

sono nate le accademie scientifiche, tuttavia, dato lo scarso spazio che negli insegnamenti disciplinari viene riconosciuto all'evoluzione delle articolazioni problematiche e metodologiche delle discipline biologiche, forse è anche importante che sappiamo inquadrare per esempio i rapporti tra genetica ed embriologia o le origini della biologia molecolare. La scelta comunque di cercare di tenere insieme la prospettiva cronologica con una identificazione progressiva dei domini del sapere biologico è didatticamente efficace, così come è valida la scelta di collocare geograficamente e socialmente, oltre che storicamente, gli sviluppi del pensiero biologico.

Gilberto Corbellini

BURGIO G. Roberto e NOTARANGELO Luigi D., *La comunicazione in Pediatria*. Milano, UTET, 1999, pp. 392.

L'attuale ascesa dell'etica biomedica a rango di scienza ha il grande merito di orientare la mentalità medica su un codice metodologico che consente non soltanto di *curare* il paziente ma di *prendersene cura*.

Nella società attuale, in particolare negli ultimi decenni, si sta diffondendo sempre di più l'esigenza di una cultura della salute e della prevenzione dei suoi rischi. Grazie alla comunicazione multimediale, all'informazione fornita dai mass-media, la gente è investita da un flusso di notizie spesso poco chiare, che creano nell'immaginario collettivo false convinzioni. È qui che il medico deve avere un ruolo di rilievo, rispondendo alle domande, facendo chiarezza, contribuendo in tal modo ad allentare la tensione o l'allarmismo, che spesso derivano da un uso acritico delle stesse informazioni, un uso che può ostacolare la diagnosi e la terapia. In tal senso il pediatra deve tornare a praticare l'incontro con i bambini e i familiari. Prerogativa essenziale di questa scelta metodologica è la cultura della comunicazione. La comunicazione richiede, per essere efficace, un contesto da cui dipende: la relazione.

In medicina la relazione medico-paziente è meglio definirla come *rapporto* in quanto non si esaurisce nella trasmissione ver-

ticale di significato, ma coinvolge l'intera persona del medico e del paziente, coinvolge poi l'intera rete familiare. Si tratta dunque di una realtà davvero complessa la cui indagine richiede competenze professionali ed umane. Queste doti sono quelle che fanno apprezzare il lavoro di G.R. Burgio e L.D. Notarangelo.

Un lavoro di ricerca articolato di tutte le fasi, dalla letteratura alla clinica senza trascurare i riferimenti legislativi, esposto con il raro pregio della semplicità e della chiarezza.

La comunicazione è un fatto etico, infatti solo comunicando si propone cultura e la si diffonde; solo con la comunicazione è possibile aiutare un malato o i suoi familiari all'accettazione della malattia; solo con la comunicazione è possibile affrontare la realtà emozionale, il *vissuto di malattia*, ed entrare nell'ambito specifico della chiarificazione dei costi/benefici o dei rischi/benefici insiti in un trattamento.

La comunicazione è per l'uomo un fatto istintivo, un'esigenza connaturata che lo porta ad entrare in contatto con tutto ciò che lo circonda, essa rappresenta un autentico strumento di professionalità soprattutto in ambito medico, tuttavia occorre che si ispiri alla più facile fruibilità possibile per l'interlocutore: il paziente.

In epoca di progressi scientifici che hanno permesso al medico di fare diagnosi più precise e di utilizzare più efficaci terapie per le malattie, la capacità di contatto umano con il malato, si è sempre più ridotta. La rigorosa impostazione chimico-fisica che ha certamente favorito tante vittorie scientifiche, può rivelarsi una gabbia rigida nella quale vi è sempre meno spazio per il rapporto con il paziente. Accade così che nell'ambito di una medicina che per la prima volta nella storia è capace di guarire, medici e pazienti vivono spesso il reciproco rapporto con sospetto, con delusione e non raramente con rabbia.

Soprattutto ai giorni nostri ogni medico dovrebbe acquisire la capacità di ascolto e comunicazione nella sua formazione universitaria.

È evidente infatti che la maggior responsabilità del successo o meno della comunicazione tra medico e paziente, ricade sul medico in quanto il paziente si trova in uno stato di necessità; è il medico che deve trasmettere informazioni note, accertate ed accertabili per il paziente, proponendo inoltre le possibili alternative terapeutiche valutate in relazione ai costi/benefici.

Il ruolo del medico, in altre parole, non è quello di convincere (soprattutto in relazione alle decisioni inerenti le grandi patologie) ma di fornire informazioni corrette:

- sulle reali possibilità di intervento terapeutico, sulla sua efficacia e sulle conseguenze (effetti collaterali) dello stesso;
- sui rischi soprattutto se elevati che questo tipo di intervento comporta;
- sulle esperienze possedute dall'équipe;
- sugli altri rischi di danni ad altri organi che il persistere di una situazione critica comporta;
- sulla storia post-intervento cui andrà incontro un paziente trattato chirurgicamente, con chemioterapia e/o radioterapia;
- non sono infine da trascurare gli aspetti psicologici connessi all'iter clinico soprattutto se il paziente è un bambino.

Senza dimenticare infine che nessuno è depositario del giusto, tanto meno in decisioni terapeutiche la cui reale fattibilità ed efficacia rimane potenziale e il cui successo ha sempre un risvolto, un rovescio della medaglia che quasi mai viene adeguatamente illustrato.

Scopo di questo lavoro è quello di proporre ai medici, nello specifico al pediatra, uno strumento di conoscenza e di riflessione. L'obiettivo dichiarato è proprio quello di migliorare sia sul piano dialogico-empatico il suo rapporto professionale con i pazienti, bambini o adulti che siano. L'assunzione da parte del pediatra di questo compito professionale produrrebbe certamente un cambiamento che apporterebbe un meritevole correttivo in una medicina che, per essere sempre più dominio del laboratorio e degli strumenti, rischia l'aridità nel rapporto interpersonale.

Un tale cambiamento inoltre sarebbe benefico e gratificante non solo per il medico e per il paziente, ma anche per la cultura della salute di cui la società fruisce.

Guido Crocetti

PASTORE Alessandro, *Il medico in tribunale. La perizia medica nella procedura penale d'antico regime (secoli XVI-XVIII)*. Biblioteca dell'AST, Bellinzona, Edizioni Casagrande, 1998.

PELLE Susanna (a cura di), *Relazioni forensi. Ambiente, igiene e sanità nella Firenze dei Lorena*. Firenze, Casa Editrice Le Lettere, 1998.

La relazione forense gioca, tra XVI e XVII secolo, un ruolo articolato sui due fronti opposti ma complementari della valutazione delle condizioni di igiene ambientale e della discussione strettamente medico-legale di casi oggetto di veri e propri dibattimenti giudiziari, in cui il medico è chiamato ad esprimere parere peritale su argomenti disparatissimi; egli si esprime, pertanto, sulla liceità dello scioglimento del vincolo matrimoniale, quanto su nascite sospette, infanticidi, accertamenti di verginità, su mille delitti di natura svariata, risse, incidenti ed anche su casi di imperizia professionale.

I libri qui presentati pongono il problema delle origini della medicina legale e dell'igiene pubblica, in un'epoca che in Italia assume come punto di riferimento i nomi di Paolo Zacchia e Bernardino Ramazzini; medicina sociale, si direbbe meglio, nel senso più ampio del termine, disciplina cioè che prende a cuore la valutazione della condizione delle acque di rifornimento della città di Firenze, così come quella del grado di salubrità della carne dei pesci dell'Arno, delle condizioni di conservazione del grano e del modo in cui le sue avarie possono influenzare le condizioni di salute degli strati poveri della popolazione, che solo ad un tipo di alimento possono fare riferimento per calmare i morsi della fame; ma che si gioca anche al più alto livello *politico*, da un lato rappresentato dai Magistrati di Sanità (una sorta di *giurisdizione igienica*) e, dall'altro, dagli Uffici giudiziari civili ed ecclesiastici.

È forse questo il senso più rigoroso in cui intendere il problema dello statuto storico della perizia tra Sei e Settecento, nell'epoca in cui la medicina legale si va strutturando come disciplina completa, *scienza umana e globale* secondo la definizione di Alessandro Pastore che non a torto richiama quella classica di Paolo Zacchia di *rebus medicis sub specie iuris*; diretta erede dell'eredità ipocratica nella costantemente ricordata raccolta di segni e sintomi, che vanno legati in un quadro coerente, da cui emerge in ultima istanza l'ipotesi credibile, il volto soddisfacente di una verità provvisoria, utilizzabile nel cammino della ricostruzione accertabile dei fatti.