

47. RUFO, *Sur la satyriasis et la gonorrhée*. In: *op. cit.*, pp. 71-74. Per altri riferimenti a diete alimentari intese ora ad aumentare, ora a diminuire la quantità di seme, cfr. GALENO, *De sanitate tenda*. VI. 14, Kühn, VI, pp. 443-448; IDEM, *De simplicium medicamentorum temperamentis ac facultatibus*. V. 23, Kühn, XI, pp. 776-777.
48. PLINIO, *Historia Naturalis*, 34. 166.
49. DUGAN J., *Preventing Cicerionanism: C. Licinius Calvus' regimens for sexual and oratorical self-mastery*. *Classical Philology* 2001; 96: 402-403.
50. SORANO, *Ginecologia*, III. 14.
51. GALENO, *De sanitate tenda*. VI. 14 (=Kühn, VI, p. 446); IDEM, *De simplicium medicamentorum temperamentis ac facultatibus*. 9. 23 (=Kühn, XII, p. 232).
52. ORIBASIO, *Ad Eunapium*, I. 13
53. C. AURELIANO, *Sulle malattie croniche*. 5. 7 (Durbkin, 1950, pp. 960-963). Ma a proposito di Aureliano, cfr. anche PIGEAUD, *op. cit.* pp. 10-11.
54. Il DUGAN, *op. cit.*, p. 403; ci riporta la testimonianza di Giovanni Cassiano (V sec.) che la prescriveva perché i suoi monaci non fossero visitati da sogni erotici, *Instit.*, 6.7.2.
55. GALENO, *De locis affectis*. VI.6, Kühn, VIII, p. 451.
56. RUFO, *Sur la satyriasis et la gonorrhée*. In: *op. cit.*, p. 74.
57. GALENO, *De locis affectis*. VI. 5, Kühn, VIII, pp. 419-420 (trad. M. Menghi).
58. SORANO, *Ginecologia*. I. 10.
59. RUFO IN ORIBASIO, *Du coït*. In: *op. cit.*, pp. 549-550 (trad. M. Menghi).
60. L'espressione è di FOUCAULT M., in: *op. cit.*, trad. it. cit., p. 139.
61. Cfr. FOUCAULT M., *Le souci de soi*. Paris 1984; trad. it. *La cura di sé*. Milano 1985, in particolare, pp. 103-146; ROMANO E., *Medici e filosofi*. Palermo 1991, in particolare, il capitolo *L'ideologia della salute*, pp. 115-152.
62. *Satira*, VI. 115-132 (trad. adattata di M. Ramous). Si veda comunque di FRANCO BELLANDI (introduzione e commento), GIOVENALE VI *Satira*. In: Idem GIOVENALE (a cura di), *Contro le donne*. Venezia, 1995, pp. 9-33; 122-126.
63. GOUREVITCH D., in: IDEM, RAPSAET-CHERLIER M. T., *La femme dans la Rome antique*. Paris, 2001, pp. 11-12. Ma della stessa si veda anche la puntuale ricostruzione della satiriasi e della gonorrea nel pensiero medico antico con riferimento anche alla donna in: HAWLEY R., LEVICK B. (éd.), *Women who suffer from a man's disease*. In: *Women in Antiquity*. London-New York, 1995, pp. 149 ss.

Correspondence should be addressed to:
Martino Menghi, e-mail: martino.menghi@libero.it

Articoli/Articles

SCIENZE UMANE E BIOETICA NELL'ESPERIENZA DEI
CORSI INTEGRATI DELLE FACOLTÀ DI MEDICINA

MARIA CAPORALE
II^a Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università degli studi di Roma "La Sapienza", I

SUMMARY

HUMAN SCIENCE AND MEDICINE

Objective of Human Science teaching is to develop Knowledge and ability for rational analysis of bio-medical problems. The relationship between doctor and patient must be founded on dialogue, cooperation, understanding, on respect of human rights: life, health, physical integrity, privacy, autonomy, freedom and liability to guide ethical choices in clinical experience and rediscover anthropological significance of Medicine.

Lo sviluppo della conoscenza scientifica ed i recenti traguardi della ricerca in campo biomedico evidenziano sempre di più la stretta interdipendenza fra sapere tecnico-scientifico e sapere umanistico. Fino a quando ha prevalso una concezione della natura immutabile e vincolante, l'attività scientifica si è limitata ad indagarne e scoprirne le leggi di svolgimento rimanendo sostanzialmente indifferente alle questioni etiche; le possibilità di intervento erano infatti limitate e condizionate dalle leggi insuperabili della natura, così che ogni scelta veniva effettuata all'interno di un orizzonte ristretto pressoché scontato e prevedibile. Nella nostra epoca la ricerca scientifica da mera artefice della lettura ed interpretazione del ciclo biologico, diviene essa stessa protagonista

Key words: Scienze Umane - Bioetica - Didattica universitaria

dello svolgimento dei processi naturali. Le scelte non si svolgono più all'interno di leggi date ed imm modificabili e conoscono solo il limite che esse stesse pongono. Non siamo più di fronte a singole esperienze e singoli casi risolvibili con il corretto uso di una tecnica, di un'arte, di una professione. Si afferma l'esigenza di determinare criteri d'orientamento ispirati a valori di convivenza in grado di guidare i processi e di valutare le implicazioni etiche delle applicazioni tecnologiche, a partire dalla consapevolezza della loro portata universale.

La diffusione di nuove e più complesse patologie, il processo di invecchiamento della popolazione, l'aumento dei fattori di rischio ecologico, l'introduzione di moderni strumenti biotecnologici quali lo screening genetico, il ricorso sempre più frequente ad una *medicina dei desideri*, l'uso di sostanze dopanti nella pratica sportiva e le *emergenze etiche* della medicina dello sport, l'esigenza di fondare una cultura della *prevenzione* impongono la necessità di pensare nuovi modelli per la formazione scientifica, etica, psicologica dei futuri operatori sanitari. Pensare un'etica attiva in grado di governare le relazioni umane, fondata su alcuni paradigmi irrinunciabili: il valore fondamentale della vita, il primato della persona e il rispetto della conoscenza, la libertà dell'individuo e la responsabilità del medico.

Fra gli obiettivi dei corsi integrati di Scienze umane vi è quello di sviluppare adeguate conoscenze, capacità logiche, abilità per l'analisi razionale dei problemi, stimolando l'attitudine ad una consapevolezza critica in merito alle decisioni concrete da assumere nell'esercizio della professione, incrementando motivazioni, conoscenze e qualità necessarie a compiere scelte più eticamente consapevoli nelle proprie aree di attività. Si rende necessario individuare i valori antropologici di riferimento e far emergere qualità eminentemente operative quali la competenza, la coerenza, la capacità di discernimento, di ascolto e comunicazione. Riconoscere nel paziente un'entità unica, complessa; promuovere un modo d'intendere l'incontro tra etica e salute fondato sulla "mediazione triangolare" per il quale la scienza e la tecnica, da una parte, e l'evoluzione sociale

dall'altra debbano costantemente essere rapportati al valore della persona.

La Bioetica si pone nei confronti della medicina come visione integrativa per la trasmissione di principi e paradigmi. Un'etica della "libertà responsabile" in grado di orientare le future scelte ed umanizzare l'azione di cura migliorando le qualità professionali. Un adeguato training formativo ha per obiettivo quello di favorire una verifica critica delle scelte, argomentandole sul piano razionale, impegnandole nel dialogo con opzioni alternative, confrontandole consapevolmente con il dettato giuridico-deontologico.

In una prospettiva che tende a mistificare ed esaltare una rappresentazione dell'esistenza fondata sul paradigma della "salute a tutti i costi", compito dell'insegnamento delle Scienze Umane è di ripensare il significato di *medicina* recuperandone la dimensione antropologica di "arte del prendersi cura" ed i suoi antichi, intramontabili fondamenti ippocratici.

L'esperienza didattica dei Corsi Integrati

Alla luce di tali premesse, il Corso Integrato di Metodologia Medico-Scientifica e Scienze Umane I del I semestre del I anno introduce da subito gli studenti all'approccio multidisciplinare della formazione teorico-pratica del medico. Il corso si propone innanzitutto di delineare l'evoluzione del pensiero medico nella storia; inoltre vuole fornire le conoscenze fondamentali per la comprensione del rapporto medico-paziente e delle dinamiche intra- ed interpersonali (famiglia ed ambiente socio-culturale) implicate nella situazione di malattia; infine propone metodologie pratiche per acquisire ed utilizzare le informazioni necessarie a comprendere e a gestire successivamente il problema che il paziente propone.

L'organizzazione del corso è illustrata in tabella:

	Crediti Formazione Universitaria	Ore di lezione
Storia della medicina, Bioetica	1 Affini	9
Psicologia generale	2 di Base	17
Antropologia	0,5 Affini	5
Semeiotica metodologia medica	0,5 Professionalizzanti e 0,5 Altre	9
Semeiotica e metodologia chirurgica	0,5 Professionalizzanti e 0,5 Altre	9
Scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche	0,5 Affini	5

L'introduzione dell'osservazione e della comprensione del comportamento dell'individuo e dei principali meccanismi del funzionamento psichico intra- ed interindividuali tra le conoscenze fondamentali per la formazione del medico corrisponde sul piano scientifico-epistemologico all'evoluzione del concetto di "salute". Questa è intesa come condizione di piena efficienza funzionale che, nell'uomo, comprende anche funzioni logiche, affettive, relazionali in contesti interpersonali e sociali. Tale condizione varia con le fasi della cultura e non può essere tipizzata in modo definitivo. È qualcosa di più della semplice assenza di malattia, e per questo non può essere ridotta a categoria medica secondo le concezioni tradizionali.

Il modello medico classico, orientato verso il "disturbo", o "unità morbosa", si rivela pertanto insufficiente, poiché non prende in considerazione aree come l'analisi delle convinzioni, degli interessi e delle aspettative del paziente e della comunicazione non verbale e di altri aspetti della relazione tra medico e paziente. L'approccio "olistico" invece definisce qualsiasi problema nei termini delle sue componenti fisiche, psicologiche e sociali; la "malattia" è vista come un fenomeno bio-psico-sociale invece che come entità medi-

ca e tiene conto anche del significato culturale attribuito dal paziente e dal suo ambiente ad un problema.

La sensazione di mutamento del funzionamento fisico rilevata assume un significato particolare (sintomo) perché inserita cognitivamente in un quadro di riferimento specifico: la malattia. A seconda del proprio concetto di malattia si attribuisce importanza all'indizio e si modificano i processi di catalogazione e ordinamento gerarchico delle sensazioni. La pratica clinica mostra chiaramente i limiti delle definizioni classiche di malattia.

Possono essere identificate alcune condizioni particolari che incidono sulla capacità del singolo di rilevare la propria sofferenza:

1. Il valore soggettivo attribuito al sintomo, ovvero il modo con cui il paziente si pone in relazione con la malattia; la verità soggettiva è associata all'Io del paziente e varia da persona a persona;
2. Le maggiori o minori capacità di *coping*, cioè l'insieme di sforzi cognitivi e comportamentali finalizzati alla gestione di specifiche richieste interne e/o esterne percepite dal soggetto come eccessivamente gravose e superiori alle sue risorse personali. La malattia non è solo ciò che la scienza medica definisce come tale, ma è un'esperienza dell'individuo sofferente, che egli cerca di superare;
3. La volontà di negare la malattia. L'individuo può mistificare in modo più o meno intenzionale la percezione dei propri disturbi o attribuire a ciò che percepisce un significato improprio;
4. La realtà culturale e sociale del soggetto malato, i suoi obiettivi ecc. Gli stessi disturbi in alcuni pazienti possono essere egosintonici, mentre in altri sono egodistonici.

Un modello psico-antropologico di malattia introduce quindi numerosi elementi innovativi rispetto al modello medico tradizionale:

- Attenzione al rapporto interpersonale tra medico e paziente. Questo rapporto è importante come veicolo di *diagnosi* e di

terapia. In questo ambito vanno affrontati i temi della *comunicazione* (verbale, non verbale ecc.) e dell'*empatia*;

- Attenzione alle caratteristiche intrapsichiche del paziente. La struttura di personalità del paziente (che comprende aspetti cognitivi, emozionali e dinamici, cioè il modo specifico in cui gli elementi intrapsichici interagiscono tra loro), può condizionare in modo determinante sia la modalità di rapporto con la malattia sia in certa misura l'occorrenza stessa della patologia;
- Attenzione ai fattori relazionali. I rapporti interpersonali che caratterizzano il paziente sia a livello familiare che a livello sociale intervengono in modo determinante nella economia complessiva del suo rapporto con la malattia.

Dal punto di vista didattico, i maggiori rischi associati con un simile approccio sono la possibile dispersione delle informazioni da un lato, e la eccessiva semplificazione e vaghezza dei concetti dall'altro. Evitare tali viziature è il compito principale dei docenti. Riteniamo fondamentale che il medico in formazione apprenda sin dall'inizio del corso di studi che l'introduzione di nuovi elementi di conoscenza deve avvenire nel rispetto dei principi epistemologici che regolano l'attuale comunità scientifica; la capacità di valutare criticamente la validità di ipotesi e teorie scientifiche appare nell'epoca attuale di estrema importanza.

L'obiettivo finale del Corso è fornire agli studenti le capacità tecniche di integrazione di tutti gli elementi che concorrono a definire lo stato di malattia del soggetto all'interno di una visione olistica del processo morboso. L'evoluzione delle conoscenze teoriche e degli strumenti tecnologici a disposizione del medico in fase diagnostica può avere come risvolto negativo la dispersione delle procedure e degli interventi, con il rischio di una circolarità infinita incapace di cogliere in modo efficace l'essenza del problema presentato dal paziente. L'allargamento degli orizzonti culturali del medico deve avere come scopo imprescindibile la continua rivalutazione del soggetto malato nella sua completezza e soprattutto nel rispetto della sua sofferenza: è questo l'insegna-

mento fondamentale ed immutabile tramandatoci dalla tradizione della professione medica.

Correspondence should be addressed to:
Maria Caporale, Viale Liegi 6, 00198 Roma, I