



Medicina e morte

Una conversazione con il Prof. Giorgio Cosmacini

di Mauro Spicci

GIORGIO COSMACINI è medico, storico e filosofo della medicina. Insegna Storia del pensiero medico nell'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano. La sua è una delle voci più autorevoli del panorama storico-medico contemporaneo. Ha scritto numerosi libri, tra cui i più recenti sono *La religiosità della medicina* (Laterza, 2007), *Prima lezione di medicina* (Laterza, 2009), *Il Medico e il cardinale* (Editrice San Raffaele, 2009). Fa parte del comitato scientifico della rivista "Studi tanatologici", che affronta il tema della morte e del morire da un punto di vista interdisciplinare. Insieme a George Vigarello ha scritto *Il medico di fronte alla morte* (Fondazione Ariodante Fabiotti, 2009).

Qual è la relazione tra medicina e morte oggi? Come è cambiata questa relazione nel corso dei secoli? Come affronta il medico, quotidianamente impegnato nella cura del malato morente, il morire? E quali interrogativi etici pone il progressivo invecchiamento della popolazione di oggi? Rivolgiamo queste domande al prof. Giorgio Cosmacini, il più illustre storico della medicina italiano, che ha appena pubblicato il libro *Testamento biologico. Idee ed esperienze per una morte giusta* (Bologna, Il Mulino, 2010).

M. Spicci: Professor Cosmacini, nel Suo ultimo libro, intitolato *Testamento Biologico: Idee ed esperienze per una morte giusta* (Il Mulino, 2010), Lei scrive: "[...] la professione medica è quella da sempre maggiormente coinvolta nell'esperienza diretta del morire altrui" (p. 39). Qual è la natura della relazione tra *medico* e *morte* e com'è cambiata tale relazione nel corso dei secoli?

G. Cosmacini: Intanto desidero precisare che preferisco il termine "mestiere" al termine "professione", poiché lo trovo più pregnante. "Mestiere" viene dal latino "ministerium", che significa "servizio". La professione è una cosa più asettica, mentre il mestiere è qualcosa di più coinvolgente. Quello del medico è un nobile artigianato, che spesso è stato contrabbandato come arte in modo molto enfatico ed elitario. In realtà il medico



non è uno scienziato: la medicina si basa sulle scienze, ma non è essa stessa una scienza. È una nobile pratica esercitata in un mondo di valori. Il medico esercita il suo mestiere prestando il suo "servizio" in alcuni dei momenti cruciali della vita dell'uomo: tra questi, forse il più cruciale non è la morte intesa come momento, quanto il "morire", inteso come tempo proprio dell'esistenza. Una volta il rapporto tra il medico e il morire era molto più profondo. Oggigiorno il rapporto tra medico e paziente molto spesso si divarica proprio nel momento del morire: questo avviene perché la morte oggi viene ritenuta dalla medicina quasi come una sconfitta. In realtà la morte non è affatto una sconfitta: è semplicemente un evento della vita. Poiché si impegna a favore della vita, la medicina non può patire la morte come una sconfitta. Essa fa parte del destino delle umane cose. Se, invece, all'interno di una visione enfatica e tecnicistica, il medico pensa alla morte come una sconfitta, ne prende inevitabilmente le distanze, relegandola ai margini della sua professione. Il malato morente rischia così di essere "spersonalizzato", cioè considerato un malato fino all'ultimo e non un uomo che muore, finendo per essere totalmente separato dal contesto sanitario.

M. Spicci: Esiste una definizione medica di morte?

G. Cosmacini: Come tutti i concetti, anche quello di morte è stato ideologizzato a seconda dei tempi in cui è stato elaborato. Per capire come si sia trasformato il concetto di morte nel tempo basta pensare alla morte improvvisa: nel medioevo essa era considerata la peggior morte possibile perché non lasciava al morente la possibilità di pentirsi delle proprie colpe. Oggi, invece, è ritenuta la morte migliore che si possa avere, perché non implica nessuna sofferenza. Anche la diagnosi di morte è cambiata nel corso degli anni. Negli anni '50 e '60 del secolo scorso il medico faceva la diagnosi di morte seguendo tre passi: prima poneva il fonendoscopio sul petto; sentendo che il cuore non batteva, dichiarava che il cuore era morto. Prendeva poi uno specchietto e lo metteva davanti alla bocca del paziente: se lo specchietto non si appannava, il medico dichiarava la morte del polmone. Infine, dirigeva la pila luminosa sulla pupilla del paziente: se non si contraeva, il medico dichiarava la morte del cervello. Fino a cinquant'anni fa si parlava quindi di morte globale dell'organismo. Nel 1968 viene stabilito un criterio di morte nuovo e univoco: la morte cerebrale. In pratica, dal 1968 è l'elettroencefalogramma persistentemente piatto che certifica la morte del paziente. Questo non ha affatto semplificato le cose. Immaginiamo un paziente in rianimazione, attaccato a una macchina che gli fa battere il cuore, ma con un elettroencefalogramma piatto. Come dobbiamo considerare questo paziente? Morto o vivo? È un interrogativo fondamentale, al quale non siamo culturalmente pronti a dare una risposta. Una volta la gente temeva di essere seppellita viva; oggi, invece, c'è da chiedersi se a volte non viene fatto vivere un morto.



M. Spicci: In epoca rinascimentale l'anatomia mostrava, forse più di qualunque altra branca della medicina, la dimensione mortale dell'uomo. La lezione di anatomia, infatti, era una lezione al contempo di umanità (es. fabbrica del corpo), di mortalità (es. tradizione del memento mori) e di "moralità" (es. dignità dell'uomo). Esiste ancora oggi un legame tra questi tre ambiti?

G. Cosmacini: Lei tocca un tasto dolente. Una volta la lezione di anatomia era anche un esempio di tanatopratica: paradossalmente attraverso l'anatomia il medico interpretava la vita a partire dalla morte. La morte era il fondamento principale della cultura del medico. Oggi questo patrimonio e questa simbiosi si sono perduti. Prendiamo come esempio la *Fabrica* di Vesalio del 1543: grazie all'iconografia di Jan Stefan von Calcar, la *Fabrica* di Vesalio è stato uno straordinario testo di bioimmagini. Oggi le bioimmagini non sono più acquisite attraverso il corpo morto. Sono acquisite in vivo e molto spesso vengono sostituite dagli atlanti, dai manuali e dai libri. Oggi l'anatomia è diventata un patrimonio cartaceo, che fornisce tante utili informazioni. Ma quel tramite tra anatomia, morte e vita, che lei giustamente definiva "morale" in quanto sottende un confronto etico con i diversi aspetti dell'esistenza, si è perduto. È forse questo uno dei motivi per cui oggi il mestiere di medico sta attraversando una crisi. Si tratta di una crisi umanologica, non tecnologica. Tutto questo, se ci pensiamo bene, è paradossale: quanto più siamo tecnologicamente agguerriti, tanto più veniamo umanamente impoveriti.

M. Spicci: Nel Suo ultimo libro Lei sottolinea come nel corso dell'ottocento sia avvenuta una rivoluzione nel concetto di vita, che viene sempre più insistentemente concepita come fenomeno fisico-chimico. Quali conseguenze ha avuto tale rivoluzione sul concetto di morte?

G. Cosmacini: A partire dall'ottocento la morte ha cominciato ad essere concepita come un fatto esclusivamente organico, come una degradazione progressiva di un organismo sempre più parcellizzato nelle sue parti costitutive. Ciononostante la clinica moderna all'inizio dell'ottocento si è affermata proprio come visione unitaria: la nascita della clinica ottocentesca avviene, infatti, nella correlazione anatomo-clinica tra le lesioni anatomiche riscontrate nel cadavere e i sintomi riscontrati nel vivente. A questo proposito le parole di un protagonista della medicina di fine settecento, Xavier Bichat, sono illuminanti: definendo la vita come "l'insieme delle funzioni che resistono alla morte", egli riprende il concetto che la morte è il metro di misura della vita non solo dal punto di vista antropologico, ma anche dal punto di vista clinico. Pur partendo da questa premessa, la grande rivoluzione scientifica di metà ottocento ha però finito per guardare al corpo riducendolo via via nelle sue componenti minime: Virchow, per esempio, fonda la patologia cellulare, secondo cui la malattia risiede nella cellula, ovvero nella minima parte dell'organismo. Pasteur scopre i germi: per lui è il bacillo quello che conta, prima ancora del corpo del malato. Questo spostamento dello sguardo in senso



riduttivo è stato certamente giusto dal punto di vista scientifico-tecnico, ma ha avuto l'effetto evidente di ridurre la morte a puro fenomeno fisico.

M. Spicci: Oggi l'esperienza della morte è decisamente filtrata e modellata dalla tecnologia medica, che ha creato stati di "morte in vita" che Lei chiama, rifacendosi al titolo di un famoso libro, "tempo di nessuno". In questo panorama, qual è il ruolo del medico in relazione alla morte del paziente?

G. Cosmacini: Provi a parlare con gli anestesisti nei centri di rianimazione o nei centri di terapia intensiva: costoro fanno e non dicono, perché non c'è nessuna legge che li tuteli. Quando si accorgono che il paziente è giunto alla fine della sua esistenza, ne parlano con i familiari. Da questo incontro tra medico e parenti nasce empiricamente, quasi di nascosto, una sorta di accordo, di consenso reciproco, sul destino del morente. È evidente che dal punto di vista pratico, anche in assenza di una legge specifica, il medico e i parenti devono trovare un accordo. E lo fanno perlopiù in maniera silenziosa, dando ascolto alla loro coscienza.

M. Spicci: Nel Suo ultimo libro Lei scrive: "La morte non è un fatto patologico. Il morire implica nel medico anche la capacità di riconoscere la creatività del morente che spesso reinterpreta la propria vita attraverso una comunicazione di senso che dev'essere raccolta" (p. 122). Può spiegarci meglio questo concetto?

G. Cosmacini: Il morente è una persona che ha una biografia della quale esige il rispetto. Quando parliamo di cuore che si ferma o di elettroencefalogramma piatto facciamo riferimento alla vita "biologica" dell'uomo. Ma l'uomo ha anche una sua vita "biografica", che si fonda su un patrimonio che il morente lascia in eredità ai posteri. Di questo patrimonio il medico deve avere massimo rispetto. Tale atteggiamento è perfettamente reso dal latino "pietas", un termine precristiano utilizzato da Cicerone e Virgilio, i quali suggeriscono come il rispetto sia una dimensione fondante della vita umana.

M. Spicci: Nella cultura contemporanea si evidenzia un dato ricorrente: la sempre più marcata difficoltà a misurarsi con la morte come cessazione del corpo, assenza, perdita assoluta, lacerazione non più ricomponibile. Come si colloca la riflessione medica contemporanea di fronte a tale difficoltà?

G. Cosmacini: La medicina, dalla metà del novecento in poi, ha seguito per larga misura quello che io definisco un delirio di onnipotenza, che è nato nell'esatto momento in cui sono stati scoperti gli antibiotici: è a partire da questa scoperta fondamentale che il medico ha cominciato a guarire. Nella storia dell'umanità il medico non è mai stato un guaritore perché la medicina non gli ha mai permesso di guarire: prima della scoperta



degli antibiotici, infatti, il medico ha consolato e alleviato, ma non ha mai propriamente guarito. Grazie agli antibiotici il medico ha scoperto il potere di guarire e di debellare malattie secolari come la tubercolosi e la sifilide. Ciò l'ha indotto a credere che grazie all'ausilio della scienza avrebbe finito per debellare ogni patologia, compresa la morte, che ha cominciato così ad essere percepita come l'ultima malattia da debellare. Oggi, grazie al miglioramento delle condizioni di vita e all'efficacia dei rimedi medici, la durata media della vita si è di molto allungata. Al tempo di Sant'Agostino, per esempio, la vecchiaia iniziava a cinquant'anni, cioè nel momento in cui il civis romano non poteva più prestare servizio militare; la decrepitezza, invece, a sessanta. Secondo i parametri di Sant'Agostino il 70% della popolazione europea oggi è decrepita. Il riferimento a Sant'Agostino ci aiuta a focalizzare un problema sostanziale: noi oggi ci stiamo avviando verso un mondo di longevi o, addirittura, di sopravvivenenti. Ma siamo ancora profondamente impreparati dal punto di vista culturale ad affrontare il problema della decrepitezza della popolazione: come sottolinea Norberto Bobbio, lo straordinario progresso tecnologico degli ultimi duecento anni ci ha messo drammaticamente di fronte alla "contraddizione tra lo sviluppo della scienza e i grandi interrogativi etici che questo sviluppo controlla". In pratica, mentre "il progresso tecnico-scientifico non cessa di suscitare la nostra meraviglia e il nostro entusiasmo, se pure frammisto a un senso di angoscia per gli effetti perversi che ne possono derivare, continuiamo sul tema del progresso morale a interrogarci esattamente come duemila anni fa".¹ Per affrontare criticamente i problemi etici connessi all'invecchiamento della popolazione è necessario prima di tutto che torniamo a confrontarci proprio con quella morte che la medicina, a partire dall'ottocento, ha cercato di allontanare come la più terribile delle malattie. Non bisogna debellare la morte, ma il tabù contro culturale che ha finito per considerare la morte come la più grande sconfitta della medicina.

Mauro Spicci ha conseguito il Dottorato di Ricerca in Anglistica nel 2008. Dal 2004 al 2008 è stato lettore di Storia del Teatro Inglese, traduttologia e cultura inglese presso l'Università degli Studi di Milano. Studia le metafore corporee nella drammaturgia shakespeariana, le relazioni tra medicina, teatro e letteratura inglese dell'età moderna, i rapporti tra anatomia medica e poesia allegorica elisabettiana, la frammentazione del corpo nel teatro inglese contemporaneo e l'evoluzione dell'iconografia corporea dell'attore/personaggio shakespeariano. È autore di una monografia intitolata *The Purple Island (1633) di Phineas Fletcher: un'anatomia. Corpo e ibridazioni discorsive nell'Inghilterra elisabettiana* (Ed.It).

mauro.spicci@guest.unimi.it

¹ N. Bobbio, *Autobiografia*, a cura di A. Papuzzi, Roma-Bari, Laterza, 1997, pp. 258-260.