

Ingrassia



Informatione
del
Pestifero,
et contagioso morbo



“plumelia”
edizioni

INFORMATIONE DEL
PESTIFERO, ET CONTAGIOSO MORBO:

IL QUALE AFFLIGGE ET HAVE AFFLITTO QUESTA
Città di Palermo, & molte altre Città, e Terre di questo Regno di
Sicilia, nell'Anno 1 5 7 5. ET 1 5 7 6.

DATA ALLO INVITTISSIMO ET POTEN-
TISSIMO RE FILIPPO, RE DI SPAGNA. & C.

Col Regimento preservativo, & curativo, da Giovan Filippo In-
grassia, Protofisico per sua Maestà in questo Regno.

O R O

F U O C O

F O R C A

CUM PRIVILEGIO PER DECENNIUM

Parte Prima

Accademia delle Scienze Mediche

"plumelia"
edizioni

Giovanni Filippo Ingrassia

*Informatione del Pestifero, et contagioso morbo:
il quale affligge et have afflitto questa città di Palermo...*

- Parte Prima -

A CURA DI

*Alfredo Salerno
Aldo Gerbino
Maria Buscemi
Tania Salomone
Renato Malta*

PREMESSA

Alfredo Salerno, Aldo Gerbino

SAGGIO INTRODUTTIVO

Renato Malta

TRADUZIONI

*Tania Salamone
Gloria Lupo*

IMPAGINAZIONE

Massimiliano Serradifalco

STAMPA

*Officine Tipografiche Aiello & Provenzano
Bagheria, Palermo*

Ingrassia, Giovanni Filippo <1510-1580>

Informatione del pestifero et contagioso morbo / Giovanni Filippo Ingrassia ;
a cura di Alfredo Salerno ... [et al.]. – Palermo : Accademia delle scienze
mediche ; Bagheria : Plumelia, 2012.

ISBN 978-88-89876-39-8

I. Salerno, Alfredo.

616.9232 CDD-22

SBN Pal0249722

CIP - Biblioteca centrale della Regione siciliana "Alberto Bombace"

L'Informatione del pestifero et contagioso morbo nella visione storica ed etica

Premessa

L'opera di Ingrassia sulla peste di Palermo del 1575, presentando la cronaca attenta e puntuale degli eventi sanitari e socio-politici di quel momento storico, costituisce un valido documento del dramma vissuto dalla città e offre interessanti spunti di riflessione alla medicina dei nostri giorni.

Da un secolo i medici non avevano più esperienza di quel morbo e pertanto non fu immediato riconoscerne sintomi e segni né tanto meno le cause che l'avevano generato. Attorno a queste Ingrassia svilupperà la sua ricerca con l'ippocratica metodologia dell'*observatio et ratio*, rifiutando di prestar fede alle ipotesi tradizionali e favorendo in tal modo la sperimentazione di innovativi trattamenti di prevenzione. Ricerca e metodo tanto più validi quanto più era grande lo sconforto professionale e sociale derivante anche dalle notizie luttuose provenienti da altre città dove il male aveva mietuto vittime a migliaia e in breve tempo¹.

I fatti, su cui il protomedico riferisce e sulla cui eziologia indaga, ci inducono a proporre una riflessione storico-medica dispiegante aspetti e tematiche ancora attuali, nonostante i quasi cinque secoli trascorsi.

In aggiunta a quanto già detto, anche recentemente², sia sui contenuti prettamente storici e filologici del testo sia sull'evoluzio-

¹ Malta R, Salerno A, Gerbino A, *L'Informatione del pestifero e contagioso morbo di G. F. Ingrassia: percorso diagnostico*. Convegno della Società Italiana di Storia della Medicina "La diagnosi" [Atti]. Dogliani Castello 2010, p. 48-52.

² Ingaliso L., [a cura] *Informatione del pestifero et contagioso morbo*. Franco Angeli, Milano 2005.

ne della medicina rinascimentale sub specie epistemologica e filosofica, la nostra lettura vuole incontrare e sviluppare quelle note di attualità presenti nel lavoro di Ingrassia, le criticità e i problemi da lui vissuti, le soluzioni individuate, i legami e le relazioni sia positive che negative per il proficuo confronto tra gli eventi di oggi e quelli di ieri, tra i problemi passati e i presenti.

La riflessione e le ragioni di senso entro cui ci muoviamo sono all'interno delle categorie della vita, della morte, della corporeità alla ricerca di un costante equilibrio tra natura e cultura, del significato della malattia, della sofferenza e della salute, dello stile nuovo che coinvolge la relazione medico-paziente: tematiche tutte di primo rilievo nel moderno dibattito bioetico.

Nella trattazione si vuole prediligere il transito dalla loro realtà antropologica alla domanda etica, ripensando il percorso storico e riproponendo la loro valenza come questione di senso insita nella prassi medica di ogni epoca. Quindi una lettura del testo di Ingrassia tesa a vedere nell'evoluzione storica le problematiche da lui vissute e sottese all'esercizio medico.

Con ciò si vuole rimanere fedeli a un'interpretazione della storia della medicina che costituisca un ponte tra ieri e oggi nel segno di una continuità di mestiere, professione, arte, disciplina aperti all'*altro* individualmente accolto nella sua personale esistenza di malato o globalmente interpretato in una collettività di malattia.

La storia della medicina quindi, più che una storia di personaggi con *curriculum* prestigiosi, diventa per noi la storia dell'umanità colta nella debolezza della sua fisicità, nella caducità della vita che presto o tardi unirà il malato e il medico. Il senso del limite che ancora oggi sperimentiamo, nonostante i positivi successi della medicina, induce a ricercare nella storia passata momenti in grado di aiutare a scoprire e interpretare problemi e virtù che, in forme e vesti diverse, sollecitano ogni giorno a ricercare i valori fondamentali della vita che chiedono di essere costantemente testimoniati e attuati. Il "limite", se vissuto come "valore", preserva dagli eccessi e dalle false illusioni, aiuta a riscoprire la realtà per quella che essa

è, nella nostra insufficienza e fallacia quotidiana, in cui l'errore, ammesso e riconosciuto, apre a costruttive esperienze. Anche questo troveremo in Ingrassia: una riflessione sull'*errore* dove egli ripercorre dal suo canto proprio la storia della medicina richiamando il conforto dei suoi Maestri, Ippocrate e Galeno, anche negli errori dagli stessi compiuti. Errori e paure che in un circolo vizioso reciprocamente si potenziano, a cui oggi soggiace la classe medica che finisce col trovarsi appesantita dal meno augurabile dei sentimenti per una istituzione professionale: la perdita di fiducia del cittadino.

Di fronte a un mondo in rapida evoluzione, che corre in *fretta* in tutti i settori del suo esistere, praticare e manifestarsi, orientato alla produzione e al consumo di beni attraverso i diversi fruitori, con un'organizzazione sanitaria attenta ai risultati di salute soprattutto in termini di quantità di prestazioni, temiamo che anche la medicina abbia perso quel senso di *lentezza* e *compostezza* tipiche delle attività intellettuali, artigianali e personalizzate, che facevano di ogni visita un'opera d'arte, un'opera di qualità, soprattutto relazionale.

La sanità oggi si esprime in termini di quantità di prestazioni e di numero di pazienti trattati, mentre il medico solo e sempre in termini di rapporto individuale con il singolo paziente: un paziente alla volta, conosciuto nella sua malattia personalmente vissuta. È diffuso il termine "qualità" in tutti i settori dell'esercizio medico, ma la qualità della relazione medico-paziente, capace di tutelare i valori autenticamente umani, è soprattutto o forse esclusivamente figlia di "quel tempo" che il medico con amorevole lentezza dedica all'interazione col malato e di cui nessuno potrà mai chiedere la misurazione. Rileviamo invece con la scheda di valutazione della *qualità percepita* la tipologia di una serie di prestazioni logistiche che, se pur importanti all'intrinseca attività medica in un'ottica complessiva e coerente del servizio promesso e atteso, sono tuttavia collaterali a quel momento centrale e perenne nella storia medica che è il dialogo tra il medico e il paziente. Facciamo nostro il pessimismo di Cicerone e lo sconforto col quale stupito si inter-

roga: “Ormai a che mi serve un medico? E poi, è così difficile trovarne uno? Ciò che mi manca è il suo affetto, la sua umanità, la sua dolcezza...”. Mentre l’acuta e sottile analisi di Seneca ci riporta all’attualità della diversa dimensione di “paziente” e di “cliente” come le scienze economiche hanno proposto che venga definito legittimando anche il suo ruolo di contribuente: “... e così se il medico non fa altro che tastarmi il polso e considerarmi uno dei tanti pazienti, prescrivendomi freddamente ciò che devo fare o evitare, io non gli sono debitore di nulla perché egli non vede in me un amico ma solo un cliente. Quello invece, il vero medico, si è preoccupato di me più del dovuto ... non si è limitato a indicarmi i rimedi ... è stato fra quelli che ansiosamente mi assistevano: di conseguenza io sono in obbligo ad un uomo simile non come medico ma come amico”³. È il perenne mistero dell’esercizio medico che non può prescindere dalla figura del professionista come amico fidato e prossimo: il valore dell’assistenza sta proprio in quel *adsisto*, sto presso, sia fisicamente che con capacità di emozionarsi, di suscitare un movimento interiore.

Risultano complesse, ma ancora attuali, le intersezioni relazionali con cui Ingrassia riferisce sul proprio rapporto con i maestri, con i colleghi, con i malati, col potere politico e con quello ecclesiastico così intimamente interrelati. Ed emergono con evidenza le conoscenze scientifiche e astronomiche, ma anche gli scarsi mezzi terapeutici empirici e la geniale soluzione del *barreggiamento*⁴. Rivivono nella sua opera gli ambienti e i luoghi della Città con la divisione in classi sociali⁵; l’assenza di igiene nella Palermo del ’500 in un tempo ancora così vicino ai fasti di Carlo V; la vita vissuta nei palazzi nobiliari, ma anche le condizioni dell’umile gente malaticcia e *piena di mille fruttazzi immaturi*; le case fatiscen-

³ Giardina S, Virdis A, Spagnolo AG, *La Storia della Medicina e la sua dimensione etico-antropologica*. Medicina e Morale 2010;6:1080. La citazione di Cicerone è in *Ad Atticum*, XV,1, quella di Seneca in *De beneficiis*, VI,16,2.

⁴ Isolamento delle case e delle persone infette.

⁵ “*Le arie, le acque e i luoghi*” di Ippocrate informano la dissertazione di Ingrassia sulla peste attraverso la tesi che le malattie sono in stretto rapporto e riconducibili a uno

ti, facile preda degli interventi di isolamento e del fuoco; l'organizzazione sanitaria tirata su velocemente, ma anche efficacemente, per far fronte all'emergenza; l'umiltà con cui egli ammette gli errori, così come l'orgoglio della loro trasformazione in insegnamenti per le generazioni future; il rigore degli obblighi e dei divieti impartiti alla cittadinanza: stava a cuore al medico Ingrassia la sconfitta della malattia e del male attraverso la corretta diagnosi e la ricerca dei metodi di prevenzione e di terapia.

Con fredda lucidità, rigore, razionalità, e senza tergiversare, ha identificato in tre mezzi – *oro, forza e fuoco* – la via per sviluppare e porre in essere le misure da intraprendere, pur con l'eccezione ogni qualvolta a essere coinvolta fosse la gente di rango a lui vicina: una per tutte la salvaguardia dallo sterminio dei “cani di conto” – quelli dei nobili e di chi se li poteva permettere – attraverso l'isolamento. Trattati al pari degli esseri umani non furono abbattuti né destinati alla fossa comune con i cani randagi e della plebe, ma soltanto singolarmente sacrificati qualora si fosse scoperta la violazione delle disposizioni sull'isolamento; d'altra parte un vecchio adagio siciliano ammonisce di “rispettare il cane per portare rispetto al padrone”.

Oro, forza e fuoco sostituirono efficacemente le antiche, deboli, insufficienti tre regole terapeutiche per difendersi dalla peste: *citò, longè, tardè*, cioè “fuggire presto, lontano paese abitare, tardi ritornare”, retaggio anche di narrazioni bibliche e non solo⁶.

schema causale, con le condizioni climatiche, geografiche, idriche e dietetiche dei luoghi. Poiché le malattie non possono essere isolate dalla totalità dell'organismo e dell'uomo, e l'uomo a sua volta non può essere scisso dalla società a cui appartiene, con un processo di totalizzazione complessiva di ampio respiro, Ippocrate poneva il problema del rapporto fra condizioni ambientali, assetto storico-sociale e situazione psicofisica dei popoli. L'ambiente naturale e le strutture sociali costituiscono le grandi coordinate entro cui si configura l'assetto e dei singoli e dei popoli, saldando così il rapporto tra la dimensione della natura e quella dell'istituto umano. Ingrassia magistralmente ripropone la lezione del Maestro. Vegetti M, *Ippocrate*, UTET, Torino 2000, p. 191.

⁶ Ruffié J, Sournia J C, *Le epidemie nella storia*. Editori Riuniti, Roma 1985.

Odiernamente l'insorgere di epidemie, amplificate ancor prima del reale numero dei contagiati dalla diffusione delle stime delle possibili perdite che epidemiologi, matematici e *mass media* si affrettano a diffondere, lascia spesso abbandonare nel panico con comportamenti emotivi, poco ponderati e affrettati. In questi ultimi trenta anni, dall'AIDS al morbo della mucca pazza o all'ultima epidemia influenzale, il rapporto tra comunicazione e malattia epidemica andrebbe rivisitato sotto diversi aspetti, a partire da quello del "fare notizia", anche perché la vera peste e tante malattie epidemiche permangono endemicamente in nazioni non così evolute come le occidentali mietendo gran numero di vittime⁷.

Altro tema rilevante è relativo alla disponibilità di risorse economiche: fronteggiare la peste del 1575 richiese cospicui investimenti e ancora oggi il loro reperimento rappresenta un grave problema per la sanità. La sostenibilità economica della costosa innovazione strutturale e tecnologica rappresenta per i governi occasione perenne di ricerca di fonti di finanziamento e di metodiche innovative per il loro contenimento. Incombe tuttavia sulla responsabilità dei medici e operatori sanitari il vincolo etico dell'appropriato utilizzo.

Tutte queste tematiche, e altre ancora, trovano nel testo di Ingrassia momenti di attualità utili a una riflessione sotto gli aspetti umani e relazionali, economici e scientifici, sociali e politici, etici e manageriali, a cui si chiede ancora oggi di contribuire al continuo sviluppo della nostra arte medica. È con queste attese che ci si accosta agli scritti del Protomedico, in una continuità evolutiva della storia medica e in una rinnovata proposizione di vecchi e nuovi problemi, nonché di vecchi problemi che richiedono nuove soluzioni, pur sapendo che i processi di rifunzionalizzazione pratica sono lenti e non conoscono un punto di arrivo.

Il contributo che qui si vuole offrire non è di natura biografica, non è legato all'Ingrassia studioso, docente, medico intelligente,

⁷ Tarantola A, Mollet T, Gueguen J, Barboza P, Bertherat E, *Plague outbreak in the Libyan, Arab, Jamahiriya*. Euro Surveill 2009; 14(26):474–476.

acuto, determinato, bensì alla modalità e qualità dell'esercizio della medicina da lui sperimentate e vissute, al suo modo di vivere la professione, al suo relazionarsi proficuamente al plurivalente contesto sociale; egli, anche se a volte appare piegato a una logica di tolleranza, si riconosce finalizzato non a utili scopi personali bensì alla soluzione complessiva dei problemi della comunità e le sue idee determinate lo faranno anche essere cedevole ai poteri forti. Infatti adegua i comportamenti con intelligente declinazione perché sa che agli stessi, ai potenti, dovrà chiedere – e solo da loro peraltro potrà ottenere – sia i consistenti finanziamenti per il sostegno economico delle opere necessarie alla salvaguardia della salute della comunità, sia gli strumenti normativi finalizzati alla pubblica utilità per vincere la battaglia sua e a favore di tutti. Egli pertanto è stato innovatore non solo nell'interpretazione della modalità di diffusione della peste, ma anche nel taglio che ha impartito all'organizzazione dell'assistenza, determinata ed efficace, coerente e conseguente alla corretta ipotesi eziopatogenetica del contagio da lui abbracciata e sostenuta.

Le questioni odierne legate all'*etica* e al *management* in sanità sotto celate spoglie le riscontriamo anche ai tempi di Ingrassia. Le tematiche che si vogliono porre in evidenza in questo testo sono coerenti con la qualificazione e specializzazione culturale di chi scrive. Accedere a un fatto storico cogliendo la prospettiva in contiguità con i temi professionali coltivati condiziona impostazione, lettura, interpretazione e valorizzazione dei diversi contenuti ivi presenti. Come dice H. I. Marrou⁸ *la storia è inseparabile dallo storico*: è lui che la rende nota secondo i propri assi culturali e formativi, attraverso cui emergono convinzioni e punti di vista, dando vita a una descrizione personale e coerente con la propria esperienza professionale e umana. Si vuole pertanto sfuggire alla presentazione di una storia asettica, anche se fosse culturalmente dotta ed erudita, o soltanto cronaca della cronaca, perché si vogliono privilegiare i riferi-

⁸ Marrou HI, *La conoscenza storica*. Il Mulino, Bologna 1988.

menti a quei temi che, pur appartenendo a un vissuto ormai lontano, sono ancora capaci di *in-segnare*, cioè di *farsi segno* nel dibattito culturale attuale circa le problematiche dell'arte medica.

L'evoluzione odierna ci permette anche di re-interpretare con luce nuova avvenimenti e modalità di esercizio della professione in un dialogo tra ieri e oggi capace di affrontare in una visione sistematico-temporale, storica ed etica, i diversi aspetti che ci si accinge a trattare.

Il contagio

Ingrassia si è trovato al punto di passaggio tra la visione *cosmica* della peste – *influenza* infatti significa *influenza degli astri* – coltivata da studiosi di epidemie quali Guillaume de Baillou (Ballonius)⁹ e una visione legata alle impressionanti ondate epidemiche del Cinquecento che facevano pensare a una nuova malattia.

Un breve itinerario nella storia del contagio e dell'isolamento dei pazienti riporta indietro nel tempo attraverso lo sviluppo della nozione di *trasmissibilità* di alcune malattie. Ippocrate aveva scollato la medicina dall'ambito teurgico e quindi era crollata la tradizione dello strale avvelenato lanciato dagli dei. Nel mondo greco-romano si affermò la convinzione che essendo colpite nello stesso tempo più persone la causa doveva risiedere nell'aria. La dottrina dominante accreditò più i miasmi, cioè le impurità dell'aria inspirata, piuttosto che il contagio, cioè la trasmissione interumana.

L'osservazione di una singola malattia che si diffondeva in uno stesso momento a un gran numero di persone è risalente anche ai tempi di Ippocrate. In diverse opere sono raccolte le osservazioni sul tema che la scienza greca ha tramandato e la loro originalità risiede nello sviluppo dell'analisi empirica a pregiudizio degli

⁹ Guillaume de Baillou, Ballonius (1538-1616), medico parigino, descrisse alcune malattie fino ad allora ignote e diede vita alla pubblicazione "Efemeridi epidemiologiche".

aspetti teorici fino al momento privilegiati. I quadri clinici in essi raccolti testimoniano una maturità di pensiero acquisita con strumenti metodologici adeguati e spirito critico¹⁰.

Aristotele riteneva che la diffusione avvenisse attraverso l'alito cattivo – nell'*Informatione del pestifero et* [...] troviamo il catopleba¹¹ che soffia lontano il suo alito – sicché la malattia si acquisiva perché nell'aria venivano immessi elementi patogeni. È antico il sospetto che la putrefazione dei corpi fosse causa di malattia attraverso un processo di trasmissione da un corpo a un altro e se ne ricordano anche utilizzi in campo bellico¹².

Galeno ammetteva il contagio per la coabitazione con infermi che soffrivano di alitosi. Sabbatani riporta che Lucrezio (98–55 a. C.) e Terenzio Varrone (116–27 a. C.) con sorprendente intuito avevano collegato l'origine delle malattie contagiose alla presenza nell'aria di elementi viventi di dimensioni inferiori alla capacità visiva dell'occhio umano¹³. Passeranno molti secoli prima che Girolamo Fracastoro elaborasse nel 1546 nel trattato *De contagione et contagiosis morbis et curatione* una teoria scientifica sulla natura contagiosa delle malattie pestilenziali. Descrivendo correttamente tifo esantematico, sifilide, vaiolo, lebbra, rabbia e alcune altre malattie epidemiche, egli pose l'accento su un *fattore esterno*, un particolare veleno che non si esaurisce nella persona colpita, ma rimane vivente e in grado di passare

¹⁰ In greco *epidemia* significa *visita*, cioè viaggio o soggiorno in città straniere. Ippocrate non usa il termine per *afezione contagiosa* ma per *malattia predominante in una certa regione e in un certo periodo*. Ingrassia ne farà una dissertazione in funzione dell'ipotesi etiopatogenetica attribuendo al termine l'origine della malattia da una causa che “sta sopra il popolo”.

¹¹ Il catopleba è un animale leggendario simile allo gnù.

¹² Corpi in preda alla putredine furono utilizzati come armi biologiche nell'antica Persia, in Grecia e a Roma per contaminare le sorgenti di acqua potabile. A volte furono lanciate contro il nemico coperte infette per averci dormito sopra soldati ammalati di vaiolo.

¹³ Sabbatani S, *Epidemie. Contributi in ambito storico-medico*. Edimes, Pavia 2007.

inalterato da un individuo a un altro. Fonda così la nozione di autoriproduzione dei germi della malattia e che chiamerà *seminaria prima* e che sono attratti dagli umori del corpo a causa di una *simpatia*, di una predisposizione.

È quello un momento di collegamento tra mondo terreno e mondo soprannaturale. Ingrassia si trova a sviluppare la sua riflessione in questa attualità culturale e lo fa di buon grado, non senza avere prima dato spazio alla confutazione delle ipotesi precedenti e meno credibili. La *simpatia* degli umori diventa l'opportunità per sviluppare il legame tra male morale e male fisico, tra colpa e danno, tra espiazione terrena e fiducia nel premio futuro. In lui l'ipotesi sul *contagio* è frutto dell'evoluzione culturale dell'epoca: gli animali mitologici e le congiunzioni astrali hanno lasciato il posto a cause più razionali coinvolgendo, attraverso le scelte e gli stili di vita, la *responsabilità di ciascuno* nella tutela della propria salute.

Il contagio della malattia in Ingrassia si sviluppa proprio attorno agli eccessi della vita, alla prostituzione, all'infedeltà, all'adozione di comportamenti individuali non decorosi, assumendo la connotazione di colpa e punizione in seguito ad azioni trasgressive. Non si vede in lui lo sforzo di analizzare dal punto di vista biologico i *principij seminarij* della peste: li dà per scontati, è convinto che esistono in una loro realtà e vitalità, mentre è per lui molto più appassionante analizzare il malato e le ragioni per cui si ammala, che rappresentano gli aspetti clinici ed epidemiologici in dipendenza del substrato su cui nascono e progrediscono i morbi. Nel descrivere i segni della malattia non conduce ad un organo ammalato, ma al malato nella sua unità di corpo e spirito. Non c'è in lui una visione in cui *corpo e natura* vivono distintamente, ma un'unità in cui il tutto prevale sulla parte sia a livello dell'essere sia dell'agire¹⁴.

Ingrassia nella sua trattazione presenta anche una folla di personaggi appartenenti ad ogni ceto sociale e culturale: accanto ai

¹⁴ Piana G, *Bioetica. Alla ricerca di nuovi modelli*. Garzanti Libri 2002, p. 45-52.

ricchi, ai nobili e al clero, mostra la gente bassa, le donne. Medico dell'aristocrazia, non è stato il primo a rivelare la presenza di una malattia contagiosa che per prima attaccava la gente povera di basso rango, ma sono stati altri medici a diagnosticarla. Tuttavia egli prenderà la difesa di ogni paziente, testimonianza di un esercizio medico non rivolto soltanto all'*elite* ma alla società. In quanto protomedico e seguace della dottrina Ippocratica non si conforma alla distinzione tra “medico degli schiavi” e “medico dei liberi” che l'aristocratico Platone in tempi successivi a Ippocrate aveva formulato nelle sue *Leggi*. La schiavitù nel Cinquecento, anche se giuridicamente abolita, sopravviveva di fatto a danno del ruolo sociale di basso cetto e all'indigenza, e di loro egli non dirà *schiavi*, ma *gente bassa*.

Rilevante la descrizione dei luoghi dove scoppia l'epidemia; il testo presenta la contrapposizione tra i cieli che per la loro limpidezza e purezza sono insospettabili di creare danni esiziali alla popolazione e i luoghi sozzi della vita quotidiana della povera gente, facendo trasparire le minori opportunità di salute e di cura del basso cetto rispetto all'aristocrazia. La Palermo del Cinquecento sommersa dalla sporcizia e con vistose sperequazioni sociali, purtroppo vale ancora come metafora per la lettura di tante realtà attuali.

Le epidemie spesso hanno segnato negativamente la crescita economica, culturale e demografica di una società. Basti pensare al dramma delle popolazioni dell'Africa sub-sahariana in preda a malattie epidemiche di ogni tipo, mentre il ricco occidentale, avendole ormai superate, trova occasioni di morbilità e mortalità in malattie neoplastiche, degenerative e da alterato metabolismo.

Il tema della peste rappresenta il banco di prova in cui si riuniscono in una visione unitaria medico, malato e malattia, così come si integrano in unica visione malato e ambiente sociale, culturale, lavorativo, condizioni psichiche e così via.

La peste al tempo dell'Inquisizione

Il tempo della peste di Palermo del 1575 è quello della *Controriforma*¹⁵, estrema reazione dei cattolici per combattere il male che la *Riforma* di Lutero aveva diffuso in tutta l'Europa attraverso la proposta di restaurazione di una vita religiosa più disciplinata, intensa e austera¹⁶. Ingrassia, nel ruolo di medico dell'Inquisizione e coerentemente con la visione sociale dell'epoca, ha assunto stile combattivo, intransigente e tutto proteso all'attuazione delle teorie mediche in cui credeva per la salvaguardia del popolo dalla peste, facendo comminare severe sanzioni ai non osservanti le rigide disposizioni sanitarie, e che erano trattati, al pari degli eretici, con torture, procedimenti giudiziari, morte, sì da caratterizzare il suo stile di essere medico tipicamente figlio di quel tempo. Scrive "*morbida fatta pecus totum corrumpit ovile*"¹⁷, adottando un linguaggio simile a quello della *Congregatio Romanae et*

¹⁵ Si sono scontrate in seno alla Chiesa cattolica due tendenze, una delle quali molto rigida e intransigente affermava l'autorità e il potere papale con il ricorso non solo a sanzioni spirituali, ma anche ad altri mezzi per la correzione dell'eretico, ed a cui non è stata estranea la solidale collaborazione del potere temporale cattolico. Nell'intransigenza del Concilio di Trento la riforma cattolica divenne una vera e propria "Controriforma". Dogma e disciplina ecclesiastica furono i campi di azione per clero e laicato da restaurare con mezzi religiosi, politici, giudiziari. La Controriforma ha combattuto gli eretici sia sul piano dialettico che fisicamente, soffocandoli con imposizioni repressive anche estreme, come prigionia e morte, a cui sovrintendeva il Tribunale dell'Inquisizione. Divenne misura ordinaria il controllo dell'editoria con l'adozione dell'*indice* sì che il testo di Ingrassia sulla peste è stato licenziato dopo *imprimatur* di don Nicolò Severino. Fu con il frate Domenicano Thomas de Torquemada, nominato nel 1483 Inquisitore Generale da Isabella I di Castiglia "la Cattolica" che prese inizio l'avventura della riaffermazione della religione cattolica con l'utilizzo di metodi coattivi e dall'esito tragico.

¹⁶ Per comprendere quel periodo che riteniamo avere avuto grande influsso nei metodi adottati da Ingrassia, bisogna lasciare da parte i moderni concetti di diritti umani, libertà fondamentali, separazione tra Stato e Chiesa e calarsi nella mentalità medievale in cui i modelli relazionali erano ben diversi dagli attuali, tanto che il delitto di eresia era considerato un crimine di "lesa maestà" e la pena da scontare la condanna al rogo.

¹⁷ Ingrassia G F, *Informatione del pestifero [...] pars I, cap. 16, 103 D.*

Universalis Inquisitionis, istituita con la Bolla *Licet ab initio* del 1542, più tardi *Sant'Offizio*. Nel combattere l'eresia e l'eretico l'Inquisizione era animata dalla necessità e si riteneva giustificata nel "richiamare le pecorelle erranti al proprio ovile di Santa Chiesa, acciò non fossero divorate dalle rabbiose fauci del demonio infernale"¹⁸. Le pecorelle *erranti* si trovavano in *errore* perché erano *ammalate* e bisognava quindi curarle. Il parallelismo di metafore crea coerenza interna e procedurale tra l'Ingrassia, medico del corpo, e i prelati cattolici, medici dell'anima.

La percezione che si aveva a quel tempo della corporeità era quella riduttiva della disponibilità e dedizione alla privazione e alla sofferenza; un corpo da mortificare per rendere la parte spirituale sempre più degna di appartenere alle realtà finali non terrene; un corpo utile perché mezzo funzionale all'espiazione di quelle colpe da redimere in prospettiva escatologica di *salus* e da trattare anche con mezzi auto-inflitti, quali digiuni e privazioni ovvero punizioni e dolorose torture.

All'epoca la Città di Palermo viveva tra i privilegi dei nobili, il cui potere si esprimeva anche con compiti di polizia, e quelli dell'alto clero su cui non raramente confluivano lusso e autorità. Dal punto di vista topografico la Città era attraversata da due assi viari perfettamente ortogonali, che si dipartivano dal quadrilatero voluto dal viceré Vigliena, demarcando una croce al centro della città che simbolicamente definiva il ritmo e i confini dell'ordine vigente, che era insieme clericale, vicereale e baronale. Su uno di questi due assi principali, oggi corso Vittorio Emanuele, un tempo "il Cassaro", aveva la sua civile abitazione Giovanni Filippo Ingrassia.

¹⁸ L'eretico veniva sottoposto a processo e la "regina di tutte le prove" era la confessione, anche ottenuta con il "carcere stretto", che comportava il digiuno, la perdita del sonno, i ceppi ai piedi e le catene ai polsi. Se persisteva nel negare la sua colpevolezza, si sottoponeva l'accusato alla tortura nelle sue molteplici forme: cavalletto, corda, carboni ardenti, stivaletto. Sulla veridicità della confessione ottenuta sotto tortura ci sono pareri contrastanti. Malta R., Salerno A, *Graffiti dello Steri di Palermo e conoscenze mediche*. Medicina nei Secoli. Arte e Scienza 2007; 19/2:589-608.

Tutto intorno i vicoli con le loro mille tortuose diramazioni esprimevano le difficoltà di una società che aveva ancora da chiarire molti aspetti sul piano della comprensione delle tematiche autenticamente umane e delle libertà di cui ognuno “per natura” è portatore, oltre che “per diritto” come secoli dopo verrà riconosciuto. Vicoli e strettoie capaci di soffocare un popolino inerme e privo delle dovute opportunità e dove metaforicamente si disperdeva il reale e sincero rapporto tra la natura umana e la cultura, tra la vera fede e la ragione, tra l’autenticamente umano e l’agognato divino. Su tutti e su tutto governava la corte vicereale che con l’emanazione di bandi e regolamenti fissava i criteri dell’ordine pubblico, mentre dal canto suo l’Inquisizione, servendosi anche dell’uso strumentale della religione e della divinità, agiva punendo disubbidienti e dissenzienti¹⁹.

Corpo e corporeità

Nella circostanza della peste l’uomo sperimenta insicurezza per la preservazione della propria salute e vita, interrogandosi sull’interpretazione della malattia e della morte. Il legame tra salute e malattia cominciava a radicarsi attorno agli stili di vita, mentre le buone pratiche corporali e spirituali offrivano le giuste garanzie propiziatrici.

Il corpo è quindi concepito come l’esserci della persona e non come una parte di essa. Anche se all’epoca erano ripresi gli studi anatomici il corpo non era inteso come pura e semplice struttura

¹⁹ Si narra che Frà Tomàs de Torquemada sottopose un caso giudiziario a Isabella di Castiglia la quale trovandosi in stato di gravidanza e prossima al parto avrebbe voluto rinviare la trattazione a un tempo più tranquillo. Torquemada insistette utilizzando queste parole: “Prima, mia Signora, ordinate di risolvere la faccenda perché Dio vi faccia dare alla luce questo figlio, e se non lo farete Dio non vi farà partorire”. Esempio dell’uso strumentale e coercitivo della presenza divina e affermazione della credenza religiosa ad impronta retributiva. Martínez DM, *Torquemada l’Inquisitore*. Storica 2010;18:72.

anatomica, *un corpo oggetto*, ma come espressione cosciente del soggetto, *corpo psichico*²⁰. Non quindi una visione strumentale e reificatrice del corpo, ma elemento costitutivo della soggettività umana. Il corpo assume il significato di struttura per la presenza a sé stessi e diventa strumento di relazione, socialità, scambio e apertura all'alterità. Un corpo che nella *co-esistenza* (esistere con gli altri) chiarisce e manifesta il senso del limite e ne fa esperienza, il che pone in evidenza la necessità dell'insufficienza di sé a sé disponendo la persona al riconoscimento dell'*altro* nella prospettiva della reciprocità: uno scambio per far vivere e non per un contagio letale. In questa accezione la malattia diventa metafora di una relazione deviata e per Ingrassia l'isolamento del corpo ha un presupposto scientifico e biologico, ma diventa anche una punizione nella logica del contrappasso dantesco per opposizione: "coloro che hanno avuto in vita relazioni portatrici di male e orientate al male, siano isolate". L'obbligatorietà dell'isolamento quindi diventa giudizio, sentenza e momento critico della lotta alla peste. Questa crisi, che nasce dal giudizio sugli eventi e nello specifico irrompe attraverso un male fisico, una malattia, un'infermità – ma che in generale può accadere per cause diverse – opera un radicale cambiamento di prospettiva culturale che trasforma la maniera di vedere e di pensare le cose, o anche gli altri o sé stessi²¹.

Il clima dell'Inquisizione ha facilitato il modo problematico di vedere il male e il peccato, ben indicando nell'isolamento l'opportunità per ripensare la propria vita e potersi purificare: i saloni dei lazzaretti per l'ultima purificazione sono i saloni della conversione da una situazione di male a una di bene: una volta "convertiti", cioè trasformati da una condizione all'altra, si poteva essere rimessi in libertà. La lotta tra spirito e carne indicava chiaramente l'opposizione tra due ordini, il divino e l'umano, attuando ampiamente la visione teologica cattolica dell'epoca.

²⁰ Piana G, *Bioetica ...*, op. cit., p. 58.

²¹ Cucci G, Monda A, *L'arazzo rovesciato*. Cittadella Editrice, Assisi 2010, p. 65.

Salute del corpo e salvezza dell'anima, condividendo la radice *salus*, garantivano analoghi effetti. “*Stiano attenti a queste lupe*” aveva tuonato Ingrassia, criticando i comportamenti libertini²² e stimolando l'osservanza delle pratiche di fede con le suppliche di guarigione e liberazione dal male: un male, come anche la salute, descritto nella sua doppia interpretazione e inteso anche come colpa, per liberarsi dal quale erano necessari gesti espiatori e pratiche purificatorie. A tal proposito egli ebbe a limitare gli interventi di isolamento a carico dei luoghi di culto ritenendo non giusto privare i cittadini della possibilità di adempiere alle pratiche di fede; diede disposizioni per la sepoltura dentro le chiese e per la celebrazione dei funerali, provvide a dotare i lazzaretti di confessori e di quanto occorresse per la somministrazione dei sacramenti.

Una serie di interventi e di mezzi adottati si leggono con il doppio significato di *salus*: salute e salvezza. Ad esempio l'*acqua* per purificare le robe e il *fuoco* per bruciare le vesti e distruggere i *principij seminarij* vivono nel testo in armonia sia con gli effetti che secoli dopo saranno scientificamente provati per l'efficace controllo delle infezioni, sia con la tradizione giudaico-cristiana che nel rito dell'acqua nel battesimo e in quello del fuoco nella Pasqua vede la purificazione spirituale. Un fuoco che sembra non doversi spegnere mai per alimentare costantemente la lotta senza fine tra ciò che è ritenuto bene e il male nelle sue diverse connotazioni. Anche l'Inquisizione è stata successivamente ritenuta un male e proprio un rogo ha distrutto nel 1783, su ordine del viceré Caracciolo, ogni testimonianza di essa come istituzione e ritualità, ogni documentazione processuale per le conseguenze dell'operato.

I roghi dell'Inquisizione contro gli eretici e quelli di Ingrassia contro la peste hanno analogo significato fisico e metafisico, testimoniando una coerenza di esercizio del ministero professionale nei

²² Sul finire degli anni '70 del secolo passato l'AIDS, nuova peste legata esclusivamente agli stili di vita, si è rapidamente insediata nei cinque continenti e subito correlata in via esclusiva alle scelte e stili di vita.

due diversi contesti: ripristinare la salute fisica nella malattia e la religione nella deviazione spirituale, unificando corpo e spirito.

D'altra parte sappiamo bene che i presidi terapeutici allora adottati dai medici, quali scarificazione, cauterizzazione, applicazioni di ventose, sostanze purgative e altro erano sicuramente insufficienti a modificare il decorso della peste. Infatti la nozione di malattia epidemica, evento morboso che può interessare individui diversi, va accolta partendo dalla constatazione che il quadro sintomatologico e la sua evoluzione potevano variare, pur in presenza della stessa affezione, da un individuo all'altro e con reazione individuale diversa. La nozione di *tendenza/probabilità* acquisita dalla medicina greca arcaica²³, non apparentemente valorizzata da Ingrassia, avrebbe spiegato il perché "con una certa probabilità" molti si salvavano, ma l'analisi della casistica di singoli casi specifici conduceva all'interpretazione dominata da e calzante alle caratteristiche spirituali e corporali di ciascuno. L'innovazione culturale della prevenzione attraverso l'isolamento gli ha dato empiricamente ragione su tutto.

La riflessione sul corpo e sulla corporeità investe pienamente il dibattito bioetico contemporaneo a partire dalla riscoperta della dimensione mondana e del carattere relazionale dell'uomo per la sua rappresentazione fisica. Infatti attraverso il corpo l'uomo si rapporta al cosmo ed entra in comunicazione con l'altro.

L'aspetto odierno di maggior rilevanza è che il corpo è il luogo del prodursi dell'attrazione fisica, la base per l'accendersi di quella istanza di reciprocità che dà senso alla vita. Questa visione positiva del corpo non implica la negazione del carattere di ambiguità che lo contraddistingue. L'evento del morire è sofferto come sconfitta e segno di tragico fallimento mettendo in discussione il rapporto tra l'essere, come esistenza spirituale personale, e la corporeità. Senza la speranza di qualcosa che rimanga oltre la caducità che

²³ Di Benedetto V, *Il medico e la malattia. La scienza di Ippocrate*. Einaudi Editore, Torino 1986, p. 126.

lo contrassegna, il corpo specificamente inteso non può che testimoniare la propria limitatezza e impotenza.

Nel tempo attuale il corpo così capito e vissuto si presta a sperimentazioni e manipolazioni di ogni genere, dalla nascita o prima della nascita, al momento finale di una morte che può essere decisa e data in una ricercata istanza di impunità. Una cultura capace di intervenire sulla modificazione della corporeità decidendo sul suo apparire diversamente da quanto la natura avrebbe spontaneamente realizzato nel singolo individuo, pone in questione il suo rapporto con la natura e le sue leggi fondamentali. Se la tutela del corpo rientra tra gli obblighi del singolo, sì che l'obbligo lo rende bene indisponibile pur realtà intrinseca della persona, la visione moderna a partire dal movimento di contestazione del '68 ne rivendica la piena disponibilità come realtà oggettivata e quindi soggetta alle decisioni del singolo. È una partita che si sta giocando con pretesa di coinvolgimento anche di terzi, quali il nascituro, su cui tentare di realizzare il proprio ideale di corporeità rifiutando quello che la natura aveva scelto per la sua individualità e singolarità.

Rimane problematica la gestione di molte situazioni limite, generate soprattutto dall'applicazione di apparati tecnologici con dimostrata capacità di superare patologie critiche, pur con esito in cronicità, di fronte alle quali i medici trovano nuove istanze dei pazienti e nuovi dilemmi circa i loro comportamenti, soprattutto in due ambiti: il rifiuto e/o la rinuncia²⁴ ai trattamenti terapeutici e le decisioni che coinvolgono il nascituro, quali la preferenza del sesso e tutte le pratiche tendenti alla selezione eugenetica.

Succede anche odiernamente che diventa sempre più ristretto il campo di azione dei medici per i vincoli e divieti imposti dai pazienti, i quali guadagnano spazi di autodeterminazione sempre più ampi. Diversamente che all'epoca di Ingrassia quando, in assenza del principio di autonomia e della facoltà di godimento dei diritti

²⁴ Per *rifiuto* si intende l'indisponibilità del paziente a iniziare un trattamento; per *rinuncia* a continuare un trattamento già iniziato.

ti fondamentali, quali la libertà di esercizio del credo religioso e l'opzione di rifiutare gli interventi sanitari perché obbligatoriamente imposti nell'interesse della salvaguardia della collettività, la sua autorità non fece fatica ad essere ascoltata, forte dell'appoggio della Deputazione con la quale costantemente si correlava per ogni necessità e che di conseguenza assecondava ogni sua iniziativa protetta dal principio di beneficiabilità. Il solido legame tra le decisioni suggerite dalla medicina e l'operativa presenza politica è stato determinante nell'ottenimento dei migliori risultati: sintesi sempre valido e da spingere ai massimi livelli di disinteressata collaborazione.

Il male, il bene, l'eroe

L'esperienza del male si mostra come distruzione dell'essere e negazione del senso; per questo risalta così decisamente, mentre il bene è silenzioso e non fa notizia. "Fa più rumore un albero che cade (il male) che una foresta che cresce (il bene)". Il male, anche quello fisico, e la sofferenza, sfuggono alla razionalità umana e il registro per la sua comprensione deve girare su rotaie diverse dalle immediatamente tangibili.

Il male nel testo di Ingrassia è presente nelle diverse espressioni di realtà fisica e di valutazione morale. La vicenda umana è un alternarsi di bene e di male tra loro in continua sfida e a cui ciascuno partecipa con la personale visione di vita, stile, cultura, formazione umana. Lo si è sperimentato nella malattia, nella condizione di disagio e povertà, nel destino già segnato di coloro che non possono attendersi altro se non quello che hanno davanti gli occhi e che purtroppo non sempre è il minimo essenziale; ma anche il male collettivo di una città in preda alla sporcizia, ai residui antropici, a una malattia contagiosa. Quella società ha patito non solo il male fisico, ma anche il male morale per non aver potuto liberamente esprimere il proprio pensiero e la propria fede religiosa, compresa quella di non avere fede. Il male fisico impartito, generando paura, è funzionale a richiamare a responsabilità coloro che

non osservano le norme comportamentali prescritte per la riduzione della diffusione della malattia: su di essi la sentenza della giustizia è violenta al punto tale da attivare la forca o il rogo o la precipitazione dalle mura dello Steri, come è realmente accaduto.

Il diffondersi del sospetto che Ingrassia agisse nell'interesse personale nella gestione degli interventi contro la peste, gli fa decidere di rinunciare all'emolumento assegnato per l'incarico straordinario che gli era stato conferito dalla Deputazione di Città. Non si richiama a una norma scritta, ma a una non scritta e perenne che è quella del dovere di tutela della propria dignità e onorabilità, che è il bene più alto a cui egli tiene e a cui ognuno deve tenere. Quanta differenza con le norme scritte dei giorni nostri, le cui ampie maglie consentono allo stesso tempo di godere dell'appannaggio economico per la carica politica pur dovendo stare lontani dalla sede di espletamento del mandato per divieto di soggiorno comminato dal magistrato! Sperimentiamo così il male nel vivere e nell'agire concreto quotidiano in una forma acritica che ce lo fa sembrare come normalità.

Il male morale e personale chiama a responsabilità colui che lo compie rispetto all'*altro* che lo subisce, così come il male patito lo si attribuisce a propria giustificazione a colpa dell'*altro*. Il male ha a che fare con la concretezza del vivere e fa sperimentare la presenza della corporeità, il limite, la fragilità; e quando le forze umane non riescono a contrapporsi al male, si invoca l'intervento divino. Il male fisico rappresenta il limite e non trovando giustificazione nel razionale umano fa sì che ci si appelli a una trascendenza di riscatto. Ingrassia ci fa conoscere la morte degli umili e dei grandi, le debolezze di alcuni componenti del clero, la normalità della tortura, della punizione corporale, in una unità di malattia e di male, di vita e di morte, di prostrazione e di riscatto.

Male fisico e male morale riconoscono livelli diversi di responsabilità umana. Se il male fisico, la malattia, la sofferenza umana, veri enigmi, non possono trovare una risposta razionale, il male morale e personale accade all'interno di un modo di pensare che identifica il male

con l'*altro* e nell'*altro*, attribuendogli ogni colpa delle vicende negative in cui si incorre. Se l'altro è soltanto male va dunque eliminato: solo così infatti sarà eliminato il male. La reazione istintiva, propria della giustizia sommaria, di fronte al male compiuto o anche temuto, portano soltanto ad un suo ulteriore incremento e diffusione.

Vale la pena di riflettere sui comportamenti dei medici nei confronti dei pazienti ritenuti potenzialmente responsabili di causare un male al quale si vuole sfuggire. L'aspetto più sorprendente è la semplicità con cui vengono presentati e affrontati i problemi di salute che devono esitare nel fiducioso consenso del paziente. Si sa che molto spesso ciò che realmente accade è un male e il comportamento dei medici messo in opera è preventivamente negativo e, nell'inerzia quotidiana, la convenzionalità con cui si affrontano i delicati temi di salute, sminuisce la grande portata della relazione umana e vanifica lo strumento del *consenso informato* istituito per la trasparenza del rapporto e la tutela della dignità e dei diritti dei pazienti.

Il male si configura diversamente nelle varie epoche ed assume connotazioni che lasciano interdetti. Commettere il male per tanti è gesto banale, attività di routine, anzi esercizio di un dovere e quindi paradossalmente di azione buona e giusta, come è stato vissuto burocraticamente nei campi di concentramento: il male tuttavia presto o tardi rivelerà i suoi aspetti negativi e disumani. Il compiere il bene edifica l'uomo come eroe: tale può essere inteso l'impegno di Ingrassia, vissuto in maniera lineare e semplice, pur confrontandosi quotidianamente con mille difficoltà e problemi. Ha compiuto il suo dovere di protomedico con tranquilla ordinarietà, con visibile e necessaria determinatezza e appariscenza per il ruolo pubblico che la sua professione e lo speciale incarico di protomedico comportavano. Non un eroe mitologico, ma un uomo reale, responsabile del proprio ruolo nel suo tempo, che ha assunto le decisioni che gli competevano, facendole anche attuare, sì da essere capace di *cambiare quel piccolo pezzo di storia umana che ormai gli appartiene*: eroe della normalità quotidiana nell'esercizio del proprio mestiere.

Agire diversamente, dando significato semantico al *divertere*, operare controcorrente mostrando la capacità di uscire dal sistema sbagliato, è la strada che percorre il cosiddetto eroe. È estremamente semplice essere tale: da un lato basta astenersi dal collaborare con un comportamento giudicato un male, dall'altro spendere il proprio contributo di bene.

Interrogandosi sulla fenomenologia dell'*eroe*, o di colui che assume un atteggiamento positivamente risolutivo di fronte ad una situazione critica, si possono riconoscere alcune caratteristiche fondamentali e comuni che contraddistinguono questa figura: la capacità di percepire ciò che sta accadendo in termini di gravità e responsabilità etica; rispondere con il proprio coinvolgimento e positivamente reagire; confidare di avere un potere a disposizione e di sentire intensamente il vincolo ad attuarlo; la necessità imperiosa e urgente di un intervento da mettere in atto; il coraggio di attuare l'esigenza di giustizia, nel senso di compiere cose *buone, eque e giuste*; la consapevolezza che l'intervento posto in essere e i risultati attesi vanno ben oltre l'effetto immediato; non ultimo la capacità di vigilare stando "presenti al presente". Pertanto coraggio, senso di giustizia, interpretazione della trascendenza nella visione di destinare gli interventi al bene altrui caratterizzano in maniera determinante l'eroismo²⁵. Zimbardo distingue l'eroe *occasionale*, che si offre con un singolo gesto legato ad una specifica situazione, e l'eroe *stabile*, che fa di ogni gesto orientato al bene il filo conduttore della propria vita²⁶. La partita tra bene e male si gioca proprio nella risposta alla chiamata a responsabilità di ognuno nel perseguire il bene inteso come bene o valore umano da tutelare, perseguire, realizzare, e rispetto al quale si delinea il valore morale del soggetto agente²⁷. La speranza di sfuggire a un male assoluto risiede nel fatto che è presente ovunque un germe incancellabile di bene che

²⁵ Cucci G, Monda A, *L'arazzo ...*, op. cit., p. 9.

²⁶ Zimbardo Ph, *L'effetto Lucifero. Cattivi si diventa?* Milano, Cortina 2008.

²⁷ Bastianel S, *Moralità personale nella storia*. PUG, Roma 2005, p. 272-289.

può essere compiuto da chi non si lascia trasportare dal vortice quotidiano della banalità. Questa possibilità di sopravvivenza del bene è impensabile che non sia alla portata di ciascuno.

Meteorologia, astronomia, soprannaturale

Uno dei momenti di rottura che Ingrassia ha operato con la cultura tradizionale del tempo è stato quello relativo alle conoscenze in campo astronomico. Cita le congiunzioni astrali accreditate di proiettare influssi negativi sulla terra, malattie comprese²⁸, eventi che sembrano incredibili e lasciano stupore. Infatti egli si è chiesto: “Com’è possibile che da cieli così belli si possano scatenare malattie così terribili?”²⁹ È una domanda che mette in relazione il cielo con la terra, chi abita nel cielo con chi in terra; la bellezza e anche la bontà del cielo, che provvede a quanto necessario all’uomo con la luce, pioggia, calore; ma anche il loro contrario, cioè la possibilità di generare mali temibili, approdando quindi alla conclusione che se c’è il male è per colpa dell’uomo. Con questa convinzione egli mette in crisi il termine *epidemos*, sinonimo di *superpopularis*, morbo che viene dall’aria che sta sopra il popolo, per ritrovarsi nella più convincente eziologia di *male contagioso, velenoso, pestifero* trasmesso per *contatto*, per *fomite* o anche *a distanza*.

Per Ingrassia l’astronomia è punto di partenza e non di arrivo. Egli opera un parallelismo tra gli effetti ipotetici, non dimostrati e non dimostrabili delle congiunzioni astrali con i danni manifesti per le carni con le meretrici dalle quali si acquisisce la lue. È un passaggio dove l’agire umano è gravato dagli effetti nefasti e diventa fonte di responsabilità morale perché liberamente e consapevolmente compiuto. Egli

²⁸ Gli uomini, gli astri, le malattie. *Rassegna Medica*, 1955; 32(1).

²⁹ “[...] impossibile, che da i cieli, di aspetto bellissimo corpi, purissimi, & diuissimi, senza alcuna sorte di corrottione, né di passione, & in tutto di ogni contagio alienissimi, debbano, ne possano per alcun modo in questo mondo inferiore mai generarsi così crudeli, & acerbi morbi, né anco qual si voglia altro male”. *Informatione ..., pars I, cap. 2, 10 E*.

vede il nesso di causalità tra atto e malattia, tra danno e colpa per un male scelto con libertà in alternativa a una decisione di bene conosciuto e possibile nella sua realizzazione.

Il richiamo alle conoscenze astronomiche, generalmente confuse con le astrologiche, testimonia il vivo interesse degli studiosi dell'epoca a volgere lo sguardo oltre l'azzurro. È la sintesi di una cultura classica derivata dal mondo greco che vedeva l'iperuranio abitato da soggetti mitologici antropomorfi in relazione perenne con gli uomini e sulle cui azioni intervenivano, dividendosi tra passioni e sentimenti buoni e cattivi, elargendo benefici, punizioni, malattie, dispiegando una visione della cultura religiosa di tipo retributivo: male a chi fa del male e bene a chi fa del bene. Successivamente gli astri, apparentemente inerti, li hanno sostituiti e i loro movimenti con le tipiche congiunzioni si riteneva segnassero le vicende dell'essere umano, prevedendo o spiegando fatti già accaduti.

Nell'Antichità Porfirio testimoniò che il suo Maestro Pitagora udiva (cioè sentiva con l'orecchio) l'armonia delle sfere celesti. Agostino di Ippona nelle sue Confessioni così si esprime: “*O Verità, O Verità, nei vassoi che si offriva alla mia sete di Te, si presentavano il Sole e la Luna. [...] Altri vagabondi che chiamano matematici dicevano “dal cielo ti viene la causa inevitabile di peccato [...] è opera di Venere, oppure di Saturno, oppure di Marte.” Evidentemente mirano con ciò a rendere senza colpa l'uomo, che è come sangue e superbo marciume, e colpevole il Creatore e regolatore del ciclo degli astri*”. In tempi molto più recenti Cesare Lombroso (1835-1909) afferma “*La proverbiale azione lunare, benché ancora sia assai discutibile, pure comincia a delinearci, con un aumento di accessi a luna calante specie nei dementi epilettici e maniaci; ma questa azione seppure è sicura, si risolverebbe in una influenza delicatissima, coincidendo colla prevalenza dei tempi nuvolosi e burrascosi*”³⁰.

Ingrassia assume la lezione di Ippocrate conferendo rilevante importanza alla meteorologia, non trascurando l'astronomia, pur

³⁰ Lombroso C, *Pensieri e meteore*, 1878, p. 171.

tenendo ben distinti i due campi. Ciò era servito a Ippocrate a comprendere in anticipo le circostanze e i mutamenti dei tempi, aiutandolo a impadronirsi della piena conoscenza di ogni singolo caso, sia a difendere la salute che a ottenere successi dalla sua scienza. È questa la base su cui si fondano la possibilità della previsione – come ebbe a sviluppare nel *Prognostico* – il successo dell’azione, nonché il progresso della scienza. C’è un tentativo di controllare e governare l’imprevedibile arginandolo nel razionale. Anche Tucidide, scrivendo della peste di Atene, testimonierà: “*Io dirò come avvenne, e su quali riferimenti, fondando l’indagine, se ancora una volta accadesse, si potrebbe disporre di una base di previsione per non cadere in errore*”. Non è solo questione di meteorologia, ma che grandissimo è il contributo che l’astronomia reca alla medicina. È l’occasione per il Maestro de *Le arie, le acque, i luoghi* di affrontare il problema degli ambiti di reciproca differenza pur nella interdipendenza delle scienze: un progresso rispetto all’antica e indifferenziata dottrina dei *physiologi* come Anassagora. Ippocrate da un lato ha un legame con Anassagora che aveva condotto con spirito scientifico ricerche di astronomia; dall’altro si contrappone alla corrente gorgiana della sofistica³¹, che contestava validità e possibilità del discorso scientifico riducendolo a vuote discussioni di dotti parolai.

I luoghi e il clima hanno per Ippocrate un valore fondamentale: “Chi conosce infatti i mutamenti delle stagioni e il sorgere e il tramontare degli astri [...] possiederà una piena conoscenza di ogni singolo caso, e molto otterrà nel difendere la salute e non piccoli successi conquisterà nella sua scienza”. Galeno dirà che il termine *metabolè* in questa opera di Ippocrate, di solito tradotto in mutamento, racchiude due distinti significati: il passaggio dall’una all’altra stagione e lo sbalzo di clima all’interno della stessa stagione³².

³¹ Il termine “sofista” riconosce un significato positivo, in quanto indica il sapiente, e uno negativo, in quanto sostenitore di ragionamenti falsi e capziosi. I primi sofisti si presentarono nelle piazze accreditandosi come educatori, capaci di parlare con abilità: tra essi Gorgia di Lentini.

³² Vegetti M, Ippocrate, *Le acque...* op. cit., p. 200 - 201, nota 3 e 4.

I riferimenti astronomici hanno segnato culture e tradizioni di grande rilevanza. Ad esempio nella tradizionale storia della religione cristiana una stella ha segnato l'inizio di una presenza divina in terra, la cui visione è differentemente concentrata tra pastori e re³³. I primi, persone semplici e non erudite, conoscevano le stelle solo per vederle nel cielo, ma non erano interessati a calcolare i loro movimenti, pur servendosene per l'orientamento. I magi invece è presumibile che fossero dei veri astronomi capaci di calcolare e prevedere la posizione dei pianeti. In quanto studiosi della loro epoca immaginavano che i movimenti planetari condizionassero in qualche modo gli eventi umani, il che li rendeva anche astrologi³⁴.

Oggi spieghiamo il successo e la grande diffusione dell'astrologia con la tentazione e il desiderio di possedere una "conoscenza segreta" del futuro, come se ciò ci rendesse più potenti degli altri e meno insicuri.

Nell'epoca medioevale si è generata una certa confusione tra astronomia e astrologia al punto tale che i due termini vennero utilizzati come sinonimi. Per di più l'astrologia era accettata dai dotti, seguita da molti cultori, elevata ad insegnamento accademico. Dante e S. Tommaso ammettevano che il carattere dell'individuo fosse in relazione con gli astri, pur riconoscendo all'uomo la libera e consapevole volontà di agire.

³³ Ingrassia frequentemente presenta le tematiche utilizzando coppie antinomiche di sostantivi o di aggettivi, il cui contesto lascia intendere di volere includere tutto quanto sta in mezzo, mostrando atteggiamento totalizzante.

³⁴ La suggestiva tesi di Michael Molnar suggerisce come la "Stella d'Oriente" possa essere stata una congiunzione di pianeti che sorgono con il sole, la cosiddetta *levata eliacca*. In questo caso i pianeti Venere, Saturno, Giove e la Luna sorsero tutti poco prima del Sole, raggiunti subito dopo da Marte e da Mercurio, al centro della costellazione dell'Ariete. Molnar ipotizza che ciò avrebbe implicato, secondo il parere degli esperti astronomi del tempo, la "nascita di un re" in qualche parte della Siria. Peraltro le scritture ebraiche proibivano categoricamente qualsiasi tentativo di predire la sorte e gli accadimenti futuri mediante l'astrologia. In questo caso la congiunzione astrale incrocerebbe un fatto storico.

Nel Rinascimento, con le nuove teorie filosofiche del *naturalismo*³⁵ e del *razionalismo*³⁶, con il crescere della ricerca nella scienza astronomica, i due ambiti si delinearono correttamente e si divaricarono. L'avvento delle scienze statistiche applicate all'astronomia provano a riabilitare l'astrologia attraverso l'analisi della frequenza con cui si presentano attitudini umane, eventi e circostanze in coincidenza con particolari aspetti astrali.

L'astronomia come scienza ha un suo ruolo a partire proprio dal XVI secolo, l'epoca di Ingrassia. Il movimento scientifico è legato alla curiosità con cui lo sguardo scruta il cielo con spirito di meraviglia e la contemplazione diventa appagante nella ricerca della verità in esso contenuta.

Le scoperte di Galileo Galilei, mutando il modo di vedere la relazione della terra e dell'uomo con l'universo, hanno gettato sconforto nelle convinzioni astronomiche del tempo e il rapporto tra scienza e religione ha vissuto un intenso momento di crisi protrattosi fino a quando, quattro secoli dopo, lo studio accurato dei documenti contenuti negli archivi, quelli vaticani *in primis*, hanno chiarito il contesto storico della condanna di Galilei unitamente alla portata scientifica delle sue ricerche e scoperte.

Nel 2009 si è celebrato l'Anno Internazionale dell'Astronomia, giusto per porre all'attenzione di tutte le persone del mondo le

³⁵ L'essenza filosofica del *Naturalismo* (N.) conduce a non riconoscere l'esistenza di nessuna realtà diversa da quella naturale. In etica il N. si proietta o verso forme di edonismo o come sottomissione della condotta morale alle leggi naturali. Il N. è presente nelle diverse epoche storiche con dottrina sostanzialmente invariata, ma con filoni diversificati. Esso cede il passo con l'affermarsi del pensiero cristiano. Nel Rinascimento converge in dottrine materialiste ed empiriche che considerano la realtà (uomo compreso, il pensiero, lo spirito, l'agire morale) come coincidente con l'insieme dei campi dell'esperienza e dell'attività pratica, tutti suscettibili di indagine scientifica.

³⁶ Con il termine di *Razionalismo* si identificano tutte quelle filosofie che considerano la realtà governata da un principio intelligibile (il vero, il bene, l'idea, l'armonia), accessibile al pensiero, coerente con l'evidenza razionale ovvero identificato con il pensiero stesso. Nel Rinascimento si sviluppa in contrapposizione all'empirismo. Sarà l'illuminismo a facilitare la fusione tra queste due correnti di pensiero.

meraviglie e lo stupore che in modo straordinario hanno spinto l'uomo fin dall'epoca egizia e successivamente, con le scoperte del XVI secolo³⁷, a incuriosirsi di quanto avviene in mondi lontani dal nostro. Ricco contributo alle ricerche astronomiche lo hanno dato e continuano a offrirlo gli scienziati della Specola Vaticana³⁸.

La cosmologia moderna si è arricchita assumendo al suo interno gli aspetti biologici sì da tramutarsi in "astrobiologia"³⁹ con il compito di studiare la relazione tra la vita e l'universo, l'origine della vita e l'eventuale presenza di forme di vita in altri pianeti con le correlate implicazioni scientifiche, filosofiche e teologiche. Oggi lo studio astronomico è integrato tra cosmologia, biologia, chimica, geologia, fisica e scienze della vita⁴⁰, riaffacciandosi in ambito

³⁷ In particolare le osservazioni e i calcoli dei gesuiti del Collegio Romano nel 1582, appena sette anni dopo la peste di Palermo e in piena contemporaneità con l'epoca di Ingrassia, portarono all'adozione mondiale del calendario gregoriano.

³⁸ Gli studi astronomici sono tuttora perseguiti nei laboratori della Specola Vaticana che, a causa dell'inquinamento legato allo sviluppo delle città, la cui illuminazione notturna impediva la visione degli astri più lontani e più piccoli, si sono dovuti trasferire in zone dove l'osservazione fosse meno disturbata, il che ha indotto a impiantare un grande laboratorio astronomico sul Monte Graham in Arizona.

³⁹ L'Astrobiologia o Esobiologia o Xenobiologia è un campo della biologia squisitamente speculativo che considera la possibilità della vita extraterrestre e del suo eventuale modo di apparire ed essere. Suo campo di interesse è lo sviluppo della conoscenza di forme di vita, comprese le artificiali, diverse da quelle naturali della terra. Essa pertanto prova a documentare quelle forme di vita finora esistenti soltanto nella narrativa fantascientifica. Oggi la disciplina è insegnata nei corsi di laurea di "Scienze dell'Universo" delle Facoltà di Scienze Matematiche Fisiche e Naturali il cui oggetto di studio sono le nuove frontiere della vita, ad esclusione evidentemente delle umane che sono campo della Bioetica. Studiosi e ricercatori hanno costituito in Italia la Società Italiana di Astrobiologia con sede presso l'Osservatorio Astronomico di Capodimonte.

⁴⁰ Nel sistema di Giove, sotto la superficie del satellite Europa, sarebbe stata individuata la presenza di una grande quantità di acqua allo stato liquido: in questo oceano extraterrestre nulla esclude che potrebbero esserci forme di vita. Gli astrobiologi sono particolarmente interessati, oltre al pianeta Marte, a due satelliti del sistema di Saturno: Encelado e Titano. Il primo sembra offrire condizioni adatte alla vita, il secondo presenta caratteristiche molto simili a quelle della Terra. Sembra che ci sia anche acqua nei crateri in ombra delle regioni polari della Luna.

scientifico le tematiche del “significato”, del fine ultimo e del posto dell’uomo in un universo inteso come sistema interplanetario.

Pertanto la previsione del futuro, quale l’ipotizzata fine del mondo nel 1960 o nel 2012, secondo presupposti scientifici e non credenze astrologiche, è riposta nell’osservazione dei fenomeni celesti che permettono di ipotizzare possibili catastrofi legate all’impatto di asteroidi⁴¹.

Rimane invariato in Ingrassia lo spirito di contemplazione della natura, in quel caso la terrena, ma oggi estensibile a mondi diversi dal nostro, che lascia inalterata la sua constatazione che sono *mondi bellissimi, purissimi e divinissimi* dai quali attendersi solo il bene⁴².

È evidente che lui si interroga su e interroga gli astri per scoprire la causa del male che affligge la popolazione di Palermo nella corretta convinzione che la peste non è sorta spontaneamente in Città ma è provenuta da lontano e ha trovato ivi cause facilitanti: la sua convinzione è che più che gli astri, tutto è dipeso dalla Galeotta e dai comportamenti dell’uomo.

Medicina e religione

I cattolici adottarono due strumenti dispotici per soggiogare i comportamenti dei cittadini e la circolazione delle idee e della cultura: i tribunali e l’indice⁴³. L’*imprimatur* alla pubblicazione concesso da don Nicolò Severino all’*Informatione del pestifero* [...] garantiva l’assenza di contenuti “contrari alla fede cattolica”. L’apparente strana autorizzazione data a un testo scientifico di

⁴¹ Ad esempio, un asteroide di entità tale come quello che 65 milioni di anni fa causò la scomparsa dei dinosauri ha una probabilità di accadere ogni cento milioni di anni: si tratta comunque di fenomeni fisici e non soprannaturali.

⁴² Ingrassia, *Informatione del pestifero ...*, pars I, capo II, 11/A.

⁴³ Ingrassia fece parte del Tribunale dell’Inquisizione come medico. L’*Index Librorum Prohibitorum* fu redatto per la prima volta nel 1559.

medicina, era dovuta al fatto che Ingrassia nel trattare del *contagioso morbo* aveva costantemente contemplato e descritto le pratiche religiose tra i gesti propiziatori la favorevole risoluzione del contagio. Il rapporto tra religiosità e guarigione, ovvero le ripercussioni della fede nell'esistenza corporale, rappresentano un tema avvolto ancora oggi nel mistero e costituisce oggetto di studio.

D'altra parte il medico verso la metà del Cinquecento offriva il proprio giuramento professionale “davanti a Dio, alla SS. Trinità, a Gesù Cristo, a Maria e ai Santi Cosimo e Damiano di servire a Dio, al Re, allo Stato”⁴⁴.

La trattazione della peste fa rivivere nei riti della religiosità popolare una relazione tra umano e divino che si vuole essere propiziatrice del favorevole esito della malattia, presente fin dal sorgere dell'arte medica e che in Ippocrate ha trovato una riflessione particolarmente attenta e curata⁴⁵. Ancora oggi, in clima di laicismo e libertà religiosa, quando la medicina pratica sembra vincolata alla scientificità delle sue scoperte fisiopatologiche e innovazioni tecnologiche, si riscontra un ambito in cui, nelle diverse religioni, la fede nel soprannaturale condiziona la salute umana⁴⁶.

⁴⁴ Pitrè G, *Medici, Chirurghi, Barbieri e Speciali*. Brancato Editore, 2003.

⁴⁵ Uno dei meriti di Ippocrate è di avere scollato la medicina dall'intervento divino. È celebre il passo: “[...] *anch'io penso che questo male sia divino, e così tutti gli altri, e che nessuno sia più divino o più umano di un altro, ma che tutti siano simili e tutti divini. Ognuno di essi ha una struttura naturale sua propria e nessuno accade fuori della natura*”. Il modo con cui Ippocrate tratta la tematica non è quello di negare la divinità o di ripiegare nell'agnosticismo, bensì di rifiutare, e forse meglio collocare, la presenza diretta e personale del divino nella natura. Per lui è nel sistema ordinato e regolare che va riconosciuta l'opera della natura, mentre è necessario distinguere rigorosamente il mondo delle “cause prime” dalle “cause seconde”, perché solo queste sono oggetto di studi scientifici. Vegetti M, *Ippocrate*, op. cit., p. 292.

⁴⁶ Stimmate dei santi, miracoli e quanto in genere non comprensibile con i criteri dell'umano interrogano sul reale intervento di realtà soprannaturali nella contingenza umana. Un esempio anche nel testo quando narra ciò che sarebbe potuto accadere a don Gaspano Rocchisense durante la processione a causa del distacco del battaglio della campana e invece non gli è accaduto: un episodio che a tutti ha fatto vedere tra loro la “desiderata” presenza del soprannaturale.

La complessità del corpo umano dal punto di vista biologico è per molti aspetti uno scrigno che riserva spazio allo sviluppo di nuove conoscenze⁴⁷. Il dibattito sul corpo e sulla corporeità è antico ma sempre attuale e oggi richiama l'attenzione soprattutto per via della percezione che si ha del corpo proprio e di quello degli altri con le conseguenti ricadute in ambito relazionale e sociale.

La ricerca attraverso PubMed su *Religion, Spirituality and Medicine* cataloga 1.336 citazioni. Un gruppo di ricercatori del Nord-America ha sollevato un dibattito che tende a dimostrare scientificamente e con controlli biologici che “se si prega di più ci si ammala di meno”⁴⁸, lasciando trasparire la complessità delle dimensioni in cui si articola il fenomeno religioso. La religione (dal latino *religare*) connette l'uomo a Dio, il che avviene in forme e interpretazioni diverse nelle varie epoche e culture: si procede dalle forme più schiavizzanti e oppressive tali da richiedere sacrifici umani, alla libera e facoltativa relazione con il Dio a cui si crede nell'epoca moderna. In questa accezione la libertà religiosa rappresenta un diritto. L'umiltà e i limiti che Ingrassia mostra rispetto alla malattia chiamato a combattere sono gli stessi che sperimenta odiernamente l'essere umano quando avverte che la sua condizione di vita è segnata da ineliminabili vincoli spazio temporali ed esistenziali. La malattia è percezione dei confini corporali, in quanto fa sperimentare situazioni fuori e oltre il controllo dell'uomo; il trasporto verso la divinità ne testimonia anche la paura, mentre il gesto di affidamento tende a superare quel senso di finitezza che la condizione umana riserva. Il ricorso a Dio con le pratiche religiose ha un significato ambivalente:

⁴⁷ Gli effetti della psiche sulle modificazioni biologiche del corpo sono indagate modernamente dalla “Psiconeuroendocrinoimmunologia”, una disciplina che studia le complesse interazioni tra mente, sistema immunitario, sistema endocrino e corpo.

⁴⁸ Il *National Institute of Healthcare Research* propone di integrare nella storia clinica dei pazienti un'*anamnesi spirituale*. La *Harvard Medical School* ha promosso convegni, con grande successo di pubblico, sull'integrazione della spiritualità nella pratica medica. Casalone C, *La preghiera è terapeutica? Una questione controversa che va oltre la medicina*. Aggiornamenti Sociali, 2000;9-10:645-658.

o tenta di catturare i favori divini all'interno dell'impresa medica sì da ottenere quanto desiderato, il che li assimila a un presidio tecnologico e farmacologico capace di agire sulla biologia del corpo umano; o dà alla contingenza della vita umana il significato più ampio possibile ritornando utile a comprendere e superare quella limitazione imposta dalla malattia che sfocia nella paura della morte.

Alcune esperienze dichiarano ricadute benefiche della preghiera sulla salute umana⁴⁹, ma la dimostrazione con i criteri delle scienze empiriche può risultare insoddisfacente. D'altra parte, se così fosse, condizionerebbe i pazienti a pratiche religiose lesive della libertà di coscienza e i medici sarebbero obbligati a prescrivere le pratiche religiose⁵⁰, facendo di un gesto di libera adesione ad un credo l'oggetto di mercanzia per ottenere in cambio qualcosa. In questa controversia sembra che giochino altri interessi come quelli di reperire terapie a buon mercato in un'epoca in cui la sanità corre verso il contenimento economico dei costi ovvero anche di tentare di legittimare la presenza dei cappellani negli ospedali, attraverso l'efficacia scientificamente provata della favorevole attività religiosa sulla salute umana; come del resto si verifica negli Stati Uniti dove la possibilità di ottenere fondi per posizioni professionali è direttamente correlata e proporzionale alla dimostrazione dell'efficacia in termini di effetti quantificabili scientificamente dimostrati. Si gioverebbero della dimostrazione i gruppi religiosi fondamentalisti che, attraverso la scienza e gli effetti sulla salute, potrebbero meglio supportare le loro tesi^{51,52}.

⁴⁹ Byrd RC, *Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population*. Southern Medical Journal, 1988;97:826-829.

⁵⁰ Sloan RP et Al., *Religion, spirituality and medicine*. The Lancet 1999;353:664-667.

⁵¹ Sloan RP, *ivi*, p. 652.

⁵² Anche Ingrassia eleva momenti di umiltà professionale di fronte alla favorevole soluzione della peste. Culture religiose diverse dalla cattolica, quali la musulmana, pongono l'azione divina alla base della favorevole evoluzione della malattia: "Il medico non deve essere presuntuoso: deve sapere che il vero guaritore è Dio". *Giuramento del medico islamico*, in Spinsanti S [a cura], *Documenti di deontologia ed etica medica*. Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo, 1985.

Emerge così un nuovo ambito di interesse che è quello del rapporto tra scienza e fede, alimentato dai nuovi interventi sulla vita nelle diverse età. Lo studio delle scienze umane, attraverso la disciplina della Bioetica, introdotto all'inizio degli anni '90 nei *curricula* formativi dei corsi di laurea a indirizzo biologico, e non solo, ha come obiettivo la revisione sistematica dell'esercizio professionale, della competenza medica e dell'accettazione dei pazienti, di fronte ai dilemmi che la medicina quotidianamente pone. L'integrazione delle scienze naturali con le scienze umane fa emergere ulteriori significati della malattia, primo fra tutti quel "senso del limite" che la natura umana costantemente sperimenta qualunque sia il progresso raggiunto. L'articolazione di queste conoscenze ha da rispettare la malattia nella sua realtà esistenziale e oltre.

Medicina e politica

Nella sua trattazione Ingrassia riserva ampio spazio ai rapporti con l'autorità civile e religiosa: come già detto, la sua è un'epoca di saldatura tra potere politico ed ecclesiale, e con ognuno di essi egli si rapporta abilmente ben sapendo quanto ciò sia utile e fruttuoso per l'esercizio del suo ministero di medico, della funzione di proto-medico e di membro della Deputazione di cui è gravato e onorato. Egli si trovò a testimoniare un'esperienza professionale esaltante e piena di soddisfazioni giacché le conoscenze empiriche trovarono fiduciosa attuazione nei provvedimenti rigorosi e tempestivi dell'autorità politica. Dai suoi comportamenti emergono la positiva tensione tra la tutela dei fondamentali valori della vita e della salute e la situazione concreta di elevato rischio per la comunità. Il generalizzato bisogno di salute che chiedeva di essere soddisfatto imponeva che si agisse con il criterio dell'urgenza; infatti i decisori, nei due fronti medico-sanitario e politico, perseguirono congiuntamente il massimo beneficio, con provvedimenti che fissarono criteri di priorità facendo propria la severità della situazione, consapevoli sia della debole efficacia delle cure, sia soprattutto della bontà della preven-

zione nell'ottica del perseguimento dell'*avoidable death*. In assenza degli interventi di isolamento a Venezia nel 1535 le sole terapie mediche e chirurgiche non evitarono in poco tempo 60.000 morti.

L'epoca registra altresì la saldatura tra professione medica e governo politico della Città e del Regno in un totale reciproco rispetto dei ruoli, dove sembra non sfuggire la condivisione dell'unico obiettivo: il miglior interesse della Città. La scelta di nominare Ingrassia protomedico è stata sostenuta dalla notoria competenza e prestigio dei suoi 40 anni di attività, massima garanzia per il potere politico per promuovere misure drastiche, ma ragionevolmente fondate e responsabilmente adottate. La prova si trova nei cospicui e proporzionati investimenti di parecchie migliaia di ducati che il governo della Città ha approntato, sui consigli di Ingrassia, per fronteggiare la pubblica calamità dando così il via alla costruzione di sette ospedali nuovi ovvero lazzaretti per la cura degli infermi, sospetti e convalescenti, oltre due fabbricati per "l'ultima purificazione" di chi era scampato al male contagioso.

Quella esperienza ha comportato la necessità di un governo totale della massa popolare, che ha proficuamente obbligato le persone a rigorosi regimi in vista di positivi risultati per tutti, piuttosto che lasciare liberi di fare. Infatti la libertà non responsabilmente vissuta dai cittadini a causa di comportamenti negligenti o in frode alle disposizioni impartite, si scopriva essere colpevole della diffusione dell'epidemia, dell'aumento del numero di decessi, svelati attraverso il costante monitoraggio della morbilità e mortalità. Oggi nelle comunità cittadine e nei luoghi di servizio alla collettività, nonostante il progresso dell'istruzione e i richiami al cosiddetto vivere civilmente, è ancora presente molta leggerezza.

Nel testo dettagliatamente descritte troviamo le severissime sanzioni, alcune anche raffigurate in disegni. Attraverso i metodi coercitivi e le punizioni anche capitali, si sono voluti modificare i comportamenti che con metodi persuasivi stentavano a concretizzarsi: l'esperienza ancora una volta ha testimoniato che "se le persone non sono obbligate a fare, non fanno".

La società appare verticalmente divisa tra i pochi privilegiati nobili e la gente di cultura da un lato, e dall'altro la moltitudine della plebe, poverissima, ignorante, malaticcia, che sembra aver condotto una vita in forma sub-umana: soggetti di fatica e nulla più. La gestione della loro condizione avviene in modo attento ma coerente con il loro stato sociale: basta richiamare la determinazione di aver concesso ai poveri, in prossimità della dimissione dal lazzeretto, un tarì al giorno in cambio del vitto, sì che preferendo conservarsi il denaro anziché comprare gli alimenti, spontaneamente affamassero sé stessi, ritornando autonomamente alla loro abituale condizione di ipoalimentazione. È chiarificante la notizia che “si pescarono tanti tonni che non si poterono trattare tutti con il sale e se ne saziarono la gente bassa”. Provvide comunque il potere della città a ben nutrirli durante il ricovero negli ospedali e lazzeretti fornendo loro i trattamenti terapeutici, la quantità di calorie e le energie necessarie per sconfiggere il male. Era un beneficio transitorio e funzionale alla loro salute, ma anche al mantenimento dell'equilibrio demografico del reame, piuttosto che alla loro migliore condizione pure dopo essere stati dimessi dagli ospedali.

Ingrassia si sofferma a lungo su questi aspetti e osserva che il popolino, patendo la *loimos* (fame) si ammala di più dei nobili e la differenza di classe sociale si riflette negativamente sull'opportunità di cura della salute. È l'occasione in cui il medico indica al governo della città quelli che sono i problemi di sanità della popolazione a partire dalla necessità di una corretta e sufficiente alimentazione. Anche oggi nella nostra società occidentale opulenta il medico indica gli opposti rischi in dipendenza degli inadeguati stili di vita: da un lato le grame condizioni sociali di ampi strati di popolazione in molti paesi asiatici e africani generano le malattie della povertà e falcidiano quotidianamente migliaia di bambini e numerosi adulti; dall'altra gli stili di vita delle ricche società occidentali dove ipernutrizione e basso consumo energetico facilitano l'obesità e sono causa di sviluppo di numerose malattie non solo metaboliche ma anche neoplastiche, alle quali

ultime modernamente viene riconosciuta un'eziopatogenesi da errori alimentari.

Fame, denutrizione e malattie infettivo-parassitarie colpiscono milioni di soggetti a cui giungono favorevoli interventi di sostegno dalla libera responsabilità del volontariato o dalle donazioni anche via SMS pur stando comodamente seduti in poltrona davanti al televisore, piuttosto che dall'azione strutturata dei governi: di quei governi che in forma globalizzata concepiscono soltanto la condivisione del patrimonio di benessere e ricchezza. Chi si ammala proprio delle malattie legate al benessere, quali obesità, ipertensione, malattie metaboliche, neoplasie, ha la possibilità di godere del privilegio delle cure gratuite e senza limiti, oltre che di potere inseguire per altre vie il sogno dell'eterna bellezza e giovinezza, esorcizzando l'avvicinarsi della morte; mentre chi giace nella povertà ha un destino ben diverso. Anche sul versante della ricerca, per gran parte sostenuta da fondi privati, si prediligono, per i giusti ritorni economici, le malattie che colpiscono i cittadini dei paesi ricchi, piuttosto che quelle maggiormente presenti nei paesi senza capacità di spesa da destinare a fini di assistenza sanitaria.

Il ruolo del medico è stato e continua ad essere potente nel modificare i comportamenti sociali, nel sollevare l'attenzione degli uomini di governo verso i problemi generali di salute pubblica, nello stimolare i cittadini a modificare le loro abitudini, non solo nelle emergenze ma anche nel quotidiano. Ciò prepotentemente avviene anche in questa era di sviluppo tecnologico. L'offerta genera la domanda: il "si può tecnicamente fare" diventa automaticamente e molto spesso acriticamente "lo voglio fare", e non sempre purtroppo con i migliori risultati, by-passando la domanda di senso se "ciò che è tecnicamente possibile sia anche eticamente lecito".

Nell'esercizio non individuale, ma complessivo e su vasta scala, quindi sul fronte politico-sociale della medicina, si registrano delle reazioni negative da parte del popolo, disposto rapidamente e acriticamente a malignare su comportamenti assunti in buona fede, ma la cui natura ed imponenza lasciano lo spazio a dicerie fantasti-

che attorno a una impossibile vicenda di malversazione. Ingrassia ne soffre e reagisce severamente contro il popolino che malignava sulla peste come fosse fantastica invenzione opportunamente sfruttata dal potere politico per fini lucrativi. Molte volte negli ultimi trenta anni, a partire dalla scoperta dell'AIDS, e poi del morbo della mucca pazza, fino all'epidemia influenzale etichettata H_1N_1 si è verificato un fenomeno simile. Succede cioè qualcosa che fa registrare un momento di frattura con la società. Si diffonde il sospetto che il problema evidenziato sia strumento e non fine delle attenzioni dei medici e del potere politico: in un mondo globale la reazione dei medici come categoria la troviamo assente.

Il Protomedico vive in un contesto cittadino e il suo elevato spessore professionale, a tutti noto, lo porta ad assumere la massima tutela in difesa di sé stesso sì da reagire decisamente con la rinuncia all'indennità economica, pur rimanendo disponibile a continuare ad erogare il suo servizio. Emerge una figura di medico e di uomo integrale e integerrimo con sé stesso, che lo fa essere tale anche con gli altri, coerente con le rigorose e indiscusse misure da lui suggerite per contrastare l'epidemia, nella consapevolezza sia della stima di quella parte di società di rango elevato che lo retribuiva privatamente per il servizio che rendeva, sia di un popolino che stava godendo dei suoi servigi con onere a carico delle casse sociali della città. È la perenne vicenda della difficile interazione tra pubblico e privato, con sospetto di abusi e frodi perpetrati dall'uno ai danni dell'altro.

Ingrassia si sofferma anche sulle rappresentanze politiche della municipalità, commentando che sono numerose e poco efficienti: in un clima di trasparenza e di giusta critica rispetto alle difficoltà economiche della Nazione anche oggi stanno venendo fuori i costi della politica, i privilegi della casta insieme alle inefficienze del sistema. La prestazione gratuita da lui offerta in quella circostanza ha tutta l'aria di una presa di distanza e di rottura, coerente con l'atteggiamento di intransigenza che aveva caratterizzato la sua vita e la sua professione, suonando a condanna per chi aveva di lui

sospettato. Vero è comunque che il popolo, solo dopo aver visto i positivi risultati della lotta alla peste, sarà disponibile a tributare il massimo onore ai funerali del suo “don Filippello”, come affettuosamente lo chiamava, quando appena quattro anni dopo, al compimento del 68° anno, nel 1580 morirà.

Paura: la nuova padrona

Il testo di Ingrassia è pervaso da sentimenti di paura: paura della peste, dell’Inquisizione, del processo, della tortura, dell’incapacità stessa della medicina a fronteggiare quel male pestifero, come le precedenti esperienze avevano acclarato. Emblematici i pilastri tradizionali della terapia di quella malattia contagiosa: *citò, longè, tardè*, dove la presa di distanza dalla realtà era misurata in termini spaziali e temporali. L’uomo avvertì la vita minacciata e sottoposta alla regola della morte: da qui l’atteggiamento sia di vincere la paura della morte sia di potenziare l’attesa di vita dopo la morte.

La paura sfocia nell’insicurezza comportamentale e influisce negativamente sulla personalità e sui conseguenti comportamenti. Ha la capacità di modificare i processi di pensiero e l’ideazione con un forte potere inibitorio sulle attività e la perdita di sicurezza. Riteniamo che sia proprio la paura a condizionare lo stile assistenziale dei medici quando si fa orientato alla *medicina difensivistica*, come preferiamo definirla al posto di *difensiva*, come comunemente indicata.

La differenza tra difensiva e difensivistica sta nel fatto che la prima è culturalmente e scientificamente fondata, e nell’azione di tutela e difesa del malato è contemplata di riflesso e come conseguenza positiva la tutela e difesa del medico, il che rientra pienamente nella finalità della professione e nella corretta modalità del suo esercizio. La seconda è invece dettata da comportamenti orientati in via esclusiva all’accaparramento di una documentazione strumentale e tecnologica dove prevalgono non l’osservazione clinica e la razionalità scientifica, ma la continua e pressante attività

di personale “auto de-responsabilizzazione” attraverso la catena o cascata di richieste di esami e consulenze. La medicina a scopo difensivo risponde positivamente all’*altro* e al suo bisogno di salute, la difensivistica solo a sé stessi, sicché il paziente diventa prioritariamente un mezzo per propri fini. Difendere il malato per difendere sé stessi è il modello relazionale che preferiamo abbracciare. Ingrassia lo ha interpretato adeguatamente.

La paura scatta quando il soggetto è alle prese con altri uomini, animali, con l’incognita del futuro, del mistero, dello stato di malattia e si genera nella concretezza di una realtà relazionale con uomini o cose. Nella peste si sperimenta la paura dei singoli individui e di un popolo, e non è detto che anche Ingrassia non ne sia stato attraversato. Il nostro Autore nella parte introduttiva sembra che voglia esorcizzare il sentimento di cui a ragione potrebbe essere pervaso, affermando di essere vecchio di età e di accettare il rischio della morte, verosimilmente la percepiva non lontana, assumendo le vesti di un soldato che non può abbandonare il campo di battaglia. Un medico come un soldato in guerra con la consapevolezza di non dover perdere la padronanza di sé nella situazione di emergenza e obbligato a mantenere la capacità di controllo delle proprie emozioni. In caso contrario la fuga dal luogo del pericolo lo avrebbe meritatamente esposto, come aveva dichiarato nella dedica a Filippo II, non alla degradazione, ma alla pena di morte, proprio perché si sentiva proiettato nella condizione simile a chi era in guerra.

Elemento determinante per il sorgere della paura è il riconoscere la gran forza del subdolo avversario, la cui capacità di insinuarsi ovunque impedisce ogni difesa. È sempre vivo il senso di debolezza, di fragilità e vulnerabilità attraverso cui si assume la consapevolezza dei propri limiti. La storia umana ci riporta ad un percorso costellato di tentativi di rimozione degli innumerevoli ostacoli e pericoli nei diversi campi, senza la possibilità di rimuovere il limite della malattia non curabile, non vincibile e foriera della morte. Nella nostra epoca, dove il progresso ha raggiunto traguardi eleva-

tissimi e inaspettati, e il corpo e la corporeità non sono più elementi funzionali soprattutto alla trascendenza, ma spesso vissuti sia nel bene che nel male soltanto nell'evoluzione della realtà contingente, si è fatta ancora più accentuata la paura della morte e soprattutto quella del morire, sì da auspicarne il controllo⁵³.

Al tempo della peste, davanti al nemico sconosciuto che nasco- stamente attacca e uccide, il popolo si raduna in processione, digiuna e prega in una normale azione difensiva di chi è in pericolo e nella solitudine cerca un alleato – all'epoca era possibile invocare soltanto il Dio dei cattolici – confessando la propria impossibilità ad affrontare da solo la terribile minaccia.

A definire i confini del pericolo indotto dalla peste e la possibilità della soluzione stanno due verbi che rispettivamente ne indicano inizio e cessazione: *udire* e *vedere*. *Udire* l'arrivo della peste, qualche morto, tanti in fuga o serrati nelle case con vistoso aumento del numero di appestati: una paura crescente si accompagna allo sbandamento della società. In questa tensione si dà spazio a un sentimento di fiducia e di speranza. Mentre il *vedere* durante una processione un segnale favorevole a don Gasparino Rocchisense – cioè lo sfuggire miracolosamente alla caduta del battaglio della campana che lo avrebbe colpito in pieno se lui non si fosse fermato per aggiustarsi una pianella – è stato colto sia come un segno benevolo del soprannaturale in quella circostanza di generale smarrimento sia come una volontà di bene e la prova di un alleato invisibile di cui se ne invocava la presenza. Si è trattato di un fenomeno strano e dalla valenza misteriosa, portatore di una energia dubbia per

⁵³ Il paragrafo sulla *paura* è ripensato nella prospettiva della professione medica. Concetti e nozioni sono traslati dallo studio della Costacurta all'esperienza medica al tempo di Ingrassia e alla contemporanea. La paura è un sentimento che nasce con l'uomo e nella narrazione biblica è anche il primo di Adamo, compare con "l'udire" e si conclude con la fuga: "*Ho udito il tuo passo nel giardino: ho avuto paura, perché sono nudo, e mi sono nascosto*". Genesi 3,10. La nudità di Adamo potrebbe essere analoga alla nostra debolezza culturale, che ci fa paura e ci spinge a nasconderci dietro una batteria di esami strumentali alla ricerca di un luogo sicuro. Costacurta B, *La vita minacciata*. Editrice PIB, Roma 2007.

l'uomo, ma al contempo rivelatore di una realtà ancora più grande e misteriosa verso la quale coltivare giusto timore.

Il popolo appestato nel lasciarsi prendere dalla paura perdette per lunghi mesi la calma e con essa la capacità di agire con razionalità, andando dietro a comportamenti generati da istintività disorganizzata che finì col porsi in situazioni ancora più dannose di quelle alle quali si tentava di sfuggire. Nel corso della peste infatti i tentativi di fuga o anche di nascondersi per non lasciare la casa per essere ricoverati nei lazzaretti misero in pericolo altri soggetti lontani che così vennero contagiati: tanti infatti perirono perché vittime del proprio terrore e di quello dei vicini.

Quali risposte alla minaccia e alla paura della peste e del nostro concreto vivere quotidiano di medici? I tentativi di porsi in salvo sfuggendo al nemico o al pericolo esitano in uno stato di mobilitazione per la ricerca di luoghi sicuri e di nascondigli. La ricerca della propria salvezza da parte degli abitanti di fatto esita nella distruzione della realtà paese e del sistema di relazioni. Parimenti nell'ambito dell'esercizio professionale, la paura dei medici di sfuggire alle rivendicazioni dei pazienti con la conseguente messa in opera di comportamenti opportunistici dettati dalla "medicina difensivistica" contribuisce a distruggere l'immagine di un esercizio medico culturalmente giustificato e con esso una gran quantità di risorse economiche e strumentali che potrebbero essere destinate a ulteriori sviluppi e innovazioni. Bisogna chiedersi perché un tempo il medico seduceva un paziente, abbandonato nelle sue mani e si rendeva responsabile consigliandogli il meglio in quella circostanza attraverso un'intesa generale tra i due attori nel reciproco dare e avere all'insegna della fiducia e della tutela della vita. Oggi i termini del rapporto si sono modificati e diventano centrali gli esami strumentali da erogare a prescindere dalla loro effettiva utilità clinica: se limitato solo a queste operazioni è il risultato positivo o il mancato raggiungimento dell'esito atteso a generare rispettivamente soddisfazione o conflitto. La relazione è gestita dall'utilizzo delle tecnologie e non dai rapporti umani interpersonali come già auspi-

cavano Cicerone e Seneca: tecnologie che hanno un limite che finisce col trasferirsi all'immenso e mai esauribile rapporto di reciprocità emotiva che nonostante tutto nasce nella e per la fiducia e solidarietà. Nuova seduzione sono le tecnologie attraverso cui avviene quel prostituirsi, quel cedere del medico che accetta una certa violenza su di sé, che gli fa paura, pur di salvarsi da quella tanto temuta morte professionale. Siamo al punto di dover riscrivere la relazione medico paziente cogliendo i nuovi problematici aspetti del *difensivismo* reciproco: il paziente dai danni causati, il medico dalla richiesta di risarcimento.

Già Ippocrate a metà del V secolo a.C. riteneva giusto fare anche giurare i medici proprio sulla pertinente e appropriata prescrizione: “*Prescriverò agli infermi la dieta opportuna che loro venga per quanto mi sarà permesso dalle mie cognizioni, e li difenderò da ogni cosa ingiusta e dannosa*”⁵⁴. Sottoporre il paziente a esami non utili è comportamento “non appropriato, ingiusto e dannoso” ed estraneo alla visione ippocratica della medicina del fare il bene e di evitare il male.

Una fuga spaventata, priva di razionalità, sotto l'ottica della de-responsabilizzazione, condanna l'esercizio medico al fallimento, col rischio di relegarlo in un permanente stato di disagio: il medico oggi percepisce la difficoltà della perdita di fiducia dei pazienti e la sempre crescente facilità con cui, in caso di contestazione, riescono a ottenere gli indennizzi: si assiste generalmente a un impietoso e irriverente stato di devastazione professionale.

Il medico agisce nell'urgenza, nelle difficoltà, nella gravità della malattia e a lui non si confa la dimensione di confusione e di perdita di lucidità, forse anche di sgomento. Se il medico sopraffatto dal timore non sa più esercitare l'autorità che gli deriva dall'autorevolezza della sua professione, i pazienti si troveranno abbandonati a sé stessi, impauriti, in uno stato di insicurezza generato dalla paura stessa del curante.

⁵⁴ Spinsanti S [a cura], *Documenti di ...*, op. cit., p. 19.

L'udire il frastuono dei quotidiani che giornalmente danno notizia di risultati non attesi dell'esercizio medico non fa altro che contagiare il senso di paura e la perdita della calma; i comportamenti diventano preoccupati e limitano l'agire in atteggiamento di difesa e autotutela. Uno stato emotivo e di frustrazione pervade i medici chiamati non come i soldati a combattere contro un nemico collettivo e generale dai contorni vaghi, meno configurabili, mai conosciuto e perciò emotivamente meno coinvolgente, ma a esercitare su singoli individualmente ammalati in un confronto con persone conosciute che possono di lì a poco trasformarsi in possibili nemici.

È innegabile che nei rapporti tra le persone l'inimicizia è un'esperienza particolarmente drammatica perché emerge una precisa e cosciente volontà intenzionale di male che diventa conflitto personale attraverso un duello di perizie nelle aule dei tribunali. Anche quando il processo si conclude a favore del medico, come nella rilevanza dei casi avviene⁵⁵, l'esperienza provata lo attraversa negativamente facendogli assumere la consapevolezza della vulnerabilità, resa ancora più drammatica per l'asimmetria culturale tra i due personaggi – medico e paziente – sia perché il primo ha sempre avuto un privilegio rispetto al secondo, sia perché vi è un trascinamento negativo nell'esercizio e nei rapporti professionali futuri, non solo propri ma contagiati a operatori sia della stessa che di altre categorie.

Elemento fondamentale dell'inimicizia è la volontà di male che si presenta con insulti e persecuzione. Tra medici e pazienti l'aggressività si nasconde sotto un'apparente e accattivante innocuità. Il rapporto a un certo punto rivela una componente di cattiveria prima insospettata, un mutamento radicale di atteggiamento fino all'esercizio di aggressività fisica diretta che lascia sgomenti. Non

⁵⁵ Uno studio sull'errore medico organico è stato condotto nel 1999 dall'*Institut of Medicine*. In Italia si occupano della tematica il CENSIS e alcune associazioni quali il Tribunale dei diritti del malato e Cittadinanza attiva.

solo da parte del paziente, ma spesso a iniziare è proprio il medico⁵⁶. Emergono con quello stile non solo una violenza psicologica e quindi fisica, ma un sentimento di distacco e di indifferenza, e il male si presenta in forma devastante lasciando nel paziente un senso di impotenza che si esprime solamente con l'allontanamento e la fuga, anche metaforica, facendogli provare la triste percezione della solitudine. Una volontà di male che proviene proprio da chi era stato scelto per essergli solidale, alleato e compagno nella triste circostanza della malattia, per di più in risposta all'aver a lui consegnato con il corpo ammalato anche sé stesso: la distanza che il medico inopportuno prende dal paziente è direttamente proporzionata all'intensità della sua paura e, se percepita da questi, porta ad altrettanto distacco e sconforto con perdita di contatto. Bisogna uscire dalla paura per aprirsi a una diversa dimensione del rapporto animandolo da rinnovata intenzionalità capace di superare quella presenza di morte, fisica e metaforica, che oggi tristemente lo condiziona.

L'attività clinica ormai si estrinseca in gran parte nel *vedere* i risultati degli esami, e questo pone in secondo piano l'*ascolto* che consente di aprirsi ad una realtà invisibile non resa oggetto, permette la relazione di reciprocità tra soggetti, la coltivazione dell'empatia dove ha spazio il mistero, il non delimitabile, il non provabile tecnologicamente. Voce e possibilità di ascolto sono ciò che fa di un corpo una persona: il suo ascolto è su piani non tecnologici, ma trascendenti e va oltre l'immagine visibile. Ci aiuta l'interpretazione del termine *persona* che in latino significa *maschera*, ciò che appare all'esterno (riconnettendosi con il greco *prosopon*), oggetto che fa da schermo a una realtà interiore complessa, articolata e che esige il disvelamento. Dare ascolto alla voce consente di costruire una relazione superando la limitatezza della sia pur avan-

⁵⁶ Interpretiamo così l'elencazione di possibili imprevedibili conseguenze mortali elencate dal medico in occasione della richiesta di consenso informato anche per interventi definibili "tranquilli", cioè a bassissimo rischio.

zata potenzialità tecnologica. Essa si apre a esplorare il piano del mistero che c'è in ogni uomo, a cogliere la sua paura, a infondere coraggio e rassicurazione. È stato quello l'esercizio medico al tempo di Ingrassia e della peste: colui che ordina da un lato il modo di prevenire e curare la malattia, dall'altro mantiene aperto il dialogo, ascolta la voce dei sofferenti, esplorando una realtà misteriosa capace di comprendere al di là del sensibile: la paura si presenta come elemento necessario e ineliminabile che consente di esprimere ansie e riconoscimento di una realtà materialmente sperimentabile. La paura pervade il popolo appestato e lo stimola a interrogarsi sulle proprie colpe e a chiedere il beneficio di avere salva la vita. A suscitare tale sentimento concorrono i *fenomeni atmosferici* e le loro negative conseguenze, colti come espressione diretta di realtà soprannaturale per interrogare l'uomo sul suo destino ultimo.

Gli avvenimenti naturali sono di per sé causa di spavento e di male. Sui loro accadimenti Ingrassia si sofferma a lungo, anche per rispetto degli antichi Maestri: fenomeni cosmici, inondazioni, aria malsana sono presentati come causa generante o facilitante l'insorgere delle malattie. Sono fonte di paura perché si svelano con la loro dimensione di ignoto, inconoscibilità e incontrollabilità in forma immutata nei diversi tempi storici: anche attraverso di essi si accede alla dimensione del mistero. Le tradizionali processioni delle comunità religiose per propiziare la pioggia o la sua cessazione sono una prova e l'uomo avvertendo di non avere difese si sente minacciato nel suo vivere. Attraverso questa lettura emerge la sovranità divina nel creato. Anche la peste, nella sua oscurità e alone di terrore, dichiara una presenza di fronte alla quale l'uomo si rivela insufficiente rispetto a un altro.

Un'esperienza particolare di paura è quella che si patisce per *le modificazioni del proprio corpo* nello stato di malattia. La minaccia non viene dall'ambiente esterno, ma dal proprio interno con ripercussioni negative sul soggetto. Il corpo, luogo che veicola la vita, si trasforma in una grande minaccia mortale. È una lotta all'interno

della stessa unità: il corpo minaccia di uccidere la persona e la percezione di quanto sta accadendo appartiene allo stesso soggetto. È un'unità che si disintegra, che soffre per la fragilità e l'impotenza a sconfiggere un nemico che non gli è di fronte, ma che lo occupa. Il soggetto sperimenta la penosa solitudine psicologica, non sempre controbilanciata da una comprensione sociale e ambientale. Gli sfugge la vita e con essa i punti di ancoraggio, il che ingrandisce la sua sofferenza implicando intensa reazione psicologica e spirituale alla prospettiva di morire.

Il medico si accosta all'uomo malato mentre questi è proprio vittima all'interno di una violenza subita. In simili circostanze prende forma molto spesso l'aggressione del medico attraverso le distanze create con certe tipiche modalità di somministrazione del *consenso informato*. Se da un lato la pratica del consenso delimita un obbligo e un diritto, dall'altro assume un significato specifico nella vicenda patologica del soggetto: l'essere posti davanti a situazioni amplificate, ancor peggio se artatamente, che cercano di convincere e rassegnare il paziente che il suo corpo è minacciato, genera sentimenti di difesa, aggressione, ostilità e fuga. Mentre è proprio quello un momento in cui il paziente deve essere accolto e sostenuto, anziché rifiutato e abbandonato alle sue decisioni. Anzi l'atteggiamento del medico che lo informa oltre il necessario, compresa anche a volte la molto remota probabilità "che può andare incontro alla morte", non fa altro che confermarli quella eventualità a cui proprio vorrebbe sfuggire; gli notifica una situazione di pericolo verosimilmente oltre misura e il malato prende atto e ha coscienza di un male a cui vorrebbe sfuggire: è il momento cruciale in cui entrambi mostrano di avere paura l'uno dell'altro.

Le "Dichiarazioni anticipate di trattamento", normativa in atto nella fase dibattimentale del suo iter parlamentare, riportano il medico a un ruolo chiave nella vicenda ultima e personale del malato, a un ruolo responsabile su quello che il malato vorrebbe che fosse fatto. È proprio la modalità di consenso informato in versione de-responsabilizzante che il paziente non vuole. Riteniamo che

al pari dell'epoca del paternalismo medico egli chiede di essere capito, preso per mano da un alleato che condivide con lui l'ansia di quel momento che lo porta a prendere coscienza che il suo corpo sta sostenendo una lotta con un nemico interno: averne al contempo anche uno all'esterno è il massimo della desolazione. Pertanto sviluppare il paternalismo medico alla luce del rispetto dell'autonomia del soggetto è il massimo della sintesi della tradizione medica e della modernità gestionale.

La paura come arma di condizionamento politico prelude all'esercizio del potere e del dominio politico della società con l'asservimento delle masse, utilizzando leggi e istituzioni. La paura delle severe pene per i trasgressori servono a mantenere il popolo disciplinato e osservante. Un'*elite* di uomini attraverso questi strumenti può conservare e accrescere il privilegio di sé nella società, manipolando quanto necessario per raccogliere i benefici⁵⁷.

La paura condiziona oggi i mercati e le grandi transazioni finanziarie internazionali, la cui minaccia apre la strada a crisi e speculazioni. In un clima di economia globale, basta paventare lieve vento di crisi per generare reazioni sapientemente utilizzate dai manovratori del sistema. La crisi economica genera paura e determina frustrazione nelle economie familiari⁵⁸ e sociali, con inefficienze e sprechi che generano ripercussioni negative nell'erogazione dei servizi.

Ritornando alla relazione medico-paziente va sempre tenuto presente che la medicina è attività dell'uomo per l'uomo e quindi soggetta ai limiti umani e alla fallibilità. Richiamare i medici, ma anche i pazienti, al senso della misura, alla prudenza e a ben soppesare ogni azione è giusto e doveroso. La paura dei rischi e della morte deve infondere coraggio, non creare illusioni. Un coraggio che deve sempre essere presente nei medici per assumersi le giuste

⁵⁷ Robin C, *Paura. La politica del dominio*. Università Bocconi Editore, Milano, 2005.

⁵⁸ Deaglio M, *La ripresa, il coraggio e la paura. XV Rapporto sull'economia globale e l'Italia*. Guerini e Associati, Milano 2010.

e gratificanti responsabilità⁵⁹. La parola *peste* (da *pastum*) ha la valenza di morte e ha evocato il ricorso alle pratiche di fede: una paura che si è trasformata nel *timore* verso il soprannaturale. La peste, una malattia che nel suo uccidere ha costituito l'occasione per indicare una vita diversa: ciò che ha fatto paura come possibilità di morte si è tramutato in una possibilità di salvezza.

Tra i termini *temere* e *timore* si svolge la partita tra paura e coraggio. Si articola in questa circostanza il duplice significato di *temere*: da un lato il *non temere* vuol significare *non avere paura*; in altro senso *avere timore di* vuol dire *avere rispetto per*. In questa seconda accezione si crea una relazione positiva che si apre alla fiducia ed è ciò che è auspicabile per un sereno esercizio delle professioni medico-sanitarie: non temere il malato, ma avere timore del malato, significa infondere coraggio e fiducia nei diversi sistemi in crisi, attuare un esercizio medico che va bene per affrontare con successo ogni tipo di paura.

L'errore medico: ieri e oggi

“Era da cento anni che non si vedeva una simile malattia a Palermo e in un primo tempo ci siamo sbagliati”, scrive Ingrassia con umiltà e nella concretezza di chi sa che si può riconoscere soltanto quello che si è già conosciuto. L'affermazione introduce e giustifica gli errori di diagnosi commessi da lui stesso e da altri medici quando si scoprirono i primi casi di peste.

La riflessione sugli errori medici ha una sua storia antica: tra il 1260 e il 1270 l'erudito e filosofo inglese Ruggero Bacone scrisse un trattato intitolato *De erroribus medicorum*⁶⁰. Il raguseo Giorgio

⁵⁹ Fiori A, *Paura, sofferenza, speranza e coraggio nella malattia*. Medicina e morale 2011;2:227–231.

⁶⁰ *Opera hactenus inedita Rogeri Baconi*, fasc. IX, Oxford 1928, pp. 150 – 179. Grmeck MD [a cura] *Storia del pensiero medico occidentale, vol. 1. Dal Rinascimento all'inizio dell'ottocento*. Editori Laterza. Roma-Bari 1996. p. 291.

Baglivi⁶¹, allievo di Marcello Malpighi, morto a 39 anni e vissuto tra il Seicento e Settecento, attribuì al “mancato esercizio della prudenza”⁶² l’accreciuto numero di errori e di medici erranti. Egli, rifacendosi ad Ippocrate, rivendicò il primato dell’osservazione cogliendo in essa l’origine stessa della medicina, i suoi progressi e le sue affermazioni più certe. Fautore dell’osservazione compiuta al letto del paziente e di una narrazione della storia della malattia che rilevasse e ragionasse fedelmente sui sintomi descritti dal malato, rende implicita la traduzione operativa dell’accuratezza, lentezza e tempo a disposizione. Per Baglivi osservare correttamente e ragionare con “metodo” ordinato e critico erano non solo testimonianza della lezione ippocratica, ma soprattutto criterio per ridurre gli errori: la parola d’ordine “prudenza” poteva essere tradotta operativamente nell’*udire* il malato.

La riflessione sul *metodo* in medicina si è sviluppata nel corso dei secoli successivi, arricchita all’inizio del Novecento dagli insegnamenti di Augusto Murri. Interessante è anche il concetto chiave delle lezioni a letto del paziente di un Clinico medico contemporaneo⁶³, centrate sull’osservazione meticolosa e paziente del

⁶¹ Baglivi Giorgio (Ragusa di Dalmazia, 1668 – Roma, 1707), archiatra pontificio e professore di medicina teorica all’Università La Sapienza di Roma. Allievo di Marcello Malpighi visse a Roma, vera fucina culturale dove vi operavano Giovanni Maria Lancisi e Antonio Pacchioni. Fu autore, guidato e sotto la spinta del Maestro, di una riforma della medicina che tenesse netta distinzione metodologica tra medicina pratica e medicina teorica, funzionale sia a conquistare l’adesione dei medici pratici a un metodo d’osservazione accurato delle malattie sia a legittimare l’indagine sperimentale dei moderni nella ricerca delle loro cause nascoste. Egli rivendicò il primato dell’osservazione – ancora oggi valido nonostante il progresso tecnologico – vedendo in essa l’origine stessa della medicina, i suoi progressi e quanto vi fosse di più certo. Alla ricerca e al ragionamento assegnava ruolo fondante la medicina moderna, come quando scrisse: “*La teoria dei moderni è molto più certa della teoria dei Galenici, poiché le fondamenta di essa sono poste sopra esperimenti fatti con attenzione, tratti dal seno della filosofia naturale, e traccia e dimostra le cause e i sintomi dei morbi non per congetture incerte, ma per matematica verità, [...]*”. In Grmeck MD[a cura] *Storia del pensiero ...*, op. cit., vol. I, p. 161-3.

⁶² Grmeck MD [a cura] *Storia del pensiero ...*, vol. 2. Editori Laterza. Roma-Bari 1996. p. 161.

⁶³ Barbagallo Sangiorgi G, *Essere medico: ieri, oggi, domani*. Tipografia Aiello, Bagheria 1996.

malato e sul ragionamento clinico, sull'*udire* il malato e non sul frettoloso, forse ormai acritico e distaccato termine sempre più usato di *vedere* il paziente. È suo l'insegnamento: "*Il metodo ci consente di comprendere cose mai conosciute*", approccio maturato dopo secoli di studio sul "metodo". Per Ingrassia era rilevante l'esperienza precedentemente vissuta e tramandata, per i clinici medici del Novecento era il "metodo" la chiave di lettura per "*scoprire cose mai viste prima*", il che apre gli occhi e l'intelligenza al nuovo, stimolando a coltivare la ricerca in senso lato, a osservare e analizzare le differenze.

Protagonista di questo stile era la *lentezza*, che induceva a soffermarsi a lungo su ciascun paziente, con una *pazienza* e una *prudenza* che dichiaravano il *pathos*. Il lavoro per giungere alla soluzione obbligava ad analizzare uno per uno i dati di laboratorio, i sintomi e i segni, alla ricerca delle correlazioni con il quadro sintomatico e semiologico, base logica per la sintesi risolutiva. Grazie alla lentezza si dava spazio al ragionamento, alle ipotesi clinico-diagnostiche, alle verifiche, soppesando tutto, compresa la corretta e pertinente richiesta degli esami: cosa ben diversa dal *consumismo diagnostico* a cui oggi siamo assuefatti e dal quale non sarà facile ritornare alla giusta connessione degli strumenti tecnologici di supporto con le effettive esigenze cliniche, piuttosto che medico-legali.

Era questa la visione olistica della medicina interna che vedeva nella *parsimonia* dei metodi diagnostici la necessità culturale per un appropriato esercizio e giudicava già un "errore" di comportamento professionale la richiesta di un esame non pertinente al soddisfacimento del ragionamento e quesito clinico: errore rispetto al quale gli allievi provavano imbarazzo nei confronti del Maestro. L'abuso diagnostico oggi è praticato come una necessità, pur nella consapevolezza in chi lo esercita che spesso non è funzionale ai fini della soluzione dei quesiti clinico-diagnostici. Anzi secondo uno studio della *Harvard Medical School* (Boston) su 300 pratiche che riguardavano presunti errori diagnostici con conseguente danno

per il malato si rilevò che nel 55% la richiesta riguardava esami non appropriati⁶⁴.

La nozione di *prudenza* è complessa e offre molti spunti di riflessione: essa spazia da un atteggiamento saggio, cosciente e responsabile finalizzato al bene oggettivo da perseguire, al mero calcolo attinente a salvaguardare i propri interessi, le proprie cose, interrogando criteri di probabilità intesi a individuare la posizione vincente che reca profitto e mantiene il privilegio di sé.

Lo stile consumistico è coevo allo sviluppo delle discipline *specialistiche* e alla successiva ulteriore parcellizzazione e *specificazione* delle patologie, come avviene modernamente con l'ulteriore superamento della fase di *specializzazione*⁶⁵. Noi riteniamo che proprio *specializzazione* e *specificazione* abbiano di fatto determinato la trasposizione della medicina dal suo antico e primordiale ambito delle scienze umane⁶⁶, in quanto attività diretta alla cura della persona e non degli organi, a quella a pieno titolo nel gruppo delle scienze sperimentali proprio a causa del predominante utilizzo dell'appa-

⁶⁴ de Trizio N, Vergari B, Zanardi L, *L'errore medico: studi per la rilevazione, analisi del fenomeno, proposte operative e legislative*. Documento reperibile all'indirizzo internet: <http://www.studiovergari.it/public/Articoli/Upload/L'errore%20Medico.pdf>.

⁶⁵ Malta R, Di Rosa S, *Etica e management: strumenti per una rinnovata medicina olistica*. Giornale Italiano di Medicina Interna, 2005; 4: 187 – 191.

⁶⁶ Il *Corpus hippocraticum* enumera sette libri sulle *Epidemie*, anche se solo il I e il III sono a buon diritto a lui riferiti e costituiscono un'opera sola. Galeno già osservava che i libri II, IV-VII sono solo dei pro-memoria, che si supponevano essere editi dal figlio Tessalo, mentre i libri V e VII sembravano a Galeno anche estranei allo spirito di Ippocrate. In questa raccolta Ippocrate sviluppa la necessità di un'analisi globale sulla "natura umana", capace di totalizzare anatomia e fisiologia, unificando in un'unica analisi critica "malato, malattia, medico". Domanda odierna è se abbiamo oggi raggiunto questa consapevolezza "critica" del sapere. La raccolta ripropone l'analisi dell'individuo integrato nel suo ambiente geografico, socio-culturale, di lavoro e nel complesso sistema di relazioni dentro cui si muove, non trascurando l'assunzione di dati psicologici e psichiatrici ad ogni livello dell'indagine medica. Altro dato suggestivo delle *Epidemie* è la folla di personaggi che esse ci presentano appartenenti a ogni cetto sociale. Lo farà anche Ingrassia confermando la distanza che separava la prassi ippocratica dalla medicina di stampo aristocratico. Vegetti M, *Ippocratee*, op cit., p.318.

rato tecnologico e strumentale. Basta ricordare che in origine la laurea era in Medicina e Filosofia, come del resto è stato il titolo conseguito da G. F. Ingrassia. Del tutto recentemente il recupero della disciplina della Storia della Medicina e della Bioetica vuole che si ridisegnino i limiti di intervento delle tecnologie in funzione della cura integrale e autenticamente umana della persona. Come del resto afferma Salerno⁶⁷ quando, richiamandosi a Odifreddi, sostiene che nel passaggio dall'antichità alla modernità l'attenzione del medico si è progressivamente spostata dal malato alla malattia, finendo per privilegiare sempre più gli aspetti tecnologici ed economici, e sempre meno quelli umanistici e umanitari. "La medicina è la filosofia del corpo, la filosofia è la medicina dell'anima", affermava Isidoro di Siviglia⁶⁸.

Anche il paziente ha abbandonato quella lentezza che auspicavano Cicerone e Seneca. Ha paura della malattia e pertanto ha l'ansia e la fretta di essere sottoposto a "tutti gli esami", come in gergo suole esprimersi; pretende che si arrivi subito alla diagnosi e, quando è necessario l'intervento chirurgico, che si intervenga al più presto. Neanche il Servizio Sanitario Nazionale ammette più la lentezza: *efficienza e appropriatezza*, parole d'ordine dell'attuale Patto per la Salute 2010-2012, esigono che si faccia *presto e bene*, distanziandosi anni luce dal vecchio adagio "*presto e bene raro avviene*".

In Ingrassia emerge anche il senso del limite attraverso l'insegnamento di Ippocrate: "*È bravo il medico che sbaglia meno*", aprendo alla visione umana e non problematica dell'errore, come oggi accade a causa della trasformazione del senso del *limite* in quello di *invincibilità*, a cui non è estranea la diversificazione del concetto di vita che, da misterica di un tempo e con prospettiva

⁶⁷ Salerno A, *Le ragioni di una scelta*. Atti del corso "Medicina, Individuo, Società". Accademia delle Scienze Mediche dell'Università di Palermo. Aiello e Provenzano, Bagheria 2011, p. 18.

⁶⁸ Grmeck MD, *Storia del pensiero...*, vol. 1, op. cit., p. 265.

metafisica come la scopriamo ne l' *Informatione* [...], vive nei nostri giorni in forma pragmatica e ancorata al tecnicismo.

Pure la morte ha subito odiernamente un'evoluzione interpretativa perdendo quel senso di naturale accettazione ricevuta dalla cultura greca classica ancor prima della cattolica, con l'apertura alla vita dell'iperuranio e assumendo la connotazione di fine a sé stessa per la cessazione di ogni modalità di partecipazione a verosimili vicende successive. In tal maniera nel vissuto collettivo essa non testimonia più il naturale compimento della vita, bensì è diventata la causa della perdita della vita in conseguenza di errori e colpe altrui. La morte come delitto esige la ricerca della causa; gli errori che l'hanno determinata sono ritenuti gravissimi perché hanno esitato nella perdita del bene personale di valore più elevato. Quindi se c'è un danno ci deve essere una colpa, indi una pena da un lato e un risarcimento dall'altro.

Nel secolo scorso A. Murri ha lavorato sul metodo e sull'errore, affermando ippocraticamente che *non c'è uomo che non sbagli*. Questa considerazione nulla toglie tuttavia alla questione della centralità del *metodo*, cioè etimologicamente del *procedere con una strada ben definita*, mentre latinamente *errore* è *vagare senza direzione, senza meta*. Dal punto di vista semantico siamo di fronte a un'ampia articolazione degli errori e nella classificazione prodotta nel documento sul "Rischio clinico" del Ministero della Salute vi è una distinzione tra *errore, sbaglio, quasi errori e violazioni*. Errore, alla cui base sta una credenza o opinione errata; sbaglio, se commesso durante l'esecuzione di un'attività; quasi errori e violazioni, se un comportamento errato non esita in danno⁶⁹. Gli errori tuttavia possono anche dividersi in latenti e attivi; ovvero in circoscritti in una o più delle fasi del processo di cura: diagnostica, terapeutica, preventiva. Ma è molto più coinvolgente la visione dell'errore sia in forma individuale che sistemica, cosa che apre alla prospetti-

⁶⁹ http://www.salute.gov.it/mgs/c_17_pubblicazioni_640_allegato.pdf, del sito del Ministero Salute.

va di lotta all'errore in chiave globale, dove tutti gli attori facenti parte del processo vengono chiamati in causa nella ricostruzione a ritroso della catena degli eventi che partendo dall'ultimo effetto consentono di risalire fino alla causa prima.

L'errore di cui parla Ingrassia è il diagnostico individuale, legato al difetto di esperienza dei medici, di interpretazione dei segni e sintomi, ed è giustificato dal fatto di non aver mai veduto prima di allora simili casi. In effetti l'eziopatogenesi della peste è abbastanza complessa ancora oggi e ciò che appariva allora era il fenomeno ultimo e complesso di una serie di eventi che dall'infezione generano la setticemia da batteri gram negativi e si completano nella mortale "coagulopatia intravascolare disseminata".

Ingrassia dimostra la consapevolezza del medico studioso, forte della erudizione per l'insegnamento presso lo *Studium* di Napoli e come *Letto* a Palermo, è critico nei confronti dei medici ignoranti, attento a tramandare la sua esperienza ai posteri e auspica che non si sbagli più come è successo a loro. È il valore costruttivo dell'esperienza umana dell'errore commesso in buona fede, superabile soltanto dallo sviluppo delle conoscenze. È paradossale che con la crescita del patrimonio strumentale siano cresciuti gli errori medici; ma 'l'affinamento delle tecniche diagnostiche porta anche all'affinamento della diagnosi di errore'. Se da un lato in via ipotetica potremmo e dovremmo sbagliare di meno, dall'altro lo sviluppo delle tecnologie diagnostiche consente anche di riconoscere di più l'errore anche *post eventum* e di chiarire più efficacemente in cosa si è sbagliato.

L'errore odiernamente è ritenuto generato da comportamento imprudente e negligente, quindi in mala fede e chiama a responsabilità i medici. Si ritiene pertanto che esso sia stato compiuto in dipendenza di "insufficiente", "non appropriato" o "non pertinente" utilizzo delle risorse diagnostiche e terapeutiche.

La responsabilità è prioritariamente di natura morale specie se si configura attraverso comportamenti inadeguati che esitano in *impe- rizia* e *negligenza*. La prima è legata all'errore tecnico di esecuzione,

al vero e proprio *sbaglio*, quello che gli inglesi chiamano *malpractice*; la seconda è in dipendenza dell'abbandono consapevole del paziente, la cui essenza è il *negligere*, il trascurare, il non prendersi cura dell'*altro* nella sua veste di paziente, il non reagire positivamente e adeguatamente alla domanda di aiuto. Alla radice stanno livelli diversi di responsabilità morale. L'errore di esecuzione può anche coesistere con quelle circostanze imponderabili che fanno della medicina una scienza imperfetta, mentre il *negligere* è molto più coinvolgente dal punto di vista morale: è l'insensibilità verso la domanda di aiuto, è la perdita di senso dell'essere medico "per l'altro". In Italia nel linguaggio giornalistico usiamo l'infelice termine omnicomprensivo di "malasanità" o "buona sanità" come se volessimo additare le insufficienze o promuovere i meriti di tutto il sistema sanitario solo attraverso casi singoli e isolati che hanno responsabilità evidentemente circoscritte: non abbiamo un termine così specifico come *malpractice*, quindi l'impatto e la percezione sociale di ciò che soprattutto negativamente avviene e se indicato con *malasanità* amplifica l'accaduto ed estende la sfiducia in tutto il sistema di assistenza; tanto che per casi positivi si scrive "c'è anche della buona sanità", dando purtroppo per scontata la negativa.

Il medico di fronte all'errore riconosciuto, il quasi errore, l'errore poi non considerato tale, si deve sempre interrogare, perché al di là della capita colpevolezza o anche innocenza, la propria moralità personale implica di "dovere rispondere a qualcuno di qualcosa". L'aspetto etico risiede proprio nella modalità con cui ciascuno, medico o operatore sanitario, risponde alla richiesta di aiuto avanzata dall'*altro* il che riconosce una triplice possibilità: accoglierla integralmente facendola propria e trattando l'*altro* come se fosse sé stesso; trascurarla, rifiutando la mano tesa, quindi dando luogo al *negligere* e all'abbandono; ovvero accettare l'*altro* come strumento per i propri interessi, guardando a lui soltanto come un mezzo per raggiungere propri scopi. Nella diversa interpretazione e traduzione operativa dell'incontro con l'*altro* si dà senso allo sviluppo dell'esercizio professionale e si delinea la qualità della moralità perso-

nale di chi agisce⁷⁰. Il paziente percepisce nettamente nella relazione col medico quale delle tre opzioni attiva chi lo sta avvicinando.

Si sta sviluppando una politica sanitaria legata alla problematica della gestione del rischio clinico e della prevenzione degli errori con la messa a punto di soluzioni tecniche quali rilievi e attivazione di procedure. La lotta all'errore rappresenta un momento organizzativo e rilevante dal punto di vista politico, tanto che il Parlamento ha istituito una Commissione *ad hoc*. Fermo restando la necessità di sviluppare idonee metodologie di studio e analisi, non si può fare appello alla chiamata in causa del comportamento morale personale di ciascun operatore sollecitandolo di sviluppare ogni attenzione verso il malato, a sostenerlo standogli prossimo, anziché lasciarsi vincere dalla paura di essere da lui colpito. È probabile che l'eccesso che anela all'esasperazione del bagaglio documentale rappresenti per il medico altra occasione di "mancato esercizio della prudenza", origine di errore secondo G. Baglivi. Va anche sviluppata un'opera di formazione della categoria dei pazienti, oggi troppo abituata alla pretesa del risultato della prestazione e quindi al suo esito tecnico, compreso quello di sfuggire alla morte. Anche per questo si è assistito al transito della medicina nell'area delle scienze tecnico sperimentali.

Riteniamo che si debba anche riflettere sul senso di "paura" che avvolge la prassi medico chirurgica sia del paziente che del medico, e che risulta determinante nelle scelte tecniche e nell'affermazione di disvalori etici. Paura di morire e paura di sbagliare condizionano i comportamenti dei pazienti e dei medici alla cui base sta il senso di onnipotenza di ciascuno degli attori in causa, per verosimile smarrimento del senso del limite. Una paura verso la malattia che in Ingrassia si esprime soprattutto nel *timore* di una trascendenza verso la divinità, mentre al giorno d'oggi la riduzione di prestanza del proprio corpo unitamente alla mancata accettazione del naturale processo di invecchiamento rendono forse meno umani e fanno vivere meno serenamente.

⁷⁰ Malta R, Di Rosa S, *Malasanità e/o "malpractice": lettura in chiave bioetica*. Italian Journal of Medicine 2008; 2(3): 47-52.