



Persona, corpo, cadavere e ritorno

Andrea Carlino

«Death takes a man's body away from him. In life, a man and his body are synonymous; in death, there is the man and there is his body. We say, «this is the body of X», as if this body, which had once been the man himself, not something that represented him or belonged to him, but the very man called X, were suddenly of no importance. When a man walks into a room and you shake hands with him, you do not feel that you are shaking hands with his hand or with his body, you are shaking hands with *him*. Death changes that. This is the body of X, not this is X. The syntax is entirely different. Now we are talking about things instead of one, implying that man continues to exist, but only as an idea, a cluster of images and memories in the minds of other people. As for the body, it is no more than flesh and bones, a heap of pure matter»

Così Paul Auster nel libro *The invention of solitude*¹, riflettendo sulla morte del padre, sottolinea l'imbarazzo destatogli dalla constatazione di uno scarto «sintattico» che altro non è che la manifestazione di un radicale mutamento di relazione rispetto ad un corpo che ha valicato la soglia della morte. *Sintatticamente* si segnala una differenza, che insorge immediata nell'istante del trapasso, tra una persona (persino una persona cara) e le sue spoglie. La persona si stacca dal cadavere: è una separazione *sintatticamente* ammessa anche da chi - come me - si fa ben poche illusioni sulla sopravvivenza dell'anima e sull'esistenza dell'aldilà. La persona si stacca dal mondo dei vivi e degli affetti. Lasciando da parte ogni considerazione di carattere religioso e metafisico e prescindendo dal credo ultraterreno di ciascuno, lo

¹ Sun Press 1982 ediz. Faber & Faber, London and Boston, 1988, p. 14.

iato lessicale e sintattico tra la persona ed il suo corpo può essere inteso come l'espressione di un meccanismo di allontanamento emotivo, di un processo di distacco in atto rispetto a qualcuno divenuto irrimediabilmente assente. Tale processo induce, da un lato, a vincolare gli affetti alla memoria immateriale della persona e, dall'altro, a ridurre il corpo, il cadavere ad un oggetto destinato alla decomposizione, all'annullamento.

Queste considerazioni generali relative alla dicotomia persona/corpo e ai meccanismi emotivi e psicologici, adottati per affrontare il malessere generato dalla morte, si ritrovano nel dibattito sullo statuto del corpo umano e sui limiti imposti all'uso ed all'abuso di esso nella medicina contemporanea. La medicina, nel corso degli ultimi due secoli ha progressivamente posto l'attenzione, nella pratica professionale, nella ricerca e nella didattica, innanzitutto sulle malattie, sulle singole parti affette, sul corpo in quanto entità materiale². La progressiva scientificizzazione della medicina - sempre più vincolata ai risultati della ricerca fondamentale, l'oggettivazione del corpo (sano e malato), i progressi trionfali e folgoranti compiuti nella diagnostica e nella terapeutica dal XIX secolo ad oggi, hanno dato adito alla costruzione di una figura eroica e onnipotente della professione medica. Al tempo stesso questo processo secolare ha avuto come conseguenza - come ha scritto George Canguihem - la rimozione dell'umano, ciò che in altre parole alcuni sociologi hanno definito la scomparsa del malato nella cosmologia della medicina moderna e contemporanea³.

Intento di queste pagine è di dar conto e discutere un nuovo cambiamento in atto in medicina che mira - almeno nelle intenzioni, sollecitate innanzitutto dall'etica medica - alla ricongiunzione dei due termini della dicotomia malato/malattia e, quindi, persona/corpo. Per illustrare questo cambiamento - o meglio, questa tendenza ancora incerta e balzubiente - mi soffermerò su

² A questo proposito si veda anche M. Foucault, *La nascita della clinica*, (prima ediz. fr. Paris 1963) sui mutamenti epistemologici, filosofici e professionali indotti dal metodo anatomo-clinico tra fine XVIII e XIX secolo: la malattia - grazie all'oggettivazione del corpo e alla localizzazione anatomica delle patologie - si svincola dalla metafisica del male e muta la medicina in una disciplina che si vuole e si presenta come positiva.

³ N.D. Jewson, *The disappearance of the Sick Man from Medical Cosmology*, in «Sociology», X (1976), pp. 225-44. Vedi anche I. Waddington, *Power and Control in the Doctor-Patient Relationship: A Developmental Approach*, Leicester 1978.

un aspetto forse marginale, ma certamente istruttivo, in cui i termini persona, corpo e cadavere, le loro reciproche relazioni, la percezione di esse risultano con particolare evidenza: il momento professionalmente solenne della dissezione anatomica a cui gli studenti del primo anno di studi in medicina hanno l'obbligo di assistere e l'impatto che essa ha nella determinazione dei loro atteggiamenti nei confronti del corpo-malato e della persona-malata.

Disprezzare e oggettivare

La dissezione anatomica a fini didattici è sempre stata, nel corso dei secoli, un'operazione problematica dal punto di vista emotivo, religioso, antropologico e morale. Aprire un corpo per vedere com'è fatto dentro non è mai stato un gesto innocente. Anzi: una sorta di malessere e di disagio hanno accompagnato l'intera storia della dissezione dall'antichità ai nostri giorni, proprio perchè questo gesto lambisce pericolosamente la sfera dell'illecito, della trasgressione e del sacrilegio. D'altro canto, sin dai tempi di Galeno, è stata postulata la necessità, per una medicina che si vuole razionale, della conoscenza dell'anatomia umana e dell'apprendimento di essa attraverso l'osservazione diretta dei cadaveri. Presa tra queste due costrizioni - il disagio, da un lato, e l'obbligo epistemologico del conoscere, dall'altro - la dissezione è stata oggetto di manipolazioni rituali e di normativizzazioni legali e consuetudinarie, di volta in volta adattate e modificate a seconda dei contesti, che ne hanno consentito la pratica nelle università e nelle scuole di medicina dell'Occidente. Uno degli elementi - insieme rituale e normativo - che ricorre costantemente nella storia dell'anatomia è quello di utilizzare dei corpi «infami» (così recitano all'unisono gli statuti delle università europee in età moderna): condannati a morte, stranieri, soggetti al margine del tessuto sociale. Il pubblico disprezzo è stato un prerequisito indispensabile alla legittimazione dell'apertura e dello smembramento del cadavere sul tavolo anatomico ed della pubblica esposizione delle sue parti interne. Scorrendo le pagine dei testi anatomici, così come dei discorsi morali, religiosi e normativi relativi alla pratica della dissezione risulta con forte evidenza un processo di oggettivazione del corpo da dissezionare: non è che «a heap of pure matter», come direbbe Paul Auster. La morte pubblica del soggetto, associata alla sua condanna morale e giudiziaria determinano l'azzeramento della sua dignità anche in quanto cadavere. Quel corpo esposto al pubblico ludibrio ed -

insieme - all'osservazione scientifica è diventato insomma carne da macello.

Iniziazione

Nonostante l'oggettivazione, nonostante le prudenze normative e le strategie rituali, tuttavia la dissezione faceva e fa tuttora problema, in particolare presso coloro che, come gli studenti in medicina, non hanno ancora sviluppato un distacco ed un'indifferenza - postulati come necessari dalla corporazione cui aspirano appartenere - che medici e anatomisti hanno acquisito nel corso della loro attività professionale.

La dissezione anatomica, l'incontro dello studente col cadavere è sin dall'età moderna una vero e proprio rito d'iniziazione professionale. Egli è per la prima volta confrontato alla morte, all'esperienza sensibile (visiva ed olfattiva) del cadavere, ai diversi ed inevitabili processi di modificazione del corpo senza vita. Quest'esperienza è ulteriormente appesantita dalla coscienza che si tratta di un momento chiave della propria formazione e che il docente, il settore ed i colleghi son lì pronti a giudicare un'eventuale reazione emotiva *sconveniente*.

Il primo impatto col cadavere nell'aula d'anatomia è difficile. Ho ancora vivido il ricordo di un amico con cui abitavo quand'eravamo studenti, rientrato provato, pallido, lo sguardo perso nel vuoto, dopo aver assistito alla prima dimostrazione anatomica del suo cursus universitario. Non mi disse nulla. Dopo una notte passata insonne, mi confessò, senza voler ulteriormente commentare, di non aver retto, di essere uscito dall'aula di anatomia, di esser svenuto e di temere di non essere in grado di affrontare una seconda lezione di anatomia.

Aldilà degli aneddoti personali: alcuni studi sono stati recentemente condotti al fine di valutare le reazioni alla dissezione degli studenti al primo anno di medicina. I risultati di questi studi sono assai diseguali, in particolare per ciò che riguarda la gravità delle reazioni negative all'esperienza della dissezione. Tuttavia essi concordano tutti sul fatto che sentimenti di paura, ansia, orrore, disgusto, nausea sono estremamente diffusi durante le prime sedute e non sono rari i casi di studenti, di sesso sia maschile che femminile, che perdono i sensi. Si registrano, d'altro canto, un numero considerevole di studenti che si dichiarano eccitati, affascinati, stupiti dallo spettacolo del corpo umano. Un altro punto su cui questi studi concordano è che col passare del tempo, di lezione in lezione, aumentano in modo esponenziale i sentimen-

ti di indifferenza e distacco⁴.

In una ricerca condotta pochi anni fa alla Stanford University Medical School, su 175 dei 350 iscritti al primo anno di medicina, dieci studenti dopo la dissezione hanno manifestato sintomi piuttosto gravi generati dall'esperienza della dissezione: inappetenza, disturbi del sonno, incubi in cui pezzi del cadavere riappaiono insistentemente o in cui lo studente disseziona il proprio corpo o quello di un amico, allucinazioni (ad esempio: «immagini di pezzi di pelle del cadavere baluginano mentre uno studente si lava i denti»), seri problemi nell'apprendimento e nella concentrazione. Gli autori della ricerca hanno identificato la sindrome come *Post-Traumatic Stress Disorders* (PTSD)⁵. Di cosa si tratta? «Lo sviluppo di sintomi caratteristici in seguito ad un evento psicologicamente traumatico che di solito valica i limiti di un'esperienza umana abituale»⁶. I sintomi del PTSD, secondo l'American Psychiatric Association sono: la re-esperienza dell'evento traumatico, un coinvolgimento ridotto con il mondo esterno, una serie di sintomi automatici, disforici e cognitivi come sogni molesti, allucinazioni ed immagini intrusive, sonno irregolare, irritabilità, disordini dell'attenzione, ansia e depressione,

⁴ Il malessere emotivo generato dal cadavere è stato segnalato e discusso in H.S. Becker, B.Geer, E.C. Hughes and A.L.Strauss, *Boys in White*, Chicago 1961, un classico dell'analisi sociologica applicata al mondo delle facoltà di medicina statunitensi. Varie forme di reazioni fisiche e psicologiche di diversa entità sono segnalate in numerosi articoli. Ad esempio si vedano di J.C. Penney, *Reactions of medical students to dissection*, in *Journal of Medical Education*, 60 (1985), pp. 58-60 (segnala casi di nausea, svenimento, perdita d'appetito, insonnia, incubi nel corso della prima settimana di dissezione) e di D.J. de L. Horne, J.W.G. Tiller et al., *Reactions of first-year medical students to their initial encounter with a cadaver in the dissecting room*, in *Academic Medicine*, 65 (1990), pp. 645-46. Uno studio dettagliato, realizzato a partire da questionari distribuiti agli studenti, è stato condotto in Gran Bretagna da E.J. Evans and G.H. Fitzgibbon, *The Dissecting Room: Reactions of First Year Medical Students*, in *Clinical anatomy*, 5 (1992), pp. 311-320. Per una lettura antropologica del problema condotta sul campo alla facoltà di medicina di Tolosa si veda E. Godeau, «Dans un amphithéâtre...» *La fréquentation des morts dans la formation des médecins*, in *Terrain*, 20 (1993), pp. 82-96.

⁵ P. Finkelstein and L. Mathers, *Post-Traumatic Stress among Medical Students in the Anatomy Dissection Laboratory*, in *Clinical Anatomy*, 3 (1990), pp 219-226.

⁶ La definizione è tratta dal *Diagnostic and Statistical Manual (DSM-III)*.

alterazione nelle relazioni interpersonali.

Gli stress che comunemente inducono alla sindrome PTSD sono innanzitutto le guerre e le catastrofi ambientali (terremoti, alluvioni...). Eventi extra-ordinari, dunque. Come la dissezione: anch'essa è talvolta vissuta come un'esperienza che valica le frontiere della «usual human experience».

Come sopravvivere alla dissezione

Una studentessa di Stanford, intervistata qualche giorno dopo la traumatica lezione di anatomia, racconta:

«I was disgusted by the fat - peeling away and picking up all this grease. It seemed pitiful, disgusting, degrading to do this - very removed from life or anything human ... Everything seemed wrong... I'm not cut out for it... I hated it»⁷.

Le argomentazioni addotte per raccontare il malessere generato dalla dissezione sono sempre molto emozionali e impulsive. I tentativi di razionalizzare e sistematizzare queste argomentazioni restano alquanto insoddisfacenti. Cos'è che produce il malessere? Si adducono motivazioni di carattere religioso relative al fatto che la dissezione infrange tutte le regole del rispetto dovuto ai defunti; sono ovviamente rilevanti le questioni di carattere psicologico e filosofico associate alla percezione della morte ed al significato ad essa assegnato; un altro elemento essenziale è costituito dall'esperienza sensoriale della morte (toccare, vedere, odorare il morto); giocano certamente un ruolo decisivo aspetti di carattere più generalmente antropologico: il disagio prodotto dall'infrazione del viluppo corporeo e una sorta di rispecchiamento inevitabile - come testimoniano alcuni casi di PTSD - nel corpo dissezionato. Come qualche secolo fa scriveva Quintiliano: «..nec est ulla supra terras adeo rabiosa belua cui non imago sua sancta sit»⁸.

Al fine di superare questo malessere indistinto, forse indistinguibile, ma fortemente presente ed attivo, ancora oggi i medici hanno elaborato una serie di strategie atte ad aggirarlo, convinti della necessità didattica dell'esperienza della dissezione. Si tratta di meccanismi di carattere istituzionale, retorico e comportamentale che costituiscono la versione contemporanea dei rituali

⁷ P. Finkelstein and L. Mathers, *Post-Traumatic Stress cit.*, p. 223.

⁸ Quintiliano, *Declamationes*, XII, 27.

accademici e delle prudenze cui avevano fatto ricorso gli anatomici dei secoli passati. L'umorismo, l'umorismo macabro in particolare, costituisce uno degli stratagemmi utilizzati dall'insegnante per alleviare l'atmosfera dell'aula di dissezione. Insieme ad esso si insiste, da un lato, sull'utilità dell'anatomia e della dissezione come strumento per la memorizzazione visiva delle parti indispensabili nella formazione del medico e, dall'altro, sul fatto che il corpo dissezionato è un corpo immolato sull'altare della scienza, in fondo quindi per il bene dell'umanità. Simili argomenti sono sostenuti dal fatto che l'approvvigionamento dei corpi destinati al tavolo settorio è oggi regolato in modo alquanto rigoroso e nella maggior parte delle università occidentali si utilizzano unicamente i cadaveri di donatori volontari che hanno scelto di offrire il proprio corpo agli studi di anatomia attraverso un atto legale. Queste regole costituiscono una strategia istituzionale che, tra le altre cose, dovrebbe semplificare l'approccio al cadavere dissezionato da parte degli studenti, sollevati dai sensi di colpa che li turbavano nel passato, obbligati com'erano a utilizzare per le esercitazioni anatomiche i cadaveri «non reclamati» o, peggio, i corpi procurati dai «resurrezionisti» (sorta di mercanti di cadaveri che in modo più o meno tollerato vendevano corpi trafugati dai cimiteri)⁹. Le legislazioni relative al dono dei corpi per la dissezione sono assai recenti - negli Stati Uniti risale appena agli anni Sessanta - ed hanno costituito, per studenti ed anatomici, una vera e propria «personal liberation» di importanza pari - è stato scritto enfaticamente - alla «scientific liberation» operata da Vesalio nel XVI secolo affrancando la ricerca anatomica dai limiti imposti dalla tradizione galenica¹⁰.

In maniera più complessiva, ciò che caratterizza questi mecca-

⁹ Si veda a questo proposito R. Richardson, *Death, Dissection and the Destitute*, London - New York 1987. Per gli Stati Uniti: S.L. Clark, *Medical Education from the Ground up, or Our Late Resurrection Men*, in *Journal of Medical Education*, 37 (1962), 1291-96, L.F. Edwards, *Body Snatching in Ohio during the XIXth century*, in *Ohio Archaeological Historical Quarterly*, 59 (1950), pp. 329-51, L.F. Edwards, *Resurrection Riots during the Heroic Age of Anatomy in America*, in *Bulletin of the History of Medicine*, 25 (1951), pp. 178-84, F.C. Waite, *Grave Robbing in New England*, in *Bulletin of the Medical Library Association*, 33(1945), pp. 272-94.

¹⁰ S. Bertman and S. Marks, *The Dissecting Experience as a Laboratory for Self-Discovery about Death and Dying: another side of Clinical Anatomy*, in *Clinical Anatomy*, 2 (1989), pp. 103-113.

In quest'articolo è riportata una poesia indirizzata « Ad uno studente di

nismi elaborati per affrontare e far affrontare l'impatto con il cadavere sono innanzitutto l'oggettivazione del corpo dissezionato e, insieme, un insegnamento che si pone come obiettivo didattico di educare gli studenti al distacco clinico. L'uso di un linguaggio fortemente scientifico, che mai scivola nell'aggettivazione, ed elude ogni commento emotivo, caratterizza il discorso degli anatomisti. Gli studenti sono indotti a non pensare mai il cadavere che hanno dinanzi come quello di una persona, ma unicamente come uno specimen sperimentale. Riprendendo, senza saperlo naturalmente, lo scarto *sintattico* segnalato da Paul Auster, uno studente di medicina dell'Università di Cardiff ammette senza troppi scrupoli di aver sopportato la dissezione «knowing that the human body is just a mechanism and that the real person is not in the body once it is dead»¹¹. Inoltre l'anatomista invita gli allievi a concentrarsi su singole parti, su singole zone in modo da accantonare anche il ricordo che su quel tavolo c'è il corpo di un uomo. Tale processo di oggettivazione e di disumanizzazione del corpo dissezionato è d'altro canto indotto anche grazie a stratagemmi semplici come la copertura di ciò che nell'uomo è più umano: innanzitutto il volto, luogo dell'identità, dell'identificazione e del rispecchiamento.

La depersonalizzazione del cadavere (e più in generale del corpo), la sua trasformazione in oggetto biologico costituisce uno

Medicina » vergata da un donatore:

*This is my body,
The shell of my being,
Which is given to you.*

*In final offering
To the world
I share the elements of life.
From these old bones,
these ligaments,
My sinews and my nerves
May that life force
That ran in me
Shine forth once more
And pass to you
The knowledge and the power
That help sustain
The miracle of life.*

¹¹ E.J. Evans and G.H. Fitzgibbon, *The Dissecting Room* cit., p. 317.

degli elementi principali di ciò che si definisce usualmente distacco clinico. Esso consiste in una condizione psicologica propria del medico che gli consente di praticare e accostarsi al malato eludendo il coinvolgimento emotivo e prescindendo da tutto quanto concerne la sfera affettiva. D'altro canto, per riprendere il tema da cui ero partito, esso consiste nello *staccare* il corpo dalla persona, dalla sua storia, dalla sua psiche. Il malato è preso a carico dalla medicina in quanto corpo (oggetto biologico) malato e non complessivamente in quanto persona. A tal fine il medico opera una riduzione di scala: interviene unicamente sulla singola parte malata, un'entità ben materiale, oggettiva, persino misurabile. La specializzazione in medicina potrebbe essere letta anche come una manifestazione sul piano professionale di quest'atteggiamento e sarebbe certamente istruttivo interrogarsi sulle implicazioni che ha sulla concezione del malato nel suo complesso un'approccio parziale, per parti del corpo distinte.

Il distacco clinico è, dunque, da un lato, un meccanismo di difesa che permette al medico di far fronte alle situazioni cui è spesso confrontato; dall'altro, è un corollario comportamentale alla pretesa scientificità della medicina contemporanea. Esso, infatti, permette di mettere tra parentesi tutte quelle entità aleatorie come la psiche, la storia, la personalità della persona-malato che altrimenti indurrebbero a considerare la malattia come frutto di un insieme di circostanze in gran parte imponderabili minando così il sistema teorico stesso su cui la medicina è fondata. Il distacco clinico è una condizione che si acquisisce. Il momento della dissezione può essere inteso, nel modo in cui è concepito e presentato, come una prima tappa nel percorso emotivo che condurrà lo studente ad un comportamento professionale appropriato: alcuni insegnanti di anatomia minimizzano sulla percezione dello smembramento del corpo come un atto macabro e problematico e sostengono che il disagio generato dalla dissezione è dagli studenti regolato, dal punto di vista emotivo, in tempi brevi¹².

¹² Un altro aneddoto personale. Quando ho presentato in un seminario i dati relativi ai Post-Traumatic Stress Disorders riscontrati in alcuni studenti di medicina, un anatomista si è alzato e ha detto: « Se quegli studenti hanno avuto simili reazioni alla dissezione, avevano certamente qualche problema psicologico irrisolto e, comunque, è stato un bene che abbiano deciso di sospendere i loro studi in medicina: non erano all'altezza del compito che gli aspettava nella vita professionale».

La riscoperta della persona-cadavere

A partire dagli studi condotti sulle reazioni degli studenti di medicina alla dissezione, alcune università americane, in questi ultimi anni, hanno elaborato e proposto dei nuovi modelli didattici in cui inscrivere l'insegnamento dell'anatomia. Essi si pongono l'obiettivo, da un lato, di consentire agli studenti di negoziare il malessere generato dalla dissezione e, dall'altro, di tentare di ridefinire l'approccio al cadavere in termini, per così dire, più umani: il cadavere ridiventa persona.

Prenderò due esempi per illustrare sinteticamente queste esperienze e per cercare di definire lo spirito che le anima: quello della Northwestern University Medical School e quello della University of Massachusetts Medical School.

Alla Northwestern University Medical School di Chicago, l'insegnamento dell'anatomia prevede, oltre alle esercitazioni sul cadavere, una serie di attività seminariali parallele in cui gli studenti leggono, commentano e redigono testi di carattere letterario¹³. In una prima fase è proposta agli studenti una serie di letture che comprende anche qualche classico della letteratura, come una scena dell'*Amleto* di William Shakespeare o il racconto di Ernest Hemingway *A clean, well-lighted place*¹⁴, da cui emergono spunti per aprire una discussione su tematiche relative alla morte, al corpo e alla percezione di essi. Del testo di Shakespeare, ad esempio, si leggono le pagine della scena del cimitero (*Amleto*, Atto V, Scena 1) che, sebbene non riguardino la dissezione in quanto tale, ne evocano l'esperienza. In essa si contrappongono manifestamente l'umorismo macabro dei becchini, resi insensibili al dramma umano grazie alla propria attività professionale, e l'orrore destato in *Amleto* dalla visione con le spoglie umane. D'altro canto, il racconto di Hemingway tratta innanzitutto il tema della malattia e della vecchiaia e induce gli studenti, nella discussione, a pensare all'indietro, cioè a prendere in considerazione e riflettere sulla vita del cadavere, sulla sua esistenza in quanto persona con una storia, una famiglia, delle aspirazioni.

¹³ L'esperienza didattica è descritta e commentata in D.R. Reifler, «*I actually don't mind the bone saw*»: *Narratives of Gross Anatomy*, in *Literature and Medicine*, 15 (1996), pp. 183-99.

¹⁴ In Ernest Hemingway, *The Snows of Kilimanjaro and Other Stories*, New York 1927.

La lettura e la discussione di questi testi introduce alla seconda fase dell'attività seminariale: la redazione di testi da parte degli studenti. I temi proposti vanno dalla descrizione - dal punto di vista sensoriale, cognitivo ed emotivo - della prima incisione operata su un cadavere, alla «lettera al cadavere per spiegargli cosa gli stai facendo», sino al ritratto autobiografico della vita del cadavere - scritto in prima persona, dunque nelle parole del cadavere. Queste brevi composizioni mirano a indurre gli studenti a riconsiderare il cadavere come un essere umano carico di una storia personale che va ben aldilà del suo incontro con la medicina. Al tempo stesso, esse portano ad ammettere (a sé stessi, ai propri colleghi ed agli stessi insegnanti) emozioni, sentimenti e riflessioni sulla morte e il disagio della manipolazione del corpo che possono emergere soltanto attraverso l'uso di un linguaggio letterario, dunque spogliato del lessico scientifico. Lo studente di medicina si pone dinanzi al proprio cadavere come un comune mortale, carico di ansia, preoccupazioni e compassione per la sua triste sorte.

Animato dagli stessi intenti, ma più complesso ed articolato è il modello didattico proposto dai Dipartimenti di *Medical Humanities* e Anatomia della University of Massachusetts Medical School, Worcester¹⁵. Il corso di anatomia, già dal 1990, è intercalato da sette unità di carattere seminariale concepite per aiutare gli studenti a recuperare una dimensione umana della professione del medico già attraverso l'esperienza della dissezione. In questo modello si ricorre innanzitutto a materiale visivo, al commento ed alla realizzazione di immagini, partendo dal presupposto che le immagini siano immediatamente accessibili e consentono una più agevole esplorazione della sfera emotiva, degli atteggiamenti e dei valori messi in gioco dalla dissezione (un atto che, comunque, implica un coinvolgimento mediato innanzitutto dalla vista). Questi sette momenti sono così scanditi:

- *Anticipare la dissezione*. Creazione e descrizione di un'immagine relativa alla dissezione prima dell'ingresso nella scuola di medicina.

- *Introduzione alla dissezione*. Conferenza in cui è presentata una storia della dissezione e i modi d'approvvigionamento attuali dei corpi. L'accento è posto infine sui possibili parallelismi tra l'esperienza della dissezione e la relazione medico/malato.

¹⁵ S. Bertman and S. Marks, *The Dissecting Experience* cit.

- *Incontrare il cadavere nella sala d'anatomia*. Gli studenti sono accompagnati in piccoli gruppi in una visita guidata della sala di dissezione.
- *Affrontare la dissezione*. Lezione di presentazione delle reazioni alla dissezione, passate e presenti, attraverso la letteratura, le arti e le immagini prodotte dagli stessi studenti. Segue un dibattito in piccoli gruppi.
- *«La Lezione di Anatomia»*. Film e discussione di un balletto basato sul quadro di Rembrandt «La lezione di Anatomia del Dottor Tulp».
- *Un'immagine memorabile*. Commento e riflessioni su un'immagine particolarmente significativa dell'esperienza del corso di anatomia.
- *Memorial Service*. Un rito di ringraziamento offerto ai donatori dei corpi, organizzato e realizzato dagli studenti alla fine del corso.

Esperienze didattiche simili, che fanno ricorso alle arti ed alla letteratura, sono state fatte anche in altre università degli Stati Uniti e per lo più prevedono momenti di scrittura e discussione sulle loro reazioni alla dissezione o su biografie immaginarie della vita dei cadaveri. L'ansia generata dal cadavere non è più tabù: se ne scrive, se ne parla. Allo stesso tempo, il corpo, l'oggetto biologico riassume le fattezze della persona.

Ridefinire il corpo: medicina e *medical humanities*

Questa tendenza alla riscoperta della persona-cadavere ravvisabile nelle pratiche didattiche relative all'insegnamento dell'anatomia di cui ho dato qui brevemente conto, si iscrive in un più ampio processo di ridefinizione della medicina che, forse ottimisticamente, mi sembra di intravedere. Nel 1984 è stato pubblicato dal comitato GPEP (General Professional Education of the Physician) per il «Medico del XXI secolo» il «Report of the Working Group on Personal Qualities, Values and Attitudes» in cui sono state formulate le direttive sulla formazione dei medici¹⁶. In esso si insiste, tra le altre, sul fatto che «le facoltà di medicina [americane] devono integrare nei curricula, materiali che offrano agli studenti una conoscenza, professionalmente necessaria, sugli aspetti etici e sul contesto sociale della medicina, oltre naturalmente all'apprendimento dei principi biologici e delle loro applicazioni nella pratica medica». A partire da queste direttive, molte università hanno sottoposto a revisione la strut-

¹⁶ *Report of the Working Group on Personal Qualities, Values and Attitudes*, in *Physicians for the Twenty-First Century: Report of the Project Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine*, in *Journal of Medical Education*, 59 (1984), pp. 177-90.

tura dell'insegnamento ed hanno posto un' enfasi considerevole sullo sviluppo negli studenti di abilità umanistiche («humanistic skills») parallelamente agli aspetti più tecnici e scientifici della medicina. Ciò ha significato l'introduzione di corsi e seminari in sociologia della medicina, antropologia medica, bio-etica, storia della medicina, ma anche di letteratura ed arte in relazione alla medicina, insomma di quelle che vengono generalmente definite «medical humanities» (non è casuale che non esista ancora una traduzione italiana o francese appropriata di questo campo di studi). Lo spazio crescente riservato a queste discipline - e questa volta non soltanto negli Stati Uniti - è, mi pare, il sintomo di una revisione critica in atto in medicina che nel corso degli ultimi due secoli - ubriaca di progresso - sembrava aver dimenticato che dietro una malattia c'è sempre un malato, una comunità, una società. Il trionfalismo che ha accompagnato, in quest'ultimo secolo in particolare, la ricerca medica, l'eccesso di fiducia riposta in essa dal pubblico e la parallela crescita sproporzionata dell'autostima nella corporazione dei medici, sono stati messi recentemente a dura prova da una serie di sconfitte che, a mio parere, sono servite da stimolo a questo processo di revisione. Penso, naturalmente, alla lotta contro il cancro e soprattutto alla sconfitta ancora più scottante - speriamo soltanto temporaneamente - nella lotta contro l'AIDS. Quest'ultima sconfitta ha costituito e costituisce tuttora uno scacco, socialmente riconosciuto e ampiamente propagandato dai media, al progresso ininterrotto della scienza medica.

Uno dei cardini di questo processo di revisione che introduce le «medical humanities» nel novero delle discipline indispensabili alla formazione del medico, è senza dubbio la ricostituzione della complessità del malato, inteso come corpo e persona insieme. Ciò comporta naturalmente la ridefinizione del rapporto medico-paziente e la ripersonalizzazione di entrambi. In un libro recente sulla struttura narrativa della conoscenza in medicina, Kathryn Montgomery Hunter ha posto l'accento sulla necessità di prendere atto della natura narrativa dell'incontro clinico e del fatto che, in buona sostanza, si tratta dell'incontro di due storie, quella del paziente e quella del medico.¹⁷ Un medico, per essere definito un buon terapeuta, deve innanzitutto capire le storie raccontate dai pazienti, deve poi tradurle in termini medici o, se voglia-

¹⁷ K.Montgomery Hunter, *Doctor's Stories: the Narrative Structure of Medical Knowledge*, Princeton U.P., 1991.

mo, in storie in linguaggio medico, e infine ritradurle in un linguaggio che abbia un senso per i pazienti. Una simile concezione dell'incontro clinico, non significa soltanto un mutamento linguistico e lessicale - prodotto attraverso una serie di traduzioni, ma un radicale mutamento d'approccio al paziente ed alla malattia: significa accettare di confrontarsi con un paziente nella sua interezza psichica, fisica ed emotiva, accettare e farsi carico del vissuto individuale della malattia e, parallelamente, concepire e calibrare il proprio intervento terapeutico rispetto, appunto, ad un'entità complessa e, insieme, individuale. Significa anche introdurre un pizzico d'incertezza e di relativismo nella pratica della medicina che apre lo spazio ad un confronto più equilibrato e paritario tra il medico e il popolo dei malati.

È ben evidente, a questo punto, che il distacco clinico, che era auspicato come strumento psicologico indispensabile nella pratica della medicina, diventa quanto mai inappropriato e, direi, *sconveniente* in questo processo appena abbozzato di umanizzazione della medicina. I modelli didattici che ho descritto si inscrivono in tale processo. Il corpo dissezionato diventa il primo paziente che lo studente incontra nel suo percorso professionale. Attraverso l'insegnamento dell'anatomia e la pratica della dissezione, associate a forme di riflessione proprie delle «*medical humanities*», questi modelli didattici di fatto mirano - sin dalla prima esperienza potenzialmente traumatica nella carriera di un medico, la dissezione appunto - a rimettere in discussione la convenienza, l'utilità e la correttezza stessa del distacco clinico. Al contrario, agli studenti si prova a sottolineare l'importanza di un rapporto empatico con il cadavere, la restituzione ad esso della sua dignità personale. È, forse, un primo passo verso la ricongiunzione *sintattica* del corpo e della persona nella medicina di domani.