

Le relazioni, proposte in italiano e in inglese, offrono il resoconto di esperienze diverse sul rapporto tra arte e ospedale, sia in chiave storica, sia in un'ottica contemporanea: il rapporto tra struttura nosocomiale e arte visiva, in realtà, affonda le sue radici in un passato lontano che, però, è tuttora vivo e presente sotto i nostri occhi. È il caso delle grandi istituzioni ospedaliere della civiltà urbana rinascimentale che ha generato strutture assistenziali importantissime: basti pensare al complesso di S. Maria Nuova di Firenze, all'Ospedale S. Maria della Scala di Siena, all'Ospedale del Ceppo di Pistoia.

In queste strutture, nate a scopo assistenziale e terapeutico, fondate da personaggi di spicco della realtà cittadina, sostenute dalla generosità collettiva e dalla carità, ha sempre trovato spazio l'esperienza artistica: il luogo di cura è stato, cioè, nel corso del tempo, contenitore di opere d'arte, ma anche officina, committente, produttore. Ne è sempre paradigmatico l'ospedale fiorentino di S. Maria Nuova, fondato alla fine del XVIII secolo, per volontà di Folco di Ricovero Portinari, padre della Beatrice dantesca: circa cinquecento opere sono appartenute nel tempo a questo nosocomio, sia per commissione diretta, sia per donazione, per eredità, per acquisizione da enti riuniti. Se le opere artistiche interessavano soprattutto lo spazio sacro delle cappelle, altri spazi erano decorati all'interno dell'Ospedale, a riprova della oggettiva importanza riconosciuta all'arte in un contesto sanitario, come riflesso di una crescita economica, come segno di trasformazione, come elemento recante in sé una potenzialità curativa autonoma. Il ruolo dell'espressione artistica nella qualificazione dell'ambiente ospedaliero diventa così oggetto di riflessione pluridisciplinare: i diversi contributi, i resoconti delle varie esperienze, le proposte e le suggestioni progettuali tendono quindi a porre l'accento sulla necessità di una visione della degenza ospedaliera attenta alla relazione tra ambiente, condizione dei malati o di coloro che operano nella struttura.

Non si tratta, però – ed è questo uno degli assunti più importanti forniti dal volume – di inserire un capolavoro artistico in un ambiente ospedaliero o di migliorare esteticamente una struttura: tutto questo non è sufficiente per un miglioramento della qualità della vita all'interno dell'ospedale.

Nell'ottica di una rivalutazione del rapporto tra medico e paziente e ospedale-paziente, va ripensato anche lo spazio che dà sfondo a questo rapporto: il momento progettuale, tecnico, non andrebbe scisso dall'intervento artistico ma anzi, dovrebbero rappresentare il frutto di una sinergia, di una collaborazione volta a creare un nuovo spazio in cui riconoscersi.

Le esperienze raccolte testimoniano l'attualità del tema ed offrono una panoramica quanto mai varia e diversificata delle modalità con cui gli artisti si sono confrontati e si confrontano con lo spazio ospedaliero: in un momento in cui viene rivisto, l'assetto delle strutture ospedaliere, nella loro dislocazione e organizzazione, ai fini di una maggiore funzionalità, l'"*integrazione di valori sanitari e civili, architettonici ed urbanistici, simbolici ed artistici*" rappresenta una riflessione importante, per la rilettura dei rapporti tra l'uomo ed il contesto in cui vive ed opera.

Donatella Lippi

SPINSANTI Sandro, *Le ragioni della bioetica*. Edizioni CIDAS, Roma, 1999.

Nessuno può mettere in discussione che negli anni Sessanta e Settanta i teologi e filosofi morali, cattolici e protestanti, hanno giocato un ruolo importante nell'indirizzare e modulare l'attenzione verso l'etica medica, ovvero nel far sì che il termine bioetica, coniato dall'oncologo van Raenslaer Potter per connotare un'etica ambientalista, assumesse il significato proteiforme, ma in larga parte riferito ai problemi medico-sanitari, che possiede oggi. Ripensando ai contributi portati alla riflessione bioetica dal versante religioso e a come questi fossero ispirati non solo da paure ma anche da istanze di dialogo verso il mondo della biomedicina, viene naturale domandarsi come mai oggi risulti così appiattivo in senso fondamentalistico il contributo della bioetica di ispirazione religiosa, in particolare quella ispirata alla dottrina della Chiesa.

Una spiegazione dell'involuzione del pensiero cattolico ufficiale in materia di bioetica la propone Sandro Spinsanti nel suo ultimo libro. Per Spinsanti, che ha tenuto il primo inse-

gnamento di etica medica nella Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli" a Roma nell'anno accademico 1983-84, la ragione va cercata nella chiusura dottrinale imposta dall'attuale pontefice alla riflessione morale. L'autore, che alla luce del fatto storicamente incontrovertibile che *"le religioni hanno alle spalle un lungo passato di intolleranza"* molto onestamente si chiede se *"meritano le religioni l'apertura di credito nei loro confronti che il mondo contemporaneo va loro facendo nelle problematiche della bioetica"*, e ritiene che l'impostazione rigida, intransigente e *"parrocchiale"* data alla teoria morale nell'enciclica *Veritatis splendor* del 1993 abbia vanificato la conquista, raggiunta con il Concilio Vaticano II e con la dichiarazione *Dignitatis Humanae* del 1965, dei valori dell'autonomia morale, della libertà e del pluralismo teologico. Tale chiusura avrebbe prodotto una *"situazione che rischia di trovare il consenso di due gruppi molto distanti tra loro: i cattolici fondamentalisti, arroccati in una posizione di difesa, e i rappresentanti del pensiero laico che desiderano un avversario ben identificato e ricondotto a posizioni standardizzate (così pensano i cattolici sull'aborto e l'autanasia, così invece il pensiero laico...)*. Siamo invece molto lontani dalla bioetica come ricerca di un'etica civile, che si articola con la morale individuale in una dialettica di etica *"minimo morale"* ed etica dei *"massimi morali"*. *Delegittimati o meno, molti cattolici, per i quali la chiesa è chiesa, e non 'parrocchia', stanno pensando e agendo in quella direzione. Insieme a molti altri uomini di fedi e orientamenti ideologici diversi. Questo orizzonte fa la differenza tra la bioetica e l'etica confessionale"*.

Spinsanti cerca in questo libro di inquadrare le *"ragioni storiche"* e le *"ragioni filosofiche"* di una bioetica de-ideologizzata e ispirata al dialogo. Nella prima parte ricostruisce l'evoluzione dell'etica medica, dalle sue origini all'interno della tradizione ipocratica sino al riconoscimento di un ruolo per la riflessione morale nell'ambito della pratica medica e delle scelte di sanità pubblica. Quindi segue passo passo le differenziazioni problematiche cui è andata incontro la bioetica con una prevalenza negli ultimi anni delle istanze economiche e giuridiche. Particolarmente efficace è l'analisi puntuale della natura, degli scopi e del

funzionamento (o malfunzionamento) dei comitati etici nazionali, sopranazionali e ospedalieri.

Nella seconda parte del libro viene messa a fuoco l'articolazione filosofico-morale assunta dalla riflessione bioetica, e sviluppata una convincente critica del *principialismo*, vale a dire della bioetica di matrice statunitense che ha pragmaticamente risolto (di fatto rimuovendoli) i conflitti metaetici, individuando nel riferimento ai principi (di autonomia, beneficenza e giustizia,) e nel bilanciamento delle diverse istanze che da tali principi discendono, il criterio guida per la soluzione dei problemi e le scelte. Come osserva giustamente Spinsanti, la bioetica basata sui principi rispondeva fondamentalmente all'esigenza di tutelare le persone dagli abusi nel contesto della sperimentazione clinica, nonché appariva adeguata per una società naturalmente pluralistica come quella statunitense. Tuttavia, questo approccio si è affermato anche perché abbastanza comodo da praticare e insegnare, come dimostra il proliferare di manuali che propongono dei veri e propri algoritmi decisionali – quasi sempre del tutto improbabili – che pretendono di rispondere a tutte le situazioni. Ovvero, i nuovi professionisti della bioetica hanno tranquillamente ignorato il fatto che nella maggior parte dei contesti clinici (soprattutto nelle situazioni terminali, ma ancor questo più varrà per i problemi etici sollevati dalla medicina predittiva,) un'impostazione astratta e computazionale dei problemi bioetici accentua le difficoltà nei rapporti tra medico e paziente, ovvero tra medicina e società, invece di contribuire ad attenuarle.

La sfida stimolante che Spinsanti lancia, e che è quanto mai urgente raccogliere soprattutto in Italia, è quella di lavorare alla costruzione di una bioetica non più concepita come *"un gendarme"* a guardia dei medici o, aggiungerei, come un dispositivo umanistico per ridotare il medico di quel *supplemento d'anima* che la formazione tecnico-scientifica sempre più asfissiante e nozionistica non può ormai più dargli. Piuttosto, la bioetica deve trovare un ruolo educativo davvero nella formazione del medico, e questo può avvenire solo rafforzando l'insegnamento con una prospettiva storica ed epistemologica che aiuti a collegare il livello della conoscenza scientifica con quello dell'istanza morale. Ma, soprattutto, non deve rivolgere la sua azione educativa

solo ai medici, ma cominciare investire il vasto pubblico e promuovere lo sviluppo di una conoscenza più adeguata dei problemi medico-sanitari.

Gilberto Corbellini

CAVICCHI Ivan, *Il rimedio e la cura. Cultura terapeutica tra scienza e libertà*. Editori Riuniti, 1999, Roma.

Se lo sviluppo della medicina da Ippocrate sino ad oggi è segnato dal confronto tra ciò che è *razionale* e le *aspettative di guarigione*, come dire – agli estremi - tra le ragioni ed il metodo della scienza e le attese del “*miracolo*”, non v'è dubbio che proprio le situazioni estreme sono in medicina le più lontane dalla realtà della pratica medica corrente: il medico di medicina generale non si sente scienziato, né dispensatore di miracoli. Va anche detto subito che solo la medicina molecolare e la terapia genica teorizzano ed in casi del tutto eccezionali applicano i paradigmi rigorosi delle scienze naturali – la matematica, la fisica, la chimica – identificando il gene alterato e sostituendolo con quello “*sano*”. La medicina corrente è invece *scienza applicata*, per di più applicata ad un essere non standardizzabile in termini assoluti, come l'uomo, nel quale si sommano il determinismo *genetico*, il determinismo *ambientale* ed il *vissuto personale*, che è la somma di usanze e costumi, ma anche del contesto sociale, delle condizioni economiche, dell'iniziativa personale. D'altra parte il medico agisce – si suol dire – in base a *scienza e coscienza*, quest'ultima crogiolo di credenze, istruzioni ed elaborazioni personali, la prima soggetta alla teorizzazione epistemologica e spesso risolta dal medico in termini pratici valorizzando al massimo l'accumulo di elaborazioni *personali* senza oggettivazione e controllo *interpersonale* (Koch viene spesso studiato ed ancor prima dimenticato!), dando rilievo a se stesso attraverso l'enfasi sulla propria *esperienza*, ch'è quel processo logico che tende a *scartare* i dati d'osservazione che non collimano con l'ipotesi (diagnostica, terapeutica, etc.) e che nel contempo tende ad *ipervalutare* i dati che suffragano l'ipotesi. La *falsificazione* tendenziale e la

conseguente necessità di un processo di *confutazione* non sono ammesse come processo epistemologico e comunque compensate dal medico con generici riferimenti alla propria *casistica* e ad improbabili valutazioni statistiche.

Quando Claude Bernard si dette a teorizzare una medicina fondata sull'*esperimento*, in assoluta analogia con la rivoluzione epistemologica già avvenuta nelle scienze naturali, ritenne la statistica – in quel momento storico, va ricordato – nemica della razionalità scientifica, perché la sua verità era *probabile e non certa*, come tendeva ad essere la medicina sperimentale.

Se si hanno presenti questi passaggi epistemologici ed il fatto che il rapporto malato-malattia-medico è una miscela che li assomma tutti in proporzioni variabili (dalla *fede* nella guarigione, alla pretesa di *certezza* della guarigione individuale, alla ricerca di una *verità scientifica-generalizzazione della guarigione*) ben si comprende come i farmaci (i *rimedi*, come li chiamavano i Greci) siano appartenuti (ed appartengano) a categorie contemporaneamente diverse nel vissuto individuale e sociale: *categorie metafisiche, reali o sociali*, cosicché si potrebbe pensare che l'unica condotta possibile – per il medico e per il paziente – sia quella del *relativismo epistemologico*, quello per intendersi che anche in tempi recenti ha legittimato transitoriamente terapie sulla base del furore popolare e non della dimostrata efficacia. D'altra parte ben prima del caso Di Bella, vi è stato il caso *laetrile-vitamin B17-cyanogenic glycosides*, estratti dai semi di albicocca da Ernst Krebs jr negli anni '60: il *farmaco è stato dichiarato inefficace dalla FDA* (Committee on Food Protection, *Toxicants occurring naturally in food*. Washington, DC, National Academy of Sciences-FDA, 1973) e fraudolenta la sua distribuzione, il che non ha impedito la nascita di fiorenti cliniche in Tijuana, giusto al confine messicano con gli Stati Uniti.

Perché questo accade? Ed è sufficiente richiamarsi al rigore della sperimentazione per determinare condotte incontrovertibili, soprattutto in epoche nelle quali – così è oggi in tutti i Paesi dell'Unione Europea, in Canada, Nuova Zelanda, etc. – la spesa pubblica per settori medici – il ricovero ospedaliero, le terapie farmacologiche, etc. – è rigidamente predeterminata? Quando ho fatto parte della Commissione Unica del Farmaco che nel