

secoli. Si tratta di un'elaborazione più articolata dell'idea di "rete di iniziative", che lo psicologo Howard Gruber aveva sviluppato studiando l'agenda delle ricerche e dei ragionamenti di un personaggio particolarmente creativo, come fu Charles Darwin.

Gli esperimenti chiave, le scoperte, o le intuizioni improvvisate (eureka!) esistono nella carriera individuali. Ma non sono l'essenza della creatività. Né un sistema sperimentale o una rete di interazioni 'sociali' possono spiegare le scoperte realizzate da un individuo o da un gruppo. Tutti questi elementi si inseriscono in un percorso investigativo individuale che ha una sua continuità nelle capacità del ricercatore di farsi le domande giuste, di cercare le risposte utilizzando le procedure sperimentali adeguate, di perseguire ostinatamente ma non ossessivamente un obiettivo, di reindirizzare opportunamente la ricerca di fronte momentanei blocchi, di riconoscere il significato di un fallimento, di saper riprendere e sfruttare una precedente deviazione di percorso apparentemente senza sbocchi.

Spesso, quando ha raggiunto la meta, lo stesso ricercatore ricostruisce 'teleologicamente' la sua esperienza, come se l'esito finale fosse già contenuto nelle intenzioni di partenza. Il che, oltre a non essere la verità, forse è anche diseducativo per chi prende a modello la carriera di un ricercatore. In questo senso, la ricerca storica può concretamente contribuire a ricostruire una percezione più veritiera dei modi e dei fini della ricerca scientifica. Dimostrando ulteriormente la portata educativa, in senso culturale e quindi anche morale e politico, della scienza. La storia delle scienze dovrebbe essere utilizzata nel contesto dell'insegnamento delle scienze per far comprendere ai giovani come funziona la scienza, sia a livello di metodo sia sul piano delle dinamiche umane.

Gilberto Corbellini

MASINI V., *Medicina narrativa, Comunicazione empatica ed interazione dinamica nella relazione medico-paziente*. Milano, Franco Angeli 2005, pp. 256

In questi ultimi tempi, è in atto una riflessione complessiva sulla medicina e su quella che è oggi definita "relazione cinica", il rapporto cioè

che unisce il medico a quello che un tempo era il paziente, oggi definito anche utente o cliente, a seconda dell'approccio che si ha nei confronti del mondo della salute. È un rapporto sempre più complesso, perché al medico si affianca una équipe e un vario contesto di sanitari, così come familiari, parenti e amici articolano il contesto legato all'altro interlocutore dell'atto medico.

Di fronte alla sempre maggiore difficoltà, da parte del medico, di acquisire un aggiornamento continuo e costante, relativo alle pratiche terapeutiche più efficaci, si è venuto delineando il modello di aggiornamento proposto dalla *Evidence Based Medicine*, che si propone di fornire dati relativi alle varie specializzazioni attraverso *abstract*, che concentrano i contenuti e i risultati delle diverse terapie, pubblicizzati da studi a livello internazionale.

Una versione più avanzata dell'*EBM*, la *Patient-Oriented Evidence that Matters* (POEMs) tende, invece, a spostare l'informazione biomedica *disease-oriented* verso un'informazione *patient-oriented*, relativa cioè a interventi sanitari su *end-points* clinicamente significativi.

Queste strategie, a cui si aggiungono le linee guida di pratica clinica (*Clinical Practice Guidelines*), potrebbero trovare nella *Narrative Medicine* un'attuazione estremamente proficua, al fine di "perseguire la pratica medica basata sull'evidenza con i valori a cui il malato fa riferimento e le sue preferenze" (p. 25).

Coniugare questi due approcci, attraverso lo sviluppo della ricerca qualitativa, arricchita anche dalla raccolta di dati *soft*, quali i vissuti individuali del paziente, potrebbe rappresentare un indubbio valore aggiunto alla quotidianità dell'atto medico.

È, comunque, un obiettivo estremamente ambizioso, che si basa "sull'addestramento rigoroso e disciplinato nella abilità narrative e la riflessione sulle proprie esperienze cliniche", come ha scritto Rita Charon, responsabile del programma di medicina narrativa della Columbia University.

Per riflettere proprio su questa generalizzata domanda di una più olistica attenzione nei confronti del paziente, si stanno moltiplicando, in vari contesti del mondo occidentale, le iniziative relative alla Medicina Narrativa, come rivalutazione della dimensione antropologica nelle

diverse relazioni di aiuto, sia come studio del vissuto di malattia, sia come superamento della centralità esclusiva del modello biomedico.

Il volume di Vincenzo Masini è impostato su questo fenomeno di grandissima attualità, che esige l'adozione di una nuova struttura per la medicina clinica e di un nuovo linguaggio; la medicina narrativa, infatti, comprende abilità testuali ed interpretative, diminuisce la complessità del linguaggio biomedico e chiarisce i suoi passaggi allusivi.

Non a caso, esistono dei punti di incontro tra la medicina narrativa e la cosiddetta CAM, la *Complementary and Alternative Medicine*, in quanto "intercettano quell'area di malessere che non riesce ad essere accolta dal paradigma della biomedicina se non mediata nella sua natura neurologica, psichiatrica o psicologica" (p.46).

Dopo un' *Introduzione* di carattere sociologico, il testo propone sei capitoli, centrati sul tema della "narratività", nei suoi rapporti col processo di empatia, col rischio di *burn-out*, col modello connessionista, fino a un approfondimento dell'impegno dei medici di base e delle diverse metodologie narrative.

Segue una sezione bibliografica estremamente completa.

L'analisi dettagliata delle relazioni critiche, delle diverse posizioni relazionali, della pragmatica comunicativa, nelle sue diverse declinazioni, è costruita intorno ai risultati di una ricerca sul campo, sul vissuto di medici e di malati, iniziata nel 1999 e terminata nel 2003/2004, con la proposta di una specifica attività di formazione al *counseling*, per cui offre una prospettiva pratica e concreta.

Attraverso l'esame della co-costruzione del significato di malattia e di salute possono, infatti essere messi in luce molti aspetti dell'approccio del medico di base al paziente, aspetti che fanno parte di stili narrativi, anche se non propriamente riconoscibili: obiettivo importante è anche la ricerca di quella parte di narrativo che è, comunque, presente nei modelli relazionali e comunicativi più diversi. Il medico è oggi chiamato a riflettere anche su questo aspetto della sua relazione col paziente, in cui la narrazione è anche un modo di proporsi del medico nel suo quotidiano agire professionale.

Donatella Lippi

CAGLI V., *Malattie come racconti*. Roma, Armando Editore, 2004.

*Malattie come racconti* è un libro bello, e questo aggettivo non vuole solo connotare esteticamente il testo. Il giudizio estetico implica un aspetto etico. Si può aggiungere anche che leggerlo è utile, soprattutto per i giovani (e anche per coloro che non lo sono più) che hanno scarsa frequentazione con quell'alimento dell'anima che è la grande letteratura. I tre capitoli, *La malattia somatica – La sofferenza psichica – Il morire e la morte*, seguono una introduzione in cui l'autore parla dell'intento da cui è nata l'idea del libro.

Cagli è un clinico medico ed è stato un formatore di giovani che ha vissuto, nei suoi diversi ruoli, l'importanza che hanno avuto e continuano ad avere progresso scientifico e applicazioni tecnologiche nella diagnostica e nella cura delle malattie. Invece di assumere, di fronte a queste realtà di fatto, l'atteggiamento riduzionista e scienziata di chi esalta le 'meravigliose sorti e progressive', né, tantomeno, l'atteggiamento romantico di chi rifiuta scienza e tecnologia in nome di un passato in cui le qualità umane del medico erano esaltate, constata che nella medicina attuale si va perdendo, sacrificato sull'altare degli 'esami clinici' e delle indagini diagnostiche, il racconto della malattia che tanta parte ha nella costruzione della relazione medico-paziente. L'autore teme che, in tal modo, il futuro medico (ma anche tanti medici che già esercitano) rischiano di non conoscere più la narrazione del male, fatta dal paziente, a scapito di quell'atto medico primo e fondante che è l'anamnesi. L'oggettività offerta dalla tecnica espropria la soggettività del malato: il medico che sa tutto (!) del male non conosce nulla dell'individuo che lo patisce. "Ciò che è tipico ci lascia freddi, soltanto l'individuale ci fa rabbrivire: in ciò consiste la tranquillità della scienza", dice Thomas Mann, in un passo citato nel libro.

Se non si conoscono più i racconti delle malattie, paradossalmente, esse stesse rischiano di diventare ignoti accidenti della vita che riguardano glicemia, ematurie, o quant'altro e non quelle situazioni di condizione esistenziale in cui l'essere umano si trova davanti alla precarietà e all'ignoto della vita.

L'autore cerca nella letteratura, da Sontag a Schiltzer, da Poe a