autore delle storie sulle quali sono stati realizzati due “fact-based movies” come “Frost/Nixon” e “The Queen”. Morgan è arrivato alla sceneggiatura di “Hereafter”, dicono a Hollywood, dopo la morte di un caro amico e grazie all’incontro con Clint Eastwood. “Ad Hollywood una volta si facevano film su questi temi – ha scritto Kenneth Turan su “The Los Angeles Times” – ma nella Hollywood di oggi solo un regista come Eastwood, determinato a non fare mai due volte la stessa cosa, poteva avere il coraggio di realizzarlo. Sebbene il soggetto sia inusuale, la cosa convincente di “Hereafter” è proprio il modo di collocare i temi spirituali esattamente nel contesto di Hollywood”.

Per voler troppo lodare il film, il critico di The Los Angeles Times, individua involontariamente proprio il punto debole della pellicola: aver raccontato un aldilà a misura delle major materialiste e laiche di Hollywood. A chi ha visto “Hereafter” rimane invece da gestire un sentimento di spaseamento. L’unico funerale religioso, in un film dove si parla di morte, viene sbrigativamente risolto da un officiante (un prete?) che poi, in tutta fretta, sgombera il luogo di culto per far posto ad una cerimonia indù.

Ma l’interrogativo più grande riguarda proprio il regi-

sta. Eastwood, nel 1992, diresse un western molto poco convenzionale, “Unforgiven”⁴¹ (“Gli spietati”, in italiano), un insuperato e potente apologo sul mistero della morte e sul dramma della violenza. “È una cosa grossa uccidere un uomo: gli levi tutto quello che ha... e tutto quello che sperava di avere”, diceva il protagonista di “Unforgiven”. Si tratta di una corda che a diciotto anni di distanza Eastwood con “Hereafter”, un film pregiudizialmente ateo e inutilmente spettacolare, non è più riuscito a far vibrare.

“Il dottor Morte” crede in un dio che si chiama Bach

Di tutt’altro genere è il film “You don’t know Jack” di Barry Levinson, che è stato proposto in Italia agli abbonati di Sky e che era stato presentato al Roma Fiction Fest del 2010. C’è una scena, fra le tante, che colpì l’attenzione degli spettatori. Davanti alla casa di Jack Kevorkian, più famoso con il soprannome di “Dottor Morte”, c’è una manifestazione del movimento prolife. “Ma lei crede in Dio?”, urla una delle militanti al Dottor Kevorkian. Lui fa fermare la macchina, apre lo sportello e, alla ragazza, risponde: “Credo in Dio? Certo. Si chiama Johann Sebastian Bach”. Scambio di sguardi e poi, prima di ripartire, aggiunge: “Almeno il mio non è un dio inventato”.

Il film avrebbe dovuto attirare una maggiore attenzione critica da parte dei cattolici impegnati nella difesa del valore fondamentale della vita umana. La storia ovviamente è quella vera del medico del Michigan che negli anni Novanta procurò “morte assistita” a 130 pazienti. Una vera e propria strage per il tribunale che alla fine lo condannò a venticinque anni di reclusione, una pena scontata solo in parte per motivi di salute.

Il film è interpretato da un cast stellare formato, fra gli altri, da Al Pacino, Susan Sarandon e John Goodman, e diretto magistralmente dallo stesso regista che nel 1988 vinse un Oscar con il film “Rain man – L’uomo della pioggia”⁴² con Dustin Hoffman. Il film, in Italia, però non

ha suscitato dibattiti. Sono stati in pochi ad occuparsene sulle pagine dei giornali. Mirella Poggialini, su “Avvenire”, aveva detto che si tratta di: “Un bel film tv fondato sulla cronaca, che fa raggricciare di orrore, con l’assenza lacerante della parola “pietà”, sostituita da un acre concetto di contesa e ambizione. Un film-lezione, quindi, sorretto dalla verità dei fatti”. Aldo Grasso, sul “Corriere della sera”, se possibile era stato ancora più esplicito: “Il tema è difficile, spinoso, ma il prodotto è di ottima fattura e questa è la garanzia principale che si richiede in casi come questo”, aveva scritto in un pezzo intitolato “Quando la fiction supera i talk show”.

La tesi del film è che il dottor Kevorkian sia stato spinto dall’ambizione personale, dalla frustrazione professionale (inizia a praticare l’eutanasia dopo essere stato messo in pensione dal sistema sanitario americano) e, soprattutto, da traumi infantili (la prematura morte della madre). “Non il medico buono, colui che del malato si fa carico per curarlo e lenire la sua pena – aveva scritto la Poggialini – ma il medico-giudice, che stabilisce con freddezza l’ora della morte e la procura con feroce determinazione, del tutto indifferente all’angoscia della vittima”.

Il critico cinematografico di MyMovies, Giancarlo Zappoli, aveva detto che il film “finisce così con il lasciarci con una domanda diversa rispetto a quella che ci potremmo attendere. Non ci viene chiesto di formulare una sentenza sul dottor Jack Kevorkian (lo hanno già fatto i tribunali). Ci viene invece chiesto di provare a pensare di vivere in una situazione di malattia terminale in cui il dolore domina irreversibilmente e di porci una domanda che non riguardi ciò che vorremmo imporre agli altri (sarebbe estremamente facile) ma cosa vorremmo per noi stessi”.

Si tratta dell’ambiguità più evidente del film. Nella contrapposizione fra i due fronti, pro o contro l’eutanasia, il primo infatti alla fine risulta più credibile. I personaggi che affiancano il Dottor Morte sono meglio delineati e sono interpretati da attori molto amati dal grande pubblico. I loro oppositori invece sono raccontati in modo piatto e sono descritti come un’accozzaglia di integralisti bigotti e senza cuore.

Il “Dottor Morte”, secondo il racconto del film, non è una brava persona ma quello che fa è giusto. Si tratta di un trucco drammaturgico che lascia lo spettatore con il vuoto di una domanda senza risposta. Mancano insomma la dimensione etica e un giudizio morale esplicito.

“Attraverso ricerche, interviste, filmati d’epoca conosciamo più a fondo un uomo, la sua vita privata, i suoi rapporti personali, la sua scelta professionale. Su cui, ovviamente, ognuno è libero di opporre le proprie convinzioni

colonna sonora. Charlie Babbit (Tom Cruise), giovane commerciante di auto, scopre, dopo la morte del padre, che l’unico erede dell’immenso patrimonio familiare è il fratello maggiore, Raymond (Dustin Hoffman), un uomo affetto da autismo.

⁴¹ “Gli spietati” (Unforgiven) è un film western del 1992 diretto e interpretato da Clint Eastwood. Western realistico e cinico in cui Eastwood ritaglia per sé la parte di un vecchio ex-pistolero, molti anni dopo i suoi primi ruoli di questo genere. Il film ricevette nove nominations agli Oscar, inclusa quella di Miglior attore per lo stesso Eastwood, e ne vinse quattro, tra i quali Miglior film e Miglior regia. Il film di Eastwood è il terzo western della storia del cinema ad aver vinto l’Oscar di miglior film, dopo I pionieri del West (1931) e Balla coi lupi (1990) di Kevin Costner. Nel 2004 il film è stato scelto per la preservazione nel National Film Registry della Biblioteca del Congresso degli Stati Uniti.

⁴² “Rain Man - L’uomo della pioggia” (Rain Man) è un film del 1988, diretto da Barry Levinson ed interpretato da Tom Cruise e Dustin Hoffman, vincitore dell’Orso d’oro al Festival internazionale del cinema di Berlino nel 1989. Il film si è anche aggiudicato 4 Premi Oscar 1989, miglior film, miglior regia, miglior attore protagonista (Dustin Hoffman) e migliore sceneggiatura originale, venendo inoltre candidato per altri 4 premi, migliore scenografia, migliore fotografia, miglior montaggio e miglior

– aveva spiegato Aldo Grasso -. Ma rispetto ai dibattiti che nascono nei talk show, quando la cronaca preme, come nel caso Englaro, la fiction depura la vicenda dai suoi risvolti più ideologici e permette una riflessione serena, lontano dal dolorismo, dalla lagnanza, dall'implorazione. Del resto, il compito dell'arte è anche questo: cercare una mediazione estetica con cui affrontare le tragedie della vita".

Difficile essere d'accordo con questa interpretazione. La visione del film, infatti, diventa urticante proprio per la partigianeria "pro eutanasia" del racconto, una presa di posizione mascherata con l'ipocrisia e con la finta obiettività di una cronaca che però è appannata dal pregiudizio.

Vita e morte nella cultura di oggi

Vita e morte. Ecco. È tutto qui ma non è poco. Sono le due facce dell'elemento drammaturgico fondamentale di tutta la fiction cinematografica e televisiva dedicata al mondo degli ospedali e della medicina. Sono due temi che scavano nella coscienza dello spettatore e che colpiscono l'immaginazione più intima. Il contesto culturale, però, è dominato dal relativismo. Trovare una chiave di interpretazione critica quindi non è semplice, ma non è impossibile.

"La cultura nella quale oggi la Chiesa è chiamata a vivere e ad annunciare coraggiosamente il Vangelo, è incapace di stupore perché svuotata di attesa. Se l'orizzonte personale e sociale è ridotto ad un generico benessere fisico e terreno, se i diritti sono arbitrariamente fissati dalle leggi – intese come umana convenzione – e non dalla Giustizia, che deriva dalla Legge naturale, e quindi da Dio, inevitabilmente viene ridotta ogni prospettiva di attesa e, con essa, la reale capacità di stupore", ha detto recentemente il cardinale Mauro Piacenza, Prefetto della Congregazione per il Clero⁴³. "Ma Dio non teme la distrazione degli uomini né la loro deriva relativista, materialista ed edonista – ha spiegato -. Dio è capace di agire con potenza".

"Illuminare le coscienze degli individui e aiutarli a sviluppare il proprio pensiero non è mai un impegno neutrale. La comunicazione autentica esige coraggio e risolutezza. Esige la determinazione di quanti operano nei media per non indebolirsi sotto il peso di tanta informazione e per non adeguarsi a verità parziali o provvisorie. Esige piuttosto la ricerca e la diffusione di quello che è il senso e il fondamento ultimo dell'esistenza umana, personale e sociale (cf. Fides et Ratio, 5). In questo modo i media possono contribuire costruttivamente alla diffusione di tutto quanto è buono e vero", aveva detto Benedetto XVI nel 2007⁴⁴.

⁴³ Cardinale Mauro Piacenza, Prefetto della Congregazione per il Clero, Omelia pronunciata il 24 giugno 2011 nella cattedrale genovese di San Lorenzo, in occasione della Natività di san Giovanni Battista.

⁴⁴ Messaggio del Santo Padre Benedetto XVI per la XL Giornata Mon-

Bibliografia

1. Carles P Clergeat A Comolli JL. Dizionario del Jazz. Mondadori, Milano 2008.
2. Comolli JL. Vedere e potere. Il cinema, il documentario e l'innocenza perduta. Donzelli editore, Roma 2006.
3. Stevenson RL. The strange case of Dr. Jekyll and Mr. Hyde. Scribner, New York 1886.
4. Rosenbaum EE. A taste of my own medicine, when the Doctor Is the Patient. Random House Inc, 1988.

Filmografia

1. "E.R. - Medici in prima linea" (ER) 1994 – 2009, di Michael Crichton.
2. "Dr. House - Medical Division" (House, M.D.) dal 2004 di David Shore e Paul Attanasio.
3. "Scrubs - Medici ai primi ferri" (Scrubs) dal 2001 al 2010 di Bill Lawrence.
4. "Lo spazio bianco" 2009 diretto da Francesca Comencini.
5. "The Country Doctor" 1909 diretto da David W. Griffith.
6. "Il medico di campagna" 1936, di Henry King.
7. "Il grande silenzio" 1944, di Irving Pichel.
8. "Il medico e lo stregone" 1957, di Mario Monicelli.
9. "La figlia perduta" 1937, di Alfred Santell.
10. "Il medico della mutua" 1968, di Luigi Zampa.
11. "The Hospital" 1971, di Arthur Hiller.
12. "Monty Python – Il senso della vita" 1983, di Terry Jones.
13. "Britannia Hospital" 1982, di Lindsay Anderson.
14. "M.A.S.H." 1971, di Robert Altman.
15. "Coma Profondo" 1978, di Michael Crichton.
16. "Arancia meccanica" 1971, di Stanley Kubrick.
17. "Stati di allucinazione" 1980, di Ken Russell.
18. "La Forza della mente" 1999, di Mike Nichols.
19. "Un medico, un uomo" 1991, di Randa Hainmes.
20. "Patch Adams" 1998, di Tom Shadyac.
21. "Caro diario" 1993, di Nanni Moretti.
22. "In barca a vela contromano" 1997, di Stefano Reali.
23. "Ribelli per caso" 2001, di Vincenzo Terracciano.
24. "La gente mormora" 1951, di Joseph L. Mankiewicz.
25. "La cittadella" (The Citadel) 1938, di King Vidor.

diale delle comunicazioni sociali "I media: rete di comunicazione, comunione e cooperazione", Domenica 28 maggio 2006.

QUADERNO: "IL CINEMA NELLA MEDICINA, LA MEDICINA NEL CINEMA"
"CINEMA IN MEDICINE, MEDICINE IN CINEMA"

Il Senso della Malattia in "Sette Anime" e ne "Lo Scafandro e la Farfalla" *The Meaning of Disease in "Seven Pounds" and in "The Diving Bell and the Butterfly"*

EMANUELA GENOVESE
Area Spettacoli, Avvenire

Veicolo di significato, costruttore di modelli comportamentali, il cinema porta lo spettatore dentro il mondo costruito dalla storia narrata. Il mondo della malattia nel cinema è stato esplorato a volte con precise intenzioni ideologiche e a volte con il desiderio di raccontare la complessità del mistero della malattia. Due film a confronto: *Lo Scafandro e la Farfalla* e *Sette Anime*. La forza viva della malattia e la scoperta della perdita di un bene ne *Lo Scafandro e la Farfalla*, contrapposta all'elogio del suicidio, allo svuotamento del senso della sofferenza e alla ricerca della salute come un bene per meritevoli nel film *Sette anime*.

Parole Indice Cinema, Malattie

A vehicle of meaning and developer of behavioural types, film as a medium brings the viewer inside a world constituted by narrative. The world of disease as portrayed in movies has been sometimes explored with specific ideological intentions, and sometimes with the desire to account for the complex mystery of disease. We compare two films: The Diving Bell and the Butterfly and Seven Pounds. The living force of disease and the discovery of a lost good is portrayed in The Diving Bell and the Butterfly, in opposition to suicide as a praiseworthy object, which empties suffering of all meaning and advances the pursuit of health as a good only for a deserving class, as portrayed in the film Seven Pounds.

Index Terms Cinema, Diseases

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Dott.ssa Emanuela Genovese
C/ O Porta Nevia
via Laurentina, 86 q
00142 Roma
e-mail: emanuelagenovese@gmail.com

Introduzione

"La lingua scritta della realtà"¹: così Pier Paolo Pasolini definiva il cinema. Ma prima di lui teorici, filosofi e cineasti si sono sempre interrogati su un mezzo, che per la sua complessità e bellezza, è stato definito "la settima arte". Potente e persuasivo il cinema, che ha oltre un secolo di vita, ha dimostrato di saper scrivere la realtà e allo stesso tempo di edulcorarla e di mistificarla. Ma cos'è veramente il cinema? Veicolo di significato, costruttore di modelli comportamentali, il cinema porta lo spettatore dentro il mondo costruito dalla storia narrata. Facendo sognare e portando l'immaginazione al di là del momento presente, il cinema è l'arte che unendo parola, immagine e suono ha il potere di restituire spazio e tempo alla realtà. Soprattutto a quella realtà che si nasconde negli angoli, giudicata "fastidiosa" da mostrare. E la malattia, terreno fertile per l'artista, ha catturato spazio e attenzione nel cinema. Togliendo tutti i tabù della paura del dolore, il cinema ha saputo raccontare, soprattutto negli ultimi anni, la scoperta della malattia e il dolore, la paura della morte e/o il desiderio di decidere della propria morte.

Non è mio compito elaborare un racconto storico e didascalico dell'intreccio tra il cinema e la malattia. Focalizzerò l'attenzione sull'analisi di due film, *Lo scafandro e la farfalla* di Julian Schnabel, e *Sette anime* di Gabriele Muccino, diversi per confezione e per storia. Sarà un'analisi tecnica, non sociologica o psicologica, anche se arriveremo a elaborare una riflessione sull'esposizione di questo *fil rouge* scelto per questa monografia.

Lo scafandro e la farfalla

Lo scafandro e la farfalla ha una forza diversa di *Sette anime*. Prende spunto dalla realtà raccontata prima nel romanzo poi nell'omonimo film. Jean-Dominique Bauby è un uomo di successo (direttore di Elle, una famosa rivista francese di moda). Separato dalla donna che definisce la mamma dei suoi figli, ama, a sua volta riamato, un'altra donna. Una compagna. Niente fa presagire quello che gli avverrà. Ha appena quarantaquattro anni. Si ammala. Improvvisamente perderà coscienza senza potersi accorgere di quello che gli succede. È l'inizio della sindrome Locked In, una malattia rara che comporta la tetraplegia e la paralisi della maggior parte dei muscoli, senza però che questa interferisca o intervenga nella perdita delle funzioni cerebrali superiori. Una farfalla dentro uno scafandro. È così che Bauby si sentirà. La sua lingua che tanto aveva parlato, le sue mani che tanto avevano scritto e amato, si ritroveranno inermi. La realtà vissuta fino all'estremo diventa una realtà vista solo attraverso un occhio (l'altro gli sarà cucito

per evitare di perdere la cornea) e attraverso la sua immaginazione. Bauby domina la realtà a colpi di memoria, di immaginazione e muovendo solo la palpebra. E sarà la stessa palpebra il ponte di comunicazione con la realtà: grazie allo sforzo di un ortofonista, Bauby crea un sistema di comunicazione lento, un codice alfabetico che gli permette di trasmettere i suoi pensieri a chi gli sta vicino tramite la scelta della singola lettera. Grazie a questo codice Bauby non rinuncia a scrivere un libro che gli aveva affidato il suo editore, Claude Mendibil. Con l'aiuto di una giovane redattrice che pazientemente annota ogni singola lettera, rilegge ogni singola frase, per riscrivere insieme a lui.

C'è chi crede che per raccontare qualcosa che valga la pena servono tante parole; ma c'è anche chi crede, come Bauby, che le parole hanno comunque peso e potenzialità che cambiano a seconda di chi legge. Con poche pagine, una settantina in tutto, Bauby restituisce al lettore la forza della sua malattia, dall'iniziale rifiuto alla sua accettazione. E così lo stesso regista, Schnabel, da attento autore che più di una volta ha scelto come film un'autobiografia da raccontare, ha saputo restituire con le immagini l'inecensabile ricchezza del romanzo. Ricchezza che ha destato l'attenzione di premi e critica: dopo tanto tempo un film francese (anche se è una coproduzione tra la Francia e gli Usa, con una quota maggioritaria francese) vince non solo la miglior regia al Festival di Cannes nel 2007, ma addirittura viene premiato con due Golden Globe e quattro candidature agli Oscar. Un dato tecnico non da sottovalutare: il cinema europeo da sempre fatica a imporsi nella cinematografia americana.

Sin dalle prime immagini Schnabel ci porta nell'orizzonte di Bauby: i titoli di testa sono proiettati su lastre radiografiche, accompagnate da una musica singolare. Schnabel avrebbe potuto scegliere il silenzio o una musica melanconica. Ma per una storia così forte non c'è spazio per la nostalgia. "*La mer*"², il brano di Charles Trenet com-

² "La mer qu'on voit danser le long des golfes clairs
A des reflets d'argent, la mer
Des reflets changeants sous la pluie

La mer au ciel d'été confond ses blancs moutons
Avec les anges si purs, la mer
Bergère d'azur infinie

Voyez près des étangs ces grands roseaux mouillés
Voyez ces oiseaux blancs et ces maisons rouillées

La mer les a bercé le long des golfes clairs
Et d'une chanson d'amour, la mer
A bercé mon coeur pour la vie

La mer qu'on voit danser le long des golfes clairs
A des reflets d'argent, la mer
Des reflets changeants sous la pluie

La mer au ciel d'été confond ses blancs moutons
Avec les anges si purs, la mer
Bergère d'azur infinie

¹ Pier Paolo Pasolini, *Empirismo eretico*, Garzanti Libri, 2000.

posto dal cantautore francese subito dopo la fine della seconda guerra mondiale, ci introduce già in quell'apparente contrasto tra la sofferenza della malattia e la forza interiore dell'uomo. Una piccola postilla: la stessa canzone è presente anche nel film *"Mare dentro"* di Alejandro Amenàbar, un film dove la morte è cercata come antidoto alla sofferenza. La leggerezza della parola e della musicalità de *La mer* vengono scelti per due approcci diversi. La visione di Bauby è in netto contrasto rispetto a quella di Ramón Sampedro, lo spagnolo tetraplegico che ha ispirato il film *Mare dentro*.

Riparlano de *Lo scafandro e la farfalla*, per entrare completamente nella mente e nel cuore di Bauby il regista ha un'intuizione rischiosa: far vedere tutto in soggettiva. Ovvero lo spettatore può identificarsi con il mondo del protagonista perché lo vede attraverso il suo occhio e lo sente attraverso la voce interiore di questo uomo che ha perso la capacità di muovere la lingua e le labbra. La prima immagine, vista con gli occhi di Bauby, è dal suo letto. Due medici. E un dettaglio. Rose rosa dal gambo lungo. Sembrano solo un orpello per riempire di colore un'inquadratura ma sono subito notate dal nostro protagonista: *"Rose. Chi ha portato i fiori?"*. La voce fuori campo, spesso utilizzata come espediente per nascondere buchi

Voyez près des étangs ces grands roseaux mouillés
Voyez ces oiseaux blancs et ces maisons rouillées

La mer les a bercé le long des golfes clairs
Et d'une chanson d'amour, la mer
A bercé mon coeur pour la vie

Traduzione:

Il mare
Lo vedo danzare lungo i golfi chiari
Dai riflessi d'argento
Il mare
Dai riflessi cangianti
Sotto la pioggia

Il mare
Nel cielo estivo confonde
I suoi bianchi flutti ovini
Con gli angeli così puri
Il mare pastore d'azzurro
Infinito

Guardate
Vicino agli stagni
I grandi canneti bagnati
Guardate
Gli uccelli bianchi
E le case arrugginite

Il mare
Li ha cullati
Lungo i golfi chiari
Con una canzone d'amore
Il mare
Che culla il mio cuore
Per tutta la vita

narrativi o incapacità espressiva di lasciar parlare le scelte e le azioni dei personaggi, riveste in questo film un ruolo necessario. Ad esempio rende visibile l'immagine che il protagonista ha di sé stesso, che si vede a volte come uno scafandro che nuota nel fondo poco pulito di un mare sconosciuto o a volte come un uomo che scia, viaggia nonostante sia "chiuso dentro".

Nel film la prima persona che incontrerà Bauby è un uomo che non vede da tempo. Forse una persona che il giornalista non aveva più incontrato. Non capiamo bene perché. Quest'uomo, che sulla propria pelle ha vissuto il dramma della prigionia, non perde tempo e dice: *«Io mi attaccavo a quello che di me faceva un uomo. Deve attaccarsi all'uomo che è in lei»*. Ma di questo attaccamento Bauby ancora non ha voglia. Anche quando inizia il lento lavoro con l'ortofonista, una bellissima ragazza: *"Voglio morire"*, sono le prime due parole rivolte a lei. Da lì si susseguono incontri e decisioni. Come quella di avere un telefono per poter sentire parlare le persone care. La vista, l'udito, insieme all'immaginazione e alla memoria *"sono i soli mezzi che ho per evadere dal mio scafandro"* dirà. Fino a ridere di sé stesso e degli uomini che incontra. Come un suo collega o amico che senza paura di ferirlo gli farà sapere che in giro si dice che lui è diventato un vegetale. Lo humour dell'uomo di successo si mostra in pienezza. La sua voce interiore ci dirà: *«Chi ha detto che sono un vegetale? Un vegetale. Che tipo di vegetale? Una carota, una patata, un cetriolo?»*.

O come l'immaginazione. Attraverso la quale Bauby porta lo spettatore dentro un diario che lui stesso definirà diario di un naufrago (*"come un naufrago vedo la schiuma del mare, il faro slanciato e rassicurante con la sua livrea, simbolo fraterno che dirige i naufraghi e i malati che il destino ha spinto alla deriva"*) tra i ricordi di Cinecittà, i sobborghi di Berg, i ristoranti di pesce. Fino anche ad una scena dove l'immaginazione del regista Schnabel si confronta con la realtà e il dolore che sta vivendo l'ex moglie di Bauby. In un momento ben preciso il regista sceglie la stazione per mettere in scena il pianto dell'ex moglie di fronte al Bauby bambino. Entrambi aspettano un treno. Lei da sola piange. Dall'altra parte del binario il bambino allegro, in attesa di un treno e in compagnia del padre, canta e balla, imitando Gene Kelly, sul motivo di *Singing in the Rain*.

Dentro questo uomo inizia a scattare qualcosa. Una nuova fonte di gioia che poi definirà come comprensione di una nuova consapevolezza.

«La mia esistenza un susseguirsi di piccoli fallimenti, la donna che non ho saputo amare, gli istanti di felicità volati via, una corsa di cui conoscevo il risultato ma ero stato incapace di tagliare il traguardo. Ero cieco e sordo ma mi serviva la luce di un'infermità per vedere la mia vera natura».

Sette anime

Con *Sette anime*, secondo film americano di Gabriele Muccino dopo *La ricerca della felicità*, entriamo in un altro mondo. Will Smith presta corpo e anima a Ben Thomas, un uomo che ha un peso enorme sulla coscienza. Ha ucciso, per quella sua mania di guardare il cellulare durante la guida, ben sette persone, comprese la donna che amava e che aveva scelto per tutta la vita.

Il flashforward iniziale del film ci introduce nel tema: un uomo chiama l'autambulanza perché c'è il suo suicidio in corso. Poi ritorniamo nel presente e la voce fuori campo di Ben inizia a spiegare: «In sette giorni Dio creò il mondo, in sette secondi io ho distrutto il mio». Il numero sette accompagna la visione del film: Ben ha in mente un piano per riscattarsi. La ricerca di sette persone buone e meritevoli. Alcune delle quali devono dimostrarlo. Lo vediamo nella prima telefonata in cui Ben finge di essere un cliente arrogante che senza tatto umilia un cieco (al quale Ben potrebbe dare le cornee): lui lavora nel call center di una azienda di carni. Ben è furioso: il suo ordine non è quello che lui cercava. In più (fingendo) scopre che dall'altra parte della cornetta c'è un cieco. Inizia un dialogo feroce dove Ben (anche lo spettatore è ignaro del gioco del protagonista) ferisce per comprendere se il cieco è davvero una persona buona, capace di non perdere la pazienza di fronte agli arroganti, di non restituire il male per il male. E così via. Ben sceglie, prima del suicidio, il bambino malato di leucemia (per donargli una parte del midollo), la donna sudamericana picchiata dal compagno (alla quale Ben regalerà la sua lussuosa casa sul mare), l'allenatore di hockey che si comportava bene anche quando nessuno lo osservava (al quale darà un rene). Infine arriva il momento del suicidio per darsi a tre persone care, Emily, la donna di cui si innamora, il fratello e l'amica, che riceveranno rispettivamente cuore, polmone e fegato. Nel film allo scorrere degli eventi l'angoscia cresce. Non perché accompagnata da un approfondimento delle relazioni amicali, fraterne o d'amore. Cresce perché Ben diventa un paladino che preferisce uccidersi per far vivere. E la musica ci accompagna in questo crescere. Mistificando allo spettatore la realtà di quello che sta vedendo.

In più la mancanza di approfondimento dei personaggi³ (non si comprende, ad esempio, fino in fondo la presenza e l'assenza del fratello di Ben che appare e scompare nella scena) e dei loro drammi psicologici è forse dovuta anche all'accento sull'evoluzione della storia d'amore tra Ben e Emily. Sembra infatti che le sette anime scelte da Ben diventano funzionali ad una domanda portante del film: riuscirà Ben a rinnamorarsi e allo stesso tempo a suicidar-

si? Dal punto di vista cinematografico nella regia e nella sceneggiatura, a differenza de *Lo scafandro e la farfalla*, manca una coraggiosa messa in scena e una coraggiosa esplorazione della paura dell'errore. Anzi il film a volte cade in un gioco forse troppo semplicistico, come l'uso della musica nei momenti più drammatici e più romantici e come l'uso di scontate metafore. Ben si innamorerà di Emily, una donna che aspetta il trapianto di cuore. E sarà lui che suicidandosi le potrà far arrivare il suo cuore.

È un fine buono, in definitiva, quello cercato dal protagonista. Ben vuole ridare vita a corpi malati. Ma lo fa perché non si perdona. Lo fa perché vuole liberarsi dall'angoscia esistenziale che porta con sé, dopo aver provocato la morte di sette innocenti. E in più la sofferenza dei malati che incontra è allevata, eliminata: una volta tolto il male le persone sono capaci di riappropriarsi della propria vita. Come il cieco che vedendo torna a suonare, la donna amata che torna a vivere senza il rischio di morire e così via. Ma con un altro grosso limite: la salute è un bene che si meritano solo le persone buone. Il realismo della malattia vissuto alla misura dell'uomo de *Lo scafandro e la farfalla* viene contrapposto al falso realismo di un donare la vita, che è nella parola iniziale scelta da Ben, un suicidio. Perché falso realismo? Perché già per Ben nel donare la vita c'è più di una condizione. L'incapacità dell'uomo di perdonarsi se non con un suicidio e la scelta di donare solo a chi è buono.

Sette anime finisce inoltre per centrare un solo aspetto dell'infermità.

La malattia, riducendo la qualità della vita, diminuisce un bene che è quello della salute. Quindi la malattia, che è un vero momento di crisi per la persona, non viene letta nella sua complessità, ma in modo unidirezionale, togliendo sia la disperazione della sofferenza che la gioia di vedere nuovi orizzonti di cambiamento interiore e in definitiva nuovi mondi. Come accade a Jean-Dominique Bauby, anche se gli mancano solo pochi mesi di vita.

Un gioco di sentimenti e di turbamenti che se ne *Lo scafandro e la farfalla* ci attaccano alla vita e al senso della malattia (grazie ad una perfetta messa in scena, all'uso di una regia metaforica e ad una forte sceneggiatura), in *Sette anime* (che ha ricevuto solo una candidatura agli Oscar per la migliore interpretazione maschile) ci portano all'elogio del suicidio, allo svuotamento del senso della sofferenza (che rimane comunque misterioso) e alla ricerca della salute, un bene destinato solo per i meritevoli.

Bibliografia

1. Pasolini PP. Empirismo eretico. Garzanti Libri, Milano 2000.
2. Vanoye F. La sceneggiatura. Forme, dispositivi e modelli. Lindau Cinema 1998; 50- 73.

³ Sulla teoria dei personaggi: Francis Vanoye, La sceneggiatura. Forme, dispositivi e modelli. Lindau Cinema, 1998, p. 50- 73.

FILOSOFIA DELLA SCIENZA
PHILOSOPHY OF SCIENCE

La Filosofia della Biologia di Hans Jonas Come un Possibile Fondamento della Normatività Intrinseca nella Pratica Medica

*Hans Jonas' Philosophy of Biology as a Possible Basis of the Intrinsic
Norm in Medical Practice*

MADDALENA PENNACCHINI

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

La portata filosofica della riflessione di Jonas sulla teleologia dei fenomeni naturali ha due esiti: uno epistemologico in quanto favorisce una maggiore comprensione della natura (incluso l'uomo) e della realtà; l'altro etico. L'articolo, dopo aver presentato in modo sintetico la filosofia della biologia di Jonas, affronta il motivo per il quale si ritiene utile e valida la proposta del filosofo ai fini di una riflessione filosofica sulla pratica medica: essa può indirizzare al meglio la condotta degli operatori sanitari.

The scope of philosophical reflection on Jonas' teleology of natural phenomena has two outcomes: 1. Epistemological: it promotes greater understanding of the nature (including man) and reality, 2. Ethical relevance. The Article, after presenting succinctly Jonas' philosophy of biology, addresses the reason why the proposal of the philosopher of a philosophical reflection on medical practice is useful and valid. This could be an instrument to better address the conduct of health professionals.

Parole Indice Filosofia della biologia

Index Terms Philosophy of Biology

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

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

“Ci si può domandare se, nella moderna enciclopedia del sapere, vi sia ancora posto per una filosofia della natura, accanto alle scienze della natura. La filosofia della natura così come la intendevano Aristotele e gli scolastici non ha forse ceduto il posto alla “filosofia” così come la intendeva Galileo, quando chiedeva di essere nominato, oltre che Matematico, Filosofo dal Granduca di Toscana; non ha forse ceduto il posto a quella *philosophia naturalis* della quale Newton espone i *Principia mathematica*; “filosofie”, queste, che sono niente altro che la moderna fisica come scienza?”¹

Questo interrogativo, con il quale Sofia Vanni Rovighi dava *incipit* mezzo secolo fa ad uno dei suoi noti manuali, si ripropone quanto mai attuale in ambito biomedico. Oggi la medicina può fare a meno della filosofia della natura, o più opportunamente, considerato l’oggetto sul quale viene esercitata la pratica medica, della filosofia del vivente? Ebbene, per rispondere a questa domanda è necessario dapprima definire la natura della medicina.

La natura della medicina e la filosofia del vivente

La medicina non è una scienza con uno statuto epistemologico assimilabile a quello delle scienze naturali e sperimentali. Lo statuto epistemologico di una scienza è quello di avere per scopo la conoscenza, ossia scoprire la verità del tutto generale su qualcosa. La medicina, intesa come scienza, scienza generale del corpo sano e malato, ha uno statuto epistemologico particolare, perché essa, per mezzo di quella conoscenza, intende aiutare il medico nella sua capacità di guarire.

La medicina, quindi, non è solo una scienza, bensì anche un’arte (*téchne*), un’abilità, ed in quanto tale essa possiede uno scopo che si colloca al di fuori del mondo della verità proprio della scienza, per spingersi in quello degli oggetti che essa con il suo operato va a modificare o a creare.

Ad ogni modo, la medicina è anche una *téchne* particolare, poiché è applicazione della scienza mediante abilità clinica e/o chirurgica, unita a *praxis* intesa in senso aristotelico, ossia, non un semplice *fare* tecnico, ma un *agire* morale finalizzato al bene del paziente. Pertanto la medicina rappresenta un’attività intrinsecamente etica, nella quale la tecnica e la condotta sono entrambe ordinate in relazione al bene del malato, ossia al suo fine naturale.

Ed allora, comparando la medicina con le altre *technai* si nota che essa si differenzia da queste sia rispetto al suo scopo, sia rispetto alla materia su cui esercita l’arte.

Nelle altre arti regna la sostanziale estraneità tra la materia indifferente e lo scopo per cui la si elabora, e di

solito vi è anche un più ampio rapporto strumentale fra il prodotto vero e proprio e lo scopo finale a cui serve: la materia prima, tutti gli scopi intermedi necessari al raggiungimento del fine ultimo, come pure i mezzi necessari al conseguimento di quelli, vengono sottoposti allo scopo esterno ultimo.

Nel caso dell’arte medica, invece, lo scopo dell’agire medico è dato dalla finalità interna del suo oggetto, la materia prima, cioè il paziente, ed il medico deve condividere la finalità propria di quest’ultimo, ossia la tutela della sua vita e della sua salute. L’arte medica, infatti, si propone di preservare la salute degli esseri viventi e di guarirli qualora siano malati. In questo senso, “per il medico la materia su cui egli esercita la sua arte, la materia che egli “elabora”, è anche il suo scopo ultimo e cioè l’organismo umano vivente come fine a se stesso. Il paziente, quest’organismo appunto, è l’alfa e l’omega della finalità di cura”.²

Ecco allora che torna a riproporsi l’interrogativo iniziale: può la medicina fare a meno di una riflessione filosofica di carattere teoretico sul vivente, ed in particolar modo sul vivente razionale, l’uomo? Chi scrive ritiene di no. Oggi più che mai, infatti, è necessario che la bio-medicina si avvalga di quel sapere di cui è portatrice la filosofia: quello sulla natura dell’essere e, quindi, anche sull’essere della natura. Ovviamente, questo non significa che la medicina debba rinunciare alle conoscenze propriamente scientifiche, ma piuttosto integrarle con il sapere filosofico così da agire per il bene del paziente. Difatti, è solo grazie ad una dottrina del vivente, in genere, e dell’uomo, in particolare, ad una dottrina che ci dica che cosa sia il *bene* dal punto di vista dell’organismo, che cosa egli è secondo la sua natura e che cosa egli debba essere, che cosa gli giovi e al tempo stesso anche ciò che *non* deve essere, ciò che lo snatura, che è possibile tutelare il bene di quell’organismo, ossia, nel caso della medicina, salvaguardare la sua salute e la sua vita.

In sostanza, si rende necessaria una riflessione sul “fenomeno della vita” e su tutti quegli interrogativi che la biologia moderna ripropone e che l’ottica “avalutativa” del metodo scientifico non consente di affrontare.

Emerge allora di necessità un altro interrogativo: quale filosofia della biologia? Nel tentare di dare una risposta a questo quesito, è risultata valida la proposta del filosofo tedesco Hans Jonas. È doveroso precisare che la riflessione teoretica di Jonas sul vivente, sostanzialmente, sebbene non esclusivamente, compresa nel saggio *Organismo e libertà. Verso una biologia filosofica*,³ non costituisce un lavoro sistematico sulla filosofia della vita e riprova ne è

¹ Vanni Rovighi S., *Elementi di Filosofia. III*, Brescia: La Scuola, 1963, p. 9.

² Jonas H., *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio di responsabilità*, Torino: Einaudi, 1997, p. 109.

³ Cfr. Jonas H., *Organismo e libertà. Verso una biologia filosofica*, Torino: Einaudi 1999.

appunto il sottotitolo (si tratta, infatti, di una collezione di saggi scritti nell'arco di quindici anni, in quello che dagli studiosi del pensiero del filosofo viene indicato come il secondo dei tre periodi in cui si articola la riflessione di Jonas), ma essa merita di essere considerata per l'*iter* riflessivo che avvia il quale, tuttavia, necessita di essere ulteriormente sviluppato.

La filosofia della biologia di Hans Jonas

La riflessione portata avanti da Jonas sulla vita organica ha prodotto una vera e propria filosofia della biologia, la quale, come ha sottolineato opportunamente Ricoeur,⁴ non ha nulla in comune con la filosofia della vita di stampo romantico che ha caratterizzato il periodo che va dal 1770, anno in cui Moritz conia il termine, e il Novecento, quando si esaurisce la spinta propulsiva datagli dai suoi ispiratori: Rousseau ed Herder. Il filosofo tedesco, infatti, partendo dall'esame di una serie di fenomeni biologici – quali ad esempio il metabolismo, la motilità, la percezione e l'emozione – inseriti in un processo di organizzazione ben definito e in equilibrio fra perseveranza della forma e mutabilità della materia, elabora in chiave antiriduzionista ed antidarwiniana, un percorso dall'organismo alla libertà, dall'auto-organizzazione all'auto-trascendenza, attraverso il quale la vita afferma categoricamente se stessa.

Si tratta di una filosofia della biologia che include nel suo oggetto al tempo stesso la filosofia dell'organismo e la filosofia dello spirito; e questo perché l'organico prefigura lo spirituale già nelle sue forme inferiori e lo spirito nella sua massima estensione resta ancora parte dell'organismo. Questa è l'ipotesi anticipatrice della filosofia della vita di Jonas che quest'ultima nel corso del suo stesso sviluppo deve rendere vera.

L'interpretazione filosofica di Jonas del fenomeno della vita trova il suo fulcro nel recupero della nozione di *fine* e, quindi, in un'impostazione teleologica della natura. Egli applica, infatti, all'evoluzione naturale una griglia di interpretazione finalistica che rivela una continua gerarchia tra tutti gli esseri viventi.

“Indipendentemente dalla storia della sua genesi, indipendentemente quindi dai risultati della ricerca evolutiva, l'esistente, simultanea multiformità della vita, in particolare di quella animale, si presenta come una successione ascendente di gradi che va dal “primitivo” all’“evoluto”, sulla cui scala trovano il loro posto complicazioni della forma e differenziazioni della funzione, sensibilità dei sensi e intensità degli istinti, controllo degli arti e facoltà

⁴ Cfr. Ricoeur P., *Ethique et philosophie de la biologie chez Hans Jonas*, in AA.VV., *Lecture II. La courrière de la Philosophie*, Paris: Seuil, 1982, pp. 304-319.

di agire, riflessione della coscienza e tentativo di afferrare la verità. Aristotele leggeva questa gerarchia nella testimonianza data dalla vita organica, senza necessitare per questo dell'idea di evoluzione; il suo scritto *De Anima* è il primo trattato di biologia filosofica. Le condizioni teoretiche, alle quali il suo grande esempio potrebbe venir ripreso nel nostro tempo, sono molto diverse dalle sue, ma l'idea di gerarchia, di una progressiva sovrapposizione di strati, con dipendenza di ogni strato superiore da quelli inferiori e mantenimento di tutti quelli inferiori in quello rispettivamente più alto, continuerà a mostrarsi indispensabile”.⁵

L'idea di una progressiva scala ascendente dei viventi viene interpretata da Jonas in un duplice senso: secondo il concetto dell'ampiezza dell'esperienza sensibile e della percezione che, attraversando il regno animale, conduce alla capacità di esperire nell'uomo, e secondo la dimensione e il tipo di incidenza sul mondo, ossia rispetto ai gradi di progressiva libertà dell'agire, i quali culminano sempre nell'uomo.

Jonas enuncia un principio di continuità, che permette alla filosofia della vita di andare dall'organismo allo spirito e che si completa con un principio retrospettivo, o, come è stato definito da Donnelly, secondo un “approccio regressivo”,⁶ il quale consente di comprendere il meno evoluto alla luce del più evoluto, in contrapposizione al percorso riduzionistico tipicamente moderno.⁷

In tal modo viene superata la concezione che riduce la vita a semplici permutazioni di elementi indifferenti, al cui interno il fenomeno della soggettività non rappresenta che un caso, e perviene a una concezione teleologica della natura. La vita, infatti, è già sempre ciò che sarà e ciò che è proprio in procinto di diventare: questa è la radice della natura teleologica o finalistica della vita.

Il finalismo, o corrispondenza allo scopo, non è altro che un carattere dinamico di un determinato modo di essere, il quale coincide in primo luogo con la libertà e l'identità della forma in relazione alla materia, e, solamente in secondo luogo, ha a che fare con la struttura e l'organizzazione fisica, come nel caso del rapporto adeguato allo scopo delle parti organiche con il tutto e dell'idoneità funzionale dell'organismo in generale.

⁵ Jonas H., *Organismo e libertà...*, p. 8.

⁶ Donnelly S., *Whitehead and H. Jonas*, International Philosophical Quarterly 1979, 19, p. 303. Donnelly fa riferimento alla frase di Jonas “ciò che è superiore e ricco ci ammaestra su tutto ciò che è inferiore”.

⁷ Jonas, infatti, denuncia il senso moderno dato all'evoluzione nella teoria darwiniana, essa, infatti, si è allontanata dal significato originale e autentico che si riferiva al processo di crescita degli organismi individuali, essa ha abbandonato l'idea di preformazione e di sviluppo e l'ha sostituita con l'immagine quasi meccanica di una sequenza priva di pianificazione, sebbene progressiva, il cui *incipit* risolve in niente ciò che successivamente uscirà da esso (Cfr. Jonas, *Organismo e libertà...*).

Nella riflessione di Jonas, che si richiama alla nozione aristotelica di “forma sostanziale o essenza” (l'*entelechia* è quel principio per il quale una sostanza è quello che è, è il suo principio determinante), il fatto che la materia si organizza in un certo modo e con tali risultati sta ad indicare che questa era la meta che essa doveva raggiungere, ed è, infatti, la sua stessa sostanza a determinarne il raggiungimento. Da qui il concetto di “natura” universalmente inteso come correlazione necessaria ed insuperabile che lega quell'effetto a quella capacità di operare e alla costituzione di un definito agente. “Si ridice la stessa verità affermando che l'essenza e l'esistenza in ogni data cosa corrispondono. Altrimenti bisognerebbe sostenere che la costituzione di un agente non conta per niente nella specificazione della sua azione e dell'effetto della sua azione, che la produzione di un effetto e di un'azione da parte di un agente piuttosto che da parte di quell'altro è un effetto del caso”.⁸ Traducendo il tutto nel linguaggio dell'ontologia si può dire che gli organismi sono entità il cui essere è il loro fare, o, come ci ha fatto notare Aristotele, “come una cosa è fatta, così essa è disposta per natura e, per converso, come è disposta per natura, così è fatta, purché non vi sia qualche impaccio”.⁹

Ed allora, in base a quanto fin qui detto si può comprendere perché, per interpretare la “vita organica”, Jonas si è avvalso del concetto di libertà inteso come la capacità di procedere e di agire secondo fini intrinseci. Tant'è che, nel suo insieme, le sue riflessioni in materia di filosofia della biologia possono essere lette come una ricostruzione fenomenologica della vita organica, la quale nella sua evoluzione rivela gradi sempre crescenti di libertà. Jonas ritiene, infatti, che “già il passaggio dalla sostanza inanimata a quella animata, la prima auto-organizzazione della materia in vista della vita, fosse motivata da una tendenza operante nel profondo dell'essere proprio verso i modi della libertà ai quali questo passaggio aprì le porte”.¹⁰

La tesi sostenuta da Jonas è che già il metabolismo, ossia lo strato basilare di tutta l'esistenza organica, costituisce la prima forma di libertà e, al tempo stesso, il mezzo che consente il riconoscimento di quest'ultima. Il metabolismo, infatti, grazie ad un processo di continuo ricambio con l'esterno, può essere indicato come la proprietà che definisce la vita, la stessa condizione dell'individualità organica: quando esso cessa, ha termine lo stesso processo vitale.

“La sostanza vivente, staccatasi attraverso un atto originario di isolamento dall'universale integrazione delle cose nel tutto della natura, si è contrapposta al mondo introdu-

cendo così la tensione fra “essere e non essere” nell'indifferente sicurezza del possesso della sua esistenza. La sostanza vivente fece questo assumendo una posizione di precaria indipendenza da quella medesima materia, che pure è indispensabile alla sua esistenza; distinguendo la propria identità da quella della sua temporanea materia, attraverso la quale è una parte del comune mondo della fisica. Così sospeso tra essere e non essere l'organismo possiede il suo essere solo condizionatamente e in modo revocabile. Con questo duplice aspetto del metabolismo – la sua capacità e il suo bisogno – il non essere fece la sua comparsa nel mondo come un'alternativa contenuta nell'essere stesso; e solo tramite ciò “essere” assume un senso enfatico: intrinsecamente qualificato dalla minaccia della sua negazione, l'essere deve qui affermarsi, e l'essere affermato è esistenza come interesse. La possibilità del non essere è tanto costitutiva per la vita che il suo essere in quanto tale è essenzialmente un librarsi sopra questo abisso, un costeggiare il suo orlo. Così l'essere stesso piuttosto che uno stato dato è divenuto una possibilità costantemente offerta, da strappare sempre da capo al suo contrario sempre presente, il non essere, dal quale alla fine viene inevitabilmente inghiottito”.¹¹

L'essere, sospeso tra essere e non essere, è un fatto di polarità che si manifestano costantemente nella vita, questa, infatti, tende la sua esistenza tra delle dualità fondamentali (essere-non essere, sé-mondo, forma-materia e libertà-necessità) che costituiscono delle forme di relazione. Ebbene, poiché la relazione implica trascendenza, ossia un indicare al di là di sé da parte di chi intrattiene la relazione, Jonas può affermare che lo spirito è prefigurato nell'esistenza organica in quanto tale.

L'utilità della filosofia della biologia di Jonas per la medicina

Dopo aver presentato in modo sintetico la filosofia della biologia di Jonas è necessario giustificare perché si è ritenuta utile e valida la proposta del filosofo tedesco ai fini di una riflessione filosofica sulla pratica medica che sia, al tempo stesso, anche uno strumento che consenta di indirizzare al meglio la condotta degli operatori sanitari.

Consente di fondare la pratica medica sulle finalità intrinseche

La riflessione di Jonas sulla teleologia dei fenomeni naturali conduce ad una sua integrazione con l'ontologia, che racchiude in sé un vincolo deontologico. Jonas, infatti, ribadisce con insistenza in tutti i suoi libri che l'essere e l'esistenza sono da preferire al non essere e al nulla. Egli

⁸ Cunningham P., *La saggezza pratica e le regole del concepibile secondo H. Jonas e P. Ricoeur*, in Pellegrino P. (a cura di), *Hans Jonas. Natura e responsabilità*, Lecce: Ed. Milella, 1995, p. 239.

⁹ Aristotele, *De Fisica*, II, 8 199.

¹⁰ Jonas H., *Organismo e libertà*, p. 10.

¹¹ Jonas N. *Organismo e libertà*, pp. 10-11.

ritiene che quella di esistere è la finalità fondamentale di ogni essere vivente, e poiché un fine è ciò per cui qualcosa esiste, allora tutto ciò che esiste, esiste allo scopo di esistere. Non solo, tutto ciò che esiste, proprio perché esiste, è anche un valore, e l'essere non soltanto è sempre preferibile al nulla, ma come tale costituisce un dover essere, una norma obbligatoria anche dal punto di vista morale. Si tratta di quello che Paolo Nepi definisce l'"assioma ontologico" sul quale si fonda tutta la filosofia della biologia di Jonas.¹²

Le riflessioni di Jonas in materia di filosofia del vivente consentono di attingere dall'ontologia le basi per l'etica, ed in particolare per un'etica della responsabilità che sia fondata metafisicamente,¹³ ma consentirebbero altresì, rispetto all'ambito di indagine proprio di questo lavoro, di fondare la pratica medica sulle finalità intrinseche: sia su quelle proprie di tale *téchne*, sia su quelle dell'ente suo oggetto.

Rispetto alle finalità intrinseche all'essere oggetto della medicina, l'uomo, la filosofia della biologia di Jonas evidenzia come ogni essere umano abbia il dovere e la responsabilità di tutelare e custodire la propria vita e la propria integrità fisica e il corrispondente diritto di veder tutelata e custodita la sua vita e la sua salute. Un diritto al servizio del quale si è posta da sempre la medicina. Infatti, come si è detto, fin dai tempi di Ippocrate il compito dell'arte medica è stato identificato nel "liberare interamente i malati dalla sofferenza, mitigare la violenza delle malattie, non intervenire sui malati già sopraffatti dal male".¹⁴

Ebbene, uno sviluppo ulteriore della riflessione di Jonas in materia di filosofia della biologia sarebbe di grande importanza per la riflessione teoretica sulla medicina, proprio perché consentirebbe di considerare l'arte medica al servizio dell'ente che è oggetto del suo operato, e di considerare che il fine della pratica medica è in tal modo funzionale a quello dell'essere umano in quanto tale.

Favorisce l'esplicitazione della normatività connaturata alla pratica medica

Stabilito, in base a quanto sostenuto nel precedente paragrafo, che la medicina possiede una finalità intrinseca che rispetta le finalità naturali dell'ente suo oggetto, sareb-

be possibile, sempre alla luce delle considerazioni filosofiche sviluppate da Jonas sul vivente, favorire l'esplicitazione della normatività intrinseca alla pratica medica, ossia distinguere tra quelli che sono i fini effettivi della pratica medica, rispetto a dei falsi scopi.

Infatti, riflettendo sia sulla natura che sul fine dell'essere umano, sia sul fine della pratica medica – la tutela della vita e della salute dell'uomo malato – si giunge ad escludere, per la stessa ragion d'essere della medicina, che un dottore possa uccidere deliberatamente un paziente, ossia che divenga uno strumento volontario di morte,¹⁵ come pure che si ostini a somministrare dei trattamenti "terapeutici" quando questi non sono più efficaci e non ci sono più speranze di salvare la vita al malato.

Non solo, tenere presente lo scopo proprio della pratica medica consentirebbe a chi esercita questa professione di riconoscere alcuni scopi, per i quali la tecnica medica può essere utilizzata, come dei falsi fini naturali dell'agire medico. Si pensi ad esempio ad un clinico che pratichi per motivi non medici l'aborto o la vasectomia, o che dispensi medicine non necessarie, o che ricorra ad alcune pratiche di fecondazione artificiale senza che ci sia un'indicazione medica; il medico in questione farebbe tutto ciò solo per soddisfare le richieste del paziente; ebbene l'agire di quel sanitario non rispetta il fine proprio della professione che esercita e, quindi, egli persegue un falso scopo. Infatti, lo scopo della pratica medica è la salute del paziente, non la soddisfazione dei suoi desideri.

Quegli altri scopi, anche nel caso in cui venisse appurata la loro bontà in quanto scopi, continuerebbero ad essere dei falsi scopi della medicina, e la loro ricerca costituirebbe una perversione dell'arte.

Possiede una rilevanza epistemologica

La riflessione filosofica di Jonas sulla teleologia dei fenomeni naturali oltre ad un esito di natura etica, ne ha anche uno di carattere epistemologico in quanto favorisce

¹² Cfr. Nepi P., *Individuo e persona. L'identità del soggetto morale in Taylor, McIntyre e Jonas*, Roma: Edizioni Studium, 2000.

¹³ "Jonas non esita a proporsi esplicitamente una fondazione metafisica dell'etica, prendendo come punto di riferimento proprio una metafisica di tipo aristotelico, intesa però essenzialmente come ontologia, e precisamente come ontologia teleologica, senza alcuna pretesa di determinare il fondamento ultimo della realtà. In termini aristotelici si dovrebbe parlare, a questo proposito, di una filosofia della natura" (Berti E., *Il neoripensamento di Hans Jonas*, Iride 1991, 6, p. 228).

¹⁴ Jori A., *Medicina e medici nell'Antica Grecia. Saggio sul Peri Téchnes ippocratico*, Napoli: Società Editrice il Mulino, 1996, p. 75.

¹⁵ Jonas, sebbene si sia interessato, nell'ultimo dei tre periodi in cui si è articolato il suo pensiero, a questioni di filosofia pratica e, nella fattispecie, di filosofia della tecnica, ed abbia considerato anche le problematiche sollevate dalla tecnologia utilizzata in ambito medico, non si è mai occupato di questioni di pertinenza della filosofia della medicina propriamente detta; ciononostante egli è giunto a queste medesime conclusioni, ovviamente non fondandole, in merito alla pratica dell'eutanasia attiva quando in una intervista del 1989 al fine di contrastare le posizioni di Peter Singer ha esposto il suo pensiero: "Il disinvolto ragionamento di Peter Singer è il seguente: se si arriva fino al punto di dire che qui per il paziente sarebbe meglio morire che non continuare a vivere in quelle condizioni, non è allora coerente che il medico prenda in mano la situazione e metta fine al processo con un'iniezione? La mia risposta è un no incondizionato. Il ruolo di uccidere non deve mai competere al medico, in ogni caso il diritto non deve mai riconoscerglielo, in quanto metterebbe in pericolo o forse distruggerebbe il ruolo del medico nella società" (Jonas H., *Sull'orlo dell'abisso. Conversazioni sul rapporto uomo e natura*, Torino: Einaudi, 2000, p. 62).

una maggiore comprensione del *bios*, degli organismi viventi, ivi incluso l'uomo, e della realtà.

Il filosofo tedesco, infatti, riconsiderando la dimensione somatico-spirituale o somatico-psichica dell'ente, recupera una visione monistica dell'uomo; questi viene visto e considerato nella sua totalità psicofisica, ossia come il massimo della completezza ontologica concreta conoscibile. Purtroppo, però, Jonas non ha sviluppato ulteriormente queste sue idee: egli, infatti, "nell'elaborare la sua antropologia ha sì scelto, come aspetti costitutivi dell'uomo, la dimensione dell'auto-trascendimento, la capacità di riflettere, di contemplare, di progettare, ha evidenziato il potere causale della soggettività, la capacità della responsabilità e della libertà, ma non sembra aver approfondito tali tematiche".¹⁶ Pertanto, sarebbe necessario portare avanti le riflessioni avviate dal filosofo tedesco, così da qualificare maggiormente la dimensione psichica e spirituale sia nell'orizzonte dell'etica¹⁷ sia in quello dell'epistemologia.

L'importanza della considerazione di altri aspetti dell'essere umano, oltre quelli puramente materiali anatomo-fisiologici, ai fini della comprensione del malato e della sua patologia è stata messa in evidenza nel XX sec. durante la Prima Guerra Mondiale e nei decenni successivi la sua fine dagli esponenti della medicina psicosomatica.¹⁸ Questi studiosi, i quali hanno fondato le loro ricerche sul postulato dell'inscindibile unità biologica (corpo-mente) della persona, hanno considerato i fattori psico-emotivi quali fattori eziologici delle malattie del corpo, e hanno rivendicato una natura della medicina e un ambito di azione dell'agire medico che si contrapponeva a quelli proposti dal modello meccanicistico-riduzionistico della fisiologia ottocentesca.

Nel corso degli ultimi decenni del XX sec., inoltre, la rivalutazione e la considerazione degli aspetti psichici, ad integrazione e completamento di quelli corporei, ai fini della diagnosi clinica si è fatta sempre più intensa in ambito biomedico: si pensi a quanti hanno preso in considerazione nell'uomo l'aspetto psicologico e quello sociologico per la definizione e la comprensione dei concetti di salute e di malattia,¹⁹ ed ancora, si consideri la rivalutazione com-

piuta da parte dei pensatori pragmatisti²⁰ dell'ontologia quale strumento epistemologico per la medicina clinica; sebbene tutti questi studiosi, collocandosi su posizioni antimetafisiche, non abbiano preso in considerazione l'aspetto spirituale.

Rivela la medicina quale prodotto della libertà dell'uomo e mezzo per la tutela di tale libertà

La filosofia della biologia di Jonas ci mostra come nell'organismo il bisogno accompagni l'atto di esistere, poiché sorge da esso. Lo stato di bisogno della vita organica è "sia un segno sia il grado della libertà a cui l'organismo può aspirare in relazione alla propria concretezza".²¹ La precarietà dell'esistenza organica è la condizione della sua stessa esistenza, e questa, pur nella precarietà, costituisce anche il suo fine.

Tutti gli enti, pertanto, in funzione del grado di libertà che li caratterizza cercano di mantenere e tutelare la propria vita. Tra questi vi è anche l'uomo. Ma l'uomo a differenza degli altri enti, in virtù di un effettivo potere causale che gli è proprio, è nella condizione di poter dissentire dallo scopo presente in natura. Egli come essere contemplativo e razionale è in grado di conoscere e comprendere l'essere con i suoi valori, ma questo non implica necessariamente che egli ne accetti la tutela, egli potrebbe rifiutarsi. Secondo Jonas, tuttavia, l'uomo poiché è parte integrante della natura, dell'essere, deve riconoscere nello scopo proprio della natura il proprio. "L'assioma ontologico e l'imperativo etico sono, dunque, nella prospettiva jonesiana, perfettamente speculari. L'ontologia comporta l'assunzione di una responsabilità etica".²²

Pertanto, la tutela dell'essere da parte dell'essere acquisisce una forza vincolante nell'uomo, in quanto risultato ultimo del lavoro teleologico della natura. Riprova ne è la stessa esistenza della medicina.

Ed allora la medicina, quando rispetta il fine che le è proprio e si fa strumento di sussistenza per l'ente, è, al tempo stesso, prodotto della libertà dell'ente razionale, il quale ha scelto di seguire il proprio fine intrinseco, e mezzo di libertà per l'ente stesso, perché, guarendo l'uomo malato o salvandogli la vita, lo mette di nuovo in condizione di procedere e agire secondo le proprie intrinseche finalità.

Wulff H.R., Pedersen S.A., Rosenberg R., *Filosofia della medicina*, Milano: Raffaello Cortina, 1995.

²⁰ Cfr. Cavicchi I., *Ripensare la medicina. Restauri, reinterpretazioni, aggiornamenti*, Torino: Bollati Boringhieri, 2004; Cavicchi I., *La clinica e la relazione*, Torino: Bollati Boringhieri, 2004.

²¹ Jonas, *Dalla fede antica all'uomo tecnologico*, p. 290.

²² Nepi P., *Individuo e persona. L'identità del soggetto morale in Ta ylor, McIntyre e Jonas*, Roma: Edizioni Studium, 2000, p. 205.

¹⁶ Furiosi M.L., *Uomo e natura nel pensiero di Hans Jonas*, Milano: Vita e Pensiero, 2003, p. 126.

¹⁷ Jonas era convinto che non fosse necessario aprire lo statuto antropologico ad un vero e proprio orizzonte metafisico e l'universo laico ad una compiuta riflessione antropologica, ma "un'ontologia non adeguatamente qualificata in senso metafisico non sembra in grado di giustificare in modo soddisfacente l'eccedenza antropologica e, di conseguenza, nemmeno di fondare su di essa la dimensione autenticamente morale della responsabilità" (Alici L., *Uomo e natura. L'educazione come "responsabilità" in Hans Jonas*, Pedagogia e vita 1997, 3, p. 86).

¹⁸ Cfr. Von Weizsäcker V., *Filosofia della medicina*, Milano: Guerini e associati, 1990.

¹⁹ Cfr. Canguilhem G., *Il normale e il patologico*, Torino: Einaudi, 1998;

Bibliografia

1. Alici L. Uomo e natura. L'educazione come "responsabilità" in Hans Jonas. *Pedagogia e vita* 1997; 3:86.
2. Aristotele. *De Fisica*. II, 8 199.
3. Berti E. Il neoaristotelismo di Hans Jonas. *Iride* 1991; 6:228.
4. Cavicchi I. Ripensare la medicina. Restauri, reinterpretazioni, aggiornamenti. Bollati Boringhieri, Torino 2004.
5. Cavicchi I. La clinica e la relazione. Bollati Boringhieri, Torino 2004.
6. Cunningham P. La saggezza pratica e le regole del concepibile secondo H. Jonas e P. Ricoeur. In Pellegrino P. (a cura di), Hans Jonas. *Natura e responsabilità*, Ed. Milella, Lecce 1995.
7. Canguilhem G. Il normale e il patologico. Einaudi, Torino 1998.
8. Donnelly S. Whitehead and H. Jonas. *International Philosophical Quarterly* 1979; 19: 303.
9. Furiosi ML. Uomo e natura nel pensiero di Hans Jonas. *Vita e Pensiero*; Milano 2003: 126.
10. Jori A. *Medicina e medici nell'Antica Grecia*. Saggio sul Perì Téchnes ippocratico. Società Editrice il Mulino, Napoli 1996.
11. Jonas H. *Tecnica, medicina ed etica*. Prassi del principio di responsabilità. Einaudi, Torino 1997.
12. Jonas H. *Organismo e libertà*. Verso una biologia filosofica. Einaudi, Torino 1999.
13. Jonas H. *Sull'orlo dell'abisso*. Conversazioni sul rapporto uomo e natura. Einaudi, Torino 2000.
14. Nepi P. *Individuo e persona*. L'identità del soggetto morale in Taylor, McIntyre e Jonas. Edizioni Studium; Roma 2000.
15. Ricoeur P. *Ethique et philosophie de la biologie chez Hans Jonas*. In AA.VV. *Lecture II. La coutre de la Philosophie*. Seuil, Paris 1982.
16. Von Weizsäcker V. *Filosofia della medicina*. Guerini e associati, Milano 1990.
17. Vanni Rovighi S. *Elementi di Filosofia*. III. La Scuola, Brescia 1963.
18. Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. *Filosofia della medicina*. Raffaello Cortina, Milano 1995.

La Comunicazione dell'Errore in Medicina

Communication of Medical Errors: Evaluation of a Training Programme

GIULIA LAMIANI¹, DANIELA LEONE¹, ELENA VEGNI²

Il Workshop "Valutare l'impatto di un workshop sulla comunicazione dell'errore sulle attitudini degli operatori" parte del programma italiano per il miglioramento delle competenze comunicative-relazionali (PERCS), è interdisciplinare ed è basato sulla simulazione e *debriefing* di due casi clinici in cui deve essere comunicato un errore ai famigliari. Prima e dopo il workshop, ai partecipanti è stato somministrato un questionario composto da item su scala Likert a 5 punti e da domande Sì/No su: senso di preparazione, competenze comunicative, competenze relazionali, fiducia in se stessi e ansia nel comunicare un errore. Il post-questionario includeva anche domande aperte su: aspetti utili del corso e riflessioni sull'apprendimento.

Sono stati realizzati 10 workshop, in due ospedali italiani, a cui hanno partecipato 119 operatori (medici, infermieri, comunicative ($p=.000$), delle abilità relazionali ($p=.000$), della sicurezza in se stessi ($p=.000$) e una riduzione dell'ansia ($p=.000$). Tra gli aspetti utili del corso emergono: l'uso di simulazioni, l'interdisciplinarietà e i principi pedagogici. Riflessioni sull'apprendimento evidenziano: un cambiamento di attitudini, una nuova prospettiva sull'errore, l'importanza del lavoro d'equipe e l'acquisizione di tecniche comunicative.

Il progetto dimostra che è possibile cambiare le attitudini e la preparazione degli operatori sulla comunicazione dell'errore. Ulteriori studi sono necessari per verificare la trasferibilità di questi cambiamenti in comportamenti.

Parole Indice Comunicazione errore clinico, Corsi di comunicazione, Educazione interdisciplinare

The Workshop "To assess the impact of a workshop on disclosure of medical errors on clinicians' attitudes" is part of the Italian Programme to Enhance Relational and Communication Skills (PERCS). This interdisciplinary workshop is based on the simulation and debriefing of two case scenarios in which an error has to be disclosed to the family. Before and after the workshop, participants were administered a questionnaire composed of 5-point Likert scale items and Yes/No questions on: preparedness, communication skills, relational abilities, self-confidence, and anxiety in communicating a clinical error. The post-questionnaire also included open-ended questions regarding: useful aspects of the workshop and reflections on learning.

10 workshops were offered in two Italian hospitals enrolling a total of 119 participants (physicians, nurses, physical therapists, psychologists etc.) Participants reported an increase of their sense of preparedness ($p=.000$), communication skills ($p=.000$), relational abilities ($p=.000$), self-confidence ($p=.000$) and a reduction of anxiety ($p=.000$). Useful aspects of the workshop were: use of simulations, enrollment of interdisciplinary participants, and pedagogical principles. Reflections on learning included: attitudinal change, reframed perspective on clinical error, importance of teamwork, and acquisition of new communication skills. Our findings showed that it is possible to change clinicians' attitudes and preparation on disclosure of clinical errors through an educational programme. Further studies could verify the transferability of this attitudinal change on actual clinicians' behaviors.

Index Terms Medical error disclosure, Communication training, Inter-professional education

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Dott.ssa Giulia Lamiani
Ospedale San Paolo
Via Di Rudini, 8
20142 Milano
e-mail: giulia.lamiani@unimi.it

¹ Centro CURA, Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria. Università degli Studi di Milano

² Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria. Università degli Studi di Milano

Introduzione

Il tema della gestione del rischio clinico e della comunicazione degli eventi avversi in medicina ha assunto negli ultimi anni una notevole rilevanza nel contesto internazionale anche in seguito alla denuncia da parte dell'*Institute of Medicine*¹ dell'elevato numero di morti dovute a errori medici. Precedentemente, la forte enfasi sulla responsabilità individuale in caso di errore aveva infatti reso più difficile la rivelazione degli errori sia a colleghi che a pazienti e famigliari promuovendo una cultura del silenzio. Solo nell'ultimo decennio si è diffusa una concezione più funzionale dell'errore che ha spostato l'attenzione dal singolo al sistema, portando all'analisi non tanto delle colpe ma delle barriere, difese, o procedure organizzative che non hanno funzionato.² All'interno di questa cultura la comunicazione dell'errore viene incoraggiata in quanto permette all'organizzazione di migliorarsi per garantire la sicurezza dei pazienti.³

Grazie a questo dibattito anche la cultura sanitaria del nostro paese riguardo l'errore sta cambiando^{4,5}. Diversi strumenti, come la *root cause analysis* e l'*incident report*, sono stati introdotti nella nostra realtà sanitaria per analizzare le insufficienze dell'organizzazione e progettare barriere protettive. Nonostante siano state attivate molte iniziative in ambito strategico e preventivo, sono ancora pochi gli interventi formativi finalizzati a preparare gli operatori alla comunicazione dell'errore con i pazienti e i famigliari. L'alto numero di medici che dichiarano di non aver comunicato un errore grave ad un paziente⁶, dimostra quanto questo compito sia ancora difficile, emotigeno e per questo spesso delegato o rimandato⁷.

Alla luce di quest'esigenza formativa, tra il 2010 e il 2011 è stato progettato presso l'Ospedale San Paolo di Milano un workshop sulla comunicazione dell'errore. Tale workshop fa parte di un più ampio progetto formativo sulle conversazioni difficili, il progetto PERCS (*Programme to Enhance Relational and Communication Skills*), avviato nel 2008 presso il medesimo ospedale^{8,9} in collaborazione con il *Children's Hospital* di Boston¹⁰. PERCS si basa sull'utilizzo di simulazioni e discussioni, in un clima interdisciplinare, per migliorare la preparazione dei clinici nel gestire conversazioni difficili. All'interno di tale progetto, sono stati sviluppati diversi workshop adattati a contesti specifici come ad esempio la terapia intensiva, l'oncologia, la dialisi etc¹¹.

Obiettivo del presente studio è valutare l'impatto del workshop riguardante la comunicazione dell'errore (PERCS-errore) sulle attitudini degli operatori. In particolare, si è voluto verificare se il workshop fosse efficace nell'aumentare il senso di preparazione, le competenze comunicativo-relazionali, e la fiducia in se stessi, e nel diminuire l'ansia dei partecipanti.

Materiali e Metodi

Partecipanti

Il workshop è stato realizzato tra il 2010-2011 presso due grandi ospedali: uno del Nord e l'altro del Centro Italia. È stato aperto a tutti gli operatori sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, psicologi etc.) di ciascun ospedale su base volontaria. Il reclutamento dei partecipanti è avvenuto in entrambi gli ospedali tramite e-mail da parte dell'ufficio formazione e volantini divulgativi.

Descrizione del workshop

La pedagogia del workshop si basa sulla creazione di un clima di apprendimento sicuro e non giudicante, sulla sospensione delle gerarchie così che la conoscenza grup-ale possa emergere per proprio merito e non indebitamente influenzata da potere e autorità, e sulla valorizzazione dell'auto-riflessione e delle competenze pre-esistenti¹⁰.

Il workshop è aperto ad un massimo di 13 partecipanti per volta ed è interdisciplinare per favorire l'interazione tra diverse figure professionali, aspetto di vitale importanza in caso di errore clinico¹¹. Il workshop dura 4 ore ed è altamente esperienziale. Una breve sintesi della struttura del workshop è riportata in Tabella 1.

Tabella 1: Programma del workshop PERCS-errore

14:30-14:45	Introduzione Principi dell'apprendimento collaborativo Presentazione dei partecipanti
14:45-15:15	Presentazione teorica
15:15-16:15	Simulazione: <i>Massimina Pecca</i> Debriefing di Gruppo
16:15-16:30	Pausa
16:30-17:15	La comunicazione coi colleghi Debriefing di Gruppo
17:15-18:15	Simulazione: <i>Walter Fusi</i> Debriefing di Gruppo
18:15-18:30	Valutazione

Dopo un breve inquadramento teorico sull'importanza di un approccio sistemico all'errore, il workshop procede con la simulazione e discussione di due casi clinici in cui, rispettivamente, si deve comunicare ai famigliari un errore di dosaggio di morfina dopo un intervento di toracotomia, e un errore di sistema che è esitato nello smarrimento del paziente fuori dall'ospedale. Il primo caso clinico è riportato, come esempio, in Tabella 2.

Tabella 2: Caso clinico utilizzato nel workshop PERCS-errore

Massimina Pecca

Massimina Pecca, 65 anni, è ricoverata nel reparto di Chirurgia in seguito a un intervento demolitivo di toracotomia con lobectomia polmonare. È portatrice di cateterino peridurale. Il medico ha prescritto per il post-operatorio una terapia antalgica che prevede l'infusione di morfina a una dose di 1 mg/h in pompa infusoriale. Quando l'infermiere/a legge la prescrizione in cartella chiede come mai viene prescritta una dose così alta di morfina e il medico risponde che il tipo di intervento subito è molto doloroso e questa è la dose prevista da protocollo, inoltre la paziente lamenta costantemente un dolore non tollerabile.

In realtà l'infermiere/a non ha notato che c'è un punto decimale nella prescrizione e perciò comincia l'infusione di morfina a 10 mg/h. Tre ore più tardi, il vicino di letto della paziente suona il campanello e l'infermiere/a trova Massimina dispnoica, bradicardica e desaturata. Chiama dunque il medico di guardia e nel frattempo provvede alla ventilazione. Quando il medico arriva e viene a conoscenza della dose di morfina infusa alla paziente, ferma l'infusione e ordina naloxone 200 mcg e.v.. La paziente risponde e inizia a respirare spontaneamente; viene trasferita quindi in terapia intensiva in osservazione. Alla sera la paziente sta bene, riesce a stare seduta e ci si aspetta una piena ripresa.

Da un lato il medico crede di aver scritto l'ordine correttamente, dall'altro l'infermiere/a non crede di essere completamente responsabile dell'accaduto, in quanto la consuetudine del reparto non ha mai previsto la prescrizione di dosi farmacologiche con l'uso dei decimali. Inoltre, l'infermiere/a aveva chiesto il motivo di una dose così alta (senza specificarne la quantità) ed era stato/a rassicurato/a sull'appropriatezza della dose per il tipo di intervento.

Prima di ogni colloquio simulato, i partecipanti discutono insieme sulle informazioni da comunicare e decidono chi saranno le figure più indicate ad incontrare i famigliari, riproducendo così una discussione d'équipe. Le simulazioni, che avvengono in un'aula allestita a parte, vengono videoregistrate e mostrate in diretta ai partecipanti al corso tramite sistema audio-video. Al termine di ogni colloquio, i partecipanti hanno modo di discutere passaggi di valenza formativa e di rivedere la simulazione in plenaria. A questa discussione partecipano anche gli attori in modo da offrire un feedback sull'accaduto, evidenziando passaggi significativi, punti di forza e di difficoltà. Il corso si conclude con un giro finale di commenti liberi su quanto ogni partecipante "si porta a casa" dal corso.

Raccolta dati

L'efficacia del corso è stata valutata somministrando, prima e dopo il workshop, lo stesso questionario di valutazione abitualmente utilizzato in America ed in Italia per la valutazione del corso PERCS.^{12,13} Il questionario è composto da domande su scala Likert a 5 punti (1=poco; 5=molto) per indagare le modificazioni percepite dai partecipanti nel loro senso di preparazione, nelle abilità comunicative-relazionali, nella fiducia in se stessi e nell'ansia. Il questionario comprende anche domande dicotomiche (Sì/No) sulle precedenti dimensioni e domande aperte su: aspetti utili del corso, riflessioni sull'apprendimento e suggerimenti. I questionari sono anonimi ma sono contrassegnati da numeri identificativi *random* per garantire l'appaiamento dei pre e dei post per ogni soggetto.

Il presente progetto è stato approvato dal Comitato Etico del San Paolo. I partecipanti hanno dato il loro consenso all'utilizzo del materiale raccolto durante il workshop per scopi di ricerca.

Analisi dei dati

I dati quantitativi sono stati analizzati con SPSS. In particolare, le domande su scala Likert sono state analizzate utilizzando il t-Test per campioni appaiati poiché i dati si distribuivano normalmente. Le domande dicotomiche sono state analizzate con strumenti di statistica descrittiva (percentuali). Le risposte alle domande aperte sono state analizzate da tre ricercatori tramite analisi del contenuto¹⁴ che ha previsto un lavoro di identificazione e di codifica, individuale e poi congiunta, delle tematiche emerse. Per ogni tematica sono state inoltre selezionate alcune risposte dei partecipanti a titolo esplicativo.

Risultati

Partecipanti

Ad oggi sono stati offerti 10 workshop (PERCS-errore) a cui hanno partecipato 119 operatori tra cui 31 medici, 49 infermieri, 6 psicologi, 10 tecnici di laboratorio, 5 fisioterapisti, 4 OSS, 3 educatori, 3 logopedisti, 2 risk manager, 2 biologi, 1 dietista, e 1 danzaterapeuta. I dati demografici dei partecipanti sono riportati in Tabella 3.

Tabella 3: Caratteristiche demografiche dei partecipanti che hanno frequentato il workshop

Caratteristiche	Tutti i partecipanti N=119*
Disciplina	
Medico	31 (27%)
Infermiere e coordinatore inf.	49 (43%)
Tecnici laboratorio	10 (9%)
Psicologi	6 (5%)
Fisioterapisti	5 (4%)
OSS	4 (3%)
Educatori	3 (2%)
Logopedisti	3 (2%)
Altro (risk manager, biologi etc.)	6 (5%)
Età (media)	45.59 (9.49)
Anni di esperienza (media)	19.84 (11.33)
Genere	
Femmina	97 (83%)
Maschio	20 (17%)
Nazionalità	
Italiana	114 (97%)
Altro	3 (3%)
Presenza di un mentore nella comunicazione dell'errore	
No	95 (81%)
Sì	22 (19%)

* Due partecipanti non hanno completato il pre-test

Risultati quantitativi

I partecipanti a fine corso hanno riportato, su scale Likert da 1 a 5 punti, un aumento significativo di tutte le dimensioni: senso di preparazione, abilità comunicative, abilità relazionali, sicurezza in se stessi e riduzione

dell'ansia nel comunicare un evento avverso ai pazienti (Tabella 4).

Dall'analisi dell'efficacia del corso per disciplina, emerge che i medici (n=31) hanno riportato un miglioramento in tutte le dimensioni: senso di preparazione (p=.000), abilità comunicative (p=.005), capacità di sviluppare e mantenere relazioni con i pazienti (p=.018), sicurezza in se stessi (p=.001), e ansia (p=.001). Anche gli infermieri (n=49) hanno riportato un miglioramento in tutte le dimensioni: senso di preparazione (p=.000), abilità comunicative (p=.000), delle abilità relazionali (p=.000), sicurezza in se stessi (p=.000) e ansia (p=.003) nel comunicare un evento avverso ai pazienti. Similmente, i professionisti di tutte le altre discipline (n=37) hanno riportato un miglioramento nel: senso di preparazione (p=.000), abilità comunicative (p=.000), abilità relazionali (p=.000), sicurezza in se stessi (p=.000) e ansia (p=.004).

Alle domande poste nel formato sì/no, il 97 % dei partecipanti sostiene che il corso ha migliorato il proprio senso di preparazione nel comunicare un errore, il 96% che il corso ha migliorato le proprie capacità comunicative, il 94% che il corso ha migliorato le proprie capacità di sviluppare e mantenere relazioni con i pazienti ed i loro parenti, il 91% che il corso ha migliorato la sicurezza in se stessi nel comunicare un errore, il 67% che il corso ha ridotto il suo senso di ansia nell'affrontare queste conversazioni. Il 100% dei partecipanti consiglierebbe questo corso ad altre persone nella sua posizione.

A prescindere dalla disciplina, i partecipanti hanno giudicato il programma come molto utile (media= 4.6; SD=.54 su scala Likert da 1-5) e di alta qualità (media= 4.3; SD=.72) confermando come questo tipo di apprendimento relazionale sia significativo per qualsiasi figura professionale dell'ambito sanitario. In particolare, i casi clinici simulati sono stati definiti come molto utili per l'apprendimento (media=4.6; SD=.53) e molto realistici (media=4.5; SD=.61).

Tabella 4: Impatto del workshop sul senso di preparazione, abilità comunicative e relazionali, fiducia in se stessi e ansia di tutti i partecipanti

Dimensioni	Pre-workshop Media (DS)	Post-workshop Media (DS)	T-Test Campioni appaiati	Intervallo di confidenza 95%	
				inf	sup
Senso di preparazione (n=115)	2.2 (0.84)	3.22 (0.711)	t= -13.365 p = 0.000	-1.168	-0.867
Abilità comunicative (n=108)	2.55 (0.847)	3.25 (0.598)	t= -8.648 p = 0.000	-0.865	-0.542
Capacità di mantenere relazioni (n=110)	2.76 (0.834)	3.34 (0.563)	t= -8.17 p= 0.000	-0.712	-0.434
Fiducia in se stessi (n=110)	2.41 (0.782)	3.2 (0.675)	t= -10.337 p= 0.000	-0.943	-0.639
Ansia (n=107)	3.57 (0.923)	3.07 (0.756)	t= 5.642 p= 0.000	0.327	0.682

Risultati qualitativi

Aspetti utili

Dall'analisi delle domande aperte, tra gli aspetti più utili del corso i partecipanti hanno apprezzato: la metodologia didattica (n=78), i principi pedagogici (n=20) e i contenuti (n=12).

In particolare si evidenzia un generale apprezzamento della metodologia esperienziale utilizzata come l'uso delle simulazioni seguite dalla discussione di gruppo, l'uso del piccolo gruppo e l'interdisciplinarietà dell'aula:

"Utile le simulazioni e le discussioni di gruppo con la presenza dei parenti-attori."

"Lavorare con un gruppo formato da figure professionali diverse e confrontarsi con esse."

"La forma di facilitazione all'apprendimento"

Anche i principi pedagogici che hanno contribuito a creare un clima di dialogo e confronto alla pari sono stati giudicati positivamente:

"Bello il potersi confrontare senza remore."

"(Ho trovato utile) la possibilità di esprimersi liberamente senza uno schema preconstituito." *"Il dialogo alla pari"*

Infine i partecipanti riportano come utile l'aver acquisito dei contenuti specifici riguardo l'errore e la sua comunicazione:

"Dare la consapevolezza che sbagliare non è difficile"

"Non generalizzabilità delle regole e delle possibilità di approccio."

"Sottolineare come la collaborazione è fondamentale per la risoluzione di un problema".

Riflessioni sull'apprendimento

Infine le riflessioni sull'apprendimento evidenziano: la consapevolezza di nuove attitudini (n=26), una nuova prospettiva sull'errore (n=12), l'importanza del lavoro d'équipe (n=15) e l'acquisizione di tecniche comunicative (n=6).

Da alcuni commenti emerge come il corso sia servito a raggiungere maggiore consapevolezza rispetto ad attitudini personali che possono aiutare nella comunicazione di un errore ai pazienti come il saper riflettere sul proprio operato, ascoltare i vissuti emotivi propri ed altrui, essere autentici e mettersi in discussione:

"(l'importanza di) fermarsi ed analizzare il proprio operato."

"Non esistono tecniche particolari di comunicazione ma la tecnica fondamentale è essere autentico di fronte all'altro."

Il corso si è inoltre dimostrato efficace nel cambiare la prospettiva dei partecipanti sull'errore verso un'ottica sistemica, favorendo l'apertura e la possibilità di discutere tra colleghi dell'errore come di un evento possibile:

"Accettare l'errore come evento possibile, riconoscerlo,

individuare le criticità nelle procedure effettuate e mettere in atto le adeguate misure per individuarle e risolverle."

"Niente paura; ammettere gli errori – per quanto difficile possa essere – non deve essere vissuto come una sconfitta ma una conquista per sé e per gli altri."

"È una grande sfida culturale la legittimazione dell'errore".

Dall'esperienza di poter discutere dell'errore in gruppo deriva una valorizzazione del lavoro d'équipe che i partecipanti hanno riportato come nuovo apprendimento:

"Mi ha dato più sicurezza nel sapere che in questi casi non sempre si viene lasciati soli."

"Importanza che gli operatori che faranno la comunicazione si preparino adeguatamente insieme e col consiglio di altri colleghi."

Infine, tra le tecniche comunicative, i partecipanti hanno riconosciuto l'importanza dell'ascolto prima di dare informazioni, dell'utilizzo di un linguaggio semplice senza tecnicismi, e della capacità di adattarsi all'interlocutore:

"Una volta di più ho capito quanto siano importanti il dono della chiarezza, della sintesi e dell'autocontrollo."

Suggerimenti

I suggerimenti riguardano la frequenza e la durata del corso (n=19), aspetti pratici (n=13) e la composizione dell'aula (n=5).

Per quanto riguarda la durata, è stato suggerito di aumentare le ore del corso e ripeterlo con maggiore frequenza organizzando eventuali follow-up:

"Ripetere questi corsi più frequentemente."

"I tempi sono troppo ridotti."

Sono stati offerti suggerimenti pratici come diminuire la parte teorica, far giocare lo stesso caso più volte e includere un momento di chiusura in cui i partecipanti possano esprimere i vissuti emotivi suscitati dal corso:

"Meno teoria."

"Si sentiva il bisogno di un momento finale in cui confrontarsi sulle emozioni e disagi che il corso suscita."

Infine è stato inoltre suggerito di estendere il corso a delle intere unità operative e di bilanciare le diverse figure professionali:

"Cercare di poterlo allargare a tutti gli operatori."

Discussione

L'ambito della gestione del rischio clinico sta emergendo sempre più chiaramente come elemento nodale della buona sanità¹⁵. Oltre all'esame tecnico del rischio, risulta cruciale la problematica comunicativo-relazionale da intendersi sia nell'ambito interprofessionale che con il paziente e i familiari¹⁶. Ancor prima che una competenza pratica, il principale ostacolo alla comunicazione dell'erro-

re sono gli atteggiamenti e i sentimenti di ansia e vergogna dei clinici che li portano a mettere in atto comportamenti difensivi e di evitamento contrastando così coi bisogni di trasparenza dei pazienti^{7,17-19}. Il presente progetto di ricerca, seppur pilota, ha permesso di verificare che è possibile lavorare sulle attitudini degli operatori per quanto riguarda la comunicazione dell'errore. In particolare, i risultati del presente studio indicano che il workshop PERCS-errore è stato efficace nel migliorare il senso di preparazione, la fiducia in se stessi, le competenze comunicativo-relazionali degli operatori e nel diminuire l'ansia riguardo alla comunicazione di un errore. Tale risultato è di rilevanza clinica se si pensa che una maggior fiducia in se stessi e un maggior senso di preparazione influenzano la predisposizione ad affrontare o meno queste conversazioni²⁰.

Il workshop è stato efficace per tutti i partecipanti a prescindere dalla disciplina. Tale risultato è diverso rispetto ai dati relativi all'efficacia degli altri workshop del programma PERCS. Nei workshop sulle conversazioni difficili in oncologia, dialisi e terapia intensiva, i partecipanti hanno riportato un miglioramento di tutte le dimensioni tranne che della capacità di mantenere relazioni e dell'ansia, che sono rimaste invariate¹². Il miglioramento, invece, di tutte le dimensioni riportato dai partecipanti al PERCS-errore fa pensare ad una peculiarità di questo workshop. In particolare, il miglioramento percepito nella capacità di mantenere relazioni può essere dovuto al fatto che la possibilità di recuperare la relazione col paziente/famigliare dopo aver comunicato un errore è emerso come tema pregnante del workshop ed è stato oggetto di riflessione durante le discussioni di gruppo. Anche per quanto riguarda l'ansia, l'aver approcciato il tema dell'errore in un'ottica di responsabilità sistemica e non individuale può aver contribuito a ridurre tale sentimento.

Il progetto presenta alcuni limiti: lo studio non ha previsto un gruppo di controllo e i risultati si basano su indicatori di attitudini auto-risportati. Resta pertanto da indagare l'effettivo cambiamento nel comportamento dei clinici e il suo mantenimento a distanza di tempo. Inoltre, lo studio è soggetto ai *bias* derivanti dall'utilizzo di un campione a base volontaria.

Seppur con tali limiti il progetto presenta una serie di punti di forza che lo rendono innovativo nel contesto sanitario italiano e che sono stati particolarmente apprezzati dai partecipanti così come evidenziato nei risultati qualitativi. L'approccio pedagogico, basato sulla creazione di un clima di apprendimento sicuro, non giudicante e paritario, è stato particolarmente valido per affrontare una tematica delicata come quella dell'errore che mette i partecipanti in una posizione di vulnerabilità. Come emerge dai commenti dei partecipanti, la possibilità di confrontarsi apertamente sull'errore e di gestirlo come un evento che riguarda il sistema e non solo il singolo ha contribuito a modificare

la loro prospettiva sull'errore. L'utilizzo di simulazioni con pazienti-attori è stato percepito come particolarmente utile per apprendere competenze comunicativo-relazionali specifiche e ha consentito una maggior concretezza e verificabilità delle tematiche discusse^{21,22}. La videoregistrazione dei colloqui simulati ha offerto la possibilità di rivedere passaggi significativi delle conversazioni ed acquisire competenze autoriflessive trasferibili alla propria pratica clinica. Inoltre, l'utilizzo di un gruppo di apprendimento piccolo e interdisciplinare, con la presenza in aula di medici, infermieri, OSS, assistenti sociali e psicologi, ha agevolato un apprezzamento delle competenze reciproche ed un coordinamento tra professioni che è il presupposto per una gestione ottimale di un evento avverso e della sua comunicazione. Infine, l'implementazione di un workshop sull'errore che si è rivelato efficace nel modificare le attitudini degli operatori ha dimostrato che PERCS è un approccio flessibile alle diverse esigenze formative ed esportabile in più contesti istituzionali.

Conclusioni

Il lavoro presentato dimostra che è possibile, tramite un progetto formativo interdisciplinare ed esperienziale, aumentare il senso di preparazione, le competenze comunicativo-relazionali, la fiducia in se stessi e diminuire l'ansia degli operatori rispetto al tema della comunicazione dell'errore. Ulteriori studi sono necessari per verificare la trasferibilità di questi cambiamenti attitudinali in comportamenti.

Ringraziamenti

Si ringraziano i colleghi americani ed in particolare Sigall Bell, David M Browning, Elaine C. Meyer, Elizabeth A Rider e Robert D Truog per aver generosamente condiviso la loro esperienza di formazione nel campo dell'errore. Si ringraziano inoltre Stefania Anania, Raffaella Balestrieri, Serena Barello, Ingela Johnson e Marco Lunardelli per il prezioso contributo alla progettazione e conduzione del progetto; Ivan Fossati, Alessandro Gabetta, Antonella Gullotta e Cristina Morazzoni, attori di prim'ordine, e infine tutti partecipanti che hanno acconsentito ad utilizzare il materiale del percorso formativo per scopi di ricerca.

Bibliografia

1. Institute of Medicine. To Err Is Human: Building a Safer Health System. National Academy Press, Washington, DC 2000.

2. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320:768-70.
3. Clinton HR, Obama B. Making patient safety the centerpiece of medical liability reform. *N Engl J Med* 2006; 354:2205-8.
4. Pravettoni G, Vago G. Decisioni mediche e prevenzione dell'errore. In: *La scelta imperfetta. Caratteristiche e limiti della decisione umana*. McGraw-Hill, Milano 2007:151-174.
5. Pravettoni G, Vago G. Ragione ed errori nelle decisioni mediche. *La Cura* 2007; 3:18-23.
6. Blendon R, DesRoches C, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E et al. Views of Practicing Physicians and the Public on Medical Errors. *N Engl J Med* 2002; 347:1933-1940.
7. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA* 2003; 289:1001-7.
8. Lamiani G, Meyer EC, Browning DM, Moja EA. Tra scienza e sofferenza: Le conversazioni difficili in sanità. *Recenti Prog Med* 2009; 100:239-246.
9. Servizio in Ominbus Life, La 7 [Internet]. 2008 Oct 14. Available from: <http://il.youtube.com/watch?v=LlSkMJMNn2A>.
10. Browning DM, Meyer EC, Truog RD, Solomon MZ. Difficult conversations in health care: cultivating relational learning to address the hidden curriculum. *Acad Med* 2007; 82:905-13.
11. Robins L, Brock DM, Gallagher TH, Kartin D, Lindhorst T, Odegard PS et al. Piloting team simulations to assess interprofessional skills. *J Interprof Care* 2008; 22:325-328.
12. Lamiani G, Meyer EC, Leone D, Vegni E, Browning DM, Rider EA et al. Cross-cultural adaptation of an innovative approach to learning about difficult conversations in healthcare. *Med Teach* 2011; 33:e57-64.
13. Meyer EC, Sellers DE, Browning DM, McGuffie K, Solomon MZ, Truog RD. Difficult conversations: improving communication skills and relational abilities in health care. *Pediatr Crit Care Med* 2009; 10:352-9.
14. Richards L, Morse JM. *Fare ricerca qualitativa. Prima guida*. Franco Angeli Edizioni, Milano 2009.
15. Ministero della Salute. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari. [Internet]. Dipartimento della Qualità [cited 2011 Mar 4]. Available from: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_640_allegato.pdf
16. Truog RD, Browning DM, Johnson JA, Gallagher TH. *Talking with patients and families about medical error. A guide for education and practice*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD 2010.
17. Hingorani M, Wong T, Vafidis G. Patients' and doctors' attitudes to amount of information given after unintended injury during treatment: cross sectional, questionnaire survey. *BMJ* 1999; 318:640-1.
18. Kaldjian LC, Jones EW, Rosenthal GE. Facilitating and impeding factors for physicians' error disclosure: a structured literature review. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006; 32:188-98.
19. Mazor KM, Greene SM, Roblin D, Lemay CA, Firreno CL, Calvi J et al. More than words: Patients' views on apology and disclosure when things go wrong in cancer care. *Patient Educ Couns* 2011 [Epub ahead of print].
20. De Beni M, Moè A. *Motivazione e apprendimento*. Il Mulino, Bologna 2000.
21. Wayman KI, Yaeger KA, Sharek PJ, Trotter S, Wise L, Flora JA et al. Simulation-based medical error disclosure training for pediatric healthcare professionals. *J Healthc Qual* 2007; 29:12-19.
22. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002; 325:697-700.

I Medici e la Medicina nel Cinema: una Breve Bibliografia (I parte)

Doctors and Medicine in Cinema: a Short Bibliography (1st part)

LAURA FIESCHI

PHD Student Scienze Infermieristiche

Il cinema, in ormai oltre cento anni di esistenza, ha saputo narrare centinaia e centinaia di storie di malattie di malati, di medici e di sanità. Questo archivio può costituire materiale di riflessione, discussione e ragionamento per tutti coloro che si occupano di salute, di malattia e di cura. La medicina narrativa può proficuamente attingere al cinema, che è uno strumento di comunicazione nonché di narrazione estremamente efficace per la sua forza, la sua immediatezza e la sua capacità di fascinazione. Il film offre l'occasione di fare esperienza di una realtà che non appartiene allo spettatore, coinvolgendolo in situazioni complesse, mettendolo di fronte a problemi, scelte, dilemmi, costringendolo a ragionare di sé e dell'altro. Per tutti i sanitari la visione di film che trattano di medicina è un'occasione per affrontare e approfondire le tematiche che appartengono alla quotidianità lavorativa, stimolandoli a riflettere sul loro ruolo, sulla loro professione, sulla sofferenza, sulla malattia, sui rapporti con i malati.

Si propone una rassegna non esaustiva di libri che, a diverso titolo, affrontano il tema della rappresentazione della medicina nel cinema:

Beccastrini S. *Lo specchio della vita*. Edizioni Change, Torino 2006.

Propone un approccio narrativo al rapporto di cura attraverso l'analisi di film che raccontano storie di malattie e di malati, di medici e di sanità. Il libro è suddiviso in due parti: una prima di cui sono protagonisti i malati e le malattie è dedicata al nascere, il crescere, l'ammalarsi, il diventare un paziente, i vari tipi di malattia (con particolare attenzione al cancro e all'AIDS), la condizione femminile, l'handicap, i rapporti tra salute e lavoro, quelli tra salute e ambiente, la salute mentale, le dipendenze, il rapporto tra cibo e salute, eccetera, fino all'invecchiare e al morire; la seconda parte di cui sono protagonisti i medici e la sanità è dedicata alla storia della medicina, al diventare medici, al filone dei *Medical Horror* e dei *Medical Thriller*, alla relazione tra medici e pazienti, alle situazioni pediatriche, all'ospedale, al manicomio, alla psicoanalisi, alla professione infermieristica, all'antropologia e sociologia medica, alla malasanità, all'epistemologia della medicina, alla

medicina e la guerra, fino alla bioetica ed al rapporto tra la medicina e la morte. Ciascun capitolo è articolato in tre sottocapitoli: il primo ("Il tema") illustra un argomento inquadrandolo nella storia, e nella filosofia, della medicina e del mondo; il secondo ("I film") presenta una sorta di catalogo, necessariamente non esaustivo ma assai ampio (sono citati e illustrati oltre quattrocento film, complessivamente), di opere cinematografiche collegabili al tema; il terzo ("Il Film") sceglie, tra le varie possibili sul tema, un'opera cinematografica particolarmente significativa da proporre all'approfondimento e alla discussione. Il presupposto dell'Autore è che il cinema possa aiutare i medici e gli operatori sanitari in genere a meglio comprendere i contesti relazionali, sociali, culturali, della cura e come le opinioni dei professionisti e della gente comune interagiscano con i valori, le tradizioni, le immagini rappresentate nei film, promuovendo, attraverso l'utilizzo formativo dei film, promuovere un arricchimento della professionalità dei futuri medici e dei futuri professionisti della sanità in genere, che sappia ridonare loro la padronanza, accanto a quella tecnico-specialistica e tecnologica, anche della dimensione antropologica, relazionale, filosofica – in una parola, umanistica – del loro mestiere.

Bert G. *Cinema e medicina un viaggio nell'immaginario. Medici e pazienti in 48 film*. Edizioni Change, Torino 2004.

L'autore ha raccolto le scene di 48 film per ripercorrere l'immagine del medico, che appare in continua costruzione e in evoluzione nei film che a diverso titolo raccontano storie di medici. Il percorso formativo e professionale del medico come è raccontato dal cinema si presta bene ad essere utilizzato nella formazione di medici e studenti di medicina, in particolare rispetto agli errori di comunicazione e ai problemi etici e deontologici.

Cattorini P. *Bioetica e cinema*. Franco Angeli, Milano, 2003.

Guida il lettore ad affrontare i dilemmi morali che accompagnano le storie di malattia, presentate attraverso oltre 70 film. Il libro è pensato e scritto per gli studen-

ti di medicina e per i loro formatori intenzionati ad approfondire argomenti di bioetica. Individuati i principali temi di bioetica, dalla clonazione ai trapianti, dalla procreazione assistita all'eutanasia, l'Autore propone diversi film che affrontano il problema da angolature differenti, la traccia per una discussione e un breve elenco di letture consigliate. Per ogni film viene quindi fornita una scheda che comprende trama, parole chiave, commenti, curiosità, valutazione e i collegamenti ad altri film. Grazie ai collegamenti fra i film, ai commenti sulle soluzioni drammatiche, il lettore potrà percepire più criticamente i valori in conflitto, mettere a tema le proprie reazioni emotive e sarà sollecitato ad elaborare ragionamenti a favore o contro una tesi etica.

Marini S., Pierallini G. *Medici al cinema. Luna nera Area qualità, Monza 2004.*

Gli autori presentano una carrellata di film variamente ispirati alla figura del medico. In oltre 200 schede che de-

scrivono trame e personaggi il libro spazia tra tutti i generi cinematografici, dal *medical thriller* al comico, alla fantascienza. Suddiviso in capitoli per aree tematiche come il medico idealista, medici e razzismo, dottori dongiovanni, donne in camice bianco, storie vere, oltre i limiti della ricerca, il libro ci mostra come la professione medica sia stata rappresentata al cinema dagli anni '30 ai giorni nostri.

Tartarini C. *Anatomie fantastiche. Clueb Bologna 2003.*

Indagine sui rapporti tra il cinema, le arti visive e l'iconografia medica. Si tratta di una ricerca che, attraverso l'analisi di raffigurazioni pittoriche, fotografie e film medico-scientifici, mira a un approfondimento teorico, psicologico e antropologico delle immagini e dell'immaginario del corpo e della medicina; questi documenti, serbando memoria dei gesti e delle pratiche della medicina del passato, consentono un'analisi strettamente storico-scientifica dell'iconografia medica.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Laura Fieschi
Corso di laurea in Infermieristica.
Università degli Studi di Roma Tor Vergata
Roma
e-mail: laura.fieschi@unipr.it

I Medici e la Medicina nel Cinema: una Breve Bibliografia (II parte)

Doctors and Medicine in Cinema: a Short Bibliography (2nd part)

CLAUDIO PENSIERI

FAST – Istituto di Filosofia dell'Agire Scientifico e Tecnologico. Università Campus Bio-Medico di Roma

Chianura P., Cirone M., Rubino P., Guarino G. *Stupire/stupirsi. Cinema e riabilitazione psichiatrica*. Franco Angeli, Milano 2010.

Questo lavoro nasce dall'interesse tecnico-scientifico nei confronti del mare magnum della riabilitazione psichiatrica, ambito di intervento degli autori che con modalità ed intensità diverse sono appassionati anche di cinema e cinematografia. Appassionati, non solo come spettatori, ma anche come animatori di produzioni audio-visive in ambito terapeutico-riabilitativo. Il fascino esercitato da una simile espressione artistica e culturale ha definito nel tempo le premesse per riflettere e identificare gli ambiti nei quali le dimensioni conoscitive del cinema e della riabilitazione psichiatrica si intersecano, sovrappongono e dipartono, contribuendo in questo modo a concettualizzare il cinema ed il produrre immagini in movimento come strumento riabilitativo e viceversa la riabilitazione come espressione storico-narrativa del sé.

Agosti, A. *Il cinema per la formazione*. Franco Angeli, Milano 2004.

Nei contesti di insegnamento/apprendimento la proiezione di un intero film o di una parte di esso costituisce un'occasione in cui, docenti e discenti, hanno l'opportunità di comunicare tra loro, confrontandosi con valori e significati che possono essere resi fluidi e discutibili, nel senso costruttivo del termine, anche dal lavoro didattico in aula.

Nel volume si cerca di fare il punto sui modi di approccio all'impiego del mezzo filmico nei contesti di formazione, non tralasciando di porre un'attenzione particolare alle risorse e agli strumenti che possano aiutare il formatore a rendere maggiormente efficace il suo operato.

Il libro è diviso in quattro parti, la prima dedicata al "Cinema e formazione dell'uomo" in cui si affrontano i temi della pedagogia e dell'etica; la seconda parte: "Cinema ed educazione estetica" è dedicata alla struttura filmica, dalle allegorie alla colonna sonora con l'analisi di alcuni film; la terza è dedicata alla "Tecnologia della formazione e didattica attraverso il cinema" con una attenzione particolare al tema dell'HIV e alla rappresentazione

della malattia al cinema: "Utilizzabilità per fini formativi delle immagini di sieropositività e di Aids conclamata nel cinema" (p. 103-131). In queste pagine l'Autore si interroga su come sia cambiata la rappresentazione dell'Aids, sia in ambito medico, sia in quello informativo e come siano variati nel tempo i significati che ad esso sono stati attribuiti attraverso l'analisi di diversi film italiani e stranieri. e con l'analisi del film "La Parola ai giurati"; la quarta ed ultima parte è dedicata al "Cinema, educazione e società" con l'analisi delle riflessioni pedagogiche, della seduzione e "l'elemento d'amore" e "Il distacco dal terapeuta: il riscatto eroico del malato".

Il libro conclude sottolineando che un'azione formativa attraverso il cinema va attentamente pensata sia in ordine agli obiettivi di apprendimento attinenti a precise capacità e abilità professionali, sia più comprensivamente sul piano della formazione in termini umani. In questo senso il cinema di valore costituisce uno degli universi di significazione maggiormente in grado di guidare verso rinnovati atteggiamenti costruttivi, sia nel lavoro, sia nei quotidiani contesti di vita.

L'opera si rivolge a coloro che svolgono la professione di formatore a diverso titolo e nei contesti più vari, dagli ambiti aziendali a quelli maggiormente legati alle dimensioni sociali, istituzionali e quotidiane.

Linguisti F., Colacino M. *L'inconscio cinema. Lo spettatore tra cinema, film e psiche*. Effatà, Torino 2004.

Il cinema come inconscio è il tema di questo saggio, che mira a focalizzare alcune accezioni dalla teoria psicanalitica del cinema: il cinema (il rito, il film, la narrazione) come attività inconscia dello spettatore ed il cinema come organizzatore dell'inconscio dello spettatore. Un percorso tra Istituzione, Film, Racconto, Spettatore, Psiche. Il libro è diviso in sette parti: la prima affronta il tema della psicanalisi nel cinema; la seconda affronta il tema del cinema nella società partendo dall'industria cinematografica; la terza parte approfondisce il tema dell'inconscio, ovvero la differenza inconscia tra il cinema e la televisione, lo stare immobili al buio in una sala cinematografica o la televisione del salotto, e soprattutto affronta il tema dell'identifica-

zione cinematografica primaria e secondaria; la quarta parte si pone il problema del cinema dal punto di vista dello spettatore; la quinta assimila il Cinema ad un feticcio con la presenza di pulsioni e del problema Reale-Non Reale; la sesta sezione pone la differenza tra “Stato Filmico e Stato Onirico”; il libro conclude con un capitolo tutto al femminile dal titolo “Lo sguardo al femminile”.

Le interessanti argomentazioni sull'impatto dell'arte filmica sull'inconscio dello spettatore dovrebbero far riflettere il formatore nella scelta dei film e dei telefilm che decide di mostrare ai propri discenti, così come l'industria cinematografica pur mantenendo il suo obiettivo di “audience” dovrebbe interrogarsi sull'etica che inconsciamente fa passare agli spettatori.

Blitris. *La filosofia del Dr. House. Etica, logica ed epistemologia di un eroe televisivo. Ponte alle Grazie, Milano 2007.*

Nell'epoca in cui i festival di filosofia riscuotono il successo dei grandi concerti rock, si può forse cominciare a dire che la filosofia è aperta a tutti quelli che hanno voglia di sperimentarla, non solo agli specialisti. I 4 giovani filosofi autori del libro (*Blitris* infatti è il nome del collettivo che si è occupato della stesura del libro: Amoretti M.C., Porello D., Regazzoni S. e Testino C.) hanno scelto di discutere di filosofia con Gregory House, l'originale protagonista di una delle serie tv più seguite di tutti i tempi. Perché si può fare filosofia anche in maniera appassionante, rigorosa e divertente... come guardare la propria serie televisiva preferita.

Il libro è diviso in quattro capitoli: “L'iper-etica di House”, che tratta della morale di House, che va oltre l'etica comune per salvare il paziente, “L'etica di House”, che ne descrive i metodi e il suo approccio consequenzialista, cioè alla ricerca di qualsiasi mezzo per il raggiungimento dell'obiettivo finale, “Le ragioni di House”, sulle giustificazioni per le sue diagnosi azzardate e “La logica di House”.

Sono inoltre presenti i “Titoli di coda” (delle appendici) che permettono di familiarizzare con il telefilm (in particolare le prime tre), sono suddivise in: “Parole *Vicodin*”, in cui vengono spiegati e approfonditi dei concetti filosofici, “I protagonisti”, che parla, in chiave ironica, di personaggi, filosofi o scrittori presi in esame nel testo, “Filmografia”, con una lista degli episodi, “Fonti”, “Autori”, “Ringraziamenti” e “Bibliografia”.

Bellieni C.V., Bechi A. *Dr. House MD. Follia e fascino di un cult movie. Cantagalli, Siena 2009.*

Attraverso l'analisi di alcune puntate elette a simbolo, il medico Bellieni e il sacerdote Bechi, ci regalano una prospettiva diversa del Dott. House, forse, principalmente, quella dell'uomo. Improvvisamente quelle nevrosi,

le follie, quel famoso cinismo, che bruscamente si frena all'incontro di un animo che è essenzialmente “portatore di vita”, sono investite di un nuovo significato: l'attaccamento alla vita. Il cercare con ogni mezzo, anche con l'arma del cinismo, del sospetto, di salvare la vita ai pazienti, diventa una problematica di grande attualità, e anche se portata da un telefilm, non per questo, la sua riflessione, risulta meno incisiva.

Per far passare un messaggio ‘buono’, non sempre serve che il ‘veicolo’ sia altrettanto buono. Così, inaspettatamente, un cinico e controverso personaggio come il dottor House, protagonista della serie cult americana, diventa il mezzo per parlare di temi eticamente sensibili ed alti; anzi, alla fine si scopre che il misantropo e sarcastico medico è più profondo e cristiano di come appare. È la tesi del libro scritto dal neonatologo Carlo Bellieni, membro del Comitato di bioetica della società italiana di pediatria, insieme al sacerdote Andrea Bechi. “House non è cattivo – spiega Bellieni –, è un poveraccio, un drogato, ma attraverso la sua storia controversa, sempre tesa alla ricerca della verità, della corretta diagnosi, passano messaggi buoni dal punto di vista morale e anche cristiano. Per dire cose buone non occorre che parli un eroe positivo. House è pervaso da un ‘sentire religioso’ che non è per i buoni ma per chi sbaglia, se ne rende conto e cerca le risposte più profonde”. Il segreto del successo della serie sta proprio nel proporre in modo non scontato un itinerario eticamente buono. Usando le parole, le immagini, e anche le debolezze che normalmente veicolano tutt'altro tipo di messaggi. Nasce dietro strati di cinismo, dunque, ci sarebbe una morale «che passa al telespettatore proprio perché “non fa la morale”». Ed è analizzando l'evolversi delle espressioni *politically incorrect* di House che si può arrivare a cogliere il messaggio della fiction, che altro non rappresenta se non il cambiamento e lo stupore di una mente cinica.

Gabbard G.O., Gabbard K. *Cinema e psichiatria. Raffaello Cortina, Milano 2000.*

Il volume ricostruisce i modi in cui psichiatri e psichiatria sono stati rappresentati al cinema, soffermandosi sugli stereotipi che hanno influenzato tali rappresentazioni. Scritto da Glen e Krin Gabbard, psichiatra l'uno e studiosa di cinema e letteratura l'altra, il testo si rivolge sia agli esperti di problemi della psiche (che scopriranno perché è importante conoscere gli ultimi successi al box office) sia agli appassionati di cinema (che potranno finalmente capire il segreto dei silenzi di Humphrey Bogart, delle nevrosi di Woody Allen e delle virtù terapeutiche di Robin Williams). È un saggio con molte chiavi di lettura e con molte possibilità di analisi. Ad esempio tratta temi come: le crisi di mezz'età (*Stardust memories* – 1980, *All That Jazz* – 1979, *Interiors* – 1978); le ossessioni (*Lenny* di Bob Fosse o anche *Il prigioniero della*

seconda strada – 1975, con un inimitabile Jack Lemmon stressato e autodistruttivo); il narcisismo (*Re per una notte* – 1983, di Martin Scorsese, ancora *Zelig*)... con un completo indice che permette anche di cercare all'interno dei testi i riferimenti a registi e attori particolari. Gli autori hanno anche tentato un'interessante suddivisione cronologica, osservando le trasformazioni che la disci-

plina psicoanalitica ha subito nei decenni parallelamente alla sua rappresentazione filmica. L'evoluzione della figura dello psicoanalista, i diversi modi di rappresentarlo nei vari momenti storici, come anche l'evoluzione nella visione dei manicomi e dei trattamenti psichiatrici fanno di questa storia del cinema tematica una storia della società e del suo rapporto con la psiche e la malattia mentale.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Dott. Claudio Pensieri
FAST – Istituto di Filosofia dell'Agire Scientifico e Tecnologico
Università Campus Bio-Medico di Roma
Via Álvaro del Portillo, 21
00128 Roma
e-mail: c.pensieri@unicampus.it

IN MEMORIAM

Ricordo di Ferdinando Dianzani, Clinico, Ricercatore, Umanista

In Memory of Ferdinando Dianzani, Clinician, Researcher, Humanist

PAOLA BINETTI

Parlamentare

Università Campus Bio-Medico di Roma

Questo mio scritto vuole essere il ricordo di un amico con il quale ho condiviso all'Università Campus Bio-Medico di Roma una comune passione per l'università, in tutte le sue dimensioni: la ricerca, la formazione e la clinica.

Ferdinando Dianzani, ha insegnato microbiologia all'Università Campus Bio-Medico fin dai primi temi della nascita del nuovo Ateneo. Ne condivideva i criteri ispiratori e nel suo lavoro didattico riusciva a trasmettere agli studenti passione per la ricerca e forte senso di responsabilità personale. Amato e temuto, come conviene ad un professore competente ed esigente, riusciva a trasmettere apertura e disponibilità, ma anche una chiara consapevolezza del valore del tempo. Parlava spesso della necessità di riservare ad ogni età un tempo di qualità per lo studio e difendeva la dedizione alla sua famiglia con la stessa puntigliosità con cui si difende un bene prezioso. Divenne il primo preside della Facoltà di Medicina dell'Università Campus Bio-Medico, alla morte di Giulio Marinozzi, che aveva presieduto il Comitato tecnico-organizzativo. Per dedicarsi al nuovo incarico, lasciò l'Istituto di Virologia, sua creazione, che dirigeva alla Sapienza. Felice della nuova avventura, ma non senza un certo dispiacere per i rapporti umani e scientifici a cui aveva dato vita nel grande Ateneo romano. Ma al Campus era necessario fare un salto di qualità. Dopo aver dedicato molte energie a promuovere un'attività didattica di avanguardia, per tutelare la centralità del paziente nel sistema clinico-assistenziale, ora occorre fare della ricerca il vero volano della nuova università. E per questo nessuno era più idoneo di Ferdinando Dianzani, ricercatore appassionato, pioniere coraggioso di strade mai battute da altri prima, uomo colto e raffinato, con una grande libertà di pensiero e una grande fede.

Divenuto preside, non ha mai permesso che gli adempimenti burocratici, nella loro incalzante complessità, togliessero al nuovo ruolo la profonda umanità, che ne ha fatto fin dal primo momento un vero e proprio Maestro per tanti giovani colleghi. Come docente aveva vissuto con grande intensità i rapporti interpersonali con gli studenti del suo corso; come preside il suo cuore si era dilatato e la

sua attenzione si era concentrata sul futuro dei giovani laureati. Si chiedeva spesso come individuare giovani talenti per la ricerca, come sostenerli, come interagire con il sistema che si andava facendo sempre più avaro, per cercare borse di studio, dottorati e contratti di ricerca.

La formazione che più gli stava a cuore era prima di tutto e soprattutto la formazione alla ricerca, nella ferma convinzione che alla ricerca ci si forma facendo ricerca e che la ricerca è il più importante fattore di sviluppo di un Paese. Disposto a dare fiducia ai giovani con la maturità umana e accademica frutto di una lunga esperienza, sapeva metterli a proprio agio, per esempio lasciando sempre aperta la porta del suo studio. Non aveva un orario di ricevimento, perché faceva della sua disponibilità nei loro confronti il punto cruciale di un patto non scritto, ma non per questo meno efficace, di reciproco rispetto: "io sono qui per voi e voi siete qui per studiare, per formarvi e per svolgere –a vostra volta- un servizio agli altri".

Invitava spesso a prendere il caffè nel suo studio i laureandi o i giovani dottorandi: li animava a sognare, a guardare oltre i confini del Campus; li spingeva a fare esperienze di tipo internazionale. Raccontava volentieri, con sfumature diverse a seconda degli interlocutori, la sua storia personale di giovane ricercatore dell'Università di Siena. Diceva sorridendo che forse avrebbe continuato per tutta la via ad occuparsi di vaccini, se non avesse spiccato il volo per gli USA, dove aveva avuto modo di entrare in contatto con un gruppo di ricerca che si occupava di *Interferon*. All'inizio non aveva previsto l'impatto che avrebbe avuto sulla sua carriera scientifica: ma era rapidamente diventato il più brillante studioso italiano di *Interferon* e uno studioso di chiara fama a livello internazionale. L'*Interferon*, spiegava ai ragazzi, era una possibilità terapeutica straordinaria per pazienti affetti da malattie fino ad allora incurabili, ma era anche un modello decisamente innovativo per comprendere il linguaggio molecolare con cui le cellule dialogano tra di loro. Il suo libro, *Sistema Interferon*, edito dalla Sedac nel 1992, ebbe un enorme successo tra gli studiosi italiani, per i quali l'*Interferon* era ancora un grande sconosciuto.

Nelle lunghe conversazioni con i giovani aspiranti ricercatori Dianzani metteva in evidenza come alla base del suo itinerario accademico-scientifico ci fossero state tre cose che proponeva loro, con efficacia e discrezione: curiosità, spirito di intraprendenza e coraggio di rischiare.

Amava gli studenti che fanno domande scomode, che non si accontentano di risposte banali. Si innervosiva quando uno studente usava termini di cui non conosceva il significato ed esigeva di essere interrotto quando lui introduceva nella lezione parole dal significato sconosciuto per la maggioranza di loro. Il non interrompere per non disturbare gli sembrava una scusa sciocca e un moltiplicatore di perdita di tempo, dal momento che probabilmente in aula c'erano altri colleghi che non conoscevano il nuovo termine. Il dialogo con gli studenti, impostato sulla base delle loro domande, scaturito dalla loro curiosità, non gli appariva mai scontato o inutile. Affermava con semplicità che le loro domande erano per lui un forte incentivo ad approfondire temi e problemi, a chiarire la sua esposizione, a trovare esempi più legati alla loro esperienza quotidiana. Un'aula piatta, senza domande e senza provocazioni, non solo lo annoiava, ma lo preoccupava. Si diceva: "forse sono io che non so più interessarli!" e questo mobilitava il suo impegno a documentarsi ulteriormente, a cercare quegli aspetti di dissonanza cognitiva che obbligano a ragionare e a riflettere e perciò stesso spingono a far domande. Dietro i meccanismi di azione virale, voleva che gli studenti vedessero malati; dietro certi allarmi sia di possibili epidemie che di guerre batteriologiche voleva che gli studenti assumessero uno sguardo complessivo in cui integrare non solo la sicurezza personale e nazionale, ma anche i costi economici, gli scoop giornalistici, le implicazioni sul piano politico: la scienza proprio per essere posta al servizio dell'uomo doveva essere rispettata nella sua intima struttura e non manipolata o piegata ad interessi di parte. Per questo bisognava studiare, capire, documentarsi con spirito critico. Anche questa era ricerca per lui.

Amava così tanto la curiosità dei giovani, soprattutto quando aspiravano a diventare giovani ricercatori, che spesso non rispondeva alle loro domande. Si congratulava per la loro intuizione e poi indicava una bibliografia mirata, suggeriva una pista di approfondimento, faceva da cuneo per allargare la breccia del loro voler capire e voler sapere. La pigrizia intellettuale gli sembrava un vizio pericoloso, che non avrebbe mai permesso ad una persona di diventare un ricercatore. Voleva giovani intraprendenti, capaci di consultare tutta la letteratura disponibile e per questo non transigeva sulla loro conoscenza dell'inglese. Conoscere l'inglese scientifico, oltre a quello comune, era una *conditio sine qua non* per fare passi avanti nell'itinerario di una possibile carriera di ricercatore. Muoversi senza sapere cosa sia già stato pubblicato su di un determinato tema era per lui un segno inequivocabile di presunzione. Esigeva

spirito di iniziativa e spirito di intraprendenza, per questo non rendeva mai le cose troppo facili; non si sostituiva al lavoro che ognuno avrebbe potuto fare per proprio conto: compreso quello di cercarsi una borsa di studio, scovando possibilità che spesso restano nell'ombra. Incoraggiava a cercare fondi per finanziare i propri sogni di ricerca, incominciando a scrivere progetti di ricerca: un buon progetto di ricerca –diceva– è già un buon prodotto della ricerca. Se il progetto è buono –diceva– si può sempre ripresentarlo in altre sedi, si può adattarlo. Ma un cattivo progetto può essere solo buttato via. Raccontava che la sua fortuna in molti casi era stata quella di aver intravisto una opportunità laddove altri vedevano solo complicazioni, o peggio ancora non vedevano assolutamente nulla.

Al terzo posto, per ultimo ma non ultimo, Ferdinando Dianzani poneva la capacità di saper rischiare. Ad esempio raccontava di quando aveva avuto il coraggio di andare all'estero con una giovane moglie e due bambini, sperando che questa esperienza potesse offrire anche a loro stimoli nuovi e opportunità di crescita diverse. Nello stesso tempo raccontava del rischio assunto spostandosi tra le diverse università degli USA, nel Texas, fino a che non era approdato a Galveston, dove aveva ricevuto tanti stimoli intellettuali, che gli avevano permesso di cimentarsi con la ricerca in un altro campo fino ad allora pressoché sconosciuto: quello dell'AIDS. Cercava di richiamare l'attenzione dei suoi giovani interlocutori sui nuovi temi di ricerca, quando ancora sembra che non interessino gli altri. Il rischio –diceva– era anche quello di mettersi a far ricerca su una patologia devastante, esplosa in un momento in cui la ricerca sembrava attestata su obiettivi e campi totalmente diversi. Occorre saper correre il rischio di cambiare oggetto di ricerca, conservando sia il rigore delle metodologie che l'insaziabile voglia di cercare soluzioni dove sembra che non ce ne siano. Mantenere un filone di ricerca è indispensabile per raggiungere dei buoni risultati, prima o poi, ma talvolta occorre rischiare e cambiare rotta. Non ci sono regole certe per sapere quando conviene e quando no... ed è questo il bello del rischio. Era molto severo quando percepiva nei giovani un atteggiamento eccessivamente calcolatore, troppo attento a se stessi e ai propri diritti. Stimolava invece la loro creatività a cercare soluzioni alternative, percorsi inesplorati, voleva che pensassero con la loro testa e non si limitassero a ripetere luoghi comuni.

Scherzando, a volte parlavamo anche del rischio che lui stesso aveva corso lasciando il grande Istituto che dirigeva con passione e competenza alla Sapienza, per venire a fare il Preside della Facoltà di Medicina dell'Università Campus Bio-Medico. Aveva lasciato linee di ricerca di sicuro successo, per venire in un luogo in cui i laboratori di ricerca erano più un sogno che una realtà. "Ma il mio sogno –diceva– è ancora più grande della mia stessa ricerca: sogno

un'intera generazione di giovani scienziati di tanti campi diversi, capaci di collaborare tra di loro e di affrontare in scienza e coscienza i problemi più difficili del nostro tempo". Il vero coraggio - amava dire ai giovani ricercatori che venivano a chiedergli consiglio prima di prendere una decisione - è proprio quello di chi sa rischiare, accettando in anticipo che le cose possano andare in modo imprevisto o per lo meno non nella direzione che si vorrebbe. Perché è dal rischio che occorre trarre l'energia morale e intellettuale per buttarsi a capofitto in una iniziativa, con la consapevolezza che la qualità del nostro impegno è fondamentale per farla andare bene. Le cose andranno bene perché tu, sapendo che c'è un rischio reale, ce la stai mettendo tutta e non lasci nulla d'intentato. I giovani ascoltavano sempre affascinati e sebbene spesso non ottenessero ciò che erano andati a cercare, sapevano di aver ricevuto qualcosa di ancora più prezioso: la testimonianza di una vita appassionatamente spesa a fare le cose che si amano, quelle in cui si crede, incassando difficoltà ed insuccessi, inevitabili in chi si pone una meta alta, ma con la convinzione che c'è sempre un'altra possibilità, una strada alternativa da esplorare con curiosità.

Tanti giovani dottorandi, ricercatori, lo ricordano proprio così: come un Maestro che dava e faceva tutto il possibile per ognuno di loro, mai indifferente o distratto, anche quando non era in grado di risolvere il "loro" problema. Con lui la strada non si interrompeva mai, si aprivano nuovi sentieri su cui valeva la pena ragionare, c'era sempre una sorta di filo d'Arianna che consentiva di orientarsi nel labirinto della vita accademica, mai facile e mai scontata. E per questo stesso motivo sempre affascinante e intrigante... Vale la pena provare: se non provi, non saprai mai se ci saresti riuscito e se ci riuscissi al primo colpo, non svilupperesti mai le qualità indispensabili ad un buon ricercatore... Gli piaceva raccontare quanti insuccessi di laboratorio aveva dovuto affrontare prima di poter ottenere i dati che cercava, quelli in cui sperava. Paragonava gli apparenti insuccessi a quella necessaria operazione di falsificazione delle teorie, indispensabile per approssimarsi, se non proprio alla verità, almeno alla migliore conoscenza possibile di un determinato oggetto. Chiedeva in modo provocatorio: "ma tu ami la ricerca o vuoi semplicemente trovare dietro l'angolo o sotto il tappeto la soluzione che cerchi? Perché se ami la ricerca allora insuccessi e difficoltà sono per loro natura incentivi a continuare a cercare... e quindi soddisfano il tuo desiderio di ricerca per il solo fatto che ti consentono di continuare a cercare. Se ti scoraggi, nel momento stesso in cui ti sei scoraggiato, vuol dire che hai smesso di cercare: questo è l'unico «fallimento» che devi evitare".

Potrei ricordare mille conversazioni tra lui e i giovani laureati dell'Università Campus Bio-Medico: era l'aspetto che più gli piaceva del suo essere Preside. Il rapporto con

loro, la fiducia in loro come costruttori efficaci di un futuro migliore per la scienza oltre che per la loro vita. Vi prendevo parte anche perché spesso io stessa li accompagnavo da lui, convinta che sapesse rilanciare la loro motivazione a cercare con rinnovato impegno soluzioni per il loro futuro.

Oggi mi sembra impossibile che tutto ciò sia finito. E' morto a Roma all'età di 80 anni, dopo una lunga malattia sopportata con grande pazienza umana e con grande fede soprannaturale. La sua lucidità di studioso e la sua curiosità vivace gli hanno consentito di seguire passo per passo l'evolvere dei sintomi, comprendendo ciò che stava accadendo nel suo organismo sempre più stanco e consumato. Senza perdere il buon umore e quella sua ironia, così bonaria ma nello stesso tempo così acuta, sorrideva delle "affettuose bugie" con cui qualcuno cercava di convincerlo che le cose dopotutto non stavano affatto andando male... Con grande schiettezza, non faceva mistero di quanto sapeva bene che sarebbe potuto accadere da un momento all'altro: si affidava a Dio, come aveva sempre fatto e si preoccupava solo delle persone che amava di più: sua moglie, i figli e il nipotino appena arrivato. In un certo senso voleva continuare a proteggerle, come aveva sempre fatto.

Ricordare le tappe ufficiali della sua carriera è facile, ma una semplice cronologia non dà ragione della passione con cui si è misurato con tutti i diversi cambiamenti, grandi e piccoli della sua vita, cercando di dare sempre di più e comunque sempre il meglio di se stesso. Ferdinando Dianzani è stato Professore Emerito di Microbiologia presso l'Università "La Sapienza" di Roma e *Adjunct Professor of Microbiology* presso la *University of Texas Medical Branch* di Galveston (USA). È stato Direttore del Progetto per il Controllo delle Malattie da Infezione del CNR (1983-1987), membro del Consiglio Superiore di Sanità (1991-1993), membro della Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS (1989-1996), Presidente della *International Society for Interferon Research* (1993-1995) e Vicepresidente della Lega Italiana per la lotta contro le Malattie virali. Preside della Facoltà di Medicina dell'Università Campus Bio-Medico. Direttore del Comitato scientifico dell'Ospedale Spallanzani. Dal 2004 era Presidente della Commissione Nazionale per lotta contro l'AIDS, vero un punto di riferimento per lo studio delle terapie antivirali. E' stato anche tra i fondatori della fondazione ICONA (Italian Cohort of Antiretroviral Naïve Patients), una delle istituzioni di maggiore importanza per lo studio dell'efficacia delle terapie anti-Hiv nel nostro Paese.

