

in proposito. Sicuramente deprecabile è la carenza di leggi in materia che lascia il medico autore di una scelta difficile, tesa tra il rischio di curare in modo insufficiente un paziente senza ragioni adeguate e quello di effettuare un accanimento terapeutico inutile e pertanto violativo della dignità umana e spesso della stessa volontà del malato.

Il paziente incapace non ha strumenti a sua disposizione per esternare la propria volontà. La scelta del medico può trovare origine, allora, *nel colloquio decisionale con la famiglia, nella possibilità di considerare la mortalità a lungo termine e nella qualità della vita residua*. Una terapia intensiva deve essere somministrata solo se può dare benefici cercando di convogliare le emozioni dei parenti su binari etici anche grazie ad un processo educativo affidato al medico ed al rianimatore.

L'Italia è uno dei Paesi più restii a fornire un'informazione completa al malato. Sovente i medici abbracciano l'idea che sia lecito operare senza il consenso del paziente per il suo stesso bene, in presenza di situazioni disperate.

Proprio questa è la tendenza che deve essere sconfitta: il consenso informato non è *un corpo estraneo ed ostile, fonte solo di intralcio della pratica quotidiana e di negative conseguenze sul piano della responsabilità professionale*. Il tracciato da percorrere conduce verso la strada di un consenso che legittima l'invasione della sfera personale del paziente se questi vi abbia dato il proprio consenso. Solo in caso contrario può essere tenuto all'oscuro della sua situazione clinica.

Nel libro il passaggio da un'ottica squisitamente paternalistica, in cui il diritto di scegliere e decidere in passato competeva sostanzialmente solo al medico ad un'ottica in cui prevale la libera decisione del paziente, preventivamente informato, è ben evidenziato.

Così l'apporto giuridico più aderente all'idea della completa autodeterminazione del paziente trova un freno nel contributo clinico sensibile all'operato del medico ed al suo ruolo comunque ineliminabile. Infine la riflessione psicologica conduce verso il superamento dell'informazione per arrivare a concetti più ampi e profondi: comunicazione, consapevolezza, comprensione, dialogo.

Solo insieme le tre angolazioni di veduta appaiono complete ed idonee a valutare il consenso informato come aspetto di libera scelta di ogni persona in ordine alla propria salute e alla propria vita. Tale scelta deve essere libera da vincoli materiali e morali e frutto di una consapevolezza raggiunta attraverso un'informazione offerta correttamente da medici competenti, in grado di coinvolgere globalmente il soggetto malato.

*La soluzione è una comunicazione tra tutti i soggetti interessati che sia la più ricca e profonda possibile.*

Paola Frati

GRMEK Mirko D., *Storia del pensiero medico occidentale. 2. Dal Rinascimento all'inizio dell'Ottocento*. Bari, Editori Laterza, 1996.

Definendo la medicina *un insieme dinamico di scienze applicate*, lo storico e filosofo della scienza Georges Canguilhem ha di fatto cristallizzato nello statuto epistemologico di questa disciplina un'immagine satura di storia. Per Canguilhem gli sviluppi della ricerca e della pratica medica sono scaturiti da un ricorso strumentale ad acquisizioni conoscitive, quasi sempre derivate da altre discipline, che dovevano consentire alla medicina di mediare fra il suo intendimento primario di prendersi cura della salute del singolo malato e le esigenze di eliminare l'oggetto concreto su cui si esplica la sua azione, per accedere al livello di generalità di una vera scienza e rendere così ancora più efficace la sua capacità di produrre salute (G. Canguilhem, *Le statut épistémologique*. Hist. Phil. Life Sci. 1988; suppl; 10: 15-29).

Davvero non esistono opere di storia della medicina che riescano a tenere conto di questa importante tensione fra le due fondamentali istanze che ineriscono all'attività conoscitiva e applicativa messa in campo dai medici nella storia. Mirko Grmek, storico della medicina di origine croata, del quale sono ben noti la sterminata erudizione ed il rigore scientifico, ha cercato di colmare questa lacuna progettando un'opera molto ambiziosa sulla storia del pensiero medico occidentale di cui è stato pub-

blicato il secondo volume. Nell'introduzione al primo volume Grmek aveva insistito sul concetto che la storia della medicina è *una disciplina militante che serve a una migliore conoscenza delle idee scientifiche, al loro avanzamento, all'arricchimento della riflessione filosofica, all'allargamento della sociologia e della storia generale dell'umanità, alla migliore padronanza dei metodi di indagine e valutazione critica dei problemi medici*. In tal senso egli riteneva che uno degli scopi principali dell'opera da lui curata fosse quello di promuovere una sintesi critica, che attraverso un uso consapevole degli strumenti conoscitivi disponibili alla ricerca storica, cercasse di *abbracciare l'intero percorso del pensiero medico occidentale, nella sua variegata complessità e nei suoi rapporti costanti con la realtà biologica e sociale delle popolazioni umane*.

Purtroppo le aspettative create dall'introduzione all'opera e alimentate dalla conoscenza delle straordinarie competenze di Grmek non sembrano aver guidato tutti gli autori dei contributi a questo secondo volume, dedicato al periodo in cui si gettarono le basi per la nascita della medicina scientifica. Nell'insieme esso risulta alquanto disomogeneo, con diversi articoli eccessivamente didascalici, ovvero concepiti come rassegne tematiche che non come saggi storici in cui si cerchi davvero di individuare la natura dei vincoli concettuali e pratici che condizionarono lo sviluppo conoscitivo e applicativo del sapere biomedico dagli inizi del Cinquecento agli inizi dell'Ottocento.

Il volume ricostruisce nel primo capitolo l'evoluzione delle conoscenze anatomiche e della metodologia di studio dell'organizzazione anatomo-funzionale del corpo umano, per analizzare, nel secondo capitolo, le origini ed i contenuti empirici e filosofici della medicina chimica (iatrochimica). Un contributo è dedicato ai grandi sistemi medici che dominarono la medicina del Settecento, come per esempio la fisiopatologia solidistica di Giorgio Baglivi o la medicina istituzionale di Hermann Boerhaave. Il capitolo scritto dalla compianta Roselyne Rey, uno dei più interessanti, inquadra i connotati filosofici ed epistemologici del vitalismo settecentesco, incarnato soprattutto dalla Scuola medica di Montpellier. Un altro interessante contributo è quello di Guenter Risse, che ricostruisce i presupposti storico-

metodologico e il contesto geografico-politico (la Parigi della Rivoluzione) che consentirono l'emergere dell'approccio anatomo-clinico, ovvero dell'idea di ricercare una correlazione tra il sintomo descritto al letto del malato e la lesione dell'organo riscontrata all'esame autoptico. fu questa una transizione concettuale fondamentale nella storia della medicina, preparata dall'opera anatomopatologica di Morgagni e Bonet e realizzata dagli ingegni di Bichat e Laennec, che avviò quell'irreversibile processo di oggettivazione del fenomeno patologico che avrebbe portato alla nascita e ai successi applicativi della medicina sperimentale, ma anche a una progressiva spersonalizzazione del rapporto medico-paziente e a una limitazione del peso decisionale del malato.

Il capitolo dedicato agli sviluppi della terapeutica si sofferma soprattutto sulle filosofie che ispiravano le strategie curative adottate dalla medicina seicentesca e settecentesca, soprattutto in relazione ai cambiamenti di atteggiamento verso le malattie mentali. Una rassegna delle malattie infettive e non infettive che colpivano le popolazioni nel periodo preso in esame dal libro fornisce un quadro abbastanza efficace del contesto *ecologico* in cui operava il medico e quindi i fenomeni a cui doveva trovare una spiegazione e le aspettative che ne muovevano l'azione: purtroppo il contributo in questione non fa alcun tentativo di cogliere delle possibili interazioni dinamiche che determinavano gli spostamenti nelle prevalenze delle malattie durante i tre secoli in questione.

Un altro interessante contributo è quello di Giorgio Cosmacini, che svolge il tema storico riguardante il ruolo sociale del medico in Italia nei tre secoli e mezzo che precedettero l'unificazione del Paese. Cosmacini cerca di fare e emergere le dinamiche relazionali (antropologico-sociali) in cui si inserisce l'operare del medico, da una parte il rapporto personale con il paziente e dall'altro la funzione sociale della sua attività, e come tali dinamiche possano essere condizionate dalla tecnologia, ovvero dal sapere teorico e tecnico. Il periodo affrontato da Cosmacini è fondamentale per comprendere come i medici italiani hanno progressivamente preso consapevolezza che la miseria economica e morale delle popolazioni della penisola svolge-

va una funzione causale importante nel determinare il loro stato di salute.

I capitoli scritti da Grmek riguardano l'evoluzione della chirurgia e il concetto di malattia. Grmek mostra come l'approccio chirurgico, insieme terapeutico e conoscitivo, sia passato dalla posizione di inferiorità nel medioevo a una vera e propria riabilitazione e valorizzazione attraverso il diffondersi di una visione meccanicistica del corpo umano. Relativamente al concetto di malattia Grmek ricostruisce l'emergere, nel contesto di un pensiero medico che tra l'altro cominciava a interrogarsi sull'eziologia animata delle malattie contagiose, di istanze classificatorie e naturalistiche nella descrizione dei sintomi caratteristiche delle diverse malattie, e quindi l'introduzione, con la sintesi anatomo-clinica, di una concettualizzazione della malattia vincolata, attraverso l'esame autoptico, a modificazioni strutturali specifiche degli organi in corrispondenza con il manifestarsi di altrettanto specifiche costellazioni di segni e sintomi rivelabili in sede clinica.

Gilberto Corbellini

VEGETTI FINZI Silvia (a cura di), *Storia delle passioni*. Laterza, Roma-Bari 1995, pp. 360.

Questo libro nasce dalla constatazione che la nostra è un'epoca in cui sembra che le passioni abbiano esaurito le loro funzioni ed il loro ruolo regolatore nei rapporti di individuazione del singolo e della collettività, nella dimensione sociale tanto quanto in quella privata. A dispetto della progressiva penalizzazione delle componenti emotive, che lascia il posto negli schemi sociali a noi contemporanei ad una razionalità sempre crescente, questo testo va alla ricerca delle radici storiche della passionalità, intesa come stato fisico ed emotivo che richiede non solo di essere gestito, ma anche di essere testimoniato di fronte ad una comunità in grado di pronunciare un assenso agli atti ed alle intenzioni che ad essi soggiacciono.

*Pathos*, dunque, storicamente inteso come forma di comunicazione, come interazione col mondo, come antidoto ad una solitudine disperante che pare costituire il tratto caratteristico di una contemporaneità che ha dimenticato le forme ed i luoghi della tragedia; *pathos* come potenzialità causale del mutamento, di contro alla carica *addomesticata* dei sentimenti; *pathos* come regno dell'energia vitale dell'irrazionalità di fronte alla negazione ed alla segregazione dell'istituzionalità e dell'universo borghese.

Le teorie freudiane hanno sostituito il vissuto tragico dell'esistenza, che veniva espresso tramite *l'atteggiamento passionale*, con il senso di colpa, dolore che non trova causa e si *muove* in modo oscuro all'interno dell'uomo. Disagio, sofferenza e infelicità prive di oggetto; è, in parte, il disagio della civiltà contemporanea che ha espulso i moti passionali e gli stessi vissuti emotivi fuori delle comunicazioni individuali e collettive. Essi, pur non trovando più spazio espressivo e non appartenendo più alla corporeità e al potenziale linguistico, continuano a permanere nell'inconscio. La carica dirompente e rivoluzionaria delle passioni, ha lasciato il posto alla mediazione comprensiva dei sentimenti che, attraverso l'elaborazione culturale avvenuta nel XIX secolo, tendono ad essere catalogati ed inseriti in codici di comportamento esplicativi e descrittivi. Le stesse teorie analitiche hanno contribuito ad aumentare la separazione con il mondo della classicità e con il processo dinamico che contrassegna il vissuto passionale, attraverso la costruzione del *sistema personalità* e delle sue componenti biografiche, di temperamento e intenzionali. Siamo di fronte, cioè, ad un uso del linguaggio decodificante ed esplicativo che, mediando, interpreta tra destrutturazione e ristrutturazione i contenuti inconsci. Lo stesso bagaglio di espressioni e posture corporee atte a trasformare la comunicazione emozionale in passioni, appartenenti al patrimonio culturale, è entrato a far parte del passato, della storia. Vale a dire, di un sistema che trasforma la gestualità e la corporeità in comunicazioni verbali che vengono inserite in contesti stereotipati. Fuori da questi, la follia diagnosticata con la moderna terminologia psichiatrica o interpretata attraverso la *lettura* dello squilibrio biochimico.