

MEDIC

Metodologia Didattica e Innovazione Clinica – Nuova Serie
Methodology & Education for Clinical Innovation – New Series

Publicazione Semestrale Internazionale
An International Semiannual Publication

Volume 28-29 • Dicembre 2020 - Giugno 2021
Volume 28-29 • December 2020 - June 2021

DISCOURS DE LA METHODE

Pour bien conduire la raison, & chercher
la verité dans les sciences.

LA RIVISTA MEDIC: TRENT'ANNI DI MEDICAL HUMANITIES

- 7 Editoriale. MEDIC: ripercorrendo una storia e guardando al futuro...
MEDIC: retracing a story and looking to the future...
PAOLO ARULLANI, GIORGIO MINOTTI
- 10 One Health: un approccio multisettoriale e interdisciplinare a tutela della salute globale
One Health: a multi-sectorial and interdisciplinary approach for protecting global health
VALENTINA MASTROBUONO, AGOSTINO MACRÌ, MONICA GHERARDI, ALESSANDRA GENTILI, CHIARA FANALI, LAURA DE GARA
- 16 Healthcare 4.0 and human-centric approach
Sanità 4.0 e l'approccio human-centric
LAURA CORTI, PIERANGELO AFFERNI, MARTA BERTOLASO
- 25 L'evoluzione del rapporto medico-paziente: l'esperienza del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico
The evolution of the doctor-patient relationship: the experience of the Campus Bio-Medico University Hospital
ROSSANA ALLONI
- 30 Il consenso informato tra mito e realtà: riflessioni su un percorso trentennale
Informed consent between myth and reality: reflections on a thirty years route
GIUSEPPE LA MONACA
- 34 Etica della cura e pensiero femminile
Ethics of care and feminine thinking
PAOLA RICCI SINDONI
- 40 La speranza come risorsa nell'etica della relazione con il malato
Hope as a resource in the ethics of the relationship with the patient
MARIA TERESA RUSSO
- 46 Famiglia ed etica della cura dell'anziano
Family and ethics of care in old age
MADDALENA PENNACCHINI
- 50 Il ragionamento clinico: analitico, intuitivo o entrambi?
Clinical reasoning: analytical, intuitive, or both?
MARCO VINCENZO LENTI, ALICE SILVIA BRERA, LUCIA PADOVINI, ALESSIA BALLESEO, GABRIELE CROCE,
GINO ROBERTO CORAZZA

Segue in IV di copertina
Cont'd on the outside back cover

PACINI
EDITORE
MEDICINA



La rivista internazionale MEDIC New Series, Metodologia Didattica e Innovazione Clinica si caratterizza per un approccio globale e unitario ai temi della Bioetica, dell'Etica della salute e della formazione degli operatori sanitari, con la finalità di ricomporre in una visione unitaria i saperi umanistici e le scienze biomediche. Essa intende proporsi come uno spazio di dialogo tra le cosiddette *due culture*, quella scientifica e quella umanistica, nello sforzo di offrire spunti di riflessione e di confronto alla luce di un neo-umanesimo medico che ha nella persona il suo punto di coesione e di equilibrio. Si tratta di una rivista scientifica multidisciplinare, che ospita revisioni della letteratura e lavori originali, nonché editoriali, lettere all'editore su argomenti di particolare interesse e recensioni di libri.

La rivista si propone di fornire un'occasione di confronto sul piano internazionale attraverso la pubblicazione di contributi attinenti alle seguenti sezioni: *Metodologia, Epidemiologia, Clinica e Ricerca di Base, Educazione Medica, Filosofia della Scienza, Sociologia della Salute ed Economia Sanitaria, Ingegneria Bio-Medica, Etica e Antropologia, Storia della Medicina*.

Uno degli obiettivi prioritari della rivista è aprire un dibattito sui temi di maggiore rilievo scientifico in ambito bio-medico, affrontandoli sotto diverse angolature attraverso i contributi dei vari autori. MEDIC New Series vuole in tal modo offrire agli studiosi che si confrontano con le grandi questioni della salute e della malattia, della vita e della morte, del dolore e della sofferenza, uno scambio fecondo con colleghi di altre discipline, perché si giunga a una composizione del tema più ampia di quella consentita dall'esclusiva ottica della propria specialità.

Il dialogo tra le Scienze, per essere efficace e fruttuoso, deve essere prima di tutto un dialogo tra scienziati, capaci di analizzare la realtà anche con linguaggi diversi, per comprenderne aspetti che altrimenti resterebbero sottintesi o non sufficientemente elaborati e strutturati.

Ciascun manoscritto sottoposto per la pubblicazione verrà selezionato dai membri del Comitato Editoriale, in base alla tipologia di manoscritto e all'argomento contenuto, e sarà inviato dal responsabile della sezione specifica a due *referee* esperti che formuleranno un giudizio motivato. La decisione finale sull'accettazione del manoscritto verrà presa dal Comitato Editoriale, dopo aver conosciuto i pareri dei *referee*.

The international journal MEDIC New Series, Teaching Methodology and Clinical Innovation distinguishes itself for its global and unified approach to bioethics and to health care ethics issues as well as to the training of health workers aiming at structuring the humanistic knowledge and the bio-medical sciences into a common vision. It wishes to foster the dialogue between the so called two cultures, the scientific and the humanistic one, in its effort to offer occasions of reflection and of confrontation in the light of a medical neohumanism which sees in the human being its point of cohesion and balance. It is a multidisciplinary scientific journal publishing literature reviews, original papers, editorials, letters to the Editor on topics of special interest as well as book reviews.

The journal intends to set up a space of comparison at an international level through the publication of papers relevant to the following sections: Methodology, Epidemiology, Clinical Medicine and Basic Research, Medical Education, Philosophy of Science, Health Sociology and Health Economics, Biomedical Engineering, Ethics and Anthropology, Medical History.

The journal's most important objectives is that of opening a debate on subject-matters of great scientific importance in biomedicine, tackling them from different view points through the contribution of various authors. Thus MEDIC New Series wishes to offer to scholars dealing with important issues such as health and sickness, life and death, pain and suffering, the opportunity of having a debate with colleagues of other disciplines so to make such discussion wider than it would be possible from the view point of a single specialty.

To make the dialogue among Sciences effective and fruitful, first of all it has to be a dialogue among scientists capable of analysing reality by using different languages, so to understand aspects that otherwise would be left unsaid or not sufficiently studied and explained.

Each manuscript submitted to publication will be selected by the members of the Editorial Board, on the basis of its typology and on its topic. It will be then sent by the responsible of the specific section to two expert referees who will express a motivated judgement. The final decision on the manuscript acceptance will be taken by the Editorial Board after having read the referees' opinion.

Sito internet

www.medicjournalcampus.it

Valutazione Anvur: Fascia A, Area 11 - Scienze storiche, filosofiche, pedagogiche e psicologiche

Direttore Responsabile

Maria Teresa Russo, Università Roma Tre

Editor

Paolo Arullani, Università Campus Bio-Medico di Roma

Scientific Coordinator

Joaquín Navarro-Valls¹, Università Campus Bio-Medico di Roma

Associate Editors

Paola Binetti, Neuropsichiatra e psicoterapeuta

Maria Teresa Russo, Università Roma Tre

Vittoradolfo Tambone, Università Campus Bio-Medico di Roma

Daniele Santini, Università Campus Bio-Medico di Roma

Albertina Torsoli, Parigi

Scientific Secretariat

Maria Dora Morgante, Università Campus Bio-Medico di Roma

Editorial Board

Maria Grazia Albano, Università di Foggia

Annamaria Altomare, Università Campus Bio-Medico di Roma

Luciana Angeletti, Sapienza Università di Roma

Dario Antiseri, Libera Università Internazionale degli Studi Sociali, Roma

Marta Bertolaso, Università Campus Bio-Medico di Roma

Paola Binetti, Neuropsichiatra e psicoterapeuta

Michele Cicala, Università Campus Bio-Medico di Roma

Hillel David Braude, Mifne Center - Rosh Pinna, Israele

Paolo Dario, Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa

Patrizia de Mennato, Università di Firenze

Francesco D'Agostino, Università LUMSA, Roma

Pierpaolo Donati, Università di Bologna

Luciano Floridi, University of Oxford, Regno Unito

Luigi Frudà, Istituto Luigi Sturzo, Roma

John Fox, University of Oxford, Regno Unito

Giampaolo Ghilardi, Università Campus Bio-Medico di Roma

Enzo Grossi, Fondazione Bracco, Milano

Silvia Kanizsa, Università di Milano-Bicocca

Gregory Katz, University Paris-Descartes Medical School, Francia

Francesco Miano, Università "Torvergata", Roma

Alfred Nordmann, Technische Universität, Darmstadt, Germania

Barbara Osimani, Università Politecnica delle Marche

Susanna Pallini, Università Roma Tre

Michelangelo Peláez, Accademia Monterone, Napoli

Maddalena Pennacchini, Università Campus Bio-Medico di Roma

Claudio Pensieri, Università LUMSA, Palermo

Julian Reiss, Johannes Kepler Universität, Austria

Maria Victoria Roqué Sánchez, Universitat Internacional de Catalunya, Barcellona

Paolo Maria Rossini, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Cesare Scandellari, Istituto Veneto di Scienze, Lettere e Arti

Luca Valera, Instituto de Bioética, Pontificia Universidad Católica de Chile

© Pacini Editore Srl

Le fotocopie per uso personale del lettore (per propri scopi di lettura, studio, consultazione) possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico, escluse le pagine pubblicitarie, dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dalla Legge n. 633 del 1941 e a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi: <https://www.clearedi.org/topmenu/HOME.aspx>.

Per abbonamenti/*For subscription*: abbonamenti@pacinieditore.it

Stampa/*Printed by* Pacini Editore Srl, via A. Gherardesca, 56121 Pisa

ABBONAMENTI/SUBSCRIPTIONS

Abbonamenti per l'Anno 2020

Italia: Privati, € 40,00; Enti Istituzionali, € 75,00; Studenti, € 30,00.

Eestero: Privati, € 80,00; Enti Istituzionali, € 150,00; Studenti, € 60,00.

Prezzo di copertina per singola copia e per volume 2013: € 20,00.

L'abbonamento decorre dal gennaio al dicembre.

Gli abbonamenti possono essere attivati:

- a) via e-mail a: abbonamenti@pacinieditore.it
- b) per posta: Pacini Editore Srl, Ufficio Abbonamenti, via Gherardesca 1, 56121 Pisa
- c) online su: www.pacinieditore.it

Subscriptions for 2020

Italy: Individuals, € 40,00; Institutions, € 75,00; Students, € 30,00.

Abroad: Individuals, € 80,00; Institutions, € 150,00; Students, € 60,00.

Single copy and 2013 issue, € 20,00.

Abroad, € 40,00.

Subscriptions request and payment may be issued:

- a) by e-mail addressed to abbonamenti@pacinieditore.it*
- b) by mail to the following address: Pacini Editore Srl, Ufficio Abbonamenti, via Gherardesca 1, 56121 Pisa*
- c) online at www.pacinieditore.it*

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Manoscritti

I manoscritti possono essere presentati in italiano o in inglese e devono essere accompagnati da una Cover Letter ove si spiega brevemente l'*appeal* del lavoro.

Le pagine devono essere numerate consecutivamente.

La **prima pagina** deve comprendere (a) il titolo dell'articolo in italiano e in inglese, (b) il nome per esteso e il cognome del/degli autore/i, (c) la (le) rispettiva(e) istituzione(i), (d) il titolo corrente per le pagine successive, (e) l'indirizzo per la corrispondenza di uno degli autori, (f) eventuali note a piè di pagina.

I manoscritti devono includere un **Sommario Breve** di circa 20 parole, tre-sei **Parole-Indice** e un **Sommario Esteso** (circa 200 parole) il tutto sia in italiano che in inglese strutturato a seconda del tipo di articolo, in uno dei due modi che seguono: **Premessa, Materiali e metodi, Risultati, Conclusioni** (per gli articoli contenenti dati di ricerche) oppure **Premessa, Contributi o Descrizioni, Conclusioni** (per le rassegne, commenti, saggi).

Note a piè di pagina

Nel manoscritto possono essere inserite delle note a piè di pagina, richiamate nel testo con il numero arabo attaccato alla parola e prima dell'eventuale segno d'interpunzione. Si suggerisce di utilizzare le note solo realmente necessarie e come note esplicative al testo. Tutti i richiami bibliografici vanno inseriti nei riferimenti bibliografici.

Riferimenti bibliografici

I richiami bibliografici nel testo devono essere indicati tra parentesi tonde, riportando solo il cognome dell'autore (quando sono solo due, i cognomi vanno separati dalla "e", quando sono invece più di due, riportare solo il nome del primo autore, seguito da et al.). I riferimenti bibliografici vanno poi riportati alla fine del manoscritto, in ordine alfabetico e senza numerazione. In bibliografia i cognomi e le iniziali dei nomi di tutti gli autori (quando sono più di tre, riportare solo i nomi dei primi tre autori, seguiti da et al.), il titolo dell'articolo in corsivo, il titolo della rivista abbreviato in accordo con l'*Index Medicus*, l'anno di pubblicazione, il numero del volume, la prima e l'ultima pagine dell'articolo devono essere riportati secondo lo stile qui di seguito esemplificato:

Articoli di Giornali: Epstein O, De Villers D, Jain S, et al. *Reduction of immune complex and immunoglobulins induced by D-penicillamine in primary biliary cirrhosis*. N Engl J Med 1979;300:274-278.

Libri: Blumberg BS. *The nature of Australia Antigen: infectious and genetic characteristics*. In: Popper H, Scaffener F, Eds. *Progress in liver disease*. Vol. IV. New York-London: Grune and Stratton 1972, pp. 367-369.

Tabelle e figure

Le **Tabelle** devono essere numerate consecutivamente con numeri romani e devono essere consegnate su file separati in formato .doc o .rtf. Le **Figure** devono essere numerate consecutivamente con numeri arabi e devono essere presentate anch'esse su file separati in formato .jpeg o .tiff con definizione di 300 dpi, accompagnate da esplicite *legende* con definizioni di tutti i simboli e abbreviazioni usati. Qualora i file dovessero essere di bassa definizione o scarsa qualità, la redazione si riserva di comunicarlo agli autori, in modo che vengano riforniti. Nel caso di materiale illustrativo già pubblicato altrove o da altri autori, dovrà essere richiesta l'autorizzazione e indicata chiaramente la fonte in legenda, specificando se è stata riproposta in originale oppure modificata.

Ringraziamenti

I ringraziamenti devono essere riportati in fondo allo stesso file dell'articolo.

Autori

Nel caso di più autori, specificare se questi desiderano che sia indicato in cima al manoscritto il ruolo di ciascuno nel lavoro (ad es. ricercatore principale, autore *senior*, partecipante, etc; oppure più dettagliatamente).

Manoscritti riveduti e bozze

I manoscritti verranno rinviati agli autori con i commenti dei *referees* e/o una revisione a cura della Segreteria Scientifica. Se accettati per

la pubblicazione, i testi dovranno essere rimandati alla Segreteria Scientifica con il visto del primo autore. A meno di esplicita richiesta, la correzione delle **bozze** sarà effettuata direttamente dalla Segreteria Scientifica sulla base del testo finale vistato. Gli autori sono pregati di rinviare il materiale per *corriere rapido*.

Estratti

Un (1) estratto in PDF sarà inviato via mail al primo autore di ogni articolo pubblicato. Eventuali estratti a stampa (da richiedere all'atto dell'invio del dattiloscritto vistato) saranno addebitati agli autori.

Copyright

I manoscritti e il relativo materiale illustrativo rimangono di proprietà del Giornale e non possono essere riprodotti senza un permesso scritto. Assieme al manoscritto gli autori sono pregati di inviare alla Segreteria Scientifica la seguente dichiarazione (a firma di ciascun autore): "I sottoscritti trasferiscono tutti i diritti d'autore del manoscritto (titolo dell'articolo) a Pacini Editore, Pisa, nel caso il manoscritto sia pubblicato su MEDIC. Gli autori assicurano che l'articolo non è stato pubblicato in precedenza, ne è in corso di valutazione presso altro giornale".

Indirizzo per invio dei Manoscritti

Il lavoro e tutta la documentazione vanno inviati in formato .doc all'indirizzo e-mail di MEDIC (medic@unicampus.it).

Per ulteriori informazioni rivolgersi a MEDIC, Segreteria Scientifica, c/o Università Campus Bio-Medico di Roma, Via Álvaro del Portillo, 21 - 00128 Roma. Tel. (39) 06-225419050 Fax (39) 06-225419075. E-mail: medic@unicampus.it.

Peer Review

Ciascun manoscritto sottoposto per la pubblicazione verrà selezionato dai membri del Comitato Editoriale, in base alla tipologia di manoscritto e all'argomento contenuto, e sarà inviato dal responsabile della sezione specifica a due *referee* esperti che formuleranno un giudizio motivato. La decisione finale sull'accettazione del manoscritto verrà presa dal Comitato Editoriale, dopo aver conosciuto i pareri dei *referee*.

Lista di controllo

Prima di spedire il manoscritto, si prega di controllare la lista che segue:

1. Manoscritto accompagnato da Cover Letter
2. Cognome e nome per esteso degli autori
3. Istituzioni di appartenenza degli autori con il nome della città dello Stato
4. Titolo in italiano e in inglese
5. Titolo corrente
6. Sommario breve (circa 20 parole) in italiano e in inglese
7. Sommario esteso (circa 200 parole) in italiano e in inglese
8. Ringraziamenti (in fondo al manoscritto)
9. Autori (ruoli) (ove richiesto)
10. Dichiarazione di cessione dei diritti d'autore
11. Indirizzo completo di uno degli autori per la corrispondenza (incluso numero di fax)
12. Richiami bibliografici nel testo tra parentesi tonde con nome autore e anno
13. Riferimenti bibliografici in ordine alfabetico e secondo lo stile raccomandato
14. È stato consultato per lo stile un numero precedente della rivista?
15. Richiesta di estratti

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

Manuscripts

Manuscripts can be submitted in Italian or English and should be accompanied by a cover letter. Pages must be numbered consecutively.

The title page should include: (a) title of the article in Italian or English, (b) name and surname(s) of all author(s), (c) authors' affiliation and address, (d) running head, (e) corresponding author, (f) footnotes.

The submitted material should also include: a **Short Abstract** of approximately 20 words, three to six keywords and an **Extended Abstract** (approximately 200 words), in Italian and English (for articles in Italian) or only English (for articles written in another language than Italian). The article should be structured according to the following format: **Background, Materials and Methods, Result, Conclusion** (for articles reporting research data), or **Background, Contributions or Description, Conclusion** (for review articles, critical comments, essays).

Footnotes

Footnotes are allowed but it is suggested to use them only if necessary and strictly relevant to the main text. They should be indicated by a superscript Arabic number attached to the relevant word and before any punctuation mark.

All bibliographical references should be included in the list of references.

References

Bibliographical references in the text should be indicated in parentheses, reporting only the surname of the author (when they are only two, the names must be separated by "and"; when they are more than two, only the name of the first author should be mentioned, followed by et al.). A list of bibliographical references should appear at the end of the manuscript, in alphabetical order and without numbering. Each citation should include the names and initials of the names of all authors (when they are more than three, only the name of the first three authors should be mentioned, followed by et al.); the article title in italics, journal title, abbreviated according to the 'Index Medicus', year of publication, volume number, first and last pages of the article. Examples:

Newspaper articles: Epstein O, De Villers D, Jain S, et al. *Reduction of immune complex and immunoglobulins induced by D-penicillamine in primary biliary cirrhosis*. N Engl J Med 1979;300:274-278.

Books: Blumberg BS. *The nature of Australia Antigen: infectious and genetic characteristics*. In: Popper H, Scaffener F, Eds. *Progress in liver disease*. Vol. IV. New York-London: Grune and Stratton 1972, pp. 367-369.

Tables and figures

Tables should be numbered consecutively with Roman numerals and must be supplied as separate files .Doc or .RTF. **Figures** should be numbered consecutively with Arabic numerals and should also be submitted as separate files in .Jpeg or .Tiff with resolution of 300 dpi, accompanied by legends with explicit definitions of all symbols and abbreviations used. The editorial staff reserves the right to request the authors to provide them with higher quality material in case the submitted files are of poor quality or low resolution. In the case of illustrative material already published elsewhere or by other authors, permission must be requested and the source must be clearly indicated in the legend, specifying whether it was revived in original or modified.

Acknowledgements

Acknowledgements must be included in the article file at the bottom.

Authorship

In case of multiple authors, the role of each may be specified on top of the manuscript (eg: principal investigator, senior author, participant, etc., or more detail).

Reprints

One (1) pdf file will be sent to the first author. Colour prints and paper reprints will be charged to the author(s) who have requested them.

Revised Manuscript and proofs

Manuscripts will be returned to the corresponding author with the referees' comments and/or the revisions by the Scientific Secretariat. If accepted for publication, the text should be returned to the Secretariat with the approval by the first author. Unless explicitly requested otherwise, the correction of the proofs will be carried out directly by the Scientific Secretariat on the grounds of the approved manuscript. The authors are kindly requested to return the material by special delivery.

Copyright

Manuscripts and corresponding illustrative material remain property of the Journal and should not be reproduced without written permission. If the paper is accepted for publication, the corresponding author will be asked to sign a copyright transfer declaration. The authors warrant that the article has not been previously published and is not under consideration for publication by another journal.

Address for Manuscript

The manuscript and all documentation must be sent in .Doc format to the e-mail MEDIC (medic@unicampus.it).

For information contact, MEDIC, Segreteria Scientifica, c/o Università Campus Bio-Medico di Roma, via Álvaro del Portillo, 21 - 00128 Roma. Tel. (39) 06-225419050 Fax (39) 06-225419075.

Peer Review

Each manuscript submitted for publication is selected by the members of the Editorial Board, on the basis of its typology and topic. It is then sent by the responsible of the specific section to two expert referees who are asked to express a motivated judgement. The final decision on manuscript acceptance is taken by the Editorial Board on the basis of the referees' opinion.

Submission Checklist

Please use the following checklist before mailing the manuscript:

1. The manuscript and the Cover Letter
2. Full name and surname of all authors
3. Corresponding addresses of the authors
4. Title
5. Running head
6. Short Abstract (approx. 20 words)
7. Extended Abstract (approx. 200 words)
8. Acknowledgements (at the end of the manuscript)
9. Multiple authorship (where required)
10. Copyright statement
11. Full corresponding address of one of the authors (including FAX number and e-mail)
12. Bibliographical references in the text in parentheses with author's name and year
13. References in alphabetical order and according to the style recommended
14. Have you checked a previous issue of the Journal for format of presentation?
15. Reprints required

**LA RIVISTA MEDIC: TRENT'ANNI DI MEDICAL
HUMANITIES**

***THE JOURNAL MEDIC: THIRTY YEARS OF MEDICAL
HUMANITIES***

QUADERNO

“LA RIVISTA MEDIC: TRENT’ANNI DI MEDICAL HUMANITIES”
“THE JOURNAL MEDIC: THIRTY YEARS OF MEDICAL HUMANITIES”

Editoriale. MEDIC: ripercorrendo una storia e guardando al futuro...

MEDIC: retracing a story and looking to the future...

PAOLO ARULLANI, GIORGIO MINOTTI

Università Campus Bio-Medico di Roma

MEDIC è una rivista che ha destato sin dalle sue origini molta curiosità. Le ragioni di questo successo vanno certamente ricercate nella lungimirante attualità dei suoi cavalli di battaglia: metodologia didattica, innovazione clinica, Medical Humanities.

Altri elementi hanno contribuito a fare di MEDIC un’esperienza editoriale per molti versi unica nel suo genere. Tra questi, senza ombra di dubbio, spiccano il carisma e la ricchezza di idee del suo Fondatore, il prof. Aldo Torsoli (1924-2002), da noi tutti considerato “il PROF” per autorevolezza e intuizioni. Uomo di cultura anglosassone, è stato pioniere nella sua disciplina (la Gastroenterologia), testimone e attore della nascita della Fisiopatologia, ispiratore e protagonista di nuovi concetti come *Teaching Hospital* e *Metodologia Clinica*. Nella sua Università, la Sapienza, diede vita al “Canale Parallelo”, un secondo Corso di Laurea in Medicina, caratterizzato da una didattica avveniristica impostata sul “Metodo del caso”. Tutto questo mentre il Campus Bio-Medico muoveva i primi passi.

Il PROF volle affidare a un allora giovane Paolo Arullani, che era stato suo allievo, l’impegno a portare avanti MEDIC, facendone espressione di quel Campus Bio-Medico nel quale lo stesso PROF insegnò con passione giovanile e per il quale sintetizzò una riflessione che molto ci ha aiutato a far comprendere il senso della nostra iniziativa: “Sta nascendo a

Roma non una nuova Università, ma una Università di tipo nuovo: una ben integrata comunità di studenti, docenti e ricercatori, nella quale i futuri medici e diplomati in nursing potranno vivere a stretto contatto e condividere aule, laboratori e in parte anche gli insegnamenti...”.

Erano passati 10 anni dalla nascita di MEDIC: la *Nuova Serie*, con un nuovo Comitato Editoriale, si è fatta custode degli ideali olistici applicati alla Medicina e al malato come persona, in contrapposizione alle tendenze super specialistiche della Medicina “moderna”. Sono stati gli anni in cui MEDIC è stato luogo di confronto e discussione interdisciplinare, con uno sguardo attento alle *Humanities*, alla tutela della salute e ai grandi temi della sofferenza. Per molti versi, si è trattato di una sfida lanciata alla crisi di tanti valori sperimentata nell’esercizio della Medicina e nella cura della persona, un modo per tener vivo il dialogo tra le scienze della vita e le scienze umane.

Dunque MEDIC ha avuto un ruolo importante nella storia del Campus Bio-Medico. Luogo di incontro con le altre università e con tante voci importanti della società, anche per evitare il rischio di cadere nella autoreferenzialità, MEDIC ha di fatto rappresentato la vetrina di un Campus Bio-Medico che nel tempo è cresciuto e si è diversificato nelle sue attività. Col passare degli anni l’integrazione tra Medicina e Ingegneria, l’investimento culturale nelle *soft skills*, come nelle scienze della nutrizione e alimentazione, la crescita ordinata, ma impetuosa, delle attività di simulazione, fino a fare del *simulation center* l’alter ego complementare all’aula di lezione, hanno portato il Campus Bio-Medico a cambiare pelle senza smarrire l’anima di sempre. La missione è sempre la stessa: formare professionisti che siano anche cittadini responsabili di una società globalizzata e portatori dei valori di solidarietà e fraternità. Professionisti e cittadini nei quali sia facilmente riconoscibile lo “stile Campus” di attenzione verso il prossimo.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof. Paolo Arullani, Prof. Giorgio Minotti
Università Campus Bio-Medico di Roma
Via Álvaro del Portillo 21, 00128 Roma
e-mail: p.arullani@unicampus.it; g.minotti@unicampus.it



OPEN ACCESS © Copyright by Pacini Editore Srl

Di questa attenzione realmente umanistica si possono fare molti esempi, a partire dalle attività di cooperazione allo sviluppo, promosse con tenacia e lungimiranza e spesso tradotte in pagine importanti di MEDIC, come appare in questo numero. MEDIC è stata la rivista di una Università che attraverso il suo Policlinico ha raccolto i bisogni di cura della gente con uno stile e una prontezza che solo la cultura della solidarietà poteva ispirare e sostenere. Basti pensare all'apertura di un DEA progettato, si vorrebbe dire anche "colorato", anche per lenire angoscia e paura tipiche del paziente in emergenza. Si pensi alla resilienza competente e tempestiva con la quale il DEA è stato poi convertito in *COVID Center* per essere in prima fila nel momento del bisogno.

Questo è il clima nel quale MEDIC è nato e cresciuto. Eppure... MEDIC si presenta oggi ai suoi lettori con un fascicolo speciale che di fatto segna la conclusione di un'epoca. Diciamo subito, a scanso di equivoci, che si lavorerà per "riaprire", ma la realtà è che oggi MEDIC "chiude". Perché questa pausa di riflessione? MEDIC non ha forse saputo tenere il passo di un Campus Bio-Medico in grande crescita? Può darsi, sì, questo può essere un motivo. L'ulteriore diversificazione dell'offerta formativa nella Facoltà di Ingegneria e l'istituzione di una terza Facoltà aperta ai grandi temi dell'ambiente hanno di fatto modificato l'orizzonte culturale dell'Ateneo, dilatandone il focus dalle *Medical Humanities* a un'apertura all'ecologia umana e ambientale. Quest'ultimo non esclude le prime, anzi le ingloba, ma la percezione che MEDIC non fosse più rappresentativa di tutte le anime del Campus e della fertile complessità che le accomuna su grandi temi unificanti, come *One Health*, si è forse fatta largo in più di un lettore. Per altri versi, bisogna considerare che una rivista è pur sempre figlia di una simbiosi non facilissima tra cultura e imprenditorialità, tra intuizioni e bilanci, tra il piacere di sfogliare pagine e la comodità di un click per esplorare un intero mondo digitale. Nata dalla imprenditorialità tutta cuore e mente del PROF, MEDIC doveva ora confrontarsi con la stessa crisi di crescita con la quale si sono confrontate altre riviste e iniziative editoriali. Trasformare questa crisi in opportunità è un'occasione da studiare.

Non sarà semplice la decisione se riaprire MEDIC, affiancando alle *Medical Humanities* e alle scienze biomediche, da sempre primedonne, altre scienze "debuttanti". Per essere espressione completa di tutto il Campus bisognerà forse cambiare anche il nome della rivista. Sarà certamente di aiuto il concetto olistico, globalizzante ma non spersonalizzante, di *One Health*, un pianeta culturale e imprenditoriale dove tutto è importante perché altro lo sia ancora di più. Sarà come passare da un potente teleobiettivo – così utile in passato per vedere e documentare prima degli altri – a un altrettanto potente grandangolo, indispensabile oggi per inquadrare e descrivere tutte le contaminazioni culturali e applicative della *One Health*.

Ciò spiega perché questo numero contenga temi indirizzati a fotografare la filosofia dell'Università, a partire dal Corso di Laurea di Medicina, sia in ambito assistenziale che di ricerca scientifica, visti alla luce delle linee guida che han-

no portato alla nascita e allo sviluppo del Policlinico e del Polo di Ricerca Avanzato di Biomedicina e Bioingegneria.

L'intento di questo numero è ripercorrere quei temi che caratterizzano la nostra missione, che sono stati oggetto negli anni dei numeri monografici della rivista. Temi dove il dialogo tra scienze umane e scienze biomediche costituisce una reale esigenza, se si desidera che la medicina e la tecnologia siano sempre *human-centred*.

Naturalmente un particolare ringraziamento va a tutti coloro che hanno sostenuto la rivista in questi anni, in quel lavoro nascosto della redazione della rivista, della distribuzione dei temi, nel sollecito degli autori rispetto alle scadenze, nei rapporti con l'Editore, nell'attenzione alla prassi e le norme editoriali da seguire, come la prof.ssa Maria Teresa Russo, la dott.ssa Maria Dora Morgante e inoltre il rev. prof. Michelangelo Peláez, che ha sempre incoraggiato la linea editoriale contribuendo con le sue riflessioni etiche e antropologiche.

Abbiamo parlato di *pit stop*. In un box di Formula 1, l'efficienza di un *pit stop* si misura dalla sua brevità. Ci auguriamo di fare altrettanto, compatibilmente con la complessità del lavoro che attende chi vorrà essere protagonista del futuro di MEDIC.

Questo è l'augurio, insieme alla gratitudine per chi MEDIC lo ha voluto e per chi lo ha curato in tutti questi anni.

Since its beginning, MEDIC has awakened much curiosity. The reasons for this success must certainly be sought in the visionary modernity of its flagships: teaching methodology, clinical innovation and medical humanities.

Other elements have contributed towards making MEDIC an editorial experience that, in many ways, remains unique in its kind. Among these, beyond any shadow of doubt, is its Founder's charisma and vision: Professor Aldo Torsoli (1924-2002) nicknamed by all of us "the PROF", for authority and intuition. A man of Anglo-Saxon culture, he was a pioneer in his discipline (gastroenterology), witness and actor in the birth of pathophysiology, forerunner and protagonist of new concepts such as the Teaching Hospital and Clinical Methodology. In his University, the Sapienza, he gave life to the "Parallel Channel", a second School of Medicine, characterized by a futuristic teaching, based on the "method of the case". Moreover, all happened while the Campus Bio-Medico University was moving its first steps.

The PROF entrusted a then young Paolo Arullani, who had been his pupil, with the commitment to carry on MEDIC and make it the expression of the Campus Bio-Medico University. Here, "the PROF" himself taught with youthful passion and for which he summarized a reflection that helped us understand and disseminate the meaning of our initiative: "The Campus represents in Italy a new type of university...: a well-integrated community of students, teachers and researchers, where future physicians and nurses will live in close contact and partly share lectures and laboratories."

Since its beginning, ten years had gone by... MEDIC New Series then appeared, with a new Editorial Board, guardian of its holistic ideals, applied to medicine and to the sick as a person, as opposed to the hyper-specialized trends of "modern" medicine. During those years, MEDIC set up a space for interdisciplinary confrontation and debate, always keeping a watchful eye at the humanities, the protection of health and the central issue of suffering.

In many ways, MEDIC challenged the crisis of many values, experienced when practicing the profession, or when taking care of a sick person, a way to keep alive the dialogue between the sciences of life and the humanities.

Therefore, MEDIC has played an important role in the history of the Campus Bio-Medico University, and in order to avoid being self-referential, it has become a meeting place with other universities and with many renowned personalities in society. Finally, it has become the showcase of the Campus Bio-Medico University, which over time, has grown and has diversified its activities.

During the years, many developments have led the Campus Bio-Medico to shed its skin without losing its own soul: a greater integration of Medicine and Engineering, the strong cultural investment in soft skills, as well as in nutrition sciences, the systematic, but impetuous growth of the simulation activities, making the simulation centre an alter ego, complementary, to the lecture halls. The mission is always the same: train professionals who are also responsible citizens of a globalized society and bearers of the values of solidarity and unity. Professionals and citizens in whom the "Campus style" of consideration for others is easily recognizable. There are many examples of this truly humanistic attitude, starting from the development cooperation activities, promoted with determination and foresight and often translated into important articles published in MEDIC, as this issue testifies.

MEDIC has been the journal of a university that, through its teaching hospital, has confronted people's care needs with an approach and readiness that only the culture of solidarity could inspire and sustain. Just think of the opening of emergency department, "coloured" to soothe the patient's typical anguish and fear in the emergency ward. Think of the competent and timely resilience with which such department was converted into a COVID Centre to be on the front lines in times of need. MEDIC was born and raised in this environment.

However... this special issue in fact marks the end of an era.

Let us say right away, to avoid any misunderstanding, that we will work hard to "open it once again", but the truth of the matter is that today MEDIC gets "shut down". Why this time off to reflect? Could it be that MEDIC may be no longer able to keep the pace of a rapidly growing Campus Bio-Medico? Maybe, yes, this may be a reason.

The further expansion of the academic curriculum in the Faculty of Engineering and the establishment of a third one, open to major environmental issues, have, in fact, changed the University cultural perspective, widening its focus from the Medical Humanities to wider openness to human and environ-

mental ecology. The latter does not exclude the former, indeed it incorporates it, but the perception that MEDIC was no longer representative of all the Campus spirits and of the rich complexity that unites them on great themes, such as One Health, has perhaps made its way to more than one reader.

Then again, let us consider that a journal is nevertheless the child of a challenging arrangement between culture and entrepreneurship, intuitions and budget, the pleasure of browsing through pages and the convenience of just one click to explore an entire digital world.

Born from the "all heart and mind" business initiative of the PROF, MEDIC has had to deal with the same growth crisis, which other journals and publishing initiatives had to face. How to shift this crisis into an opportunity is an idea, which requires study. It will not be easy to decide whether to start all over again MEDIC, placing side by side the Medical Humanities and the biomedical sciences, always prima donnas, with other "novice" ones.

In order to be a complete expression of the whole Campus, the name of the journal perhaps will also need to be changed. The globalizing but non-depersonalizing holistic concept of "One Health", will certainly help... A cultural and business-like planet where everything is important so that something else will be even more so. It will be like going from a powerful telephoto lens - so useful in the past for seeing and documenting before anyone else - to an equally powerful wide-angle lens, essential today for framing and describing all the cultural and applicative contaminations of One Health.

This explains why this issue hosts topics, which describe the philosophy of the university, starting from the Medical School, considered in a healthcare setting as well as in a research lab. Seen in the light of the guidelines which have led to the beginning and development of the University Hospital and the Advanced Research Centre of Biomedicine and Bioengineering.

The intention of this issue is to retrace those themes which have characterized our mission, and that have been the subject of many monographic issues over the last years. Themes that allow for dialogue between humanistic studies and biomedical sciences, and which is a real necessity if medicine and technology have always to be human-centred.

Special thanks goes to all the people who have supported the journal in recent years. Thanks for the hidden work of the editorial staff, for the distribution of the topics, for reminding authors about deadlines, for keeping in touch with the Publisher, for helping to follow editorial rules. Namely Professor Maria Teresa Russo, Dr. Maria Dora Morgante and also the reverend professor Michelangelo Peláez, who has always encouraged the editorial line and has contributed with his ethical and anthropological reflections.

We have talked about a pit stop. In a Formula 1 box, pit stop time is crucial. We hope to work likewise, compatibly with the complexity of what awaits those who wish to be protagonists in the future MEDIC.

This is our good wish, together with the gratitude for those who wanted MEDIC from the beginning and for those who have looked after it all these years.

One Health: un approccio multisettoriale e interdisciplinare a tutela della salute globale

One Health: a multi-sectorial and interdisciplinary approach for protecting global health

VALENTINA MASTROBUONO¹, AGOSTINO MACRÌ¹, MONICA GHERARDI²,
ALESSANDRA GENTILI³, CHIARA FANALI¹ LAURA DE GARA¹

¹ Facoltà Dipartimentale di Scienze e Tecnologie per l’Uomo e l’Ambiente, Università Campus Bio-Medico di Roma; ² Dipartimento Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro e Ambientale, INAIL, Roma; ³ Dipartimento di Chimica, Sapienza Università di Roma

La *One Health* è definita come sforzo congiunto di più discipline che operano per il raggiungimento di una salute ottimale di uomo, animale e ambiente. L’approccio sinergico, olistico e globale della *One Health* si basa sull’assunto che benessere umano, animale e ambientale siano strettamente interconnessi e partecipino a un equilibrio ecologico molto complesso. Attraverso il coinvolgimento di medici, veterinari, biologi, chimici, ambientalisti, politici... la *One Health* vuole creare una rete sanitaria integrata per unificare conoscenze e competenze nell’ottica di una visione scientifica onnicomprensiva e coordinata, non avendo le singole discipline sufficienti risorse per prevenire l’emergere di malattie o di altri fenomeni legati alla salute. La *One Health* offre così una chiave di lettura ottimale da applicare a un ventaglio di competenze come zoonosi, malattie infettive, sicurezza alimentare, antibiotico resistenza, cambiamenti climatici e rischi ambientali che rappresentano minacce senza confini geografici e di specie e per le quali occorrono contromisure globalmente armonizzate. Le emergenze sanitarie odierne sono espressione di un rapporto compromesso uomo-animale-ambiente che deve essere ripristinato con un cambio di prospettiva netto e duraturo, arginando tali eventi con politiche internazionali e medicina preventiva in quell’ottica *One Health* che arrivi a considerare la salute umana e animale come un tutt’uno

Parole chiave: Antibiotico resistenza, cosistemi, fitochimici, malattie zoonotiche, One Health, salubrità ambientale

One Health is defined as a joint effort of multiple disciplines working to achieve optimal human, animal and environmental health. One Health’s synergistic, holistic and global approach is based on the assumption that human, animal and environmental well-being are closely interlinked and participate in a very complex ecological balance. Through the involvement of physicians, veterinarians, biologists, chemists, environmentalists, politicians, One Health wants to create an integrated health network that allows unifying knowledge and skills to have a comprehensive and coordinated scientific vision, as no discipline individually has sufficient resources to prevent the emergence of diseases or other health-related phenomena. Thus, One Health offers an optimal reading key that can be applied to a range of skills such as zoonoses, infectious diseases, food safety antibiotic resistance, climate change and environmental risks which represent threats without geographical or species boundaries and for which globally harmonised countermeasures are needed. Today’s health emergencies are the expression of a compromised human-animal-environment relationship that must be restored with a clear and lasting change of perspective, stemming such events with international policies and preventive medicine in that One Health perspective that comes to consider human and animal health as a whole.

Key words: Antibiotic resistance, cosystems, phytochemicals, zoonoses diseases, One Health, environmental health

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof.ssa Laura De Gara
Università Campus Bio-Medico di Roma
Via Alvaro del Portillo 21, 00128 Roma
e-mail: l.degara@unicampus.it



OPEN ACCESS © Copyright by Pacini Editore Srl

Il quadro di riferimento

Negli ultimi decenni è emersa la necessità di un approccio olistico orientato alla salute in termini globali, è infatti chiaro che il benessere umano, animale e ambientale sono interconnessi e partecipano a un equilibrio ecologico molto complesso. All'inizio degli anni 2000 è stato introdotto il termine *One Health*, per sottolineare questa stretta interconnessione tra contesti precedentemente considerati e studiati con un approccio quasi esclusivamente settoriale. Nel 2018 un accordo firmato tra la Food and Agriculture organization of the United Nation (FAO), la World Organization for Animal Health (OIE) e la World Health Organization (WHO) sancisce la necessità di un approccio multisettoriale per il monitoraggio di parametri predittivi di salute globale, capaci di misurare adeguatamente potenziali rischi e identificare opportune strategie di intervento. La *One Health* viene definita come “a collaborative, multisectorial, and trans-disciplinary approach – working at the local, regional, national, and global levels – with the goal of achieving optimal health outcomes recognizing the interconnection between people, animals, plants, and their shared environment” (un approccio collaborativo, multisettoriale e trans-disciplinare con il quale agire a livello locale, regionale, nazionale e globale, allo scopo di raggiungere risultati ottimali di salute, riconoscendo l'interconnessione tra persone, animali e piante e l'ambiente che essi condividono, www.cdc.gov/onehealth/basics/index.html) (Fig. 1). Nonostante la consapevolezza dell'importanza di un approccio *One Health*, l'aspetto ancora critico è rappresentato dall'identificazione di parametri condivisi e standardizzati di analisi e di monitoraggio per permettano di raccogliere, con continuità, dati e informazioni utili e integrati a disposizione dei diversi livelli decisionali e che siano utilizzabili da tutti gli organismi preposti, nelle diverse Nazioni, alla salute umana a veterinaria, alla tutela della biodiversità e della salubrità ambientale. Il punto nodale di questo approccio è proprio realizzare un ponte intersettoriale e interdisciplinare tra le istituzioni della salute, attraverso il coinvolgimento di medici, veterinari, biologi, esperti ambientalisti, economisti, sociologi e politici, poiché nessuna disciplina ha, singolarmente, sufficienti risorse e competenze per prevenire l'emergere di numerose malattie. L'unificazione delle conoscenze, resa possibile da una rete sanitaria integrata, permetterebbe di superare i confini settoriali che ancora oggi ostacolano una visione scientifica onnicomprensiva, e di ottenere una pianificazione strategica ricca di informazioni condivise, indagini coordinate e cooperazioni multisettoriali finalizzate alla salvaguardia dell'universo umano, animale e ambientale. Tale approccio fornisce una chiave di lettura adeguata da applicare a un ventaglio di competenze (sicurezza alimentare, malattie infettive, antibiotico resistenza, zoonosi, rischi ambientali, climatici), che rappresentano minacce senza confini geografici e di specie e per le quali occorrono



Figura 1. La salute umana, degli animali e delle colture sono inter-dipendenti e legate alla salute degli ecosistemi.

contromisure globalmente armonizzate (Mackenzie e Jeggo, 2019; FAO, 2020).

La letteratura scientifica riporta diversi esempi di come l'approccio *One Health* possa contribuire a ridurre i costi della sanità pubblica agendo su contesti apparentemente lontani. Partendo dalla salubrità ambientale, un interessante studio sugli effetti della vegetazione di diverse aree antropizzate, ha evidenziato gli effetti positivi delle “infrastrutture verdi” (parchi e verde urbano e periurbano) su parametri climatici, di salubrità dell'aria, ecologici e di biodiversità e le conseguenze misurabili sulla salute umana e sui costi della sanità pubblica (Manes et al., 2016; Marando et al., 2019; Orioli et al., 2019). L'impatto della salubrità delle produzioni agricole sulla salute dell'uomo è un altro aspetto ampiamente studiato, anche se spesso ancora in modo settoriale. I risultati di tante ricerche hanno permesso di ottimizzare procedure agronomiche, promuovendo uso di tecniche più sostenibili, di approcci di agricoltura integrata e di valorizzazione della biodiversità agricola. La conoscenza dei rischi connessi alla presenza negli alimenti di tossine prodotte da patogeni, ma anche dei residui di pesticidi (il numero di sostanze chimiche utilizzate in agricoltura per la gestione dei parassiti supera il migliaio di molecole chimiche diverse), ha richiesto uno sforzo importante nell'identificazione di prassi e regole di comportamento da parte degli operatori, che purtroppo non sono ancora condivise e diffuse a livello globale. In passato e in tempi più recenti alcune evidenze scientifiche hanno indicato che l'agricoltura intensiva può essere associata a una aumentata presenza di tumori e altre patologie, non sono negli operatori, ma anche tra i loro famigliari (Simcox et al., 1995; Alavanjia et al., 2004) soprattutto in contesti poco attenti alla formazione degli operatori, che determina un non corretto uso di fitochimici. Anche la prossimità delle aree agricole a zone residenziali, con scuole o abitazioni, può

rappresentare un elemento di rischio: la letteratura scientifica indica infatti che l'esposizione a pesticidi può essere messa in relazione con l'organizzazione territoriale delle attività agricole (Teyssie et al., 2020). Istituzioni preposte alla sicurezza sul lavoro guardano oggi con interesse a un approccio *One Health* di analisi e soluzione dei problemi. È, per esempio, questo lo scopo di uno studio promosso da INAIL (Modello *one-health* per lo studio di uno scenario di esposizione a fitofarmaci: effetti sulla salute umana e sulla qualità degli alimenti), finalizzato ad analizzare il rischio derivante dall'uso di fitochimici su operatori agrari e loro familiari, sulla salubrità e sul valore nutrizionale dei prodotti alimentari, con conseguenze su una popolazione più ampia, nonché a mettere a punto metodiche di analisi di monitoraggio biologico (Gallo et al., 2021).

In questi ultimi anni, l'approccio One Health è stato particolarmente efficace nell'identificare potenziali problematiche per la salute pubblica derivanti da osservazioni condotte su insetti e animali. Un esempio di questo approccio è ben illustrato dal sistema della Regione Emilia-Romagna di sorveglianza e controllo del virus West Nile. La conoscenza della presenza del virus in zanzare e uccelli ha permesso l'attivazione di una serie di misure di controllo specifiche su donazioni di sangue, organi e tessuti, che hanno reso possibile l'esclusione di donatori positivi al virus, evitando i pericoli che sarebbero derivati dall'uso di materiale biologico infetto. I ricercatori coinvolti in questo studio hanno costruito uno scenario di analisi e intervento che comprende un modello di valutazione della riduzione dei costi della sanità pubblica derivanti dall'applicazione dell'approccio One Health al problema (Paternoster et al., 2017).

Molti potrebbero essere gli esempi che evidenziano come il monitoraggio ambientale e sugli animali potrebbe portare a una riduzione dell'impatto socio-economico di diverse patologie umane (Fig. 2). Di seguito riportiamo due casi particolarmente che avrebbero trovato un diverso decorso se fossero state affrontate sin dalla loro emergenza con un approccio One Health.

Malattie zoonotiche: un approccio interdisciplinare per un problema emergente

L'interrelazione tra uomo, animali e salute ambientale è la chiave di lettura per comprendere l'epidemiologia di molte malattie infettive, soprattutto quelle zoonotiche (malattie animali trasmissibili all'uomo e viceversa). La stessa FAO ha affermato come oltre il 60% dei patogeni che colpiscono l'uomo sono trasmessi dagli animali, e di questi il 75% provengono dalla fauna selvatica (FAO, 2018). L'attività antropica sempre più invasiva anche in habitat selvatici, e che culmina con la deforestazione e il traffico illegale di animali selvatici, ha, di fatto, favorito il contatto tra specie diverse, provocando l'emergere di molte zoonosi (Decker et al., 2010). La

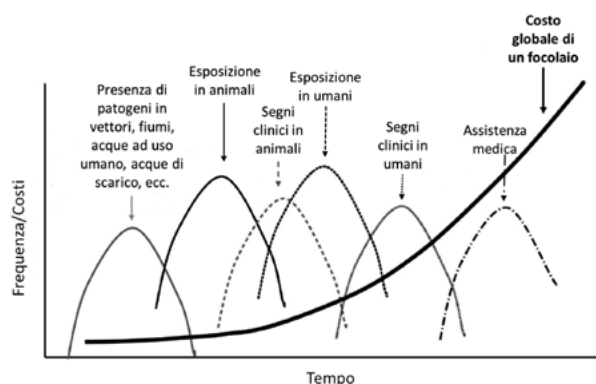


Figura 2. Relazione schematica dei tempi di identificazione di un patogeno emergente e costi globali per il suo controllo (da Zinsstag et al., 2018 mod.).

natura dell'agente zoonotico ne specifica la distinzione in virali (le più frequenti), batteriche, micotiche e parassitarie. Le zoonosi si trasmettono attraverso un contatto diretto con un animale malato, la fonte di infezione, o in modo indiretto, tramite il consumo di alimenti derivanti da animali malati o che sono stati a loro volta contaminati per contatto diretto o attraverso altre componenti ambientali (acqua, aria, suolo, oggetti) contaminati. Fonte di trasmissione possono essere anche diversi vettori biologici, come mosche, zanzare, o altri insetti.

La base biologica del salto di specie animale-uomo (spillover) è definita da meccanismi di cambiamento genetico, particolarmente rapidi nei virus che, mutando, acquisiscono nuove capacità che permettono loro di riconoscere e penetrare nelle cellule umane. Ad esempio, Sars-CoV-2, un virus a RNA appartenente alla famiglia dei coronavirus e con un tasso di mutazione molto elevato, ha acquisito nuove caratteristiche genetiche tali da favorire la trasmissione interumana determinando l'attuale pandemia.

Il primo focolaio di diffusione di questo virus è stato collegato alla vendita di animali selvatici per il consumo umano, le cui dinamiche di acquisto si concretizzano nei *wet market*, mercati di fauna selvatica del sud-est asiatico. Al di là della mancata certezza del nesso causale tra i *wet market* e l'attuale pandemia, la comunità scientifica e il parere di esperti converge nel ritenere tali mercati una minaccia alla salute pubblica.

In questi mercati alimentari le condizioni igienico-sanitarie sono totalmente inadeguate, carenti di trasparenza e affidabilità, la stretta coesistenza di diverse specie, anche selvatiche, e le macellazioni sul posto senza norme che garantiscono igiene e salubrità degli alimenti, offrono le condizioni ideali per il salto di specie di un patogeno animale all'uomo (Maron, 2020).

Questi luoghi rappresentano, dunque, un rischio concreto per la sicurezza alimentare e nonostante le preoccupazioni espresse a gran voce a livello mondiale, non si sono ancora

presi provvedimenti in merito a un loro divieto nei paesi in cui i *wet market* sono profondamente radicati nella cultura locale.

Solo a seguito della diffusione della pandemia di COVID-19 sono stati chiusi temporaneamente alcuni di questi *wet market* ed è stata avviata una forte campagna di sensibilizzazione per la protezione di specie a rischio estinzione (Lorusso et al., 2020).

I provvedimenti coercitivi di chiusura non sempre rappresentano il percorso giusto in quanto rischiano di alimentare un mercato illegale con impatti addirittura peggiori sulle specie in questione. Sarebbe più opportuno, pertanto, ridurre drasticamente la domanda di carne selvatica con efficaci interventi di educazione alimentare rivolti ai consumatori per renderli consapevoli delle conseguenze di alcune scelte alimentari. Infatti, l'invasione antropica di habitat selvatici hanno conseguenze negative non solo sulla perdita di biodiversità ma, come dimostrato dalle più recenti zoonosi, anche sulla salute umana, andando a favorire il contatto tra specie che, se lasciate indisturbate nel loro habitat, non avrebbero favorito lo *spillover* di loro patogeni, con conseguente contaminazione del genere umano. I cambiamenti di abitudini alimentari indotti da una maggiore informazione dei consumatori, andrebbero accompagnati dall'identificazione di mezzi di sussistenza alternativi, per quelle fasce di popolazione che basano la loro sussistenza sul reperimento di animali selvatici (Zhong et al., 2019). Purtroppo finora, anche da parte della comunità internazionale, si è caduti in un circolo vizioso che alterna panico a negligenza, del quale gli sforzi vengono intensificati solo in caso di minaccia grave e, non appena si palesano miglioramenti e la paura viene meno, si ripiomba nelle abitudini pregresse, vanificando il lavoro fino a quel momento fatto. All'indomani dello scoppio della SARS sono state, ad esempio, adoperate misure di chiusura di questi mercati solo per un arco temporale ristretto che ne permettesse il contenimento e dopo la remissione della malattia i mercati sono tornati a prosperare con scarsa attività di vigilanza. Proprio l'esempio della SARS, riapparsa a seguito della riapertura indiscriminata di questi luoghi, evidenzia come le misure momentanee e parziali restano palliativi insufficienti e la successiva recente espansione del COVID-19 ne è la più chiara dimostrazione. Per questo la richiesta evocata a gran voce dall'OMS è quella di un adeguamento a norme più stringenti, coniugato a una maggiore attività di vigilanza e di regolamentazione tramite degli scrupolosi standard di riferimento igienici (Wang et al., 2020). I *wet market* rappresentano uno dei tanti esempi dell'interconnessione tra salute umana e tutela degli animali, da cui si evidenzia il bisogno di una risposta congiunta, globale e condivisa per mitigare le minacce di malattie. Per affrontare problemi sanitari complessi, come una pandemia dai marcanti risvolti sanitari ed economici, è necessario il contributo di conoscenze provenienti da diverse discipline.

L'uomo, con colpevole ritardo, si ritrova oggi ad affrontare una tempesta sanitaria mondiale che rappresenta la convergenza di una crisi ecologica e sanitaria, espressione di un rapporto compromesso uomo-animale-ambiente, che deve essere ripristinato con un cambio di prospettiva netto e duraturo, facilitato da politiche internazionali e azioni di medicina preventiva e monitoraggio ambientale che permettano, grazie a una interazione virtuosa, di limitare la possibilità di altri eventi catastrofici.

L'OMS ha pubblicato una guida per una ripresa per i paesi post-COVID in cui si richiede di salvaguardare la natura, garantire a tutti l'accesso all'acqua pulita, favorire una transizione energetica rapida e sana, promuovere sistemi alimentari sani e sostenibili, costruire città salubri e vivibili e azzerare gli incentivi per i combustibili fossili. Tali linee guida seguono il modello sullo sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030 e quelle di un approccio alla salute tipico della One Health, in cui la salute umana non può essere disgiunta da quella animale e ambientale (Yuan et al., 2020).

Antibiotico-resistenza: un rischio globale che necessita di strategie condivise

La *One Health*, inizialmente rivolta alle malattie infettive, ha finito per permeare altri ambiti come quello dell'antibiotico resistenza. Nel mondo medico e veterinario, l'utilizzo di antibiotici ha rivoluzionato il trattamento delle infezioni batteriche, fornendo una risorsa importante per salvare uomini e animali. Fino agli anni '70 si è registrata una diminuzione delle malattie infettive, in parte per il miglioramento delle condizioni igieniche e dei sistemi sanitari ma, soprattutto, per la scoperta e la diffusione di nuovi farmaci, tra cui molti antibiotici e vaccini utilizzati anche in ambito zootecnico. I benefici offerti dagli antibiotici per la gestione delle malattie batteriche sono però ben presto diminuiti a causa della diffusione di ceppi di microrganismi resistenti. Tale resistenza può essere innata (intrinseca), se un batterio è naturalmente resistente a un antibiotico, o acquisita quando un batterio si adatta a resistere mediante modifiche del proprio genoma. La resistenza intrinseca riflette la presenza di un meccanismo biochimico evoluto a livello di specie, mentre quella acquisita delinea il risultato di una selezione clonale indotta da una pressione selettiva esercitata da uno specifico farmaco. Nel caso dell'antibiotico resistenza acquisita, alcuni geni responsabili della resistenza possono superare i confini determinati dalla speciazione, associandosi a elementi genetici mobili facilmente scambiabili tra batteri. Si determina così una trasmissione del carattere di resistenza anche tra habitat e specie diverse, con una dinamica di scambio che dipende quasi esclusivamente dalle reti di comunicazione/contatto che collegano i diversi batteri. Proprio per questo l'antibiotico-resistenza deve essere considerata un fattore di interconnessione della salute umana e animale, ed è inoltre irrevoca-

bilmente interconnessa anche con la sicurezza degli alimenti e dell'ambiente (Hernando-Amado et al., 2020).

Le ripercussioni dell'antibiotico-resistenza infatti riguardano:

- a) l'uomo, in quanto aumenta la difficoltà di debellare malattie infettive a base batterica con conseguente aggravamento delle complicanze di molte patologie;
- b) gli animali, poiché le stesse difficoltà dell'uomo si ritrovano sia negli animali produttori di alimenti (carne latte, uova), sia in quelli da compagnia, a causa della minore disponibilità di farmaci efficaci per la gestione delle infezioni.
- c) l'ambiente, in quanto gli antibiotici possono contaminare acqua, suolo e vegetazione, continuando a essere attivi e a svolgere la loro azione nei confronti dei batteri che comunemente lo popolano, contribuendo di fatto a renderli resistenti e a diffondere, da batterio a batterio, il carattere di resistenza (Cycon et al., 2019).

Secondo l'OMS le principali cause dell'antibiotico-resistenza derivano da un uso sbagliato di antibiotici in ambito umano, veterinario, ma anche zootecnico e agrario, da condizioni di scarsa igiene, da un uso di sostanze antibatteriche a basso dosaggio, che ha favorito l'adattamento dei batteri al farmaco a cui si sono stati esposti. Per ridurre l'impatto economico e sulla salute di questo problema, l'OMS in occasione dell'Assemblea Mondiale della Sanità del 2015, ha identificato una serie di azioni finalizzate a: migliorare i livelli di consapevolezza attraverso informazione ed educazione efficaci rivolti al personale sanitario e alla popolazione generale; rafforzare le attività di sorveglianza; migliorare la prevenzione e il controllo delle infezioni; ottimizzare l'uso degli antimicrobici nel campo della salute umana e animale; sostenere ricerca e innovazione anche per identificare nuove molecole in grado di sostituire antibiotici non più efficaci. Nonostante questo sforzo per identificare linee di intervento, il percorso da fare è indubbiamente ancora molto lungo anche perché il controllo sanitario mondiale dell'antibiotico-resistenza si basa su avvertimenti o esortazioni e non su regole vincolanti. Questo rende ancor più evidente la necessità di informare maggiormente la popolazione in generale e gli utilizzatori di antibiotici su larga scala, dei meccanismi alla base dell'antibiotico resistenza, delle interrelazioni tra uso zootecnico di antibiotici, dispersione nell'ambiente, trasmissione per via alimentare e ripercussioni sulla salute umana (Hernando-Amado et al., 2020).

Conclusioni

L'antibiotico-resistenza e le zoonosi rappresentano diverse facce di una sfida poliedrica che vede l'ecosistema al centro delle nostre azioni, le quali esigono una visione olistica e integrata tra i diversi settori. Anche l'agricoltura con la potenziale esposizione a pesticidi per lavoratori e residenti, nonché

con il tema della sicurezza alimentare per i consumatori e con l'impatto sull'ambiente in generale contribuisce al tema della salute umana e ambientale.

Dal momento che la salute umana origina dall'intersecarsi di diversi piani (ecologici, climatici, antropici, ambientali), ed è fortemente connessa alla salute animale e dell'ecosistema, il sinergismo disciplinare offerto dall'approccio *One Health* rappresenta il punto di partenza per una visione scientifica intersettoriale e interdisciplinare che permette di intercettare le conseguenze che eventi biologici su vasta scala come quelli descritti possono implicare.

La tempesta sanitaria derivata dalla pandemia COVID-19 emerge in una società globalizzata che non riesce a garantire una armonia ecosistemica, capace di preservare la biodiversità e la salute degli habitat naturali, e capace di far evolvere abitudini e tradizioni locali sulla base delle evidenze scientifiche che promuovono la salute dell'ambiente, degli animali e dell'uomo, garantendo nello stesso tempo uno sviluppo economico realmente sostenibile.

La comprensione olistica offerta dall'approccio *One Health* permette di delineare con maggior chiarezza approcci preventivi costruiti su misura a tutela della salute globale

Bibliografia

- Alavanja MCR, Dosemeci M, Samanic C, et al. *Pesticides and lung cancer risk in the agricultural health study cohort*. Am J Epidemiol 2004;160:876-885.
- Alos J. *Antibiotic resistance: a global crisis*. Enferm Infecc Microbiol Clin 2015;33:692-699.
- Cycon M, Meozik A, Piotrowska-Seget Z, et al. *Antibiotics in the soil environment- degradation and their impact on microbial activity and diversity*. Front Microbiol 2019;10:338.
- Decker DJ, Evensen DTN, Siemer WF, et al. *Understanding risk perceptions to enhance communication about human-wildlife interactions and the impacts of zoonotic disease*. Ilar J 2010;51:255-261.
- FAO. *Rilanciata l'alleanza internazionale per affrontare i rischi per la salute umana, animale e dell'ambiente*, 2018 (<http://www.fao.org>).
- FAO. *Taking a multisectorial, One Health approach*, 2020 (<http://www.fao.org>).
- Gallo V, Tomai P, Gherardi M, et al. *Dispersive liquid-liquid micro-extraction using a low transition temperature mixture and liquid chromatography-mass spectrometry analysis of pesticides in urine samples* J Chromatog 2021;1642:462036.
- Hernando-Amado S, Coque T, Baquero F, et al. *Antibiotic resistance: moving from individual health norms to social norms in One Health and Global Health*. Front Microbiol 2020;11:1914.
- Lorusso A, Calistri P, Petrini A, et al. *I mercati di fauna selvatica e il COVID-19*. Humane Society International 2020.
- Mackenzie JS, Jeggo M. *The one health approach – why is it so important?* Trop Med Infect Dis 2019;4:88.
- Manes F, Marando F, Capotorti G, et al. *Regulating ecosystem services of forests in ten Italian metropolitan cities: air quality improvement by PM10 and O3 removal*. Ecol Indic 2016;67:425-440.
- Marando F, Salvatori E, Sebastiani A, et al. *Regulating ecosystem services and green infrastructure: assessment of urban heat island effect mitigation in the municipality of Rome, Italy*. Ecol Mod 2019;392:92-102.
- Maron DF. *Exploring wet markets*. Nature Food 2020;241.

- Orioli R, Antonucci C, Scortichini M, et al. *Exposure to residential greenness as a predictor of cause-specific mortality and stroke incidence in the Rome longitudinal study*. Environ Health Perspect 2019;127:027002.
- Paternoster G, Babo Martins S, Mattivi A, et al. *Economics of One Health: costs and benefits of integrated West Nile virus surveillance in Emilia-Romania*. Plos One 2017;12:e0188156.
- Simcox NJ, Fenske RA, Wolz SA, et al. *Pesticides in household dust and soil: exposure pathways for children of agricultural families*. Environ Health Perspect 1995;103:1126-1134.
- Teyssie R, Manangama G, Baldi I, et al. *Assessment of residential exposures to agricultural pesticides: a scoping review*. Plos One 2020;15:e0232258.
- Yuan J, Lu Y, Cao X. *Regulating wildlife conservation and food safety to prevent human exposure to novel virus*. Ecosyst Health Sustain 2020;6:1.
- Wang H, Shao J, Luo X, et al. *Wildlife consumption ban is insufficient*. Science 2020;367:1435.
- Zhong S, Crang M. *Constructing freshness: the vitality of wet markets in urban China*. Agric Human Values 2019;175-185.
- Zinsstag J, Crump L, Schelling E, et al. *Climate change and One Health*. FEMS Microbiol Lett 2018;365:fny085

Healthcare 4.0 and human-centric approach

Sanità 4.0 e l’approccio human-centric

LAURA CORTI¹, PIERANGELO AFFERNI², MARTA BERTOLASO¹

¹ Unit of Philosophy of Science and Human Development. University Campus Bio-Medico of Rome; ² Unit of Computer Systems and Bioinformatics, Department of Engineering. University Campus Bio-Medico of Rome

The hospital is facing even more challenging situations due to new social context and new technologies, the globalization effects, the pandemic and the ageing population. In this work, we introduce the “human-centric” approach in the context of Healthcare 4.0, discussing the innovation that this approach would bring in the way of working and for the patient. Therefore, starting from methodological and philosophical research, we will propose an epistemological and organizational strategy to improve the healthcare service, which focuses on a human-centric approach.

Key words: Human-centric, relational epistemology, people empowerment, methodological innovation, healthcare management

L’ospedale sta affrontando situazioni ancora più impegnative a causa del nuovo contesto sociale e le nuove tecnologie, gli effetti della globalizzazione, la pandemia e l’invecchiamento della popolazione. In questo paper, introduciamo l’approccio “human-centric” nel contesto del settore Salute 4.0, discutendo l’innovazione che questo approccio porterebbe nel modo di lavorare e per il paziente. Partendo dalla ricerca metodologica e filosofica, dunque, proporremo una strategia epistemologica e organizzativa per migliorare il servizio sanitario, che si concentra su un approccio centrato sull’essere umano.

Parole chiave: Human-centric, epistemologia relazionale, empowerment delle persone, innovazione metodologica, management sanitario

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Dott.ssa Laura Corti
Università Campus Bio-Medico di Roma
Via Álvaro del Portillo 21, 00128 Roma
e-mail: l.corti@unicampus.it



OPEN ACCESS © Copyright by Pacini Editore Srl

Introduction

The current situation describes an increasingly interconnected world in which every production and welfare sector has to deal with new technologies. Moreover, as also current COVID-19 circumstances show, there is a broader agreement that hierarchical and stratified organizations do not either perform appropriately under pressure and different kinds of emergencies or offer the necessary flexibility and creativity to adapt to new scenarios. At the crossroad of difficulties in managing such issues, there is the speed of production of new technologies and new applications that determines chaos in which one always tries to acquire the latest devices without thinking about the substantial background elements and challenges they have to solve or manage. Healthcare is paradigmatically a central and relevant issue both from a methodological and technological point of view. In particular, as can be seen from both the scientific literature on the subject, the problem of technology transfer must take into account a new understanding of the centrality of the patient who is not only the passive user of a service but a person who must be actively involved in the decision making for the process of therapy. In various documents, this is referred to as ‘patient-centric’ paradigm.

From a technological perspective, this paper depends on the arguments and position expressed in the paper Hospital 4.0 and its innovation in methodologies and technologies (Afferni et al. 2018). Indeed, the concept of Hospital 4.0 opens the way to a more integrated approach in which the patient is active and involved in the caring process. The benefits of this innovation are:

1. more stakeholder engagement;
2. a growth in awareness of one’s health status, healthy life;
3. a competitive advantage of the hospital in the quality of care and costs (Afferni et al., 2018).

This document, however, takes a more general perspective focused on the methodological aspects of healthcare. In particular, the purpose of this document is to analyze, from a theoretical point of view, which organizational methodologies, with specific attention to the person, can be adopted in order to allow a paradigm shift towards a human-centric approach in the health sector.

We believe that real (and urgent) innovation in the healthcare sector today requires a change in the methodological approach primarily. Only in this way will it be possible to exploit all the advantages of technological innovation. We also want to underline the importance of considering the centrality of the person in the health sector not only from the patient’s point of view but also from the point of view of the organization itself.

Background

The topic of *human-centric* is going to be a trend in the public and academic domain even if it has not yet been explicitly addressed from a philosophical point of view. Usually, its use is related to procedural, ethical and social aspects. For example, in the European debate on AI, a human-centric approach is proposed, as in the European document *Ethics Guidelines for Trustworthy AI* (Hleg, 2019) drafted by High-Level Expert Group on Artificial Intelligence. That official document aims to give a framework and promotes *Trustworthy AI* which comprehends three main elements: the legal perspective, the ethical issues and the technical and social questions on the robustness of AI systems.

In the introduction, *human-centric* is described as a way of developing AI systems for the “service of humanity and the common good, human welfare and freedom” (Hleg, 2019); it could be interpreted as a particular way to design an AI system for people. This formulation seems to be confused and misleading if we do not analyze the entire document because this paradigm is presented in detail in two sections: the *Ethical principles in the context of AI systems* and the *Fundamental rights as moral and legal entitlements*.

In the section on ethical principles, the *human-centric* design is related to the respect for human autonomy, that means “securing human oversight over work processes in AI systems”. We delegate tasks to computers, but the person could monitor and control the processes whenever he wants. In the other section on the fundamental rights, the *human-centric* approach intends to repeat that “human being enjoys a unique and inalienable moral status of primacy in the civil, political, economic and social field” (Hleg, 2019). Thus, a person is a value, on the respect of dignity, to preserve, and all technological development has to be based not only to be under the oversight of human beings but also on the humans’ perspective. The definition of *human-centric*, proposed in the glossary of Ethics Guidelines, is “ensure that human values are central to the way in which AI systems are developed, deployed, used and monitored” (Hleg, 2019). Even if this definition is in continuity with the position expressed here, this paper aims to stress more deeply and more comprehensive the centrality of human being and describe it from a relational epistemology.

In the next chapter, we thus first analyze the difference between human-centered and human-centric approach. Secondly, we present the relational perspective that we use to comprehend the complexity and the centrality of the human being.

These aspects constitute the theoretical framework in which innovation is based on the methodological level and, secondary, on the technological implementation.

The human-centric approach in organization

From human-centered to human-centric approach

A considerable literature has recently developed around the theme of *human-centric* approaches. Based on a literary review, this approach comes from the field of design (Bekker and Long, 2000); contrary to user-centered design, which includes the human perspective in all the processes of the ideation and realisation of products, the human-centric involves, in an active and participatory way, the person in the process. Grudin traced the origin of *user-centered* design in the late 1970s when the computer users change from experts, programmers and engineers to less expert users, such as managers and teachers (Grudin, 1990). On the contrary, Participatory Design, which is defined as a *user-centric* approach, “emphasizing active user involvement, throughout the design process, to ensure all prospective users influence both the design process and the product” (Bekker and Long, 2000).

We can say that the *human-centered* approach is based on the users’ point of view, while the *human-centric* approach includes the stakeholder as a driving and productive force. Therefore, the challenge is to put the human being as a participatory and proactive player in the productive process. As Maria Sophia Aguirre writes, following her studies in the field of macroeconomics, “at the center of these dynamics is the human person, the economic agent, who generates and is served by economic activity” (Aguirre, 2013). An economic transformation that follows these characteristics has, in fact, a significant positive impact on the integral economic development and sustainability. At the intersection of the European documents and these other studies, we can find the question about what dynamics are at stake that asks and relies upon a generative position of the human being in the innovation and transformation processes to make them sustainable. Another challenge is to comprehend how it is possible and relevant to apply this approach to the healthcare sector in which the person is involved directly, as a patient, in the process of caring. The merge between the business and technological perspective developed a new model, called Hospital 4.0 (Afferni et al., 2018), that follows the same dynamics presented in the example of design. It especially stresses a shift from a *patient-centered* approach to a *patient-centric* approach.

In the *patient-centered* approach, the patient is at the center of medical practice and the hospital offers integrated services. The further step makes patients active and involved in a participatory model of personalised medicine. In the *patient-centric* model, the healthcare system establishes a partnership among practitioners, patients, and their families to align decisions with patients’ needs and preferences taking into account, therefore, their cultural and social backgrounds too. Moreover, in this paradigm, the patient is a ‘smart patient’ to the extent that she/he can monitor her/his health with smart devices. In a general sense, this new patient is defi-

ned as an engaged, proactive patient who asks questions and seeks out relevant information on her/his health, and is well informed and educated about her/his disease.

At a more macroscopic and general level, we can argue that a human-centric approach would be a suitable and polite framework to develop awareness in an integral perspective in which the core element is the human being considered as a rational and social player.

A relational epistemology for human development

As we have shown in the previous section, the human-centric paradigm can better be understood as a new viewpoint for an approach to economy and technology based on relational anthropology. The centrality of human being, interpreted in an active and participatory way, is the crucial element to analyze deeply the epistemological foundations of a person. Human-centric epistemological foundations, in fact, entail a dynamic and relational understanding of living systems and social dynamics too.

Thus far, different studies (Bertolaso and Rocchi, 2019; Donati, 2003; Aguirre, 2013) have suggested that understanding human behaviours through a relational epistemology, i.e. a viewpoint on living entities that focus on interactions and inter-level dynamic dependencies, allow to find out variables that capture generative dynamics to solve social and economic challenges and problems of an organization through progressive integration of the different components of the systems. Relying upon studies in life sciences, we also know that, in particular, three dimensions, which are intrinsic and characteristic to any living organisms, play an essential role. We are referring to the genealogical, functional and cultural aspects that shape our personal history, behaviours, lives and values.

The first dimension refers to our genetic and biological setup to our biographical roots. If we were to consider this dimension in a timing metaphor, we could say that it represents the past. Who we are is the result of a complex multitude of factors that have influenced our growth. The genetic heritage is only the first of a long series of influences that have made the persons we are; for example, the family is another fundamental component in our biography. On several levels, biological, personal and general, we can say that the ‘past’ has formed and shaped the way we are. In the clinical setting, this means that when we become patients, a detailed anamnesis of our disease can have an essential role in the process of diagnoses and therapies. Similarly, the education we received might play a role in the perception or acceptance of clinical measures.

The second dimension represents the present contribution to the development or the actual function of an element in the living system. If we want to maintain the temporal metaphor inaugurated for the first dimension, we can say that this second dimension represents our present. The previous dimension represents who we are, the creative process of the

self; on the contrary, this one focuses on the action in the world. This dimension emphasizes the agency and the role of the person in the present. For a person involved in Healthcare processes, this might help considering that ‘the person’ could be at the same time a ‘friend’, a ‘son of somebody’, an engineer or another doctor him/herself. His/her position in the social and professional world makes a difference in the way he/she will react, on the kind of proactivity he/she might be able to adapt and develop. That is, this dimension addresses the specialized role of the person in a context.

The third dimension refers, instead, and most interestingly, to the dynamic interaction with the context and other elements, for example, in the working environment for the person. It includes topological, semantic, social factors and also values and social virtues, interest and commitments. Wanting to resume the temporal metaphor again, this last dimension does not have an utterly adequate counterpart because rather than being a temporal moment, it represents the dynamics of synchronicity. This third component is, therefore, crucial to stabilize and ensure robustness and adaptability in the healthcare processes as it can -much more rapidly- change the perception of priorities and values in the persons, giving stability or compromising the previous two dimensions or their relevance in the healthcare processes.

This dynamic and relational paradigm, therefore, offers an integrate and integral viewpoint on human beings’ integration and behaviors, especially in organization and collective dynamics that is the center of the interest here. At an operational level, it focuses on the transversal features as coordination, cooperation, and collaboration respectively, that are present in our biological balance and the working setting, healthcare compliance and processes.

This dynamic highlights the peculiarity of the terms, coordination, cooperation, and collaboration that, even if commonly are used interchangeably, represent three different ways of working through a network of relationship (in synchronicity). The first one, coordination, refers to the ability to share information and resources so that each party can accomplish their part in the contest of teamwork for the implementation of mutual objectives, where only business as usual activities are required. The second one, cooperation, indicates the exchange of relevant information and resources in order to achieve each other’s goal. Sometimes cooperation can be a source of innovation, but always coming from an individual effort and not from a collective effort. The third one, collaboration, is working together to create, from a joint effort, something new in support of a shared vision. This last way of working in a team is currently the most promising for innovation.

Therefore, we think that the consideration of these three dimensions could help in the ideation and designing our society on a human scale. Notably, cooperation and collaboration are going to be very relevant keywords in the following sections.

In order to manage the complexity of the social world, the philosopher of science, Sandra Mitchell, underlines the importance to adopt a model of adaptive management ‘in place of “predict-and-act” in order to take into consideration the flexibility for new situations and new knowledge. A deterministic and linear comprehension of economic science is not able to manage the complexity we experience; instead, it is fundamental to recognize the “emergent, historically contingent, self-organizing and self-reflective character” (Mitchell and Streeck, 2009). Because of the ongoing tendency of continuous change, instead of a standard-based paradigm, it is useful to adopt a ‘monitoring and adapting regulations’; this shift also implies a modification from a simple model based on linear determinism to a model able to consider the complexity of the person and his relations.

Empowering people

As we can read in other papers (Calvès, 2009; Simon, 1994), the origin of the concept of “empowering” can be traced back to the late 1970s and it was used in various domains, as “feminism, Freudian psychology, theology, the Black Power Movement, and Gandhism”. It is connected to the general principle to develop the capability, for individuals and groups, to “act in order to ensure their well-being or their right to participate in decision-making that concerns them” (Calvès, 2009). Despite these historical coordinates of use of the term, there is no universal and shared definition of the meaning of the concept in question. We can argue that it is describable generally as a path of awareness raising in a specific area. Developing awareness means making the man active and personally involved in the processes. The human being is no longer a spectator but becomes the main character in his own existence. One of the most excellent tools we have at our disposal to achieve this goal is the technology that, if used well, supports man in this process of awareness. In today’s world, two sectors more than any other have made the term ‘empowering’ central: the medical field and management. In medicine, we find more and more references on two main trends: Personalized Medicine (PM) and Patient Empowerment (PE). Even if there is no a single and shared definition, we can define Personalized Medicine as a process of care which considers the complexity of each patient taking into account possible comorbidity, historical background and psychological attitudes. While the term ‘Patient Empowerment’ (PE) refers to the change to involve patients in a participatory and active way in the management of their own health. A PE patient is a person who should be “educated to think critically, make informed decisions and then adjust to prescribed care plans” (Calvillo et al., 2015).

Despite the criticism of these concepts (Morley and Floridi, 2019), from our perspective, the pandemic we are experiencing bears witness to the fact that a more active and

participatory approach is fundamental and necessary in the required field, as healthcare. In this pandemic, people who have contracted the virus and who do not need to be hospitalized must monitor their health condition to report it to the doctor. The individual patient has an important role and responsibility for the common good, and it is clear the importance of personal empowerment in managing his own healthcare to the public national healthcare system and for responsible social behavior, respectful of the health of others. As also Mariachiara Tallachini (Tallacchini, 2020) highlights from the perspective of philosophy of law, citizens' collaboration in combating coronavirus is proving decisive.

In the field of management, the term in question describes a new type of system, whose slogan is "Putting People First". Daniel Newman, the principal analyst of Futurum Research and CEO of BroadSuite Media Group, in the enterprise.next newsletter of December 14, 2016, cited the topic of empowerment as the most important lesson for leaders in order to manage the digital transformation. He refers to the necessity to invest in human capital and skills training, as driving forces in the organization. He affirms that "when leaders empower their employees through education, communication, and choice, the hardest part of any transformation strategy – adoption fades away." (Newman, 2016) The consequent benefits of a human-centric strategy in management and company organization lies both in the ability to manage risk and the greater engagement of employees.

In this section, we talked about enabling concepts, such as ensure, participate, and be able to develop an alternative paradigm to the Nordic functional paradigm.

Following the same paradigm, an incredible amount of ongoing research is focused on the role of spiritual, as well as moral, aspect in the workplace. From a literary viewpoint, much current study is focusing on the virtues as fundamental skills to team working. An important suggestion is to understand the virtues as the foundation of the contemporary way of working, based on lateral and conceptual thinking, collaboration, cooperation and project work. This position is based on Aristotle's reflection on cardinal, or 'hinge', virtues, which are necessary and essential for a virtuous relationship. These virtues are moderation, courage, justice and wisdom. Engelland describes those virtues as characteristic traits of business people: the first one, moderation or temperance, "helps business people regain sanity" and take control; courage, or the capacity of master fear or pain, is central to achieving desired goals; justice (or fairness) means the ability of taking up the perspective of others; and wisdom (or prudence) that "gives the business person the grace to appreciate the true, the good and the beautiful in his work. (Engelland 2018).

Methodological contribution to human-centric approach

In the previous sections, we have considered the characteristics and benefits of a human-centric approach, highlighting the links with relational epistemology and people's empowerment. In particular, with reference to the three dimensions of the living being that characterize each person (as seen in section 3.2), the one on which one can act more quickly and more directly is the cultural dimension, which in turn can indirectly change the functional dimension. This section analyzes how some methodologies chosen appropriately can facilitate the paradigm shift towards a human-centric approach, acting on the cultural growth of people and organizations. Methodology innovation could serve to put the value of the human person at the centre of attention in organizations.

Each person with an adequate cultural structure (not theoretical knowledge) through group interaction (cooperation or collaboration) will be able to contribute to the continuous improvement of the organization and of itself.

In an organization structured to welcome and improve people's culture, the need and method for innovation will emerge spontaneously and naturally, indispensable for the long-term survival of the organization and in the interest of its members. In this way, therefore, there will also be a positive return at the level of each individual since in the organization a shared group culture will be born which will offer an inclusive context of mutual enrichment and personal gratification, which in the end, will also allow the realization of the person (human flourishing).

The training and education of people in organizations must be oriented towards interpersonal cooperation and collaboration in order to create real team work rather than simply working groups. Furthermore, the organization should promote the principle of delegation and responsibility towards its collaborators, thus obtaining people's empowerment. In this way, the individual becomes an active protagonist of the corporate organization or in general of any social organization (focused on the person in the corporate or social sphere) and does not remain a passive person.

From a methodological point of view, with respect to the human-centric approach, we can start by considering the contribution of people's culture to activities that require coordination or cooperation. An example of this type of contribution can be found by analyzing the Lean methodology.

The Lean methodology requires education and training to develop personal behavior in view of greater collective effectiveness and efficiency. Adopting this methodology can be a good opportunity to improve sensitivity and personal virtues, not only the four cardinal virtues but also the "fifth" virtue of humanity (for example Truthfulness, Patience, Courtesy, Foresight, Helpfulness, Order, Responsibility, Respect, Tolerance, Trust, etc) (Peterson et al., 2004), promoting attention to detail in the context of one's specific activity,

but always in light of the overall final result from the point of view of the recipient of the service or product to which his personal activity contributes. In this way, it will be possible to push people towards a proactive approach by abandoning the bureaucratic-reactive approach (silos). The use of Lean methodologies can, therefore, be a valid tool for obtaining that system synergy capable of producing results of greater value than the simple sum of the individual activities, even if performed correctly.

The Lean methodology aims to reduce waste, and this means not only optimizing production but also having a trend towards anticipatory behaviour. Anticipation can be considered as a state of mind, a tendency of the person who can make predictions and imagine alternative scenarios. For example, the philosopher Husserl describes it as the ability to know in advance the goal of an action. Although this is a character that potentially belongs to us, the practice of this habit/attitude requires a substantial methodological change involving the dualism between proactivity and reactivity. Commonly we experience the reactive way in which the answer to a problem occurs only after it has happened. In case of huge problems, this management system has repercussions not only on efficiency, because much time is passed between the insurgence of the problem and the capacity to respond in an adequate way, but also on the efficacy because the quality of the reaction could not consider a sensible number of collateral factors. On the other hand, the proactive approach significantly reduces the waste of reactive energy through planning, attention to detail, anticipation of problems, simulation of scenarios and actions to modify the factors that influence the risks. From a subjective perspective, this approach implies personal empowerment towards responsible action and awareness of the need for a relational dimension, which can improve the personal project through comparison with other points of view. From an organizational point of view, this step is necessary to adopt the delegation of authority in a fruitful way.

In a more general sense, if we consider the common good both in the company and in society, the ability to guarantee a participatory and proactive approach creates a win-win context. Among colleagues, the ability to be proactive and participatory leads to more efficient and effective work in terms of coordination, and cooperation.

In addition to the Lean methodology, this virtuous circle is also visible in the Open Innovation methodology, mainly for the cooperation aspect. Open innovation is described as “a distributed innovation process based on purposively managed knowledge flows across organizational boundaries, using pecuniary and non-pecuniary mechanisms in line with the organization’s business model” (Chesbrough and Bogers, 2014) The current pandemic shows us that this kind of reasoning and thinking is one of the most useful to achieve a real advantage for companies. In Italy, an example is represented by the call for ideas COVID-19 Challenge, proposed

by Campus Bio-Medico University and Marzotto Venture Accelerator. It is aimed at academic research spin-offs, innovative startups, SMEs and, in general, anyone - individuals or companies - who has an innovative project or idea to be transformed into an entrepreneurial project, useful to concretely support the Italian system in responding to the current emergency. The primary thought is that neither industry nor research will be able to solve the problem on their own, but that only cooperation and support from a number of players can help stem the pandemic.

Another example of a methodological contribution to the human-centric principle can be found in collaborative innovation. In recent times we have found a growing push towards creative innovation such as Design Thinking where, unlike the traditional approach that delegates the search for innovation to the individual work of specialist designers, we have the search for innovative solutions entrusted to heterogeneous groups of specialists belonging to different disciplines that collaborate with a multidisciplinary approach. In teamwork, based on collaboration, human virtues, sharing, and empathy are more important. Collaborative team members share a shared vision, value each other’s perspective, and contributions unite around a common purpose and values. Managing a collaborative team requires great leadership to create relationships and a culture of sharing. The manager will need to support an open flow of information and the distribution of power and decision making and use diversity as a strategic advantage.

The new vision of human-centric approach in the healthcare sphere

In this chapter, we analyze how to bring human-centric innovation in healthcare. In the previous sections, we developed the concept of human-centric, how it can be based on people empowerment, and be an occasion of human development through a relational epistemology. We also analyzed the importance of virtues in teamwork and more in general while working in organizations to realize a paradigm shift based on mutual cultural enrichment. We have also shown how some methodological innovation about coordination, cooperation, and collaboration in several different modalities of work can offer the context for personal growth toward a more responsible and proactive approach to work. Now we want to analyze the difficulties that can be encountered in introducing a human-centric approach into healthcare organizations and what would be needed to introduce a human-centric approach both from the perspective of healthcare organizations and from the patient’s perspective.

For a variety of reasons, healthcare organizations are more resistant to change than other industries. An obvious obstacle to organizational innovation is the central role played by medical professionals in the health system. Deviations

from customary practices can encounter deep skepticism. Furthermore, since health workers are very close to local customs in the department or sector they belong to, they are very attentive to professional colleagues but resistant to the influence of outsiders. Predictably, doctors are in favor of some innovations, such as new drug regimens or medical devices, which have been developed by medical colleagues but do not require significant changes in work routines. Another obstacle is the regulatory environment of the health sector which limits the entry of new actors and limits the possibilities of new models of healthcare. In addition, incumbents often use regulatory debates to create barriers around current healthcare models in the name of quality or safety.

The challenge of innovation in the healthcare sector is wider than a reengineering of processes within the hospital or the introduction of a new technology and should be discussed in the context of improvement in methodologies and culture more generally (Afferni et al., 2018). Furthermore, technology changes like digital transformation should be considered as one of the enabling factors for cultural change and not only as a new business opportunity. The true challenge of the digital transformation is not the “digital”, but the “transformation”. Organizational transformation in healthcare toward a human-centric approach requires a different mindset and process able to engage everyone, the patient and the caregivers, in a widespread process of change, in a collaborative way. It is needed for value creation, to turn this wealth of technologies and information into real value for the patient. A cultural shift towards a human-centric vision is needed to take advantage of digital technology in order to empower people. A digital transformation without a human-centric vision can only lead to overwhelming technology.

As an example of an analysis of a misinterpreted transformation, we cite the position and recommendations of the Christie Commission in Scotland (2011) (Christie et al., 2011) on the future of public sector services in the UK. We can apply the same considerations to the health sector because today it is one of the most important public services offered to people. One of the criticisms recently raised about applying methodologies focused on internal improvements in the UK public sector is whether customer service is considered part of the redesign of processes and/or services (Radnor and Johnston, 2013). It has been suggested that focusing on one without the other is not only questionable from an organizational perspective, but also contrary to the strategic direction in the UK public sector (Rodgers, Antony and Marshall, 2019). In Scotland, the Commission on the Future Delivery of Public Services found that there was a need for reform and that public sector services were still based on a principle of providing service to people rather than with or for them. The Christie Commission also stated that there was a need to work more closely with individuals and communities to understand their circumstances, needs and aspirations (Christie et al., 2011). Even more recently, the

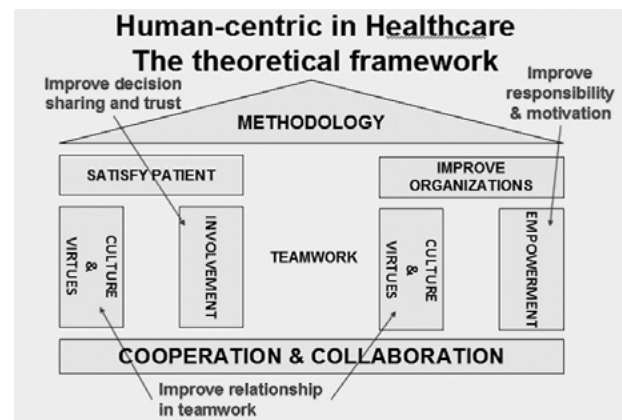


Figure 1. Patient-centric in healthcare.

Scottish government has issued the Community Empowerment (Scotland) Act, 2015 (Parliament, 2015), which reinforces the recommendations of the Christie Commission by providing a legal right for community bodies to participate in the planning and development of local activities. (Rodgers et al., 2019).

Methodology innovation should serve to reinforce the importance of the “Voice of the Customer” as a way to put the value of the human person at the centre of social life. Collecting the voice of the customer has a whole chapter dedicated to it in The Lean Six Sigma Pocket Toolbook (George et al., 2004) with the purposes of gathering the voice of the customer including “to set priorities and goals consistent with customer needs” (p. 55) very much in line with the key point made by Radnor and Johnston (Radnor and Johnston, 2013). The challenge in gathering the voice of the customer is of course recognised as it is not always easy to identify who the customers are (Alford, 2002) and the views of the citizens who pay for and have expectations from the service may well be different from the clients who actually directly use the services, and this brings us back to the need to consider perceptions of the service as well as actual customer satisfaction.

In order to answer the question of how to bring innovation based on the human-centric approach in healthcare, overcoming the obstacles and facing the challenges we have mentioned above, we must refer to the principles set out in Chapter 3, as summarized in the Figure 1, which constitute our theoretical framework. Starting from this theoretical framework, we will analyze, in the following two parts, respectively what to do in healthcare organizations and how to transform the patient model.

Human-centric from the healthcare organizations point of view

The human-centric vision in healthcare organizations call for a methodological innovation that we can articulate in three levels of deployment:

- a) strategic level: responding to the new challenges that arise, always keeping the vision and objectives of the mission alive, requires the will and ability to renew the institution as a whole and the individual people who make it up by adopting effective measures. Through the transformation of the behavioural values of the Medical, Nursing, Technical and Administrative staff to ensure sustainability and continuous improvement. We can summarize the goal of renewal as “More Quality more Person”;
- b) governance level: as general objectives, **PROMOTE** the institutional culture and the social role by adhering to the Mission Statement and sharing the contents of the code of ethics. **STRENGTHEN** a culture that rewards merit, measured by the benefits brought to the common good. **SLIMMING** the authorization procedures and promoting/increasing the delegation and responsibility (people empowerment). **DEVELOP** Culture, virtues and values of human resources;
- c) Operational level: Simplify the processes. Optimize the organizational structure. Make staff more involved in the tasks of government functions and bodies. Improve communication between government bodies. Obtain a unified, clear and streamlined Organization.

Promoting the continuous improvement in the healthcare organization is not just about listening to the patient's voice, but also about developing a culture of quality in staff. In this way, each operator will be responsible for the quality of his work and will enhance the human factor in relations with other people, colleagues and patients. This will also make it easier to achieve patient satisfaction.

Human-centric from the patient point of view

From general to particular, the human-centric approach becomes patient-centric when collaboration and cooperation from the work team (healthcare team) are extended to include also the patient (Fig. 2). Culture and social behavior strongly influence the way people deal with risk factors and the threat of disease. Promoting a culture of health in so-

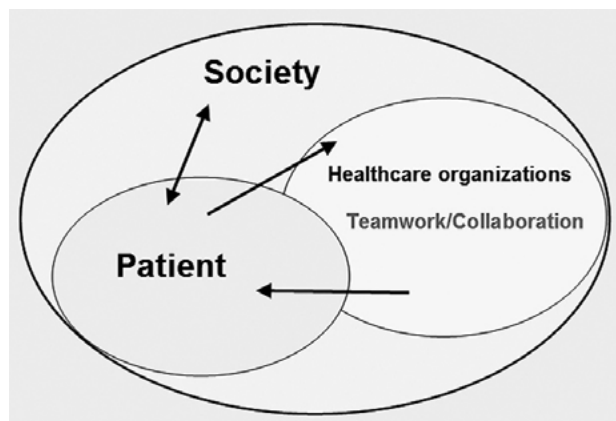


Figure 2. Patient-healthcare interaction.

ciety will improve disease prevention through the growth of individual responsibility. Without attention to personal singularity, there can be no real medicine. As the patient's expectations and needs become more aware and complex, it is natural that isolated, uncoordinated and occasional interventions focused on the patient's pathology move towards an inevitable obsolescence. What was once an option is now an imperative.

Patient-centric healthcare requires personalized medicine. Personalizing means recognizing the patient's well-being needs, responding adequately through the care and techniques available and respectful of his humanity. Digital tools can facilitate patient profiling, providing a more complete picture of the characteristics and habits that characterize it, going beyond the traditional practice of anamnesis. Furthermore, the healthcare team should be opened to the whole civil society with its several different organizations. In this way, health becomes a common good to be preserved with the contribution of all.

Conclusions

We are increasingly experiencing a paradigm shift from human-centered to human-centric approach; this paradigm shift is connected with a new vision of the person, technology, innovation and their interconnections. Our paper started from the concept of Hospital 4.0, as a technological realization of a new pathway, in order to analyze the new paradigm more deeply. Mere technology does not solve the problems if it lacks the ability to insert this technology in a methodological/paradigmatic management and organizational framework. In turn, this requires a change in the conception of the epistemology of the person based on three dimensions: the biographical root, the present function and the importance of a dynamical relation. This new vision of person highlights a new framework that we have identified, in the human-centric approach in which the three dimensions are lived in continuity in a relational, not functional, perspective. From a methodological point of view, this centrality of the person and the epistemological foundation implies a new model of awareness and management in organizations, based on coordination, cooperation, and collaboration. This paper has shown three possible examples of methodological approaches based on these principles, Lean Methodology, Open Innovation and Collaborative Innovation. Due to the peculiar situation we are living, we think that this transformation will be evident particularly in the healthcare sector in which the challenge of an organizational transformation towards a human-centric is twofold: from the organizations' point of view, a human-centric approach helps in the strategic, governance and operational levels fostering the peculiarity and importance of the person in the organization; while, from the patient point of view, a human-centric approach means that

the patient is involved actively in a cooperative and collaborative work team.

References

- Afferni P, Merone M, Soda P. *Hospital 4.0 and its innovation in methodologies and technologies*. In: 2018 IEEE 31st International Symposium on Computer-Based Medical Systems (CBMS). IEEE 2018, pp. 333-338.
- Aguirre MS. *An integral approach to an economic perspective: the case of measuring impact*. J Mark Morality 2013;16:53-67.
- Alford J. *Defining the client in the public sector: a social- exchange perspective*. Public Administration Rev 2002;62:337-346.
- Bekker M, Long J. *User involvement in the design of human – computer interactions: some similarities and differences between design approaches*. In: McDonald S, Waern Y, Cockton G, Eds. *People and computers XIV – usability or else!* Proceedings of HCI 2000. London: Springer 2000, pp. 135-147.
- Bertolaso M, Rocchi M. *Specifically human: human work and care in the age of machines*. Business ethics: a european review 2020:1-11.
- Calvès A. *Empowerment: généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement*. Revue Tiers Monde 2009;4:735-749.
- Calvillo J, Roman I, Roa LM. *How technology is empowering patients? A literature review*. Health Expectations 2015;18:643-652.
- Chesbrough H, Bogers M. *Explicating open innovation: clarifying an emerging paradigm for understanding innovation*. In: Chesbrough H, Vanhaverbeke W, West J, Eds. *New frontiers in open innovation*. Oxford: OUP 2014, pp. 3-28.
- Donati P. *Introduzione alla sociologia relazionale*. Milano: Franco Angeli 2003.
- Engelland BT. *Team building, virtue, and personal flourishing in organizations*. In: Mercado JA, Ed. *Personal flourishing in organizations*. Cham: Springer 2018, pp. 171-189.
- George ML, Maxey J, Rowlands D, et al. *The lean six sigma pocket toolbox*. London: McGraw-Hill 2004.
- Grudin J. *The computer reaches out: the historical continuity of interface design*. Proceedings of the SIGCHI conference on Human factors in computing systems, 1990, pp. 261-268.
- Hleg AI. *Ethics guidelines for trustworthy AI*. Luxembourg: Publications Office of the European Union 2019.
- Levy Simon B. *The empowerment tradition in American social work: a history*. Chichester: Columbia University Press 1994.
- Mitchell S, Streeck W. *Complex, historical, self-reflexive: expect the unexpected!* Tech Rep MPIfG working paper, 2009.
- Morley J, Floridi L. *The limits of empowerment: how to reframe the role of mHealth tools in the healthcare ecosystem*. Science Engineering Ethics, 2019, pp. 1-25.
- Newman D. *Putting people first: 4 steps for a successful digital transformation*. Hewlett Packard Enterprise Ed. *Enterprise.next*, 2016.
- Parliament Scottish. *Community Empowerment (Scotland) Act 2015*. The National Archives, 2015.
- Peterson C, Seligman MEP. *Character strengths and virtues: a handbook and classification, Vol. 1*. Oxford: OUP 2004.
- Radnor Z, Johnston R. *Lean in UK Government: internal efficiency or customer service?* Production Planning Control 2013;24:903-915.
- Rodgers B, Jiju A, Marshall I. *Lean and six sigma in policing: austerity, driver or distraction?* Int J Emerg Serv 2019;8:73-84.
- Scottish Government Commission on the future delivery of public services. Edinburgh, 2011.
- Tallacchini M. *“Preparedness” e coinvolgimento dei cittadini ai tempi dell'emergenza. Per un diritto collaborativo alla salute*. Epidemiologia e Prevenzione 2020;44:114-119.

QUADERNO

“LA RIVISTA MEDIC: TRENT’ANNI DI MEDICAL HUMANITIES”
“THE JOURNAL MEDIC: THIRTY YEARS OF MEDICAL HUMANITIES”

L’evoluzione del rapporto medico-paziente: l’esperienza del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico

The evolution of the doctor-patient relationship: the experience of the Campus Bio-Medico University Hospital

ROSSANA ALLONI

Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma

Il rapporto medico-paziente si è evoluto negli scorsi decenni in modo rapido e talora inaspettato; la formazione dei professionisti e degli studenti deve esser particolarmente attenta alla capacità di comunicare e di mettere in atto strategie di coping per raggiungere l’obiettivo di una visione olistica del paziente e di conseguenza una capacità di presa in carico non solo della malattia, ma della persona malata e del suo contesto familiare e sociale. Il miglioramento del livello di istruzione e la diffusione dei social media sono stati fattori rilevanti nelle modificazioni del rapporto medico-paziente, insieme ai cambiamenti sociali che hanno portato a un indebolimento dei legami familiari. Oggi una delle sfide più importanti è mantenere un equilibrio tra professionalità (“etica del lavoro ben fatto”) e “medicina difensiva” per non consentire un deterioramento del rapporto tra il paziente e i sanitari. La pandemia COVID-19 rappresenta un’ulteriore sfida per i sanitari, dato che ha limitato i canali comunicativi e richiesto, al tempo stesso, la riscoperta della relazione medico-paziente in particolare nell’ambito dell’empatia e dello spessore umano delle relazioni.

Parole chiave: Rapporto medico-paziente, famiglia, social media, formazione continua

Evolution of doctor-patient relationship in the last 25 years is impressive. Doctors and students’ education plays a key role, paying attention to communication skills and coping strategies in order to maintain a holistic view of patient. Doctors must care of patients and their families and understand social consequences of health damage. A better level of education and wide diffusion of news had a notable impact on doctor-patient relationship, as well as a profound change in the family. We need a balance between empathy and high level of medical performance and defensive medicine, to avoid deterioration of doctor-patient relationship. COVID-19 pandemic is a further challenge for healthcare professionals, since it has limited communication channels and at the same time required the rediscovery of the doctor-patient relationship, particularly in the context of empathy and the human depth of relationships.

Key words: Doctor-patient relationship, family, social media, continuous education

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof.ssa Rossana Alloni
Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma
via Alvaro del Portillo 200, 00128 Roma
e-mail: r.alloni@unicampus.it



OPEN ACCESS © Copyright by Pacini Editore Srl

Premessa

Il nostro Policlinico è nato poco più di 25 anni fa con l'esplicita intenzione di proporre un rinnovamento del rapporto tra personale sanitario (medici, infermieri) e pazienti. In un momento storico in cui molti soffrivano per la de-personalizzazione della medicina e uno stile di lavoro clinico in cui il "caso" sostituiva troppo spesso il "paziente", il nascente Policlinico voleva riportare al centro dell'attenzione proprio la persona: persona-malato, persona-familiare di un malato, ma anche persona-medico, persona-infermiere.

A livello dei singoli operatori, ma anche come istituzione, abbiamo da subito sposato una filosofia centrata sul paziente e i suoi bisogni: attenzione all'ambiente come fonte di serenità e di rassicurazione, pur adottando soluzioni tecnologiche d'avanguardia, orari di visita dei familiari ampi, per permettere di mantenere un buon rapporto con la famiglia e gli amici, pasti studiati in modo accurato e serviti a orari simili a quelli della vita "normale". Tutto questo, che oggi è abbastanza diffuso, era all'epoca del tutto innovativo (stiamo parlando degli anni '90 del secolo scorso).

Il rapporto medico-paziente e infermiere-paziente è stato inteso come un rapporto di alleanza terapeutica, lontano dal modello paternalistico all'epoca abbastanza diffuso; il rapporto con la famiglia e i caregivers è stato da subito considerato prioritario nella cura del paziente, con tempi destinati al colloquio e all'informazione per una gestione della malattia che consentisse al paziente di sentirsi protagonista.

Come ci aveva detto il Beato Alvaro del Portillo, nella omelia della Messa inaugurale del primo anno accademico (Del Portillo), questo atteggiamento si legava alla disposizione al servizio attraverso la "nobilissima" professione medica e infermieristica e ha dato a tutti noi un profondo senso di gratificazione nell'instaurare rapporti umani e professionali significativi ed efficaci (Navarro Valls, 2015).

I pazienti afferenti al Policlinico nei primi anni erano per lo più persone di ceto medio, che non conoscevano l'istituzione e arrivavano da noi per le vie più diverse: inviati da medici che ci conoscevano e iniziavano a stimarci, inviati da conoscenti, capitati per caso per vicinanza al loro domicilio, a volte incuriositi e speranzosi di trovare un'accoglienza migliore in un ospedale "nuovo" (nuovo per le strutture e di recente apertura). I più non ci conoscevano, avevano anche un certo senso di ritrosia e diffidenza, che si scioglieva quando si rendevano conto che davvero si respirava un'aria un po' speciale: ambienti molto puliti, ordine nel lavoro, personale educato e cortese, alcuni particolari alberghieri curati e piacevoli (la qualità del cibo, l'orario dei pasti, la biancheria sempre pulita e disponibile, la pulizia dei bagni, ecc.). La situazione di parecchi ospedali del Centro e Sud Italia non era dello stesso livello e questo veniva notato dai pazienti e dai familiari. L'attenzione all'aspetto umano e spirituale era evidente e per certi versi sorprendente, soprattutto in situazioni critiche.

Senz'altro in quegli anni esisteva ancora un atteggiamento di sottomissione del paziente all'autorità medica, un modo di lasciar fare al medico quasi senza chiedere che cosa stesse facendo (Means, 1953); nel tempo abbiamo assistito al miglioramento del livello di istruzione e di informazione della popolazione e ci siamo adeguati a un rapporto che non era più di dipendenza e quindi di paternalismo da parte del medico, ma più vicino al rapporto di alleanza terapeutica di cui oggi tanto si parla. Per la filosofia propria dell'istituzione abbiamo sempre cercato di coinvolgere il paziente nelle decisioni, almeno di farglielo comprendere e di condividere incertezze e rischio, e su questa linea abbiamo formato i nostri studenti di Medicina e Infermieristica. C'è sempre stata insistenza dei docenti clinici, nelle lezioni, sul fatto che prima di qualsiasi manovra sul paziente si deve dare una breve spiegazione di ciò che si farà e della motivazione, della finalità, in modo semplice e comprensibile (Skirbekk et al., 2011). In quell'epoca poteva non essere compito facile, dato che molti pazienti provenivano da ambienti sociali di livello medio-basso, con limitata scolarità, e da regioni limitrofe o del Sud del Paese, a volte non parlavano un italiano comprensibile e capivano solo in parte i nostri discorsi.

Con il passare dei decenni abbiamo notato una notevole crescita del livello di scolarità e di cultura dei pazienti, romani e di altre regioni, e a oggi mi sembra di poter affermare che i pazienti con difficoltà nella comprensione delle spiegazioni, analfabeti o quasi, o poco capaci di esprimersi in un italiano corretto sono diventati una minoranza molto ristretta. Questo che ha, da un lato facilitato il compito di dare spiegazioni e coinvolgere il paziente nel processo di cura, creato nuove sfide che cercherò di riassumere nei paragrafi successivi (Kaba e Sooriakumaran, 2007).

Il paziente di oggi

Il paziente di oggi: sa e vuole sapere. Il paziente medio oggi è una persona istruita, che può e vuole capire la propria situazione clinica, che chiede una decisione condivisa non perché sia un esperto del settore, ma perché è protagonista della propria vita, non solo dell'aspetto sanitario, ma anche di infinite situazioni sociali, lavorative, personali, che il medico a volte non può neppure immaginare (Härter, 2020). A volte è difficile intuire lo sconvolgimento che la malattia provoca in una famiglia o in una vita già parecchio complicata per altre vicende. Anche il trattamento più urgente deve, a volte, essere compaginato con responsabilità familiari o sociali molto gravose, e di questo il medico deve saper tenere conto. Il rapporto medico-paziente deve trovare un giusto equilibrio per creare quella collaborazione indispensabile, in cui il medico propone e il paziente consapevolmente accetta, con tutti i rischi possibili e la speranza di benefici che la situazione comporta. Ho presente il caso di un paziente che aveva necessità di un intervento urgente, ma che avendo un figlio

gravemente disabile aveva anche bisogno di trovare, seppur in tempi brevissimi, un nuovo equilibrio che permettesse alla famiglia di continuare una difficile convivenza. La domanda su “quanto urgente” fosse l'intervento era del tutto comprensibile davanti a questo quadro e la comprensione e l'aiuto del medico, per rendere compatibili le due cose, erano importantissimi. In un'altra situazione la richiesta di comprendere meglio i rischi della terapia medica era motivata dal pensiero di dover prima sistemare alcuni affari di famiglia per lasciare in tranquillità la situazione economica. Per la mia esperienza è davvero molto importante saper spiegare la situazione postoperatoria e dare un'idea dei tempi di recupero: il fatto che molta parte della chirurgia sia oggi realizzata per via mininvasiva fa pensare al pubblico che il postoperatorio sia privo di fastidi o breve, con un rapido ritorno alla normalità quanto a forze fisiche per affrontare la routine quotidiana, e non sempre è così. Il paziente ha il diritto di sapere che per un certo periodo non potrà riassumere il suo ruolo sociale (familiare, lavorativo, ecc.) e se e perché avrà bisogno di un supporto specialistico (assistenza domiciliare, ad esempio). Le informazioni su questi aspetti sono fondamentali, darle con attenzione e apertura mentale è un'espressione, a mio parere, di rispetto per la persona che si ha di fronte e di professionalità da parte del sanitario.

Il paziente che sa tutto (o pensa di saperlo). Molti pazienti oggi sono molto informati o pensano di esserlo: arrivano con alle spalle una consultazione più o meno ampia del web, con la testa piena di idee confuse e di informazioni (Sahin et al., 2019) di cui non sanno se possono fidarsi o meno; molti ammettono “l'errore” di aver passato ore su internet cercando informazioni sulla patologia e/o sul trattamento medico o chirurgico, ricavando solo ansia e incertezze; altri si presentano al medico cercando conferma di ciò che hanno trovato e che, secondo le loro ricerche, è il *gold standard* della diagnostica o della terapia. Non è raro che si presentino con foto di atlanti, con copia di articoli scientifici, ecc. In tutti i casi è una situazione ben diversa da quella che incontravamo anni fa. Il “paziente informato” è tale quando ha avuto accesso a informazioni corrette, precise, fondate e comprensibili. Di solito solo fonti accreditate, come gli opuscoli creati *ad hoc* per il paziente (la nostra struttura ne vanta alcune decine), oppure le società scientifiche o i siti creati da associazioni di pazienti, sono affidabili. Sul web si trova molta pubblicità, molta informazione che di fatto è marketing, accanto ad articoli che riportano esperienze cliniche interessanti, ma che solo chi ha una formazione medica può vagliare e apprezzare. Serve molta pazienza con questo tipo di pazienti e con i loro accompagnatori, spesso più aggressivi del paziente stesso; la caccia al medico, che è capace di dare il trattamento più moderno, quello pubblicizzato come l'ultimo ritrovato della Medicina di oggi, è palese e richiede di essere affrontata con atteggiamento pacato e comprensivo a maggior ragione quando ci si rende conto di essere l'ultimo di una serie di specialisti consultati nel giro di poche settimane e/o quando

si tratta di complicanze o di risultati insoddisfacenti di pregressi trattamenti.

Il paziente e la sua privacy. La recente legge 219 (GU n.12 del 16-1-2018) ha precisato che tocca al paziente definire chi sono le persone che possono e devono essere informate sul suo stato di salute; eventualmente nessuna, per cui l'unico interlocutore del medico sarà il paziente stesso. Si tratta di situazione non facili, in cui per rispettare la volontà del paziente si deve abilmente evitare di dare informazioni a parenti ed amici o sedicenti tali... a molti di noi è capitato di trovarsi in situazioni molto spiacevoli per aver rifiutato di dare informazioni telefoniche o di dare conto del decorso ospedaliero di un paziente a una persona che si è qualificata come familiare, ma non coincide con la persona indicata nell'apposito modulo allegato alla cartella clinica. Ancor più spiacevole se si deroga a quanto stabilito dal paziente e si danno informazioni a persone che poi ne fanno un uso non consono: ex coniugi che si trovano a litigare nella stanza di ospedale, intervento di legali per affari di famiglia, eccetera. Al di là degli aspetti legali, oggi ben definiti dalla legge, a livello umano ci si trova in circostanze davvero spiacevoli.

La famiglia che non c'è, a volte. Un aspetto che senz'altro si è modificato negli ultimi decenni è il contesto familiare del paziente. Mentre anni fa a ogni paziente corrispondeva una famiglia più o meno numerosa e a volte difficile da contenere, oggi la famiglia è una presenza esile, poco rappresentata. È esperienza comune trovarsi davanti anziani che vengono in ambulatorio soli senza essere accompagnati da figli o nipoti che spesso non esistono; la dimissione di alcuni pazienti va programmata già dal momento del ricovero, per poter attivare servizi sociali e socio assistenziali che vicarino la presenza e l'assistenza di familiari spesso assenti o lontani. È chiaro che se a livello tecnico può avere più efficacia l'intervento di una equipe specializzata in assistenza domiciliare, a livello umano la presenza affettuosa di un familiare ha tutt'altro peso. Come la pandemia in corso ci ha insegnato, gli operatori sanitari a volte devono supportare il paziente, assumendo in parte il ruolo del familiare che non c'è, o che è lontano. È chiaro che non si tratta di un ruolo stabile, ma solo di una vicinanza umana che non si può negare a chi è malato e che non fa parte in senso stretto dei doveri professionali; tuttavia per chi lavora al Campus Bio-Medico riecheggiano le parole di mons. Del Portillo, quando ci invitava a coltivare la nostra umanità per comunicarla con spirito di servizio, eccedendo nella carità la misura di ciò che è strettamente dovuto.

Il paziente che è grato delle cure avute ma ci chiede un risarcimento. Il contenzioso sanitario cresce, è sempre più frequente che un paziente chieda risarcimento per danni legati a qualcosa che non è andato bene o che sembra non essere andato a buon fine nell'episodio di cura. Complicanze, certamente, in qualche caso prevenibili, ma spesso inevitabili e non legate a errori diagnostici o terapeutici; eventi avversi come una caduta o lo smarrimento di un oggetto o di un referto; insoddisfazione per le cure ricevute, per un rapporto

medico-paziente o infermiere-paziente, da cui ci si aspettava di più; le fattispecie sono infinite o quasi. Capita anche – riporto un fatto realmente accaduto – che un paziente che, ringrazia al momento della dimissione presentandosi con un vassoio di dolci alla visita di controllo, invii poco tempo dopo una richiesta di risarcimento, facendo riferimento ad aspetti irrilevanti del decorso clinico. Davanti alla sconcerto di sanitari, in occasione di una ulteriore visita di controllo, risponde candidamente “non ce l’ho con voi, anzi; ma se posso ricavarci del denaro mi fa comodo”. Purtroppo il rapporto con i pazienti conosce da alcuni anni un risvolto davvero spiacevole e poco prevedibile, dovuto in buona parte all’azione di professionisti che suggeriscono di fare richiesta di risarcimento fondandosi su minimi particolari (esaminando una cartella clinica si troverà sempre una imprecisione o un errore di trascrizione o un’omissione privi di significato clinico); è evidente che questa prassi crea nei sanitari un senso di ritrosia, di difesa preventiva che oggi viene etichettata come “medicina difensiva” e si esprime in una grande cautela nel rapporto con il paziente, nell’impiego esagerato di mezzi diagnostici “così che non si possa dire che qualcosa è stato omesso” con l’unico risultato di avvelenare i rapporti e far aumentare la spesa sanitaria, senza vantaggio per la salute del paziente (Sonal Sekhar, 2013). Tema ignoto fino a un paio di decenni or sono è adesso una situazione vissuta da molti colleghi come un incubo e che davvero allontana la serenità necessaria nella vita professionale di un operatore sanitario, che, invece di concentrarsi sul benessere del paziente, deve continuamente verificare di essere inattaccabile nelle proprie azioni e decisioni. È stancante questo modo di lavorare ed è molto lontano dallo stile di apertura e alleanza terapeutica che da sempre il nostro Policlinico ha cercato di coltivare. Oggi ancor più di prima nella formazione degli studenti cerchiamo di far comprendere che la cura del rapporto interpersonale è fondamentale, accanto a una professionalità (Virshup et al., 1999) matura e integra nei valori fondanti. L’etica del lavoro ben fatto (Tambone e Ghilardi, 2020), che è uno dei temi di fondo della nostra idealità, è allo stesso tempo una garanzia contro gli attacchi del contenzioso capzioso e un elemento di tranquillità per la coscienza del singolo operatore. Per questo è uno dei temi della formazione permanente che viene offerta a tutto il personale del Policlinico.

Il paziente prevenuto perché legge nei media le notizie sulla “malasanità”. Purtroppo i media non aiutano a diffondere un clima di fiducia e di collaborazione nell’ambito sanitario, molto spesso le persone si fanno influenzare e arrivano prevenute e diffidenti, pronte a contrastare situazioni di “malasanità” che già prevedono di subire. Mi sembra che il nostro Policlinico universitario sia impegnato su due fronti: quello di un comportamento umanamente e professionalmente ineccepibile, plasmato sui principi di una professionalità al servizio del paziente, dell’etica del lavoro ben fatto e dello spirito di servizio vissuto in un’ottica cristiana; D’altro canto, c’è lo sforzo di far conoscere ciò che di buono si fa e si

può fare, per restituire fiducia al pubblico e far notare che il bene esiste, pur con tutte le limitazioni dell’azione umana, e che è possibile avere una visione ottimistica, realistica e positiva dell’operato e dell’ambiente sanitario. Non è questione di propagandare l’infallibilità della scienza, che non esiste, o di fare marketing per incrementare il fatturato del Policlinico (che peraltro lavora nei limiti posti dagli accordi con la Regione Lazio); si tratta di un’azione di risanamento della mentalità, della cultura, in un sano equilibrio tra realismo e capacità di vedere il bene che esiste.

La più recente sfida: la pandemia COVID-19. La pandemia tuttora in corso rappresenta forse la maggiore discontinuità fino a oggi riscontrata nell’evoluzione della medicina e in particolare del rapporto operatore sanitario-paziente. Mai era accaduto di mettere e mantenere in isolamento un numero così grande di pazienti, di creare tanti reparti completamente isolati dal resto dell’ospedale e dal mondo esterno, di dedicare interi ospedali a una unica finalità terapeutica e con un tipo di organizzazione così particolare. Anche negli scenari ipotizzati, che ogni ospedale ha codificato, di “massiccio afflusso” di pazienti o di “afflusso di pazienti infetti” l’entità del problema è sempre stimata di forte impatto ma non così dirompente. Ci siamo trovati con due mondi paralleli: il mondo dei reparti COVID – ognuno isolato, blindato, con un certo numero definito di pazienti e di operatori afferenti – e il mondo esterno – altrettanto blindato, in lockdown, chiuso nelle case e in pochi altri ambienti autorizzati. Nei reparti COVID entra solo il personale, non ci sono visite di familiari; al telefono è affidato il sottile filo comunicativo con chi è all’esterno, tra le attività del medico si è inserita la sessione delle telefonate ai parenti, un succedaneo dell’orario di colloquio a cui eravamo abituati. Senz’altro la sensibilità personale conta molto, ma serve anche un buon training per riuscire a comunicare nel modo migliore, preciso ma non freddo, oggettivo ma empatico, quando si sta parlando di malati in condizioni critiche o che evolvono in modo negativo. Medici e infermieri hanno dovuto imparare anzitutto un nuovo modo di comunicare col paziente, una modalità che riuscisse ad attraversare le barriere della tuta, della visiera, della mascherina, dei doppi guanti; e poi imparare a dare notizie, buone e cattive, senza poter contare sul contatto diretto con l’interlocutore, almeno un contatto visivo, che aiutasse anche a capire l’efficacia della comunicazione e gli effetti suscitati a livello emotivo e razionale. Sicuramente chi aveva già alle spalle un’abitudine positiva al colloquio, a cercare il contatto interpersonale in tutte le circostanze, a creare volutamente un buon rapporto col paziente e con il familiare, si è trovato agevolato nella difficilissima nuova situazione. Tra l’altro l’essere “mascherato” – e quindi poter mascherare le proprie reazioni davanti al paziente o ai colleghi – è simmetrico all’essere aggredito dal quotidiano incontro con storie cliniche rapidamente evolutive, un’esperienza che segna la vita professionale e personale. La creatività di chi mette in gioco il cuore oltre alla testa in queste situazioni ha dato vita a mille espedienti e

soluzioni per creare e mantenere il rapporto con il paziente e tra paziente e famiglia: senz'altro si è riscoperto il valore del "toccare" come mezzo per esprimere vicinanza, condivisione, sostegno; si sono usati i mezzi tecnologici più vari e nei modi più diversi, nel nostro COVID center l'uso dello smartphone e dei tablet è stato molto ampio sia per mantenere il contatto con i familiari che per "portare" all'interno eventi come sessioni di musicoterapia, di musica, di spiritualità; colpisce, nei nostri reparti COVID, l'abbondanza di fotografie e di disegni spesso infantili, un modo di star vicino ai nonni o agli amici; registrazioni di voci e canzoni, di racconti di famiglia; molto altro si potrebbe elencare. È auspicabile che alcune di queste esperienze possano continuare anche a fine pandemia, come espressione di vie di comunicazione aggiuntive a quelle che tradizionalmente vengono utilizzate, per rendere sempre più accettabile la degenza in ospedale.

La scelta vincente dell'accreditamento internazionale *Joint Commission International* (JCI) e la formazione continua su qualità e sicurezza. Pur coltivando fin dai primi giorni della sua esistenza il principio dell'etica del lavoro ben fatto, come presupposto per un lavoro eticamente buono, non per nulla si afferma *bad science, bad ethics*, la nostra istituzione ha sentito il bisogno di misurarsi su standard esterni, non autoreferenziali, e su standard molto elevati. Questo ha il vantaggio di mantenere alta la tensione al miglioramento continuo e di contrastare la comune, umana tendenza ad abbassare l'asticella col trascorrere del tempo, accontentandosi dei risultati e del livello raggiunti. Molto opportunamente negli anni 2010-2012 si è deciso di affrontare la sfida dell'acquisizione dell'accreditamento internazionale JCI, un accreditamento per ospedali universitari che si basa su circa 1300 standard che riguardano ogni aspetto della vita clinica, dalla procedura per acquistare i farmaci al controllo delle derrate alimentari, alla verifica dell'adesione ai protocolli clinici di prevenzione delle infezioni. In Italia gli ospedali accreditati non sono numerosi e a Roma il Policlinico UCBM è l'unico a potersi fregiare di questo titolo, che rappresenta un biglietto da visita importante non solo per il mercato internazionale, ma anche per stringere rapporti con enti di ricerca per i trials clinici e per poter dimostrare un livello molto elevato di attenzione alla prevenzione degli incidenti e degli errori nell'ambito clinico. Il livello di sicurezza e qualità dell'assistenza è molto elevato negli ospedali accreditati JCI e questo

genera una serie di conseguenza pratiche: formazione permanente per il personale su Qualità e Sicurezza dell'assistenza, formazione degli studenti futuri medici e infermieri su questi stessi temi, attenzione al paziente e formazione anche per pazienti e familiari che sono presenti e partecipi dell'ambiente del Policlinico, una mobilitazione continua e sempre rinnovata per affrontare le sfide che l'evolversi della medicina e i mutamenti sociali propongono. In qualche modo, i principi di JCI coincidono in parte con i valori dell'Università Campus Bio-Medico, che però hanno in più la linfa vivificante della visione cristiana del mondo e della persona umana.

Bibliografia

- Del Portillo A. *Omelia della Messa per l'inaugurazione del primo anno accademico dell'Università Campus Bio-Medico di Roma* (https://www.unicampus.it/documents/OMELIA_Don_Alvaro_UCBM_1993.pdf, consultato il 9/4/2021).
- Härter M. *It's time for shared decision making and person-centred care*. *The Patient* 2020;13:643-644.
- Joint Commission International (JCI). *JCI Accreditation standards for hospitals*, 2020.
- Kaba R, Sooriakumaran P. *The evolution of the doctor-patient relationship*. *Int J Surg* 2007;5:57-65.
- Legge 219 del 2017: *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*. GU n.12 del 16-1-2018.
- Means JH. *Evolution of the doctor-patient relationship*. *Bull NY Acad Med* 1953;29:725-732.
- Navarro Valls J. *Paziente o Persona? Spunti di riflessione*. In: Alloni R, Ed. *Qualità e sicurezza nel lavoro clinico*. Parte III 2015;177-186.
- Rinaldi C, D'Alleva A, Leigheb F, et al. *Defensive practices among non-medical health professionals: an overview of the scientific literature*. *J Healthc Qual Res* 2019;34:97-108.
- Sahin AN, Sahin A S, Schewenter F, et al. *You Tube videos as a source of information on colorectal cancer: what do our patients learn?* *J Cancer Educ* 2019;34:1160-1166.
- Skirbekk H, Middelthon AL, Hjortdahl P, et al. *Mandates of trust in the doctor-patient relationship*. *Qual Health Res* 2011;21:1182-190.
- Sonal Sekhar M, Vyas N. *Defensive medicine: a bane to healthcare*. *Ann Med Health Sci Res* 2013;3:295-296.
- Tambone V, Ghilardi G. *Philosophy and deontology of medical practice. Ethics of the job well done in bio-medical sciences*. Roma: SEU 2020.
- Virshup BB, Oppenberg AA, Coleman MM. *Strategic risk management: reducing malpractice claims through more effective patient-doctor communication*. *Am J Med Qual* 1999;14:153-159.

Il consenso informato tra mito e realtà: riflessioni su un percorso trentennale

Informed consent between myth and reality: reflections on a thirty years route

GIUSEPPE LA MONACA

Università Campus Bio-Medico di Roma

Negli ultimi decenni il paziente ha assunto una posizione sempre più rilevante nell’attività medica ed è stato dato grande rilievo al principio del consenso ai trattamenti sanitari, tanto nella giurisprudenza, quanto nella pubblicistica giuridica e medica e nella stessa attività assistenziale. Peraltro una interpretazione eccessivamente dogmatica del problema, fondata sulla concezione del consenso informato come presupposto imprescindibile di liceità dei trattamenti sanitari, ha portato a pericolose distorsioni, incrinando il rapporto fiduciario tra medico e paziente e inducendo atteggiamenti sempre più frequenti di medicina difensiva da parte dei sanitari.

Partendo da tali presupposti, e alla luce della nuova disciplina introdotta dalla Legge 219/2017, l’autore riesamina in modo critico il percorso compiuto e le problematiche tuttora insolte che investono la disponibilità di beni quali la vita e la salute, la posizione di garanzia del medico, il carattere vincolante o meno della volontà del paziente che rifiuti trattamenti salvavita.

Al di là dunque del passo avanti compiuto con la pubblicazione di una legge che ha colmato un vuoto normativo, la questione del consenso informato appare tutt’altro che vicina a una definitiva soluzione ed è attendibile che anche in futuro resti oggetto di vertenze giudiziarie. L’auspicio è semmai che la legge sia da stimolo per recuperare e valorizzare la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico.

Parole chiave: Consenso, informazione, trattamento sanitario

In recent decades, the patient has assumed a more central position in medicine and therefore great importance has been given to the principle of consent to medical treatments both in jurisprudence and in legal and medical publications as well as in health care. Moreover, an overly dogmatic approach to the problem, presenting informed consent as an absolute prerequisite for the lawfulness of medical treatment, has led to dangerous distortions and to a deterioration in the fiduciary relationship between doctor and patient, encouraging somehow defensive medicine.

Starting from these considerations and taking into account the new regulation introduced with the Law n. 219/2017, the author critically reviews the path taken and the problems still unsolved, concerning the availability of goods, such as life and health, the physician’s role as guarantor and the binding nature of the patient’s decision to refuse life-saving treatments.

Therefore, beyond the step forward made with the publication of a law that has filled a regulatory gap, the issue of informed consent is far from close to a final solution and it will probably remain in the future a matter for legal disputes. The hope is rather that the new law will stimulate to recover and enhance the relationship of care and trust between patient and doctor.

Key words: Consent, information, medical treatment

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof. Giuseppe La Monaca
Università Campus Bio-Medico di Roma
Via Álvaro del Portillo 21, 00128 Roma
e-mail: g.lamonaca@unicampus.it



OPEN ACCESS © Copyright by Pacini Editore Srl

Era il 1992 quando il tema del consenso informato deflagrò nella giurisprudenza italiana con una sentenza pronunciata dalla Corte di Cassazione (Cass. Pen. Sez. IV, n. 5639 del 13 maggio 1992), nella quale si confermava la condanna di un chirurgo per omicidio preterintenzionale per aver attuato un trattamento a fronte del dissenso del paziente, cui era infine conseguito un esito infausto.

Detta sentenza, destinata a suscitare clamore e ad alimentare dissensi e critiche nello stesso ambito giudiziario, con la sua interpretazione dogmatica del consenso, quale fondamento assoluto e inderogabile di legittimità dell'atto medico, segnava di fatto un solco netto tra gli elevati principi giuridici, ma anche deontologici, alla base della dottrina del consenso informato e la sua applicazione corrente in sede giudiziaria e nella prassi assistenziale. Da quel momento infatti sarebbero stati privilegiati aspetti di rigore formale a scapito della valorizzazione della dimensione relazionale e comunicativa pur essenziale nelle cure mediche. Insomma, come lucidamente sottolineava la stessa Cassazione in una successiva sentenza del 2002 (Cass. Pen. Sez. I, n. 26446 del 29 maggio 2002), il consenso da straordinaria opportunità per una concreta alleanza terapeutica tra medico e paziente veniva spesso svilito a strumento di medicina difensiva, da una parte, e ad argomentazione legale più o meno fondata da addurre in un contenzioso, dall'altra.

Eppure il tema del diritto di informazione e di autodeterminazione del paziente rispetto alle cure ha una genesi ben antecedente alla giurisprudenza italiana degli anni Novanta del secolo scorso e una storia del tutto autonoma rispetto a essa. Rimanda infatti a questioni etiche con cui la medicina, sin dagli albori del suo strutturarsi come disciplina scientifica, si è dovuta necessariamente confrontare. Del resto già Platone nel libro IV del dialogo sulle Leggi sottolineava la prerogativa degli uomini liberi (analoga opportunità non veniva riconosciuta agli schiavi) di essere messi a conoscenza della diagnosi e di non ricevere alcuna prescrizione medica, prima di essere stati convinti (La Monaca et al., 2005). Detti temi erano stati inoltre affrontati già dalle prime versioni di codici deontologici introdotte nel nostro Paese (vedasi il "Codice di Etica e di Deontologia" dell'Ordine dei Medici della provincia di Sassari del 1903 o la versione del Codice Deontologico edita nel 1948). Peraltro nelle più recenti versioni del Codice di Deontologia Medica, fino a quella vigente risalente al 2014, è stato destinato un separato articolo al dovere di informazione del paziente, a sottolineare la rilevanza di tale aspetto e la sua autonoma dignità.

Sappiamo d'altra parte che la dottrina del consenso informato, che segna di fatto il superamento della visione paternalistica della medicina e della figura del medico, sostiene la necessità di tenere distinti due diversi livelli: da un lato la possibilità tecnica professionale (del medico) di prestare cure, basata sulla migliore scienza ed esperienza del momento; dall'altro l'"autorità" necessaria al fine di legittimare la concreta applicazione dei trattamenti disponibili, che solo il

paziente può attribuire al medico attraverso la manifestazione del proprio consenso (La Monaca et al., 2010). Essa trova il suo fondamento giuridico nel nostro ordinamento nella Carta Costituzionale, laddove viene sancita l'inviolabilità della libertà personale (anche rispetto ai trattamenti sanitari) e l'impossibilità di obbligare alcuno a un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di legge, in quell'art. 32 che, peraltro, definisce la salute "fondamentale diritto dell'individuo", ma al tempo stesso e indissolubilmente "interesse della collettività", in un equilibrato bilanciamento tra quei principi, personalistico e solidaristico, che ispirano la nostra Costituzione.

Per molto tempo tuttavia la suddetta dottrina, seppur oggetto di pronunce giurisprudenziali (con frequenza crescente con il passare degli anni) e di sempre maggiore attenzione nella pubblicistica giuridica e medica, ha sofferto della mancanza di una regolamentazione normativa di carattere generale, se si escludono le specifiche disposizioni introdotte per determinate attività sanitarie (trasfusioni di sangue ed emoderivati, sperimentazioni cliniche, trapianti d'organo).

Ciò ha fatto sì che la complessa materia venisse a lungo regolamentata per l'appunto dalla giurisprudenza e in particolare dai pronunciamenti dei più autorevoli organi giurisdizionali quali la Corte di Cassazione e la Corte Costituzionale, con orientamenti non sempre chiari e uniformi. Ne è conseguita una condizione di obiettiva incertezza nella classe medica che ha indotto Fiori a parlare di una medicina dell'obbedienza giurisprudenziale, soggetta di volta in volta alle variegate e mutevoli posizioni del cosiddetto "diritto vivente" (Fiori, 2007; Fiori e Marchetti, 2009). Questo, nel corso degli anni, ha da un lato più volte ribadito il principio di autolegittimazione della attività medica, fondata sulla finalità che le è propria di tutela della salute quale bene costituzionalmente garantito (cfr. Cass. S.U. Penali n. 2437 del 21 gennaio 2009), dall'altro ha confermato a più riprese l'illiceità di un trattamento attuato a fronte di un (provato) dissenso del paziente, fosse pure realizzato a regola d'arte e con esito favorevole.

Diversi giuristi, d'altra parte, hanno affrontato il tema del consenso ai trattamenti sanitari e dei suoi requisiti di validità segnalando, in particolare, come esso debba essere personale, attuale, specifico (ovvero richiesto e acquisito in relazione a un ben determinato trattamento e non in forma generica), manifesto (dove l'esigenza di documentazione del consenso acquisito) e libero (cioè non soltanto non estorto mediante costrizione, ma anche non condizionato da una informazione fuorviante o incompleta) (Bilancetti, 2001). Ci si è interrogati inoltre sui presupposti di liceità dell'atto medico e se essa possa essere esclusivamente fondata sul principio del consenso – inteso alla stregua di una manifestazione di volontà con la quale si conferisce ad altri la facoltà di intervenire nella sfera dei propri interessi personali – registrando al riguardo anche autorevoli voci di dissenso volte a sottolineare tanto l'insufficienza di tale criterio, quanto il fatto che la vita e la

salute siano beni non negoziabili e la posizione di garanzia del medico possa attivarsi anche oltre i contenuti della volontà del paziente (Iadecola, 1998; Barbuto, 2003).

Particolare attenzione è stata infine rivolta in dottrina, non solo in ambito giuridico, ma anche sul versante della medicina legale e della bioetica (La Monaca et al., 2005), al tema della ampiezza e completezza della informazione al paziente, propedeutica o meno all'acquisizione del consenso a un determinato trattamento sanitario e, in tale seconda eventualità, doverosamente estesa anche alle eventuali alternative al trattamento proposto, con i correlati limiti e vantaggi.

Le recente Legge n. 219 del 22 dicembre 2017, come auspicato da molti, è intervenuta a sanare la suddetta lacuna normativa, fornendo una regolamentazione a valenza generale del tema del consenso ai trattamenti sanitari e contestualmente introducendo nel nostro ordinamento l'istituto delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT).

La legge, come noto, dà opportunamente risalto al dovere di informazione e prevede che il consenso ai trattamenti sanitari debba essere acquisito in modo documentato (in forma scritta o mediante ricorso a videoregistrazioni) e che nessun trattamento sanitario possa essere intrapreso o anche meramente proseguito in assenza di un consenso libero e informato da parte del paziente, anche nel caso di trattamenti necessari ai fini della sopravvivenza (cosiddetti trattamenti salvavita).

Nell'art. 1, comma 3, viene persino prevista, in apparente deroga al principio della personalità del consenso ai trattamenti sanitari, la possibilità che il paziente deleghi altra persona non solo a ricevere informazioni, ma anche a esprimere il consenso in sua vece.

Nella nuova disciplina normativa l'idratazione e l'alimentazione artificiale, intese come "somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici", vengono equiparate a trattamenti sanitari – piuttosto che essere considerate misure di sostentamento ordinario di base – e come tali possono essere oggetto di una vincolante manifestazione di volontà da parte del paziente, del suo rappresentante legale o del suo fiduciario. Al riguardo non si può tuttavia non rilevare che un conto è, ad esempio, il rifiuto da parte del paziente di una chemioterapia, lasciando che una malattia tumorale faccia il suo corso, un conto è invece provocarne la morte interrompendo la somministrazione di acqua e alimenti: in questo secondo caso, infatti, il paziente non muore per il decorso naturale della sua malattia, bensì sostanzialmente di fame e di sete.

Tale aspetto è d'altra parte centrale per tutti quei casi di pazienti terminali o con malattie croniche irreversibili (prevalentemente di tipo neurologico) che li rendano dipendenti dall'altrui assistenza, per i quali si è per l'appunto inteso prevedere una possibilità di esercizio (diretto o mediato da terzi) del diritto all'autodeterminazione fino all'estremo della decisione di interruzione dell'alimentazione e dell'idratazione, equivalente di fatto a una scelta eutanasica. Non è quindi un

caso che il consenso informato diventi vincolante, per legge, non soltanto per iniziare un trattamento, ma anche per proseguire delle cure che sono già in atto, quali i supporti rianimatori e nutrizionali erogati a tale categoria di pazienti.

Non deve perciò sorprendere che la Corte Costituzionale nella sentenza n. 242 del 2019, in cui è stata dichiarata l'illegittimità costituzionale dell'art. 80 c.p. nella parte in cui non esclude la punibilità di chi agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, affermi che "la decisione di accogliere la morte potrebbe essere già presa dal malato, sulla base della legislazione vigente, con effetti vincolanti nei confronti dei terzi, a mezzo della richiesta di interruzione dei trattamenti di sostegno vitale in atto e di contestuale sottoposizione a sedazione profonda continua", facendo esplicitamente riferimento a quanto disposto nella Legge n. 219 del 2017 (artt. 1 e 2).

La legge in oggetto prevede dunque che il medico debba rispettare la volontà del paziente anche in caso di rifiuto di trattamenti salvavita. Può esimersi dall'assecondare il paziente solo quando questi esiga trattamenti sanitari contrari alla legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali: ma tale possibilità non sembra riguardare i casi più delicati e controversi in cui il paziente invero non esige alcun trattamento, ma semmai rifiuta quello proposto e ritenuto necessario da parte del medico.

Al comma 6 dell'art. 1 viene peraltro precisato che il medico che rispetta la volontà del paziente di rifiutare un determinato trattamento, astenendosi dal praticarlo, "è esente da responsabilità civile o penale". Tale formula perentoria intende rassicurare il medico dinanzi al rischio di essere chiamato un domani a rispondere delle conseguenze del mancato trattamento. Personalmente tuttavia dubito che essa, a fronte della inattuazione di trattamenti salvavita, possa rappresentare una garanzia assoluta per il sanitario che lo metta al riparo da eventuali giudicati in controtendenza con il dispositivo della legge, i quali potrebbero pur sempre far leva tanto sulla posizione di garanzia del medico (Anzilotti, 2013), quanto sugli effetti causali della condotta (omissiva) del sanitario. In tali evenienze, infatti, non è in ballo solo il riconoscimento della sussistenza o meno del diritto di morire da parte di un paziente attraverso il rifiuto delle cure opportune, ma anche la possibilità di esercitare tale eventuale diritto dopo il coinvolgimento professionale del medico, che ha per proprio conto precisi doveri conferitigli dall'ordinamento giuridico (Fiori e Marchetti, 2009), oltre che sul piano deontologico, tenuto conto per di più che l'omissione di trattamenti sanitari necessari per la sopravvivenza potrebbe senza dubbio configurare, perlomeno sul terreno meramente naturalistico, un fattore concorrente nella produzione della morte del paziente (La Monaca et al., 2005).

Al di là dunque del passo avanti compiuto con la pubblicazione di una legge di riferimento, la questione del consenso

informato appare tutt'altro che vicina a una definitiva soluzione ed è attendibile che anche in futuro, come nel presente, resti oggetto di vertenze giudiziarie sia in ambito penale quanto soprattutto in sede civile, dove l'asserita incompletezza delle informazioni ricevute prima di fornire il consenso a un trattamento sanitario, connotatosi poi per un esito insoddisfacente, è spesso presupposto per richieste risarcitorie, tanto più in carenza di prove riguardo a errori tecnici da parte del medico; e dove, ancora oggi nel regime della Legge 24/2017, si deve ritenere che spetti sempre al medico l'onere probatorio in materia di completezza della informazione fornita al paziente e quindi di validità del consenso acquisito (Marchetti et al., 2019).

La dottrina del consenso informato investe del resto questioni complesse e molto più ampie che vanno dalla disponibilità dei beni cosiddetti personalissimi dell'individuo, ai fondamenti, di cui si è accennato, di legittimità dell'atto medico e ai confini, a volte labili, tra doverosità e arbitarietà della cura: questioni che pertanto impongono una più approfondita riflessione sul piano giuridico, che vada oltre i rigidi binari dell'attuale dettato normativo e non stravolga l'essenza stessa della professione medica.

Parallelamente dal punto di vista medico, se, come afferma la Legge 219/2017 (art. 1, comma 2), si intende davvero promuovere e valorizzare la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico, fondandola (anche, ma non esclusivamente) su una corretta informazione e acquisizione del consenso al trattamento, occorre necessariamente ripensare le modalità di erogazione dell'assistenza, affinché abbia tratti più

umani e meno impersonali e, come auspica la stessa Legge, il tempo della comunicazione tra medico e paziente possa tornare a essere autenticamente tempo di cura.

Bibliografia

- Anzilotti S. *La posizione di garanzia del medico*. Milano: Giuffrè 2013.
- Barbuto G. *Alcune considerazioni in tema di consenso dell'avente diritto e trattamento medico chirurgico*. Cassazione Penale 2003, 43:327.
- Bilancetti M. *La responsabilità penale e civile del medico*. Padova: CEDAM 2001, pp. 301-344.
- Fiori A, Marchetti D. *Medicina legale della responsabilità medica. Nuovi profili*. Milano: Giuffrè 2009.
- Fiori A. *La medicina delle evidenze e delle scelte sta declinando verso la medicina della obbedienza giurisprudenziale?* Rivista Italiana di Medicina Legale 2007;29:925.
- Iadecola G. *La responsabilità penale del medico tra posizione di garanzia e rispetto della volontà del paziente*. Cassazione Penale 1998;38:953.
- La Monaca G, Sartea C, Anzilotti S. *Tra autonomia professionale e autonomia del paziente: discrezionalità nelle scelte terapeutiche e posizioni di garanzia. Limiti e doveri del medico alla luce dei più recenti orientamenti giurisprudenziali*. Il Diritto di Famiglia e delle Persone 2010;3:1391-1412.
- La Monaca G, Tambone V, Zingaro N, et al. *L'informazione nel rapporto medico-paziente*. Milano: Giuffrè 2005.
- Marchetti D, Sgarbi I, Feola A, et al. *Il risarcimento della violazione del consenso informato nella giurisprudenza del Tribunale Civile di Roma (anni 2012-2016)*. Rivista Italiana di Medicina Legale e del Diritto in Campo Sanitario 2019;2:601-619.

QUADERNO

“LA RIVISTA MEDIC: TRENT’ANNI DI MEDICAL HUMANITIES”
“THE JOURNAL MEDIC: THIRTY YEARS OF MEDICAL HUMANITIES”

Etica della cura e pensiero femminile

Ethics of care and feminine thinking

PAOLA RICCI SINDONI

Università degli Studi di Messina

L'intenso dibattito, che ha attraversato tutto il Novecento, è a tutt'oggi soppiantato – almeno in parte – dalle declinazioni postmoderne dei *Gender studies* e dalle derive nichiliste del post umano. Anche alla luce delle pratiche proprie dell'etica della cura in questo tempo pandemico, è necessario andare “oltre il femminismo” nell'abbandono di strutture culturali ormai obsolete. Strategico, sul piano scientifico e culturale, è ricostruire uno spazio del pensiero, capace di riconvertire le teorie femministe con il paradigma del “pensiero al femminile”. A tal fine può risultare istruttivo presentare, per cogliere la parentela fra etica della cura e pensiero femminile, tre figure di donne: Cicely Saunders, Rita Charon e Jeanne Tronto, che sono state capaci di riconvertire la medicina, colta non come modello clinico di difesa e di tutela, ma come progetto innovativo con un alto tasso di predittività.

Parole chiave: Etica della cura, pensiero femminile, medicina narrativa, cure palliative, Cicely Saunders, Rita Charon, Jeanne Tronto

The lively debate, running through the whole of the twentieth century, has been replaced – at least in part – by the most recent declination of postmodern gender studies and by the nihilistic drifts of post-human criticism.

Bearing in mind the ethics of care practices, specific of these pandemic times, it is necessary to go “beyond feminism”, and abandon these, by now outdated, cultural structures. The need to create a space of thought, capable of transforming feminist theories with the paradigm of “feminine thinking”, is strategic, on a scientific and cultural level as well.

In order to grasp the relationship between the ethics of care and feminine thinking it may be instructive to present the figures of three women who have been able to reconvert medicine, not just considered as a clinical model of defense and protection, but as an innovative project with a high predictive rate, namely: Cicely Saunders, Rita Charon e Jeanne Tronto.

Key words: Ethics of care, feminine thinking, narrative medicine, palliative care, Cicely Saunders, Rita Charon, Jeanne Tronto

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof.ssa Paola Ricci Sindoni
Università degli Studi di Messina
Piazza Pugliatti 1, 98122 Messina
e-mail: paola.ricci@unime.it



OPEN ACCESS © Copyright by Pacini Editore Srl

Forse mai, come in questo difficile tempo di pandemia da COVID-19, la medicina clinica ha dovuto sopportare il peso della sua fragilità epistemologica, dal momento che, nella difficoltà a padroneggiarne le cause, ha avuto l'obbligo di fornire in tempi rapidi una risposta sanitaria corretta a fronte di risorse insufficienti e di conseguenti dilemmi etici. Vicina alle problematiche della cosiddetta "medicina delle catastrofi", si è trovata a fronteggiare non solo l'alto numero dei pazienti gravi da sottoporre alla terapia intensiva, ma alla incertezza delle cure e alla penuria delle strutture sanitarie (Wildes, 1995).

La prevalente ospedalizzazione di questa patologia virale sconosciuta ha accresciuto i dilemmi morali, simbolicamente acuiti dai luoghi del *triage*, dove molto spesso l'azione medica non è stata solo quella di scegliere i reparti all'interno dei quali ricoverare i malati secondo il loro grado di gravità, ma anche di stabilire la priorità del trattamento in assenza di risorse immediatamente disponibili per tutti i malati.

Se con la classica formulazione di Robert Koch¹ si era trovato l'esito favorevole per alcune malattie infettive attraverso un preciso rapporto di causalità, di fronte al COVID ci si è dovuti arrendere alla pratica dei cosiddetti "fattori a rischio", così da studiare quali elementi dei comportamenti individuali e quelli della vita sociale potevano influire sulla diffusione di questo quadro patologico. La medicina è diventata così una sorta di potente "magistratura" del nostro tempo, dal momento che molte decisioni relative alla vita personale e sociale sono dipese da valutazioni tecnico-scientifiche dei cosiddetti esperti. In presenza di quadri patologici tanto numerosi e simili, quanto difficilmente curabili ci si è perciò affidati, secondo il principio bioetico di precauzione, ad applicare misure preventive, così da controllare e modificare i comportamenti dei singoli e dei gruppi sociali.

Ancora una volta e in un periodo storico entro cui i progressi della medicina e dei suoi apparati tecnico diagnostici sembravano garantire – a partire dal Novecento – un fondato ottimismo terapeutico e in cui i medici parevano gli assoluti padroni della scena curativa, è venuto a riproporsi il dramma dell'impotenza costitutiva della medicina, percepita dall'opinione pubblica come incerta e inquieta, soprattutto nei dibattiti massmediali dei medici e dei ricercatori, talvolta in conflitto fra di loro sui metodi curativi e sulla etiologia della malattia.

Da qui la necessità di indagare più a fondo sulla natura e la forma della razionalità in medicina, sino a poco tempo fa ritenuta dalla cultura diffusiva come l'unica espressione di verità, a fronte delle interpretazioni di altre forme di razionalità, come quella artistica, culturale, religiosa ... Di fronte ai dubbi sull'efficacia del modello causalistico e su di una razionalità "chiara e distinta", ci si interroga oggi sui nuovi

modelli clinici e sui metodi da costruire per individuare nuovi percorsi e procedure alternative di fronte alla aggressione violenta di patologie ignote.

Eppure, immersi da questa onda pandemica, i medici e gli operatori sanitari, talvolta impreparati e confusi sul piano terapeutico, sono riusciti a produrre una generosa spinta di solidarietà verso i loro pazienti, attuando con energia e spirito di sacrificio le buone pratiche dell'"etica della cura" attraverso la valorizzazione della dimensione empatica e sentimentale della vita morale, sviluppando sui loro malati, privati degli affetti familiari e paralizzati dalla paura, forme di attenzione e di interesse, ricreando relazioni di fiducia, secondo quei paradigmi delle virtù, proprie delle *care ethics* (Olianti, 2020).

In tale confortante scenario, che ha sollecitato la gratitudine e l'affetto delle istituzioni e dei singoli cittadini, sia il personale maschile che quello femminile si è fuso nel sacrificio di turni massacranti, e di fronte al dispendio delle energie fisiche e psicologiche si sono prodigati sino all'estrema offerta di sé donando la vita. Donne e uomini uniti a far fronte al nemico comune: salvare a tutti i costi più malati, restituire l'energia a quanti hanno superato la prova della terapia intensiva, farsi da ponte con lo strazio dei familiari lontani, ridare forza ai malati in corsia, cercando di personalizzare l'attenzione e la cura: questo il patrimonio morale proprio dell'etica della cura che continuerà a emergere anche dopo la fine di questa spaventosa pandemia.

Difficile, quanto inutile, rintracciare in questa potente energia umanitaria, una qualche differenza di genere, quella che, sin dagli anni '80 del secolo scorso, aveva teorizzato la differenza di comportamento nella distinzione fra l'opera della cura, prevalentemente femminile, e quella maschile di stampo kantiano, così come per prima Carol Gilligan aveva teorizzato (Gilligan, 1987). Sulla sua scia molte pensatrici – da Nel Noddings (2007) a Virginia Held (2006) – si erano impegnate a dimostrare la specificità dell'agire femminile in ambito etico, indicando soprattutto la sensibilità delle donne verso le situazioni concrete, sempre individuali e mai soggette interamente ai protocolli clinici astratti. Il lavoro di cura nell'ambiente familiare, da sempre prerogativa del mondo femminile, propenso alle virtù della pazienza, della compassione e della generosità solidale, non fa che da sfondo a queste predisposizioni "naturali", secondo il pensiero femminista, maggiormente rivolto a cogliere le differenze, piuttosto che le analogie con il pianeta maschile, nella contestazione delle strutture patriarcali all'interno dell'ordine sociale e politico.

Questo dibattito che ha riempito tutto il Novecento ed è a tutt'oggi soppiantato – almeno in parte – dalle declinazioni postmoderne dei *Gender studies* e dalle derive nichiliste del post umano, richiede di andare "oltre il femminismo" nell'abbandono di strutture culturali ritenute obsolete per ridire l'identità e la differenza (Mancina, 2002), così da ricostruire uno spazio del pensiero, capace di riconvertire le teorie fem-

¹ Come è noto, Robert Koch nel 1876 dimostrò la relazione causale tra il morbo del carbonchio (*bacillus anthrax*) e la malattia. (<http://www.admin.ch/bag/infekt/d/index.htm>).

ministe con il paradigma del “pensiero *al femminile*” (Ricci Sindoni, 2008). A tal fine può risultare istruttivo presentare, per cogliere la parentela fra etica della cura e pensiero femminile, tre figure di donne: Cicely Saunders, Rita Charon e Jeanne Tronto, che sono state capaci di riconvertire la medicina, colta non come modello clinico di difesa e di tutela, ma come progetto innovativo con un alto tasso di predittività.

1. La straziante energia del dolore dei malati gravi e la conseguente sofferenza psicologica e spirituale colpirono da subito la giovane assistente sociale e poi infermiera Cicely Saunders, che – dopo gli studi universitari di scienze politiche, filosofia e economia – si rivolse all’assistenza dei malati negli ospedali.

Universalmente considerata come la fondatrice dell’*hospice* moderno maturò la sua esperienza soprattutto durante la seconda guerra mondiale – era nata a Londra nel 1918 – nel tentativo di guardare oltre la mera assistenza passiva nei confronti dei malati gravi, soprattutto terminali, intrecciando nella sua pratica la riorganizzazione, spesso deficitaria, delle corsie ospedaliere e al contempo attivando tutte le sue inclinazioni empatiche per individuare la sua vicinanza al malato, sempre personale, mai inglobabile in pratiche standardizzate. Lavorando inizialmente presso il Royal Cancer Hospital e successivamente entrando a far parte della équipe allo St Thomas Hospital, specializzato nel trattamento dei pazienti oncologici, fu la prima a comprendere che la sola somministrazione degli antidolorifici, non erogati ai malati in modo regolare e uniforme, non era in grado di fornire ai pazienti la giusta “cura”. Stando costantemente presso le persone sofferenti, si convinceva sempre di più che il dolore genera inevitabilmente sofferenza, angoscia per il proprio stato, timore della morte, paura della solitudine, ansia per la propria sorte.

Secondo Cicely è qui che bisognava agire, in questa enorme ferita impressa nello spirito del paziente, verso cui i farmaci sembravano servire poco. Né potevano bastare la buona volontà delle infermiere o le buone parole, come nei secoli precedenti in alcuni ospedali molte donne, spesso consacrate, attivavano, mosse da sincera compassione verso i loro simili sofferenti. Occorreva dunque una marcia in più che una singola infermiera non poteva certo produrre. Con l’aiuto del dott. Barret si iscrisse alla facoltà di medicina, entrando nel 1957 nel dipartimento di farmacologia, dove concentrò i suoi studi sull’attenuazione del dolore nei malati terminali.

Finalmente Cicely possedeva sia la competenza medica, che l’attitudine etica a sostare presso la sofferenza, facendola sua, arricchendo la sua vita di una esperienza preziosa, quella capace di intuire che molto di più ancora doveva essere fatto. Sviluppò in tal senso una teoria secondo cui bisognava somministrare i dolorifici non quando il paziente li richiedeva, quanto attraverso dosi regolari di essi, la morfina in particolare, tale da permettere al malato di rimanere vigile e con meno dolore, oltre che tutelato dal rischio di dipen-

denza. Questo primo, importante passo in avanti, semplice e rivoluzionario, cambiò il volto dei reparti dei malati oncologici proprio attraverso una differente percezione della qualità della vita.

Questo paradigma, che nel tempo acquisterà una connotazione ideologica contrapposta alla indisponibilità di ogni esistenza, venne “semplicemente” testato nella vita quotidiana dei pazienti, trattati da Cicely. Affidandosi allo strumento primo della conoscenza, ossia all’esperienza, i malati vigili, liberati – almeno in parte – dal soffocamento del dolore, riacquistavano una sorta di normalità, recuperando qualche energia, un poco di vitalità che permetteva loro di affrontare meglio il tempo che avevano davanti. Furono oltre mille i pazienti trattati con questa nuova formula di terapia del dolore e i risultati positivi furono sotto gli occhi di tutti. Le foto dei malati prima e dopo questa cura, di forte connotazione etica, lasciarono tutti stupefatti: persone accecate dal dolore, dopo pochi giorni entravano in una specie di normalità riprendendo in mano la loro esistenza. Spesso chi visitava in quegli anni questi ospedali, chiedeva poi di essere condotto al reparto dei terminali. La risposta era sempre questa: “L’ha appena visitato” (Saunders, 2008).

Era questa la prima pietra degli *Hospice*, che vide la luce nel 1967, dopo anni di difficoltà, di incomprensioni, di mancanza di finanziamenti: si trattava infatti di immaginare strutture autonome dai normali ospedali, capaci di ospitare anche i familiari, sino ad allora esclusi ed emarginati dai percorsi terapeutici. “Un ospedale e una casa”, sostenute dalla nuova risorsa delle cure palliative, all’attenzione dei medici, degli infermieri e dei volontari, tutti orientati a creare un ambiente efficiente e sereno, entro cui il paziente si poteva sentire accolto e custodito sino alla fine.

Occorreva comunque un altro importante passo in avanti, bene individuato da Cicely: accanto al dosaggio degli antidolorifici e alla vicinanza costante bisognava fornire alcuni importanti punti di riferimento, ricchi di senso e volti a orientare il malato verso la piena realizzazione di sé, oltre la fine. Anche in questo caso Cicely fa affidamento alla propria esperienza, arricchita soprattutto dall’incontro con alcuni malati che diventeranno persone speciali: prima David Tasma e poi Antoni Minchniewicz, con i quali stabili negli anni una relazione amorosa, la aiutarono a vivere intensamente quelle storie impreziosite dalla conversione e dalla fede profonda all’interno della Chiesa evangelica. Tappe essenziali nell’esistenza di questa donna, la cui fedeltà alla sua missione si coagulava dentro l’incontro fecondo di amore umano e di vita divina, di sostegno psicologico e di energia spirituale.

Di fronte al dolore di un paziente, a cui è negata la speranza di guarire fisicamente, occorre aprirgli una dimensione più ampia in grado di lenire la sofferenza spirituale che talvolta prendeva la forma di una domanda lancinante: “perché devo morire? Perché tutto questo è accaduto a me?”. E questa domanda poteva diventare una preghiera o una bestemmia, essendo in gioco la verità della propria esistenza. Cicely era dunque convinta che accompagnare sino alla fine

un malato significava aiutarlo a vivere tutte le relazioni, come elementi costitutivi della sua natura: rapporto con i propri familiari, con chi lo assiste e soprattutto con Dio (Saunders, 2008).

La lenta e inesorabile discesa verso la fine poteva anche prendere la forma, secondo Cicely, del viaggio di Abramo e di Mosè che “non sapendo come e dove stavano andando divennero padri di tutti noi” (Saunders, 2008). Anche quando il destino si accanisce, rimane la speranza che ciascuno di noi ha un compito da svolgere nel mondo e anche quando questa chiamata risulta incomprensibile giunge il momento di scoprire “che la vita divina di liberazione giunge inaspettatamente” (Saunders, 2008) come una nuova luce sulla verità del proprio essere al mondo.

Ripensando all'amore e al dolore per il suo David, un ebreo polacco sfuggito all'orrore dei campi di sterminio e prossimo alla fine, Saunders riconosce che i principi cardine del progetto futuro dell'*hospice* nasce dalle conversazioni avute con lui che, lasciandole in eredità 500 sterline, mise la prima pietra di quell'edificio che solo dopo diciannove anni troverà la realizzazione.

Una affascinante storia personale – si dirà – troppo unica per erigersi a criterio universale. Eppure è dai vissuti individuali che può partire l'energia psicologica e spirituale, che non deve chiudersi nel privato, ma aprirsi a nuove possibilità creative, come testimonia Cicely Saunders. Da allora la filosofia dell'*Hospice Movement* si è diffusa in tutto il mondo: ricovero “aperto”, ambiente familiare, assistenza continua, approccio globale alla persona, valutazione interdisciplinare di tutti i sintomi fonte di disagio per il nucleo paziente/famiglia, con particolare riguardo al dolore nella sua accezione di total pain.

In Italia, a Brescia presso la Casa di cura Domus salutis venne inaugurato nel 1987 il primo *hospice* (Lonati, 2017), dando avvio a una capillare crescita di questo rivoluzionario progetto pensato da una donna, una giovane e anonima infermiera inglese che con la sua ferrea volontà ha saputo imprimere una svolta rivoluzionaria all'assistenza dei malati terminali e a tutti quelli con patologie infauste. L'etica della cura e il pensiero femminile ha così trovato una sintesi perfetta fra la maturazione di un pensiero alto e l'opera predittiva di una donna che, nonostante tutto, è riuscita a incarnare la vocazione epistemologica e pratica della medicina moderna.

2. Quando venne inaugurato nel 1967 il primo *hospice* fortemente voluto da Cicely, Rita Charon si avviava agli studi di medicina, già orientata a immaginarne nuovi percorsi, anche se ancora in forma embrionale. Fu ben presto convinta dopo la laurea e i pochi anni di pratica nell'ospedale della Columbia University di New York che il contatto con i pazienti, fatto di parole, gesti, silenzi non doveva essere disperso nei momenti frammentari delle singole storie, ma – se ben strutturato – poteva allargare la sfera dell'azione clinica. Apportando nuove risorse narrative ai singoli casi la qualità

della cura risultava arricchita non solo in ordine alla relazione fra medico e paziente, ma anche tra i familiari, il malato e il medico, in un circuito virtuoso che andava valorizzato e promosso.

Nel raccontare e nell'ascoltare le storie di vita, drammaticamente interrotte dalla malattia e dall'esperienza estraniante del ricovero in ospedale, Rita si convinceva sempre di più che i medici, pur facendo talvolta riferimento ai vissuti empatici dei pazienti, finivano con il rimanere ancorati ai dati oggettivi della diagnostica e per questo poco disposti a lasciarsi sopraffare dalle voci dei malati, e piuttosto concentrati a curare la malattia (*disease*). Quest'ultima possedeva però anche una insopprimibile dimensione soggettiva (malattia come *illness*), che andava espressa, esteriorizzata al fine di ottenere un quadro più completo della patologia (Charon, 2019).

Detto in altri termini, l'ascolto delle parole dei pazienti non doveva fungere tanto da sostegno di buone pratiche relazionali, quanto da elemento essenziale per ottenere una visione d'insieme, che la sola pratica diagnostica e terapeutica non era in grado di ottenere. Ma come imparare ad ascoltare le storie? Per questo nel 1999 Rita si iscrisse a un dottorato di ricerca in letteratura inglese, convinta che la medicina dovesse aprirsi ad altre discipline e solo quelle umanistiche come la poesia, la filosofia, la psicologia e altre ancora potevano garantire l'aiuto necessario per entrare nei meccanismi con cui le storie dei suoi pazienti erano costruite, raccontate e percepite. “Le capacità narrative sviluppate nei miei studi di letteratura inglese mi hanno reso un medico migliore” (Charon, 2019), dirà in seguito quando la medicina narrativa da lei costruita prendeva forma e struttura.

“La malattia è il lato notturno della vita – dirà Susan Sontag, colpita da una grave patologia. Tutti quelli che nascono hanno una doppia cittadinanza, nel regno dello star bene e nel regno dello star male. Ognuno sperimenta questo lato notturno. Ma il buio viene accresciuto da un immaginario, ricco di significati simbolici a forte connotazione etica” (Sontag, 1989). Rita Charon prende carta e penna e comincia a scrivere questo mondo oscuro, fatto di angosce e di paure, passando da un letto a un altro della corsia e definendo questo lavoro come *Parallel Chart*, come una cartella clinica parallela a quella tradizionale (Charon, 2019).

Questa pratica – tale è l'aspetto rivoluzionario – non è soltanto uno strumento utile per mostrare sostegno e attenzione ai singoli malati, ma è soprattutto un mezzo in mano ai medici per raccontarsi a loro volta, così da cogliere ciò che avviene in loro, quando per un certo periodo di tempo si trovano a contatto con uno sconosciuto, che implora aiuto, che pretende la restituzione di quel bene perduto, la salute. In questo viaggio quotidiano gli operatori sanitari soffrono a loro volta, sia pure in forme diverse, le angosce per una cura non riuscita, il timore per un probabile fallimento, ma anche soddisfazione per una guarigione ritrovata, che il volto grato del paziente conferma.

La malattia intesa come ferita biografica, oltre che biologica, riporta in tal modo l'attenzione al triplice vissuto, quello del paziente, dei familiari e dello stesso medico, incidendo positivamente sulla cura, divenuta una straordinaria etica dell'accompagnamento verso la salute ristabilita. I principi di umanizzazione e di personalizzazione delle cure forniti dall'ampliamento dell'ambito della medicina, andavano comunque tradotti in una serie di strumenti e di quadri concettuali, che Rita si impegnò a fornire nel 2000 con l'inaugurazione del primo Master al mondo di medicina narrativa, sempre alla Columbia University. Va da sé che i medici venivano invitati ad arricchire le loro competenze con lo studio della letteratura, dell'arte, e di tutte quelle discipline umanistiche, che da tempo la medicina tradizionale aveva relegato al puro interesse soggettivo dei medici.

Una vera e propria rivoluzione non solo per via delle preziose potenzialità terapeutiche, ma anche perché ha trasformato la medicina stessa nel suo doppio approccio, scientifico e insieme artistico, come precisa Gadamer (1989), costringendola a rivedere molte delle sue sicurezze epistemologiche e, per così dire, invitandola a leggersi dentro, per cogliere appieno i suoi limiti ma anche le sue enormi potenzialità. Costituendo ormai un capitolo essenziale della formazione dei futuri medici, la *Narrative Based Medicine* finirà con il diventare centrale nelle buone pratiche delle *Medical Humanities* (Zannin, 2008), volte a creare un campo interdisciplinare della medicina che comprende le competenze umanistiche, le scienze sociali e le arti tramite la loro applicazione all'educazione e alla pratica medica (Binetti, De Marinis, 2005).

Non può neppure sfuggire l'importanza strategica che la medicina narrativa avrà sulle buone pratiche interne agli hospice tramite un circuito virtuoso che ha visto due donne, Cicely a Londra e pochi anni dopo Rita a New York, reciprocamente protese a "onorare le storie dei pazienti" (Charon, 2019), a rispettare la dignità delle persone rese vulnerabili dalla malattia, a concepire la loro azione come lavoro di restituzione del bene prezioso della salute.

3. Fra i rilievi critici più significati rivolti all'etica della cura risalta la sua incapacità di elaborare una teoria normativa, in grado di affrontare i conflitti morali. Colta soprattutto come pratica clinica, legata alla personalizzazione delle cure palliative e alla singolarità delle dinamiche narrative, ha da sempre stentato ad accreditarsi come una convincente etica pubblica che tenga in dovuto rilievo il ruolo civile ed etico della giustizia (Da Re, 2018).

Ed è ancora una donna, Joan Tronto, a colmare questa lacuna proprio partendo dalla sua militanza nella riflessione femminista, entro la quale ha sviluppato un pensiero *al femminile* in riferimento all'etica della cura. Durante il suo insegnamento in Scienze politiche all'Hunter College della City University di New York, in cui tutt'ora lavora, ha provato negli anni ad ampliare l'area della *care ethics*, inglobando in essa tutti quei settori della vita sociale, dalla cura dei disabili

all'accudimento dei bambini, al lavoro domiciliare presso gli anziani, ai servizi di pulizia nelle case della *middle class* e altre ancora tipologie di lavoro, molto spesso svolto da donne, per lo più emigrate e sottopagate.

Intervenendo nelle università americane e in molti centri europei con la partecipazione a convegni internazionali sul tema, non ha mancato di marcare l'originalità delle sue riflessioni, sfuggendo alla radicalità ideologica di molte sue colleghe femministe, e soprattutto coniugando una sana critica al potere dominante con una chiara impostazione teorica del problema precorritrice di buone pratiche sociali e politiche. La sua notorietà si è diffusa soprattutto dopo la pubblicazione nel 1993 di un volume *Moral Boundaries*, tradotto in Italia nel 2006 (Tronto, 2006).

Ciò che colpisce in questo lavoro è la percezione concreta della vita quotidiana delle persone, donne e uomini, uniti nella necessità di dare al proprio lavoro di cura una impronta intima, personale, espressione della generosità delle loro esistenze, protese a sostenere, confortare, aiutare, assistere quanti hanno bisogno di loro. Misconosciuto dalla generale attenzione delle istituzioni politiche, questo impegno si misura in centinaia di migliaia di individui, donne soprattutto, che da mattina a sera, talvolta anche di notte, vivono in case non loro, accudendo estranei, non familiari, ma ai quali donano affetto e comprensione, relazioni di aiuto che vanno oltre il modesto riscontro economico, intessendo in tal senso una significativa trama di relazione, eticamente densa.

Questa speciale attività non copre soltanto il bisogno di singole persone, ma è in grado di diventare – secondo Joan – un modo continuo e ricco di migliorare il mondo, intrecciandosi "in una rete complessa a sostegno della vita" (Tronto, 2006). Se i confini morali, nell'attuale momento storico, sono segnati dalla frattura di morale e politica, di vita pubblica e di sfera privata, occorre ridisegnare un cambio di paradigma che dia ragione del movimento necessario verso "una società più giusta e solidale" (Tronto, 2006). Tronto intende così teorizzare in modo sistematico la cura che vede analiticamente distinta in quattro fasi strettamente connesse: *interessarsi a, prendersi cura di, prestare cura a, ricevere cura* (Tronto, 2006). In queste analisi, fenomenologicamente indagate, Tronto rinviene diverse sfumature della pratica di responsabilità, quale virtù morale in grado di densificare eticamente le differenti relazioni che legano chi ha bisogno di cura e chi è pronto a offrirla. Ciò significa ripensare le concezioni dominanti sulla natura umana, a partire dai concetti di autonomia e di dipendenza, che specie nella cultura post-moderna hanno ricevuto uno spazio unilaterale e per questo falsato dalle ideologie libertarie, incapaci di accogliere la vita umana nella sua vulnerabilità.

Bisogna perciò rimettere al centro – come aveva nei decenni indicato Agnes Heller (1977) – una nuova teoria sui *bisogni*, oltre che una differente teorizzazione dei *doveri*, molto spesso slegati dai *diritti*, pretesi dalla classe dominante e per lo più subiti da quanti, esclusi dall'attenzione politica, hanno

continuato a essere assenti ed emarginati. Legare il tema della cura a quello dei bisogni e dei “diritti-doveri” diventava in tal senso il fulcro paradigmatico per ridare dignità sociale e politica sia a quanti hanno bisogno di assistenza, sia a quanti si mettono al servizio per soddisfare questo bisogno.

Rileggendo in modo originale Amartya Sen e Martha Nussbaum, Joan elabora una teoria della giustizia, criticando quelle dottrine politiche che fanno riferimento solo ai diritti, impostati universalmente e dunque astrattamente, lontani dalla realtà dove molti rimangono fuori dalla visibilità sociale. Da qui la necessità di far riferimento piuttosto ai bisogni concreti delle persone, a quanti, vulnerabili, necessitano di cure e per converso a quanti sono disposti a soddisfarle. L’etica della cura si propone al riguardo come autentica etica pubblica, in grado di ridare dignità sociale e politica a chi svolge il lavoro di cura, distribuito spesso in base al genere, alla casta, alla classe sociale e, in questi ultimi decenni, a quanti, emigrati per ragioni di povertà, giungono nei paesi ricchi in cerca di qualsiasi tipo di occupazione (Tronto, 2006).

Va da sé che in tale ingiusto contesto il lavoro di cura crei disuguaglianza ed emarginazione, colpendo molti dei più svantaggiati della società, che esigono con forza il dovere della giustizia e della solidarietà di tutto il corpo sociale. Non è certo un caso che questo tipo di occupazione sia socialmente svalutato, così che si finisce per abbassarne il valore e cresca l’indifferenza verso questo esercito silenzioso di donne e uomini, spesso lontano dalla loro terra e resi invisibili dall’attenzione della politica.

Tronto ha ragione nel sottolineare come la crescita dello spazio etico presupponga necessariamente la spinta della politica, senza la quale ogni buona pratica finisca per rimanere dentro lo spazio privato. “Un’etica della cura resta incompleta senza una teoria politica della cura” (Tronto, 2006); solo operando dentro gli spazi che al presente creano separazione tra etica e politica, tra dimensione pubblica e sfera privata è possibile scuotere positivamente il tessuto sociale e far crescere la qualità della democrazia di un paese.

Dentro un’idea fortemente partecipativa, che il lavoro di cura promuove per sua stessa natura, si può immaginare un reale cambiamento tramite una strategia organizzativa che restituisca dignità e valore a quanti operano con serietà al miglioramento del bene comune. La cura diventa così “un ideale politico” (Tronto, 2006) decisamente inclusivo e colmo di buone pratiche, così che la politica riscopra il suo valore di crescita in giustizia e in responsabilità per tutti i suoi cittadini. La brillante lezione etica di Joan Tronto non è che una delle voci più interessanti, accanto a quelle di Nel Noddings e Virginia Held, su come il femminismo, quando riesce a spogliarsi delle sue tendenze ideologiche ed escludenti,

possa offrire il suo contributo alla crescita della cittadinanza democratica, che passa dai bisogni concreti delle persone, per richiedere un salto di qualità alla politica, ancora oggi ostruita da veti ideologici che la paralizzano.

Cicely Saunders, Rita Charon, Joan Tronto non sono solo delle figure singolari, spinte dal desiderio di guardare oltre i limiti del pensiero e dell’azione; sono piuttosto delle avanguardie che hanno progredito, avanzando senza esitazioni, entrando per prima in luoghi impensabili, completamente inediti, andando incontro a una sorta di “terra promessa”, per riferire qualcosa di inaudito ai loro compagni di viaggio nel deserto. Per prova hanno portato dei grappoli d’uva, come non crebbero mai nei vigneti d’Egitto (Num 13, 20-24).

Bibliografia

- Binetti P, De Marinis MG. *Il dolore narrato: pagine di letteratura*. Roma: CMP 2005.
- Charon R. *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*. Milano: Raffaello Cortina 2019.
- Da Re A. *Etica della cura medica*. In: Fabris A, Ed. *Etiche applicate. Una guida*. Roma: Carocci 2018, p. 58.
- Gadamer G. *Dove si nasconde la salute*. Milano: Raffaello Cortina 1989.
- Gilligan C. *Con voce di donna. Etica e formazione della personalità*. Milano: Feltrinelli 1987.
- Held V. *The ethics of care. Personal, political, and global*. New York: Oxford University Press 2006.
- Heller A. *La teoria dei bisogni in Marx*. Milano: Feltrinelli 1977.
- La Sacra Bibbia*. Roma: CEI 2003.
- Lonati G. *L’ultima cosa bella. Dignità e libertà alla fine della vita*. Milano: Rizzoli 2017.
- Mancina C. *Oltre il femminismo. Le donne nella società pluralista*. Bologna: Il Mulino 2002.
- Noddings N. *L’etica della cura. Tra sentimenti e ragioni*. Milano: Franco Angeli 2007.
- Olianti F, Jacopozzi A. *Lo sguardo dell’altro. Per un’etica della cura e della compassione*. Padova: EMP 2020.
- Ricci Sindoni P. *Fra natura e cultura. Note antropologiche ed etiche sulla differenza tra i sessi*. In: Ricci Sindoni P, Vigna C, Eds. *Di un altro genere: etica al femminile*. Milano: Vita e Pensiero 2008, pp. 21-49.
- Saunders C. *Vegliate con me. Hospice: un’ispirazione per la cura della vita*. Bologna: EDB 2008.
- Sontag S. *Malattia come metafora. Il cancro e la sua mitologia*. Torino: Einaudi 1989.
- Tronto J. *Confini morali. Un argomento politico per l’etica della cura*. Reggio Emilia: Diabasis 2006.
- Wildes KW. Ed.), *Critical choices and critical care*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers 1995.
- Zannini L. *Medical Humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Milano: Raffaello Cortina 2008.

La speranza come risorsa nell’etica della relazione con il malato

Hope as a resource in the ethics of the relationship with the patient

MARIA TERESA RUSSO

Università degli Studi di Roma Tre, Roma

Inseparabile dalla fiducia, la speranza è una delle tre dimensioni radicali dell’essere umano, assieme alla credenza e all’amore. Nell’articolo, le riflessioni filosofiche sul tema della speranza si intrecciano con le indagini scientifiche, che mostrano come, oltre all’antropologia della speranza, esista anche una fisiologia della speranza, che si manifesta nella situazione di malattia o persino in prossimità della morte. Poiché appare evidente il nesso tra speranza, benessere fisico e guarigione, si sottolinea la necessità che il personale sanitario sia formato in quella che è stata definita “hope-inspiring competence”.

Parole chiave: Etica medica, fiducia, Láin Entralgo Pedro, malattia, speranza

Inseparable from trust, hope is one of the three radical dimensions of the human being, together with belief and love. In this paper, philosophical reflections on the theme of hope are intertwined with scientific investigations, which show how, in addition to the anthropology of hope, there is also a physiology of hope, which manifests itself in the situation of illness or even near death. Since the link between hope, physical well-being and healing is evident, the need for healthcare personnel to be trained in what has been defined as hope-inspiring competence is emphasized.

Key words: Hope, Láin Entralgo Pedro, medical ethics, illness, trust

Indirizzo per la corrispondenza

Address for correspondence

Maria Teresa Russo

Dipartimento di Scienze della Formazione

Università degli Studi di Roma Tre

Via del Castro Pretorio 20, 00185 Roma

e-mail: mariateresa.russo@uniroma3.it



OPEN ACCESS © Copyright by Pacini Editore Srl

Premessa

Tra il 24 febbraio e il 26 marzo 2020, la società Almaxwave del Gruppo Almaxviva, specializzata in intelligenza artificiale, Social Intelligence e analisi del linguaggio naturale scritto e parlato, ha realizzato una ricerca raccogliendo oltre 7 milioni di tweet e oltre 60mila post su Instagram, sui temi legati al coronavirus. Dall'analisi delle parole chiave ricorrenti nelle conversazioni, è emerso un dato interessante: nel periodo più drammatico della pandemia, il trend emozionale, dopo le prime settimane in cui era caratterizzato prevalentemente da paura e tristezza, si è modificato lasciando spazio a vissuti di speranza e di solidarietà.

Gli analisti della società hanno voluto riconoscere in questi dati la capacità della tecnologia di favorire l'inclusione e la prossimità in un momento di isolamento fisico. Si potrebbe tuttavia anche darne una lettura diversa, addirittura ribaltando la prospettiva: sono stati i social a favorire il cambiamento o, piuttosto, è stata la radicata propensione alla speranza a dare una nuova direzione, dopo l'iniziale smarrimento, allo scambio di messaggi?

Queste considerazioni costituiscono la premessa per una riflessione sul ruolo che la speranza riveste nella vita umana, soprattutto in momenti difficili, come le calamità, le guerre o, in questo caso, la malattia presente o imminente, propria o di persone care.

L'uomo, un essere che spera

Il medico e filosofo spagnolo Laín Entralgo ha individuato tre dimensioni radicali dell'essere umano, che determinano il senso primario del suo vivere: la credenza, l'attesa e l'amore. L'esistenza umana possiede, dunque, contemporaneamente, una struttura *pistica* (*pístis*: credenza), *elpidica* (*elpis*: speranza), *filica* (*philia*: amicizia, amore) (Laín Entralgo, 1957).

Come è stato osservato (Russo, 2002), nella dimensione della speranza confluiscono tre significati, strettamente uniti. Il primo è l'attendere, il predisporre a qualcosa che deve accadere e che è, in un certo senso, il sottofondo implicito del nostro agire. Il secondo significato è costituito dall'orientarsi consapevolmente verso una meta, cercando di progettare il futuro. In terzo luogo, sperare comporta confidare nella realizzazione di qualcosa che non dipende completamente da noi stessi, ma che, d'altra parte, non è del tutto impossibile. Considerata da questa ultima prospettiva, la speranza è una virtù che contiene un elemento di apertura e di fiducia nell'alterità. Come afferma il filosofo Marcel, è possibile sperare solo a livello del *noi*, ma non dell'*io*, che altrimenti rimarrebbe solo rinchiuso nelle sue ambizioni personali (Marcel, 1980). La speranza è pertanto inseparabile dalla fiducia o, se si preferisce, dall'affidamento: ha carattere relazionale, perché è sempre risposta, ma è anche sempre aspettativa che si esprime in una richiesta o addirittura in una supplica. Com-

mentando l'etimologia di *expectare*, Tommaso d'Aquino osserva che equivale a *ex alio spectare*, ossia guardare verso un soccorso da parte di altri, che mi aiutino a raggiungere quel bene arduo, inattuabile solo con le proprie forze (Tommaso d'Aquino).

Si oppongono alla speranza sia la disperazione che la presunzione. Josef Pieper osserva che in entrambi gli atteggiamenti vi è un'anticipazione (*Vorwegnahme*) abusiva e indebita: la disperazione anticipa senza motivo il fallimento dell'esistenza; la presunzione anticipa con leggerezza il buon esito e il successo finale. Entrambe "distruggono il carattere itinerante dell'esistenza umana, irrigidiscono e congelano quanto è genuinamente umano, che solo la speranza è capace di mantenere in scorrevole fluidità" (Pieper, 1960).

Sperare è compatibile con la consapevole accettazione del limite, con quella passività che solo apparentemente è un atteggiamento del debole e del vinto, perché invece è esercizio del patire, ossia un'azione libera del soggetto che assume il limite come sfida e come risorsa all'interno del suo progetto di vita (Alici, 2011). Chi spera è più del semplice ottimista, in quanto mostra una essenziale disponibilità nei confronti della realtà, la *lascia essere*. Il suo assenso non è forzatamente vincolato alla realizzazione futura dei suoi desideri, ma alla convinzione che, anche ove questa non avvenisse, si potrà aprire ugualmente un varco nella sua situazione presente. Osserva Marcel: "«Tutto è perduto per me se non guarisco», era dapprima tentato d'esclamare il malato, identificando ingenuamente guarigione con salvezza. Dall'istante in cui egli avrà non tanto riconosciuto astrattamente quanto compreso dal profondo di sé stesso, cioè *veduto*, che tutto può non essere perduto anche se la guarigione non si verifica, evidentemente il suo atteggiamento interiore verso la guarigione o la non guarigione si troverà profondamente trasformato; egli avrà riconquistato libertà e capacità di distensione" (Marcel, 1980).

Ci sono dunque *situazioni-limite* (*Grenz Situation*), secondo l'espressione di Jaspers, quelle circostanze critiche costituite dalla malattia, dalla prossimità della propria morte, dall'esperienza della morte di una persona cara o dall'angoscia dell'insicurezza, che sconvolgono la totalità della persona. E col filosofo tedesco Laín Entralgo afferma che esse sconvolgono la totalità della persona, ma possono anche condurla a un vissuto che gli mostra "l'assoluto dell'essere". Con questa espressione si riferisce al processo che la persona può compiere consapevolmente: quello che Jaspers chiama "trascendere", il passaggio a una nuova dimensione che oltrepassa la chiusura del presente, ma che difficilmente è realizzabile senza la vicinanza con l'altro e il suo aiuto (Laín Entralgo, 1957).

Speranza, malattia, guarigione

Diverse sono le indagini di medici sul processo della speranza nel corso di gravi malattie. Alcune di esse rimontano

alla metà del XX secolo e, sulla base di esperienze cliniche, hanno individuato anche una dimensione, potremmo dire, fisiologica della speranza. Servendosi delle osservazioni dei medici Juan Rof Carballo e Juan José Lopez Ibor, che hanno analizzato le reazioni dell'organismo, in particolare del sistema neuroendocrino, di fronte alle situazioni di normale attesa e di allarme o pericolo imminente, Laín Entralgo sottolinea l'esistenza di un complesso di attività biologiche che, regolate da un sistema, svolgono una funzione fondamentale nell'esercizio dell'attesa umana (Laín Entralgo, 1957). Questo rende possibile l'equilibrio tra l'attesa e la memoria, fa sì che si possa affermare la propria individualità di fronte a situazioni d'allarme e, infine, che la persona non viva in un permanente stato d'ansia e d'angoscia, dovuto a un'attività vitale disordinata. Ciò dimostra che non esiste nell'uomo una sorta di strato somatico, che soggiace alla vita spirituale e che non può esservi una separazione netta tra ciò che è biologico e ciò che è mentale. Per questo, la distinzione che la lingua francese fa tra *espoir*, costituita dalla speranza vitale ed *espérance*, che è invece la speranza spirituale, secondo Laín è solo parzialmente corretta: non vi è *espérance* senza *espoir* e non c'è *espoir*, che non tenda a convertirsi in *espérance* (Laín Entralgo, 1957).

Se della speranza si può tracciare una fisiologia, la conseguenza è che anche possibile individuarne una patologia. La intima unità tra psiche e spirito fa sì che le situazioni di benessere somatico siano favorevoli alla speranza e viceversa, pur non essendo determinanti. Per questo, citando L. Binswanger e P. Janet, Laín Entralgo sottolinea che un particolare regime di vita o la presenza di una nevrosi possono rendere estremamente problematico lo sperare umano e produrre degli stati che si possono denominare di *diselpidia*, ossia di incapacità di progetto e di speranza.

Conclude il medico spagnolo: "Il corpo dell'uomo "esige" che l'attesa umana sia un progetto e lo spirito umano – lo spirito incarnato – "si vede obbligato" ad aspettare il suo futuro concependolo come progetto. Il progetto – un progetto necessariamente adeguato alle possibilità della realtà corporea in cui lo spirito umano s'incarna – è, dunque, la forma propria e primaria della speranza" (Laín Entralgo, 1957).

Herbert Plügge, autore nel 1954 di un breve saggio sul problema antropologico della speranza, arriva ad affermare che il medico non solo si trova a riscontrare nei malati gli elementi di una sorta di "esperienza del nulla", tipica di certe patologie psichiche, ma riconosce anche un altro tipo di esperienza, riconducibile a un autentico principio metafisico, che ha relazione con l'essere e non con il nulla. Si tratta di un principio che non è definibile, ma che è sperimentabile e quindi descrivibile. Esaminando due storie cliniche di malate morte di cancro, Plügge osserva che, nella misura in cui la malattia si andava aggravando e venivano meno le possibilità di cura, si faceva strada in esse una speranza nuova, di fronte alla quale non avevano alcuna importanza i giudizi razionali del malato stesso sulla propria incurabilità. Si tratta di un

principio che sostiene l'affermazione della vita e dell'essere e che si manifesta come una nuova speranza (Plügge, 1954).

Plügge distingue tra speranza *quotidiana* o *comune* (*gemeine Hoffnung*) e speranza *autentica* (*echte Hoffnung*). La prima ha per oggetto la realtà mutevole e contingente: pertanto porta sempre con sé un coefficiente di illusione ed è soggetta al caso e alla delusione. Proprio dal fallimento della speranza quotidiana sorge in modo misterioso la speranza autentica, che non ha per oggetto la realtà concreta o un futuro ben precisato, ma semplicemente *il futuro*. L'oggetto di questa speranza è qualcosa di indeterminato, ma non per questo irreali. Essa possiede un contenuto permanente e intrasferibile: grazie a essa la persona si rafforza nel suo desiderio di durata, si proietta verso un'autorealizzazione nel futuro, verso un rinnovamento indeterminabile, ma in qualche modo rassicurante. Essa non ha per oggetto semplicemente la guarigione o la scomparsa dei dolori e della debolezza, ma qualcosa di più ampio, che include tutto il resto e che Bollnow definisce "stato di salvezza" (*Heil-Sein*). Non si tratta di un'illusione che il malato escogita per sopportare meglio il suo stato e la sua incurabilità, ma di una trasformazione che porta con sé la possibilità di elevarsi a un livello di esistenza superiore a quello precedente.

Questa speranza, in definitiva, attesta il carattere trascendente della persona, costituendosi come l'esperienza di una relazione che oltrepassa l'esistenza. Per di più, essa, a differenza della speranza comune, è esente da delusione, perché non si orienta verso un oggetto contingente.

Più recentemente, le indagini si sono orientate a dimostrare il valore della speranza nel processo di guarigione, come quella di Jerome Groopman, medico statunitense, nel saggio *Anatomia della speranza*.

"La scienza sta dimostrando che un cambiamento dell'atteggiamento mentale è in grado di modificare la biochimica cerebrale. L'attesa fiduciosa, un aspetto chiave della speranza, può fungere da antagonista del dolore, provocando la liberazione di sostanze, le endorfine e le encefaline, che simulano l'effetto della morfina. In certi casi, la speranza può influenzare profondamente anche fondamentali processi fisiologici, come la respirazione, la circolazione del sangue e la locomozione. È quindi possibile immaginare che, durante la malattia, la speranza causi una specie di "effetto domino", una reazione a catena in cui ogni singolo risultato biologico rende più probabile il miglioramento. Essa è un sentimento che ci trasforma in modo radicale, nello spirito e nel corpo" (Groopman, 2004).

Anche lo psichiatra Viktor Frankl ha osservato che l'aspettativa di un risultato futuro positivo coinvolge diversi meccanismi cerebrali che hanno il compito di preparare il corpo ad anticipare quell'evento, con il risultato di promuovere il benessere fisico e, in psicoterapia, di favorire il cambiamento. Al contrario, la caduta della speranza è causa di una riduzione o persino della scomparsa delle risposte immunitarie. Nel suo saggio più noto, *Uno psicologo nei lager*, egli os-

serva che, nel campo di concentramento, “quasi tutti avevano qualcosa che li sorreggeva: un pezzo di futuro”, mentre aggiunge “chi invece non sa credere più nel futuro, nel suo futuro, in un campo di concentramento è perduto. Con il futuro perde anche il sostegno spirituale, si lascia cadere interiormente e decade tanto nel fisico, quanto nello spirito” (Frankl, 2012). E racconta l'episodio di un internato che, convinto da un sogno di ottenere la libertà il 30 marzo, era pieno di speranze. Ma, quando la data si avvicinava sempre di più e le notizie facevano sembrare meno probabile la liberazione, il 29 marzo il suo amico ebbe una febbre altissima improvvisa, il 30 marzo perse i sensi, il 31 marzo morì: “La causa ultima della morte del mio amico fu la sua grave delusione. Egli attendeva un certo giorno, nel quale, lo sapeva, sarebbe stato libero: ma non andò così e subito venne meno la resistenza del suo organismo contro il tifo petecchiale che stava covando. La sua fede nel futuro e la sua volontà di futuro erano paralizzate; il suo organismo soggiacque alla malattia e così, infine, la voce del suo sogno ebbe ragione” (Frankl, 2012).

Da qui l'importanza che, nella condotta del medico, riveste la modalità comunicativa di una diagnosi negativa al malato e ai familiari: oltre all'oggettività dell'informazione e al rispetto dell'autonomia di giudizio, essa richiede prudenza ed empatia. “Ogni paziente ha il diritto di sperare, anche contro tutti i pronostici, e il compito dei medici, ma anche di tutti i professionisti che si occupano del lavoro di cura, è quello di nutrire in esso la speranza [...] La speranza del medico è speranza del paziente” (Frankl, 2012).

Tali interventi sono fondamentali perché preservano dal rischio che il paziente rinunci all'impegno per seguire il percorso terapeutico. La sua mente rischia di concentrarsi sul peggio, specialmente nelle diagnosi gravi e il suo pensiero è irrigidito dalla paura che blocca la speranza.

Far nascere e sostenere la speranza dipende, dunque, sia dalle immagini che si formano nella mente della persona e sia dagli input esterni che hanno il potere di influire positivamente o negativamente su tali immagini. Le parole e i gesti di cura dei medici, chirurghi, infermieri, assistenti sociali, educatori, psicologi, psichiatri, familiari e amici sono input esterni che hanno un'influenza sui collegamenti sinaptici della mente umana. I circuiti cerebrali legati alla speranza, pertanto, non sono statici, ma si attivano in funzione a tali segnali esterni (Frankl, 2012). Anche l'ambiente in cui si trova il paziente ha un suo peso fondamentale. Nel corso di una ospedalizzazione sono presenti molti stimoli sociali/sensoriali attorno al malato, che possono essere in grado di provocare un miglioramento o un peggioramento del suo stato d'animo e di conseguenza della sua situazione clinica.

Nelle ricerche condotte da Groopman, emerge che la scintilla della speranza rompe il circolo vizioso della visione negativa del paziente. Man mano che diminuisce la speranza, meno endorfine ed encefaline vengono liberate nel cervello, mentre si accresce la produzione di CCK (chiamata anche ‘colecistochinina’), una sostanza che interferisce sulle

vie nervose del dolore, aumentando le sensazioni di dolore e di sofferenza. Di conseguenza, il cerchio della speranza si chiude. È pertanto necessario spezzare questo circolo vizioso infondendo quella fiducia che favorisce la speranza, con la conseguente riduzione del disagio e l'acquisizione di un relativo senso di benessere. Alcuni studi riportati nell'opera di Groopman confermano che i pazienti inclini alla speranza, in larga misura per la loro fede religiosa e la fiducia nel medico, guariscono più in fretta e hanno un più alto tasso di sopravvivenza (Frankl, 2012).

Riguardo al nesso tra religiosità, speranza e processo di guarigione, alla Harvard Medical School è stata promossa un'iniziativa di “spiritualità in medicina”. Il programma ruota attorno all'interrogativo: “How may religion and spirituality in concert with public health and the practice of medicine alleviate illness and promote human well-being?”¹. Come si legge nel sito, il progetto di ricerca ha come sfondo un modello integrato di spiritualità, salute pubblica e cura del paziente, in dialogo anche con le comunità religiose. Di fronte alla dissociazione tra corpo e anima, caratteristica dell'assistenza sanitaria contemporanea, si intende realizzare, alla luce dell'integrazione tra corpo, mente e spirito, una ricerca interdisciplinare sostenuta da metodi rigorosi di analisi sociale e scientifica.

Dalle considerazioni emerse finora è evidente l'importanza che ha la pratica di cura nella relazione medico-paziente, essendo essa stessa canale privilegiato di trasmissione della speranza. “Un atteggiamento di base efficace nel trasmettere notizie negative rifugge dall'utilizzo di toni drammatici o particolarmente crudi e lascia, invece, intravedere uno spiraglio di *speranza*, purché realistica. La speranza ha un forte potere liberatore dall'angoscia, a condizione che sia reale e non una illusione” (Anfossi et al., 2008). Groopman osserva: “la speranza è il sentimento confortante che proviamo quando scorgiamo con l'occhio della mente il cammino che può condurci a una condizione migliore, ma essa non nasconde gli ostacoli e le insidie che incontriamo strada facendo” (Groopman, 2004).

È sempre possibile offrire una speranza, anche nei casi più gravi di malattia: in tali situazioni, come mostrano le cure palliative, la speranza sarà legata a garantire il controllo del dolore e dare la certezza della disponibilità e presenza del personale medico in ogni momento di bisogno.

Il personale sanitario, ispiratore di speranza

“Se si considera la specificità del suo essere, cos'è il medico per il malato se non un uomo esperto nell'arte di rendere possibile, di dilatare e di migliorare le infrante speranze terre-

¹ Si tratta dell'iniziativa promossa nel 2017 presso la Harvard University da Tyler VanderWeele, *Initiative on Health, Religion, and Spirituality* (<https://projects.iq.harvard.edu/rshm/home>).

ne di costui? Qualsiasi riflessione sul compito di curare dovrà tener conto, se aspira a essere profonda, di questa condizione di ‘dispensatore di speranza’ che distingue e nobilita il medico” (Lain Entralgo, 1957).

Un atteggiamento di prossimità e una comunicazione empatica possono creare nel paziente aspettative positive, aumentando la sua componente motivazionale, che è un elemento centrale nella speranza. Snyder parla di aiutare a “imparare a sperare” (Snyder, 2000), il che comporta da parte del personale sanitario lo sviluppo di una speciale sensibilità per cogliere le emozioni del paziente, senza minimizzarle o silenziarle. Come è stato osservato, le emozioni che intervengono nell’esperienza di malattia, come la paura o la rabbia, sono “permeate di intelligenza e discernimento” e pertanto possono essere determinanti nei giudizi di valore. Per questo non possono essere messe da parte, ma “dobbiamo misurarci con il caotico materiale del dolore e dell’amore, della rabbia e della paura, e con il ruolo che queste tumultuose esperienze giocano nel pensiero riguardo al bene e al giusto” (Nussbaum, 2001).

Pertanto, è fondamentale per i professionisti dell’aiuto acquisire la capacità di essere “ispiratori di speranza”, che li aiuti a essere guide affidabili e autentiche per le persone di cui devono prendersi cura (Maioni, 2020).

La psichiatra statunitense Zlatka Russinova ha esaminato il ruolo della speranza nel processo di recupero dei malati psichiatrici, coniando il termine *Hope-Inspiring Competence*, ossia la competenza da parte del personale sanitario di favorire e mantenere la speranza di guarigione o perlomeno di miglioramento. Si tratta di una integrazione creativa e flessi-

bile da usare come strategia di aiuto, atta a favorire la buona ripresa del malato (Russinova, 1999).

Per la Russinova tale competenza si acquisisce utilizzando un insieme di strategie di ispirazione della speranza, ricavate dalla sua esperienza clinica. Di seguito si riporta una tabella che le sintetizza, applicate all’ambito sanitario, ma estendibili a qualsiasi relazione di aiuto (Tab. I).

Commenta la Russinova: “Il primo gruppo di strategie riflette il potenziale curativo della relazione consulente-cliente. Una delle più importanti strategie incluse in questo gruppo è l’abilità degli operatori nel promuovere lo sforzo della persona a mantenere viva la propria motivazione interna a reagire, anche nei momenti di maggiore crisi. Tale motivazione viene favorita con un atteggiamento comprensivo ed empatico del consulente, facendo sentire accolto e non giudicato il cliente.

Le strategie del secondo gruppo si focalizzano, invece, sull’accrescimento delle capacità del paziente, incrementando la sua autostima e la percezione positiva di sé (*self-efficacy*).

In ultimo, le strategie del terzo gruppo mirano a sviluppare l’abilità del cliente nel riconoscere e usare adeguatamente le risorse esterne a disposizione, atte all’evoluzione positiva del processo di guarigione” (Russinova, 1999).

“Da tali strategie la studiosa ricava delle dimensioni, legate sempre alla competenza dello sperare, e che dovrebbero guidare l’agire etico dei professionisti dell’aiuto:

- certezza del terapeuta sulla potenziale guarigione del paziente: tale certezza è radicata nella conoscenza esistente riguardo alla guarigione di malattie mentali gravi, come per esempio la schizofrenia. Tuttavia, questa convinzione richiede anche una profonda fi-

Tabella I. *Insieme di strategie di ispirazione della speranza. (Fonte: Russinova Z. Providers’ hope-inspiring competence as a factor optimizing psychiatric rehabilitation outcomes. J Psych Rehab 1999;16:55).*

Strategie di ispirazione della speranza da utilizzare come proprie risorse per favorire la guarigione del paziente	Strategie di ispirazione della speranza per mobilitare le risorse interne del paziente atte alla sua guarigione	Strategie di ispirazione della speranza da utilizzare come risorse esterne per favorire la guarigione del paziente
1) Convinzione nel potenziale e nella forza della persona	1) Aiutare la persona a stabilire e raggiungere risultati concreti	1) Aiutare la persona, con uno stato più avanzato di benessere, a puntare su ruoli lavorativi di successo
2) Accettazione incondizionata della persona	2) Aiutare la persona a sviluppare migliori abilità di adattamento	2) Essere disponibili quando la persona è in crisi
3) Ascoltare le esperienze della persona senza giudicarle	3) Aiutare la persona a richiamare alla mente precedenti risultati ed esperienze positive	3) Aiutare la persona a trovare un giusto equilibrio nel prendere i medicinali
4) Accettare e tollerare i fallimenti e le sconfitte della persona, considerandole parte del processo di guarigione	4) Usare tecniche di cambiamento della percezione negativa di sé e dei fatti	4) Educare i pazienti riguardo la loro malattia
5) Aver fiducia nell’autenticità delle loro esperienze	5) Supportare le credenze spirituali della persona	5) Aiutare la persona a unirsi a gruppi di auto-aiuto
6) Esprimere una genuina preoccupazione per il benessere della persona	6) Aiutare la persona a rendersi conto delle occasioni belle che ha perso nella vita, spronandola a uscire fuori dalla propria sofferenza	6) Favorire la partecipazione della famiglia del paziente
7) Usare appropriatamente l’ironia		7) Supportare i pazienti a ottenere e mantenere un impiego

ducia che ciò possa essere personalmente compiuto nella propria pratica professionale;

- motivazione dell'operatore nel promuovere i risultati positivi dei suoi pazienti: tale dimensione è correlata all'abilità del terapeuta di identificare, ricordare e riconoscere le piccole conquiste del cliente. Questo incoraggiamento continuo e paziente apporta maggiore speranza, e diventa uno dei fattori cruciali dell'evoluzione positiva del processo terapeutico;
- capacità dell'operatore di fornire una fiduciosa prospettiva del futuro: questa dimensione riflette l'abilità del terapeuta nell'usare varie tecniche e approcci che generano i più alti livelli di speranza" (Ruscinova, 1999).

Per la Ruscinova c'è dunque un legame molto stretto tra speranza e guarigione:

La speranza stimola la guarigione non solo attraverso il mantenimento di aspettative positive, ma favorisce anche un valido sostegno nel trattamento di patologie psichiche, come per esempio la depressione, diminuendo il rischio di suicidio tra persone con disabilità mentale. La speranza funziona come una forza di salvezza per gli individui che sono stati sopraffatti dalla disperazione, ed essa rappresenta un ingrediente essenziale in ogni pratica medica (Ruscinova, 1999).

Basandosi su questa dinamica, il seguente modello ideato dalla Ruscinova identifica la speranza come la primaria forza motivazionale per i gradualmente positivi del malato e persino per la sua guarigione. Quando la speranza è favorita tramite aspettative positive e rinforzi efficaci esterni, come ad esempio l'incoraggiamento, il sostegno, ecc., si riescono a contenere paure, dubbi e disperazione e si attivano nel malato le risorse interne, perché riscopra il significato della sua vita e si proponga nuovi scopi (Fig. 1).

I professionisti dell'aiuto non solo hanno la responsabilità di sviluppare e fornire le risorse interne e esterne al paziente, ma devono anche aiutarlo ad acquisire consapevolezza dell'esistenza di tali risorse. Questo "permette di accompagnarlo nella ricostruzione di un sé profondamente ferito, e questo diventa il trattamento prioritario, piuttosto che focalizzare l'attenzione sulla gestione del sintomo e la prevenzione della ricaduta. Si passa, dunque, dal trattare il disordine psico-fisico al trattare l'intera persona" (Ruscinova, 1999).

Tali considerazioni, se risultano più immediatamente applicabili alle patologie psichiatriche, risultano preziose se trasferite ad altre situazioni in cui la prognosi per il malato è di estrema gravità, come nel caso dell'oncologia o delle patologie neurodegenerative (Maioni, 2020). In tali circostanze, è di estrema importanza che professionisti dell'aiuto e familiari siano consapevoli della grave responsabilità di decodificare

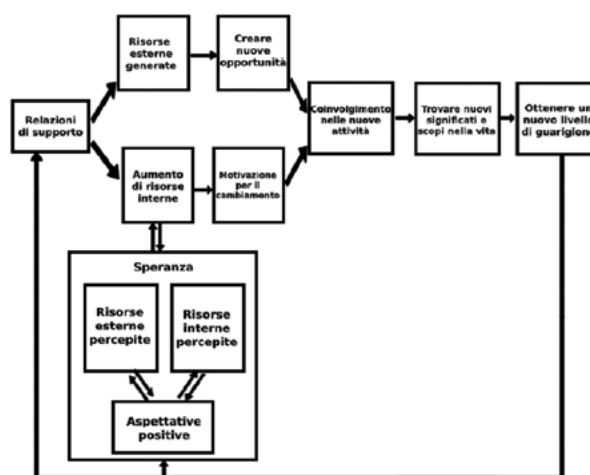


Figure 1.

Il modello ciclico della Relazione tra Speranza e Guarigione (Fonte: Ruscinova Z. *Providers' hope-inspiring competence as a factor optimizing psychiatric rehabilitation outcomes*. *J Psych Rehab* 1999;16:52).

le esigenze inesprese del malato, il quale il più delle volte, dietro la lucidità solo apparente della domanda di morte, sta inconsapevolmente chiedendo quella prossimità che lo aiuti a continuare a sperare.

Bibliografia

- Alici L, Ed. *Il dolore e la speranza. Cura della responsabilità. Responsabilità della cura*. Roma: Aracne 2011.
- Anfossi M, Verlatto ML, Zucconi A. *Guarire o curare? Comunicazione ed empatia in medicina*. Bari: Edizioni La Meridiana 2008, pp. 69-71.
- Frankl V. *Uno psicologo nei lager*. Milano: Ares 2012.
- Groopman J. *Anatomia della speranza. Come reagire davanti alla malattia*. Milano: Vita & Pensiero 2004.
- Láin Entralgo P. *La espera y la esperanza. Historia y teoría del esperar humano*. Madrid: Revista de Occidente 1957.
- Maioni M. *Feriti dalla malattia, accarezzati dalla speranza. La dimensione della speranza nei pazienti oncologici. Prospettive bioetiche e cliniche*. Roma: CISU 2020.
- Marcel G. *Homo viator. Prolegomeni a una metafisica della speranza*. Roma: Borla 1980.
- Nussbaum M. *Diventare persone. Donne e universalità dei diritti*. Bologna: il Mulino 2001.
- Pieper J. *Sulla speranza*. Brescia: Morcelliana 1960.
- Plügge H. *Über die Hoffnung*. Situation. Beiträge zur phänomenologischen Psychologie und Psychopathologie 1954;1:54-67.
- Ruscinova Z. *Providers' hope-inspiring competence as a factor optimizing psychiatric rehabilitation outcomes*. *J Psychiatric Rehabilitation* 1999;6:50-57.
- Russo F, Ed. *San'Agostino. La speranza*. Roma: Città Nuova 2002.
- Snyder CR. *Handbook of hope. Theory, measures, and applications*. San Diego, CA: Academic Press 2000.
- Tommaso D'Aquino. *Somma Teologica* I-II, q. 40, a. 2, ad 1.

Famiglia ed etica della cura dell’anziano

Family and ethics of care in old age

MADDALENA PENNACCHINI

Fondazione Alberto Sordi, Università Campus Bio-Medico di Roma

L’aumento del numero di persone anziane e l’allungarsi della vita media della popolazione sta causando un incremento delle loro vulnerabilità e della perdita di livelli di autonomia negli anziani.

Di fronte a tutto ciò la famiglia è sempre più direttamente coinvolta nella cura ai loro familiari anziani e, per questo, sta palesando difficoltà che la rendono un soggetto vulnerabile.

La dimensione etica della cura risiede: 1. nel riconoscimento di queste vulnerabilità e 2. nella responsabilità di ogni persona insieme con la sua famiglia di farsi carico della propria vita. Proprio la dimensione etica della cura implica la necessità: 1. di una pedagogia della vulnerabilità che definisca dei percorsi educativi sia per l’anziano sia per i suoi caregiver familiari; 2. di una territorializzazione della cura, ossia la creazione o l’ampliamento di una rete di servizi pubblici sul territorio (che è sentita come indispensabile dagli stessi caregiver familiari), e 3. il potenziamento dell’impiego di tutte quelle tecnologie e-health e di monitoring che facilitano le cure al domicilio e, quindi, l’aging in place.

Parole chiave: Filosofia della cura, pedagogia della vulnerabilità, tecnologia, territorializzazione delle cure

The increase of the number of elderly people and the lengthening of average life span of the population is causing an increase in the vulnerabilities and loss of autonomy in the elderly. In view of all this, family is always more directly involved in the care of their elderly members and, therefore, is showing difficulties that make it a vulnerable subject.

The ethical dimension of care lies in: 1. the recognition of all these vulnerabilities, and 2. the responsibility of each person together with his/her family to be in charge of one’s own life. It is precisely the ethical dimension of care that implies the following needs: 1. a pedagogy of vulnerability, which delimits educational paths for both the elderly and their family caregivers; 2. a territorialisation of care, i.e. the creation or expansion of a local public services network (felt as essential by family caregivers themselves); 3. enhancing the use of all e-health and monitoring technologies that facilitate home care and, therefore, aging in place.

Key words: Philosophy of care, pedagogy of vulnerability, technology, territorialisation of care

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Maddalena Pennacchini
Fondazione Alberto Sordi
Università Campus Bio-Medico di Roma
Via Álvaro del Portillo 5, 00128 Roma
e-mail: m.pennacchini@unicampus.it



OPEN ACCESS © Copyright by Pacini Editore Srl

Premessa

Non è un paese per vecchi (*No Country for Old Men*) è un film del 2007 scritto e diretto da Joel ed Ethan Coen e tratto dall'omonimo romanzo del 2005 di Cormac McCarthy. Un titolo che è divenuto una frase d'uso comune, utilizzata anche in ambito educativo e sociale, per indicare un contesto nel quale sono penalizzati alcuni settori o gruppi di popolazione.

Un titolo quanto mai attuale, poiché l'allungamento della vita media e il conseguente invecchiamento della popolazione in tutti i paesi del mondo che hanno raggiunto un certo livello di benessere rappresentano, ai nostri giorni, una vera e propria sfida a livello demografico globale, collettivo, per i percorsi di vita di ciascuno nonché per le famiglie.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2015) ha rilevato che tra il 1980 e il 2015 si è verificato un aumento di più del 30% della popolazione degli ultrasessantacinquenni in Europa e ha stimato che entro il 2050 questa coorte generazionale andrà a costituire il 25% del totale della popolazione.

L'Istituto Nazionale di Statistica italiano ha detto che la speranza di vita, che nel 1961 era di 67,2 anni per gli uomini e di 72,3 anni per le donne, è ora di 81 anni per gli uomini e di 85 anni per le donne (ISTAT, 2018).

Contemporaneamente all'aumento del numero di persone anziane e all'allungarsi della vita media della popolazione, si constata un aumento delle loro vulnerabilità e, quindi, la perdita di livelli di autonomia.

In relazione ai problemi di cura derivanti proprio dalla perdita di autonomia e dalle vulnerabilità nella vecchiaia, nel nostro sistema di protezione sociale si assiste a una sempre più considerevole chiamata in causa della famiglia la quale, proprio per questo, sta palesando difficoltà che la rendono un soggetto vulnerabile.

La famiglia: l'altro soggetto vulnerabile

La cura è una necessità per i viventi e per l'essere umano in particolare in tutto il corso della sua vita, sebbene in alcuni momenti, quale l'età anziana, si palesi maggiormente il bisogno di cura. Tale necessità dipende dalla qualità ontologica della dipendenza: l'uomo è fragile, vulnerabile e sempre dipendente-da. Tale tratto ontologico, la dipendenza, è in stretta connessione con l'essenza relazionale dell'esistenza. La cura è altresì un aspetto universale della vita umana. Di più, si può arrivare a dire che la cura sia il luogo dove comincia il senso dell'esserci, poiché ricevere cura significa sentirsi accolti dagli altri nel mondo, mentre aver cura significa coltivare quel tessuto dinamico e complesso di relazioni in cui ogni soggetto riconosce la matrice vivente del proprio essere nel mondo (Mortari, 2015).

In tutto il processo di cura all'essere umano la famiglia svolge un ruolo fondamentale, anche quando la cura è rivolta alla persona anziana e ciò soprattutto in Italia. Infatti, "quello italiano si conferma, dunque, come un modello di welfare di tipo familistico, cioè basato sull'implicita assunzione che la famiglia sia il cardine attorno al quale ancorare l'intervento collettivo a tutela e protezione dei soggetti più deboli. Ciò finisce con l'innescare forme di *caregiving* estremamente pervasive, la cui incidenza nell'esistenza di chi se ne assume la responsabilità in prima persona è ragguardevole" (Gasperi, 2020, p. 155). Accade, infatti, che a occuparsi di un familiare adulto non autosufficiente sia un'unica persona: il caregiver primario.

Intorno ai problemi di cura concernenti la persona anziana non autosufficiente sono stati sviluppati diversi studi, i quali, tuttavia, nella quasi totalità dei casi riguardano anziani affetti da demenza e, particolarmente, dal morbo di Alzheimer. Tali indagini presentano una realtà prevalentemente al femminile e un progressivo innalzamento dell'età media dei caregiver (Aima-Censis, 2016). "Il caregiver primario di solito è una donna, che per di più si trova in quella che viene definita "età di mezzo", cioè in un periodo della vita in cui le risorse psicofisiche a disposizione cominciano ad affievolirsi e che vede invece radicalizzarsi la molteplicità di ruoli caratterizzanti la realtà femminile anche in altre fasi dell'esistenza" (Gasperi, 2020, p. 155).

Inoltre, i caregiver familiari che si assumono l'onere primario della cura ritengono indispensabile che sia creata o ampliata la rete dei servizi pubblici sul territorio (Aima-Censis, 2016; Censis, 2017).

Queste ricerche hanno messo in evidenza le difficoltà che incontrano i caregiver familiari e hanno colto le molteplici e contraddittorie sfaccettature del modo di percepire e significare la situazione da parte loro, tant'è che recentemente li si è inclusi tra le figure vulnerabili in età adulta di cui prendersi cura (Cornacchia e Tramma, 2020). Non solo, il tema del familiare caregiver di un anziano non autosufficiente o parzialmente autosufficiente "esige un suo inquadramento all'interno di una prospettiva estesa a comprendere le politiche socio-assistenziali. Sono, infatti, ravvisabili svariati bisogni di formazione alla cura [educazione alla cura di sé ed educazione alla cura degli altri *n.d.a.*], ma si delinea in maniera altrettanto palese l'imprescindibile necessità di innestarli in uno scenario che richiede un cambiamento migliorativo dei servizi offerti a chi si occupa di un congiunto non autosufficiente" (Gasperi, 2020, p. 155).

L'etica della cura di fronte alle vulnerabilità degli anziani e dei loro caregiver familiari

Dal punto di vista dell'etica della cura, non si tratta, quindi, di riconoscere nella cura un valore esclusivo del mondo vitale delle donne come fatto con una connotazione criti-

ca nella prima riflessione sul tema, ma è necessario piuttosto rivendicarlo come centrale nella vita umana e riflettere sul fatto che esso deve prendere in considerazione per quel che attiene l'oggetto specifico di questo lavoro, le due vulnerabilità: quella delle persona anziane e quella dei loro caregiver familiari.

Particolarmente significative, a questo riguardo, appaiono le quattro fasi, analiticamente distinte ma interconnesse, in cui si articola, per Joan C. Tronto, il processo della cura. Esse comprendono: 1. l'interessarsi a (*caring about*) che comporta il riconoscimento della necessità della cura in base alla percezione del bisogno e alla valutazione della possibilità della sua soddisfazione; 2. il prendersi cura di (*taking care of*) che implica l'assunzione di qualche responsabilità rispetto al bisogno identificato e l'impegno di rispondervi; 3. il prestare cura" (*care-giving*) che consiste nel soddisfacimento diretto dei bisogni di cura e quindi richiede una presa di contatto tra i diversi soggetti; 4. il ricevere cura (*care-receiving*) che rappresenta la fase finale del processo in cui il destinatario della cura risponderà alla cura che riceve e si potrà verificare l'effettiva soddisfazione dei bisogni (Tronto, 1993).

Il nocciolo etico della cura risiede, infatti, nell'intenzione che orienta l'agire con cura, ossia la ricerca di ciò che fa bene alla vita dell'anziano e al tempo stesso della famiglia che si prende cura di lui tenendo conto di quanto loro stessi, unitamente agli studi, evidenziano. E questo coinvolge direttamente la società tutta in qualunque forma la cura si declina¹.

Concretamente, inoltre, la ricerca del bene dei due soggetti vulnerabili – l'anziano e la sua famiglia – deve orientare anche le persone che praticano la cura mediante l'assunzione di precise "posture", nelle quali si condensa l'essenza etica della cura: sentirsi responsabili, condividere con l'altro l'essenziale, avere una considerazione reverenziale per l'altro, avere coraggio (Mortari, 2006); tali posture si rendono visibili attraverso degli *indicatori comportamentali* che rendono evidente l'intenzione di chi la agisce, tali indicatori sono elencati molto semplicemente e sinteticamente da Luigina Mortari: prestare attenzione, ascoltare, esserci con la parola (e con i dovuti silenzi), comprendere, sentire con l'altro, esserci in una distante prossimità, con delicatezza e con fermezza, capaci di sostenerne la fatica. La cura è un agire concreto, la cura guarda negli occhi perché è cura di un'altra persona precisa. Il bene è quello di cui l'altro ha bisogno per stare bene in quel preciso momento (Mortari, 2017).

Sempre mantenendosi sul piano concreto, recentemente si è sviluppato un ulteriore ambito nel dibattito sulle questioni etiche relative alla cura della persona anziana e ai suoi ca-

regiver familiari: quello riguardante le implicazioni inerenti l'uso delle nuove tecnologie.

Per questioni di brevità si considereranno solo le problematiche relative alle applicazioni e-health e le tecnologie di monitoring, mentre non si prenderanno in considerazione i robot umanoidi specializzati nell'assistenza all'anziano dei quali si occupa più specificamente la roboetica.

Con il termine 'e-health' si riferisce all'interazione di una persona con le tecnologie digitali di informazione e comunicazione come internet e dispositivi mobili per accedere o ricevere informazioni, guida o supporto relativamente a questioni riguardanti la salute di un individuo.

Sicuramente queste tecnologie digitali svolgono e svolgeranno sempre più un ruolo importante nella vita delle persone anziane, poiché forniscono loro e ai loro familiari la possibilità di essere meglio informati e, conseguentemente, preparati nel discutere con i clinici i piani terapeutici come anche nel trovare sul territorio delle reti di sostegno e di appoggio cui far riferimento, quali ad esempio le associazioni per anziani, o quelle per i parenti di anziani affetti da particolari patologie (Taha et al., 2009).

Rileva opportunamente Sanchini che "accanto a tali vantaggi, le tecnologie e applicazioni e-health presentano anche alcune potenziali criticità. In primo luogo, proprio in quanto tecnologie che forniscono maggiori conoscenze all'utente, possono creare dei presunti "pazienti esperti", i quali si accosterebbero al professionista sanitario presumendo – e a tratti pretendendo – di dirigere le proprie cure, invece di instaurare un rapporto collaborativo, perlopiù asimmetrico, teso a una migliore gestione della loro condizione di salute. Esistono, inoltre, una serie di criticità legate al fatto che le nuove tecnologie sanitarie, in particolare le applicazioni e-health, vengono spesso prodotte e lanciate sul mercato senza considerare le esigenze e le preferenze del gruppo di utenti al quale si rivolgono, e spesso mancando di considerare adeguatamente le capacità cognitivo-interpretative dell'individuo anziano, il quale si troverebbe, così, a dover interpretare un'informazione alquanto complessa presentata in un linguaggio poco accessibile" (Sanchini e Reichlin, 2019). A quanto detto si aggiunga che tutto ciò non solo può mettere l'anziano in uno stato di confusione e/o agitazione, ma creerebbe ulteriori difficoltà ai caregiver familiari nella loro attività di cura.

Parimenti, anche le *tecnologie di monitoring* hanno e avranno sempre di più un ruolo importante nella vita delle persone anziane e in quella dei loro familiari, esse monitorano, infatti, il comportamento dell'anziano e comunicano direttamente con i professionisti e i membri della famiglia. Tali tecnologie, come stiamo sperimentando proprio durante questo periodo di pandemia da COVID-19, consentono agli anziani di continuare a vivere nelle proprie abitazioni conservando anche importanti e significativi livelli di indipendenza, sicurezza, benessere e connessione sociale; esse, inoltre, hanno un impatto significativo sulla loro qualità di vita e su quella dei loro familiari, che possono posticipare se non proprio

¹ La cura è *categoria polisemica*: è cura del corpo malato e/o sano, come restauro della salute (medicina) come igiene e assistenza (infermieristica), è altresì cura del corpo mediante l'attenzione all'alimentazione (scienze della nutrizione e dietetica); è cura sociale dei deboli, dei marginali, degli handicappati; è cura religiosa, come formazione e direzione di anime; e altro ancora (Cambi, 2006).

rinunciare all'idea di istituzionalizzare il loro congiunto rassicuranti anche dal fatto che tali tecnologie al tempo stesso li aiutano a identificare tempestivamente potenziali problemi di salute. In merito all'uso di tali tecnologie di monitoring, è bene rilevare altresì che le persone anziane e i loro caregiver familiari evidenziano alcune preoccupazioni relativamente alla "privacy informazionale", ossia alle questioni inerenti al tipo di informazione registrata, alla modalità di registrazione e ai soggetti con cui venga condivisa (Beach et al., 2010; Lorenzen-Huber et al., 2010). Aspetti importanti che richiedono oltre a una considerazione etica anche una regolamentazione che favoriscano una innovazione responsabile.

Conclusioni

A fianco alla crescente vulnerabilità delle persone anziane, gli studi evidenziano un altrettanto importante vulnerabilità dei caregiver familiari.

Dimensione etica della cura risiede: 1. nel riconoscimento di queste vulnerabilità e 2. nella responsabilità di ogni persona insieme con la sua famiglia di farsi carico della propria vita.

Il che implica la necessità da un lato di una pedagogia della vulnerabilità che definisca dei percorsi educativi sia per l'anziano sia per i suoi caregiver familiari e dall'altro di una territorializzazione della cura, ossia la creazione o l'ampliamento di una rete di servizi pubblici sul territorio che è sentita come indispensabile dagli stessi caregiver familiari, unitamente al potenziamento di tutte quelle tecnologie e applicazioni che favoriscono le cure al domicilio e, quindi, l'*aging in place*.

Bibliografia

- Aima-Censis. *L'impatto economico e sociale della malattia di Alzheimer: rifare il punto dopo 16 anni*. Roma: Fondazione Censis 2016.
- Beach S, Schulz R, Downs J, et al. *Monitoring and privacy issues in quality of life technology applications*. Gerontechnology 2010;9:78-79.
- Cambi F. *La cura in pedagogia: una categoria "sotto analisi"*. In: Boffo V, Ed. *La cura in pedagogia. Linee di lettura*. Bologna: CLUEB 2006.
- Censis. *La gestione della cronicità: il ruolo strategico del caregiver. Il quadro generale e un focus sul Parkinson*. Roma: Fondazione Censis 2017.
- Cornacchia M, Tramma S. *Vulnerabilità in età adulta. Uno sguardo pedagogico*. Roma: Carocci 2020.
- Gasperi E. *Le fatiche dell'adulto caregiver*. In: Cornacchia M, Tramma S, Eds. *Vulnerabilità in età adulta. Uno sguardo pedagogico*. Roma: Carocci 2020, pp. 153-168.
- ISTAT. *Rapporto annuale 2018. La situazione del Paese* (<https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2018/Rapportoannuale2018.pdf>).
- Lorenzen-Huber L, Boutain M, Camp LJ, et al. *Privacy, technology, and aging: a proposed framework*. Ageing International 2010;2:232-252.
- Mortari L. *Filosofia della cura*. Milano: Raffaello Cortina Editore 2015.
- Mortari L. *L'essenziale per la vita. Per una filosofia della cura*. JMP 2017;1:36-38.
- Mortari L. *La pratica dell'aver cura*. Milano: Bruno Mondadori 2006.
- Sanchini V, Reichlin M. *Tecnologie e-health di monitoraggio per gli anziani: opportunità e sfide*. (28.08.2019), <https://www.secondowelfare.it/innovare/tecnologie-e-health-di-monitoraggio-per-gli-anziani-opportunit-e-sfide.html>
- Taha J, Sharit J, Czaja S. *Use of and satisfaction with sources of health information among older internet users and nonusers*. Gerontologist 2009;5:663-673.
- Tronto J.C. *Moral boundaries. A political argument for an ethics of care*. New York: Routledge 1993.
- World Health Organization. *World report on ageing and health*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data 2015.

Il ragionamento clinico: analitico, intuitivo o entrambi?

Clinical reasoning: analytical, intuitive, or both?

MARCO VINCENZO LENTI, ALICE SILVIA BRERA, LUCIA PADOVINI,
ALESSIA BALLELIO, GABRIELE GROCE, GINO ROBERTO CORAZZA*

Clinica Medica, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Università degli Studi di Pavia

In medicina, il metodo clinico deve essere una disciplina flessibile che può adattarsi prontamente ai continui cambiamenti. Nonostante le notevoli innovazioni e progressi scientifici delle ultime decadi, il ragionamento clinico finalizzato alla diagnosi accurata sembra essere ancora la caratteristica più distintiva della medicina clinica. In medicina interna, questa caratteristica è ancora più evidente. Formulare una diagnosi è un processo con molte fasi che richiede una precisa acquisizione di dati, il ragionamento sulle loro articolazioni e la verifica dell'ipotesi diagnostica. Affinché le variabili considerate abbiano un senso, i medici dovrebbero adottare un approccio analitico o intuitivo e ciò dipende dalla loro esperienza personale. Il pensiero intuitivo è tipico dei medici esperti, tuttavia anche quest'ultimo non è totalmente privo di possibili errori. In questa review, discutiamo criticamente le attuali conoscenze che concernono la metodologia del ragionamento diagnostico.

Parole chiave: Complessità clinica, multimorbidità, ragionamento clinico

In medicine, clinical practice should be a flexible discipline that can readily adapt to constant changes. Despite the significant innovations and scientific progress made over the last few years, clinical reasoning aimed at making an accurate diagnosis, still seems to be the most appropriate and distinctive feature of clinical medicine. In fact, making a diagnosis is a process with many phases, which requires a precise data acquisition, reasoning on the clinical case and verification of the diagnostic hypothesis. To make sense of the variables considered, physicians should adopt either an analytical or an intuitive approach, and this depends on their previous experience. Intuitive thinking is typical of physicians who have years of experience, although this way of thinking may still have some limitations. In this paper, we discuss about diagnostic reasoning, focusing on an internal medicine setting.

Key words: Clinical complexity, multimorbidity, clinical reasoning

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof. Gino Roberto Corazza
Professore Emerito di Medicina Interna
Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo
Viale Golgi 19, 27100 Pavia
e-mail: gr.corazza@smatteo.pv.it

* Gli autori sono grati all'Editore per essere stati cooptati alla stesura di questo volume di MEDIC, che ha rappresentato negli anni un punto di incontro fondamentale e innovativo tra metodologia clinica, bioetica, epistemologia ed innovazione scientifica.



Introduzione

La medicina clinica è in continuo cambiamento (Jones, et al., 2021) e l'attuale pandemia da COVID-19 rappresenta un chiaro esempio di questo fenomeno (Zhu et al., 2020). I sistemi sanitari tendono ad adattarsi a tale cambiamento, sviluppando una varietà di strategie che includono tecnologie sempre più precise ed avanzate, come l'analisi molecolare e la mappatura genica, il potenziamento delle tecniche di immagine o lo sviluppo di farmaci sempre più mirati (Collins e Varmus, 2015). Tuttavia, anche in questa epoca di transizione e di progressi tecnologici, la medicina clinica rimane un'area dominata dall'incertezza e dalla probabilità, e un corretto ragionamento clinico-diagnostico, prerequisito per una corretta gestione del paziente, rappresenta ancora il pilastro portante della buona pratica clinica.

Formulare una diagnosi è un processo logico e cognitivo che consiste nel prendere in considerazione differenti opzioni e, pertanto, non è scevro da potenziali errori che portano a conseguenze avverse (Clark et al., 2018). Il progressivo miglioramento tecnologico non sempre riduce il rischio di errore (Lundberg, 1998), al contrario, un'eccessiva fiducia nelle nuove procedure può favorire tali conseguenze (Kirch e Schaffi, 1996). È di importanza fondamentale, quindi, utilizzare una metodologia diagnostica corretta che permetta la compensazione di inevitabili lacune cognitive caso-specifiche.

In questa review discutiamo dei vari stadi del processo diagnostico, della prioritizzazione delle diverse strategie del ragionamento diagnostico e delle procedure attraverso le quali si possano riconoscere e prevenire gli errori più comuni nella pratica clinica.

La diagnosi: un processo approssimativo a più fasi

Quello della diagnosi clinica è un processo multifase e la Figura 1 mostra la loro sequenza. Indipendentemente dai vari setting clinici (ambulatoriale, ospedaliero, rianimato-

rio/intensivo), una diagnosi dovrebbe essere accurata per essere il più efficace ed efficiente possibile in termini di tempestività e di corretto utilizzo delle risorse. La prima e più importante fase è rappresentata dal colloquio col paziente, da affrontare sempre da un'angolazione olistica e sistemica. Lo scopo del colloquio è quello di raccogliere informazioni strutturate e, allo stesso tempo, offrire un'opportunità unica di entrare in confidenza con il paziente stesso, di guadagnarne la sua fiducia e aderenza alla gestione clinico-terapeutica. Questi aspetti di comunicazione, emozionali ed empatici, sono già stati ampiamente discussi in letteratura (Platt et al., 2001).

Raccolta dei dati

Non esistono linee guida codificate su come condurre una raccolta dati attraverso il colloquio clinico, anzi questa dovrebbe essere adattata alle caratteristiche culturali, sociali e cliniche di ogni paziente. Ciò è necessario al fine di evitare un insieme amorfo di informazioni e di focalizzarsi su uno specifico distretto corporeo, ignorando il paziente nella sua interezza. Un punto di inizio appropriato è quello di chiedere al paziente i motivi della visita, quando sono subentrati i sintomi, come sono evoluti nel tempo, quali eventi li hanno preceduti e quale impatto hanno sulla sua vita.

A questo punto, le risposte del paziente sono tradotte in equivalenti medici che collegano il caso alla formale conoscenza del medico (Norman, 2006) ed è sulla base di questa raccolta che si dovrebbe cercare di definire una precoce e breve "rappresentazione del problema" (*illness script*) del paziente (Bowen, 2006). Questa rappresentazione consiste nel tradurre la storia in una lista sensata di problemi clinici, dettagliata dall'uso di specifiche semantiche bipolari, come acuto/cronico, lieve/severo, singolo/multipli, continuo/ricorrente (Bordage et al., 1997). Ogni sintomo non dovrebbe essere considerato singolarmente, ma, ove possibile, incorporato con gli altri all'interno di un cluster o sindrome (Thamma-

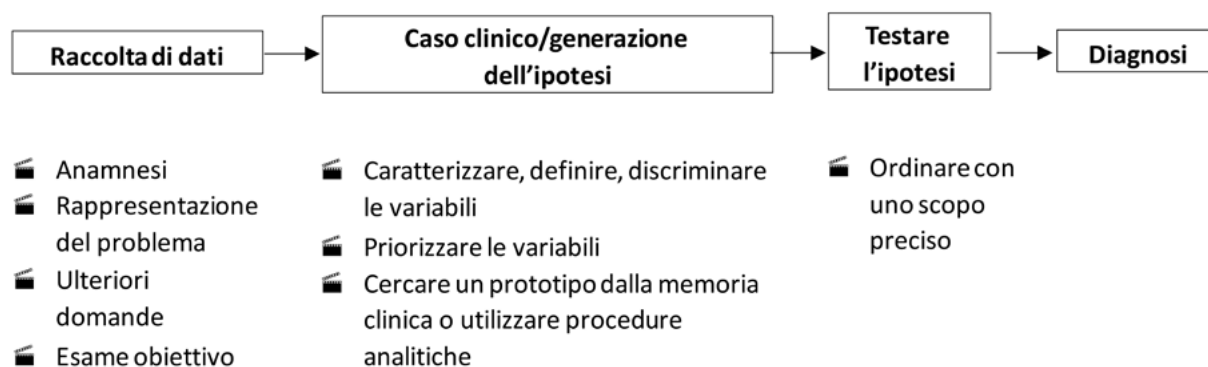


Figura 1. Processo sequenziale della formulazione della diagnosi. Ogni ragionamento diagnostico inizia dalla raccolta dati, che deve essere il più accurata possibile. Attraverso la raccolta dati il medico è in grado di produrre un caso clinico, generando l'ipotesi diagnostica che dovrà essere successivamente testata.

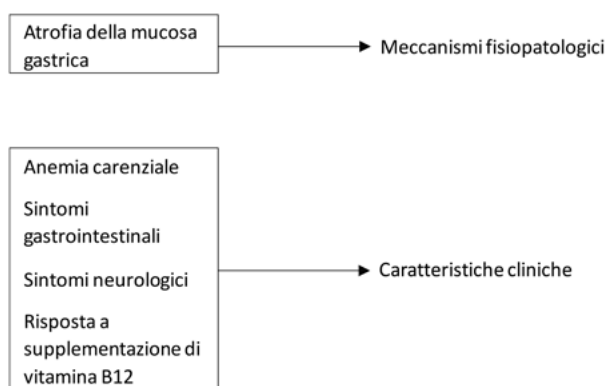


Figura 2. Un caso clinico di una paziente con anemia. Il caso clinico è costituito da tre componenti distinte che sono condizione predisponente, meccanismi fisiopatologici e caratteristiche cliniche. L'interazione tra le diverse componenti genera l'ipotesi diagnostica.

sitboon e Cutrer, 2013). Tale processo provvisorio dovrebbe prendere corpo il prima possibile e guidare le successive indagini, indirizzare l'esame obiettivo, che deve riguardare tutti i distretti corporei. Così, attraverso un progressivo processo di caratterizzazione e priorizzazione dei vari elementi, il medico può definire sempre di più il quadro e differenziarlo da altri, in modo da configurare una specifica entità nosologica, inclusiva di condizioni predisponenti, meccanismi fisiopatologici e caratteristiche cliniche (Charlin et al., 2000). Tutto ciò costituisce un processo parzialmente automatico ed empirico, ma proprio per questa ragione, non universalmente disponibile. La possibilità e la facilità di pensare a un'entità nosologica dipendono dalla competenza immagazzinata da ogni medico, e dal suo repertorio individuale di conoscenza ed esperienza clinica. Per esempio, il caso di una donna che presenta come problema principale un'anemia (Fig. 2) sarà più semplicemente riconoscibile da un medico che ha già incontrato casi simili in passato.

Modelli di ragionamento diagnostico e di formulazione di ipotesi

La formazione nella mente di un medico di un particolare scenario clinico, corretto o meno, è essenziale per la formulazione di ipotesi diagnostiche (Fig. 1) che, successivamente, verranno confermate o escluse. Queste prime fasi del processo diagnostico sono cruciali in quanto una corretta "rappresentazione del problema", a cui risulta correlato uno scenario/caso clinico coerente e significativo, evita che si giunga a ipotesi diagnostiche casuali, basate su reperti/segni isolati e clinicamente insignificanti, che possano condurre a conclusioni o diagnosi errate (Bowen, 2006).

Sebbene il processo di diagnosi dovrebbe essere, in teoria, flessibile e comprendere un ampio ventaglio di modalità di ragionamento (Charlin et al., 2007), gli approcci attualmente

utilizzati possono essere schematicamente rappresentati in due modelli distinti, ovvero il metodo intuitivo e quello analitico. Le loro caratteristiche principali sono elencate nella Tabella I.

Il metodo intuitivo, induttivo ed empirico, si basa sull'utilizzo di scorciatoie mentali (euristica), che si sviluppano al di sotto della soglia di coscienza percepibile del medico e permette di giungere a conclusioni rapide senza l'utilizzo di capacità o conoscenze specifiche. Esso sintetizza le informazioni raccolte e porta a considerare il quadro clinico nel suo insieme. I sintomi e i segni, esaminati insieme, sono correlati rapidamente e automaticamente a un modello di malattia, attraverso un processo di riconoscimento (*pattern recognition*) che è già insito nel database mentale del medico (Kassirer et al., 2007; Brush et al., 2017).

Per un clinico esperto, la capacità di recuperare dalla propria memoria una conoscenza precedentemente acquisita, parte dalla raccolta dei dati, e prende gradualmente forma fino alla configurazione del caso clinico e quindi del sospetto diagnostico.

Questo modello intuitivo si basa su un bagaglio di conoscenza scientifico ed è qualcosa di diverso dalla "sensazione viscerale" (*gut feeling*) utilizzato spesso dal medico di medicina generale. Quest'ultima si limita ad una percezione di allarme (o, più raramente, di rassicurazione), che solitamente permette al medico di distinguere anche le situazioni con carattere di urgenza (Stolper et al., 2009). In medicina generale, una diagnosi molto precisa è meno pressante dell'indicazione a una visita specialistica appropriata e tempestiva (Yazdani et al., 2017), per cui l'istinto ha un maggior valore prognostico, rispetto a quello diagnostico.

L'altro principale modello di ragionamento è quello analitico, basato su un approccio ipotetico-deduttivo. Si fonda sull'utilizzo di algoritmi o alberi decisionali basati su evidenze scientifiche e in tal modo vengono testate le varie probabilità di diverse ipotesi diagnostiche partendo da segni e sintomi, considerati più rilevanti o più tipici, piuttosto che dal quadro clinico nel suo complesso (Bordage, 1994; Round, 2001). Questo secondo tipo di approccio, che richiede maggior tempo e maggior impiego di risorse, è quello preferito istintivamente e precauzionalmente dai medici in formazione, provvisti di minore esperienza clinica. Alternativamente, viene adottato nel caso di presentazioni atipiche o rare di malattia che non risultano immediatamente indicative di un determinato quadro clinico. Più in generale, con la prosecuzione della pratica clinica e con l'aumento della competenza/esperienza, i processi logici dei giovani medici passano progressivamente dall'approccio analitico a quello intuitivo (Woods et al., 2001).

Disponiamo solo di pochi dati per confrontare il successo diagnostico ottenuto con i due differenti modelli. Uno studio in cui sono stati coinvolti 20 studenti di medicina dell'ultimo anno di corso e 20 clinici esperti, ai quali sono state poste le stesse domande, ha dimostrato che le probabilità di raggiun-

gere una diagnosi corretta siano maggiori quando si utilizza una strategia intuitiva rispetto all'applicazione del modello ipotetico-deduttivo maggiormente applicato dagli studenti (Coderre et al., 2003). Sono tuttavia necessari ulteriori studi prima di poter giungere a conclusioni più solide. È, inoltre, probabile che la differenza nelle conoscenze mediche tra i gruppi abbia influenzato i risultati più della strategia adottata e non è possibile escludere che sia presente un certo grado di ragionamento intuitivo anche in coloro che avevano adottato un approccio più analitico (Norman et al., 2007).

D'altra parte, indipendentemente dal livello di competenza clinica, l'adozione di un modello o dell'altro dipende spesso dalla specificità del caso clinico, poiché il successo nella risoluzione di un problema non è predittivo della capacità di risolvere un caso clinico di natura diversa (Elstein et al., 1978). A tal proposito, se ci riferiamo al caso clinico riportato in Figura 2, mentre per alcuni medici sarà necessario utilizzare algoritmi diagnostici molto costosi e dispendiosi in termini di tempo, che potrebbero richiedere procedure invasive per lo studio dell'anemia, per altri sarà rapido e piuttosto ovvio giungere all'ipotesi diagnostica di gastrite atrofica autoimmune, considerando i fattori predisponenti (sesso ed età), i segni che ne precisano la definizione (anemia carenziale, sintomi gastrointestinali, sintomi neurologici) o la diagnosi differenziale (risoluzione del quadro di anemia attraverso la supplementazione di vitamina B12 che riduce la probabilità di una vera e propria malattia ematologica).

Concludendo, se è vero che non abbiamo prove circa la superiorità del modello intuitivo rispetto a quello analitico, o viceversa, è altrettanto vero che non dovremmo considerare questi approcci come mutualmente esclusivi. Da tempo è stato proposto un approccio integrato, combinando i punti di forza di ciascuno dei due modelli di ragionamento (Loftus, 2012). Mentre, secondo alcuni, tale integrazione avverrebbe nelle fasi finali del ragionamento diagnostico con il modello analitico prevalente su quello intuitivo (Croskerry, 2009), secondo altri i due modelli costituiscono un "continuum" bidirezionale di mutua integrazione, all'interno del quale l'approccio intuitivo dovrebbe prevalere nelle prime fasi della formulazione di ipotesi e quello analitico nelle fasi finali di verifica delle ipotesi (Arket et al., 2007).

Valutazione della probabilità a posteriori

Il teorema di Bayes consente una stima della probabilità post-test di una certa malattia data la sua probabilità pre-test (la prevalenza di quella malattia nella popolazione sottostante o la convinzione del medico sulla sua prevalenza) e l'accuratezza del test. Sicuramente solo una piccola minoranza di medici applica questo teorema nella pratica clinica (Elstein e Schwartz, 2002), probabilmente perché pochi sono davvero consapevoli della reale prevalenza di una data malattia (Phelps e Levitt, 2004). La probabilità post-test dipende, oltre che dalla prevalenza di malattia, da una serie di informazioni aggiuntive (ad esempio risultati di laboratorio,

sintomi o cluster di sintomi) che emergono nelle varie fasi del percorso diagnostico (Summerton, 2008). In ogni caso, è applicando un tale processo allo scenario clinico riportato in Figura 2, che la probabilità di gastrite atrofica autoimmune assume una forte consistenza.

Verifica delle ipotesi

Si tratta della terza fase del processo diagnostico sequenziale (Fig. 1). Per confermare o meno le ipotesi diagnostiche formulate in precedenza, e anche per quantificare la gravità della malattia, il medico può essere aiutato da vari esami del sangue, tecniche di immagine e procedure endoscopiche o chirurgiche invasive, separatamente o in varie combinazioni.

La selezione di questi test o procedure non deve essere fatta casualmente per colpire un bersaglio sconosciuto attraverso un approccio randomico, poiché ciò spesso porta a risultati contraddittori e di difficile interpretazione. Come le fasi precedenti del processo diagnostico, la verifica delle ipotesi deve essere specifica e intenzionale, nonché seguire i criteri di costo-efficacia, in accordo con le cosiddette campagne di "scelta saggia" (*choosing wisely*) (Montano et al., 2016).

Conclusioni

È universalmente riconosciuto che la pratica clinica costituisca un'attività delicata e difficile e che il letto del malato sia sicuramente un posto meno confortevole rispetto al laboratorio, considerando che quest'ultimo si occupa sperimentalmente di una sola variabile, mentre il primo deve gestire più variabili contemporaneamente all'interno dello stesso paziente (Cox, 1995). Nella medicina clinica, rispetto ad altre scienze naturali, si riducono i livelli di certezza, si moltiplicano i gradi di libertà e, come metodo di analisi, la matematica lascia il posto alla statistica (Blois, 1988). La caratteristica classica della medicina clinica è rappresentata dalla diagnosi, ed è per questo che le basi del ragionamento diagnostico dovrebbe essere una competenza insegnata nelle scuole di medicina (Amey et al., 2017).

Tuttavia, resta controverso se il ragionamento clinico debba essere insegnato attivamente da un docente, oppure se debba essere appreso dagli studenti solo al letto del malato con la pratica clinica (Schuwirth, 2002). Gli insegnanti esperti sono fondamentali (McMillan, 2010) per guidare l'identificazione di relazioni concettuali e causali tra risultati apparentemente non correlati tra loro e nella promozione e nel feedback qualitativo dei processi di pensiero degli studenti che usano la metacognizione, cioè l'abilità cosciente di controllare in modo critico il proprio pensiero (Groves, 2012). Questi processi di riflessione e feedback sono considerati le caratteristiche distintive della pratica clinica e rappresentano una dei principali mezzi per lo sviluppo e per il mantenimento delle competenze. Tuttavia, per quanto importante possa essere, la pratica clinica non è l'unico predittore delle presta-

zioni degli esperti. Le capacità individuali, come l'attitudine lavorativa, cioè il modo che permette di archiviare e recuperare in modo efficiente le proprie conoscenze, possono essere altrettanto importanti (Kulasegaram et al., 2013).

La medicina interna è la specialità medica più diffusa degli Stati Uniti (Hemmer et al., 2007) ed è gravata da un più alto tasso di diagnosi errate rispetto ad altre specializzazioni (Thomas et al., 2000). Il suo compito principale è coordinare la cura di pazienti adulti o anziani molto spesso multimorbidi, affetti da malattie croniche e complesse (Weinberger, 2015). A causa di queste caratteristiche, la medicina interna è considerata "il regno" della complessità clinica, a cui contribuiscono le molteplici morbidità e altri fattori biologici e non biologici contestuali (Corazza et al., 2019).

Tutto ciò che è stato discusso in precedenza sulle varie fasi del processo diagnostico può essere applicabile alla medicina interna. In particolare, devono essere considerati gli aspetti legati alle necessità di flessibilità e adattabilità, compreso il passaggio da una strategia di ragionamento diagnostico a un'altra, a seconda delle esigenze contestuali. Quello che deve essere sottolineato è che, di fronte a pazienti complessi, una struttura mentale focalizzata su problemi individuali, deve cedere il passo a un modo di pensare in termini di sistemi ed elementi diversi che interagiscono insieme (Sturmberg, 2016). Questo modo di ragionare si allinea bene con l'approccio intuitivo. Considerare gli aspetti sistemici del paziente consente di ottenere più predittori e più dettagli della storia clinica, oltre che di avvalorare la coerenza dell'ipotesi diagnostica.

Nonostante i suoi limiti, quello della diagnosi rimane un esempio di scienza in azione (Willis et al., 2013) in cui esperienza clinica e mantenimento di un atteggiamento critico sono certamente componenti importanti. Non vi è dubbio che la componente esperienziale della competenza clinica costituisca una guida più sicura nel processo diagnostico rispetto alle conoscenze che derivano dallo studio delle revisioni sistematiche basate sull'evidenza (Norman, 2006). La competenza clinica del medico non può essere sostituita né dai progressi tecnologici, né dalla medicina basata sull'evidenza, i cui numerosi limiti stanno emergendo, ma piuttosto tutti questi elementi devono essere integrati.

Bibliografia

- Amey L, Donald KJ, Teodorczuk A. *Teaching clinical reasoning to medical students*. Br J Hosp Med 2017;78:399-401.
- Ark TK, Brooks LR, Eva KW. *The benefits of flexibility: the pedagogical value of instructions to adopt multifaceted diagnostic reasoning strategies*. Med Educ 2007;41:281-287.
- Blois MS. *Medicine and the nature of vertical reasoning*. N Engl J Med 1988;318:847-851.
- Bordage G, Connell KJ, Chang RW, et al. *Assessing the semantic content of clinical case presentations: studies of reliability and concurrent validity*. Acad Med 1997;72:S37-S39.
- Bordage G. *Elaborated knowledge: a key to successful diagnostic thinking*. Acad Med 1994;69:883-885.
- Bowen JL. *Educational strategies to promote clinical diagnostic reasoning*. N Engl J Med 2006;355:2217-2225.
- Brush JE Jr, Sherbino J, Norman GR. *How expert clinicians intuitively recognize a medical diagnosis*. Am J Med 2017;130:629-634.
- Charlin B, Boshuizen HP, Custers EJ, et al. *Scripts and clinical reasoning*. Med Educ 2007;41:1178-1184.
- Charlin B, Tardif J, Boshuizen HP. *Scripts and medical diagnostic knowledge: theory and applications for clinical reasoning instruction and research*. Acad Med 2000;75:182-190.
- Clark BW, Derakhshan A, Desai SV. *Diagnostic errors and the bedside clinical examination*. Med Clin North Am 2018;102:453-464.
- Coderre S, Mandin H, Harasym PH, et al. *Diagnostic reasoning strategies and diagnostic success*. Med Educ 2003;37:695-703.
- Collins FS, Varmus H. *A new initiative on precision medicine*. N Engl J Med 2015;372:793-795.
- Corazza GR, Formagnana P, Lenti MV. *Bringing complexity into clinical practice: an internistic approach*. Eur J Intern Med 2019;61:9-14.
- Cox K. *Clinical practice is not applied scientific method*. Aust NZ J Surg 1995;65:553-557.
- Croskerry P. *A universal model of diagnostic reasoning*. Acad Med 2009;84:1022-1028.
- Durning SJ, Ratcliffe T, Artino AR Jr, et al. *How is clinical reasoning developed, maintained, and objectively assessed? Views from expert internists and internal medicine interns*. J Contin Educ Health Prof 2013;33:215-223.
- Elstein AS, Schwartz A. *Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature*. BMJ 2002;324:729-732.
- Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA. *Medical problem-solving: an analysis of clinical reasoning*. Cambridge: Harvard University Press 1978.
- Eva KW. *What every teacher needs to know about clinical reasoning*. Med Educ 2005;39:98-106.
- Groves M. *Understanding clinical reasoning: the next step in working out how it really works*. Med Educ 2012;46:444-446.
- Hemmer PA, Costa ST, DeMarco DM, et al. *Predicting, preparing for, and creating the future: what will happen to internal medicine?* Am J Med 2007;120:1091-1096.
- Jones DS, Podolsky SH, Greene JA. *The burden of disease and the changing task of medicine*. N Engl J Med 2012;366:2333-2338.
- Kassirer JP, Moskowitz AJ, Lau J, et al. *Decision analysis: a progress report*. Ann Intern Med 1987;106:275-291.
- Kirch W, Schaffi C. *Misdiagnosis at a university hospital in 4 medical eras*. Medicine (Baltimore) 1996;75:29-40.
- Kulasegaram KM, Grierson LE, Norman GR. *The roles of deliberate practice and innate ability in developing expertise: evidence and implications*. Med Educ 2013;47:979-989.
- Loftus S. *Rethinking clinical reasoning: time for a dialogical turn*. Med Educ 2012;46:1174-1178.
- Lundberg GD. *Low-tech autopsies in the era of high-tech medicine: continued value for quality assurance and patient safety*. JAMA 1998;280:1273-1274.
- McMillan WJ. *Teaching for clinical reasoning – helping students make the conceptual links*. Med Teach 2010;32:e436-e442.
- Montano N, Costantino G, Casazza G, et al. *The Italian Society of Internal Medicine choosing wisely campaign*. Intern Emerg Med 2016;11:1125-1130.
- Norman G, Young M, Brooks L. *Non-analytical models of clinical reasoning: the role of experience*. Med Educ 2007;41:1140-1145.
- Norman G. *Building on experience—the development of clinical reasoning*. N Engl J Med 2006;355:2251-2252.
- Phelps MA, Levitt MA. *Pretest probability estimates: a pitfall to the clinical utility of evidence-based medicine?* Acad Emerg Med 2004;11:692-694.

- Platt FW, Gaspar DL, Coulehan JL, et al. *Tell me about yourself": the patient-centered interview*. Ann Intern Med 2001;134:1079-1085.
- Round A. *Introduction to clinical reasoning*. J Eval Clin Pract 2001;7:109-117.
- Schuwirth L. *Can clinical reasoning be taught or can it only be learned?* Med Educ 2002;36:695-696.
- Stolper E, van Bokhoven M, Houben P, et al. *The diagnostic role of gut feelings in general practice. A focus group study of the concept and its determinants*. BMC Fam Pract 2009;10:17.
- Sturmberg JP. *Complexity mindsets at work*. J Eval Clin Pract 2016;22:101-102.
- Summerton N. *The medical history as a diagnostic technology*. Br J Gen Pract 2008;58:273-276.
- Thammasitboon S, Cutrer WB. *Diagnostic decision-making and strategies to improve diagnosis*. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care 2013;43:232-241.
- Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, et al. *Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado*. Med Care 2000;38:261-271.
- Weinberger SE. *Challenges for internal medicine as the American College of Physicians celebrates its 100th anniversary*. Ann Intern Med 2015;162:585-586.
- Willis BH, Beebe H, Lasserson DS. *Philosophy of science and the diagnostic process*. Fam Pract 2013;30:501-505.
- Woods NN, Brooks LR, Norman GR. *It all make sense: biomedical knowledge, causal connections and memory in the novice diagnostician*. Adv Health Sci Educ Theory Pract 2007;12:405-415.
- Yazdani S, Hosseinzadeh M, Hosseini F. *Models of clinical reasoning with a focus on general practice: a critical review*. J Adv Med Educ Prof 2017;5:177-184.
- Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. *A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019*. N Engl J Med 2020;382:727-733.

Medical Humanities e neuroestetica: la percezione della bellezza tra complessità e riduzionismo

Medical Humanities and neuroaesthetics: the perception of beauty between complexity and reductionism

NICOLA DI STEFANO

Università Ca' Foscari di Venezia

Negli ultimi decenni, la neuroestetica si è progressivamente definita come approccio interdisciplinare alla percezione della bellezza naturale e artistica. Sfruttando metodologie avanzate mutate dalle neuroscienze, la neuroestetica ha prodotto risultati interessanti su nuclei tematici di pertinenza dell'estetica, nel tentativo di tracciarne le basi neurali e biologiche. Nel presente articolo, a partire da alcuni importanti risultati sperimentali, intendo mostrare come, per le metodologie di ricerca e per i contenuti che affronta, la neuroestetica si presti ad essere parte integrante di un programma di Medical Humanities.

Parole chiave: Estetica, neuroscienze, psicologia dell'arte

Over the last decades, neuroaesthetics emerged as an interdisciplinary approach to the perception of natural and artistic beauty. Exploiting advanced neuroscientific methodologies, neuroaesthetics has produced interesting results on key topics of philosophical aesthetics, in the attempt to trace the neural and biological basis of human aesthetic experience. In this article, I review some experimental results to show that, for the research methodology and the theoretical contents, neuroaesthetics can be fruitfully part of a Medical Humanities program.

Key words: Aesthetics, neuroscience, psychology of the arts

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Nicola Di Stefano
Università Ca' Foscari di Venezia
Dorsoduro 3246, 30123 Venezia
e-mail: nicola.distefano@unive.it



OPEN ACCESS © Copyright by Pacini Editore Srl

Negli ultimi decenni, una parte significativa della ricerca scientifica si è caratterizzata per una sempre più marcata interdisciplinarietà, intendendo con questo termine l'ibridazione di metodi e prospettive di indagine a partire dalla condivisione di nuclei problematici comuni. In questo contesto, l'approccio neuroscientifico ha rappresentato un punto di incontro tra diverse discipline scientifiche e umanistiche, andando a definire una metodologia di indagine trasversale centrata sul ruolo del sistema nervoso nei processi etico-valutativi, estetico-artistici e socio-culturali. Insieme ad altre recenti discipline quali la neuroetica, la neuroteologia e la neuroeconomia, la neuroestetica può essere considerata una parte importante di questa "neurocultura" (Mora, 2015). L'emergere dell'interdisciplinarietà ha posto in evidenza un problema che attraversa ogni tentativo di dialogo tra diverse formazioni, e cioè il rischio che una prospettiva disciplinare imponga i suoi criteri alle altre, riducendone il peso e il contributo. Se così accade, ci troviamo di fronte a un riduzionismo metodologico, ovvero alla pretesa di spiegare fenomeni complessi nei termini di un unico approccio disciplinare. Dalla parte opposta, l'antiriduzionismo promuove il confronto aperto e dinamico tra discipline, senza che l'una debba imporre una gerarchia sui metodi e sulle soluzioni delle altre discipline. All'interno di questo confronto, la neuroestetica può rappresentare un ambito virtuoso, nel quale l'interdisciplinarietà preserva la specificità dei diversi contributi, valorizzandoli. Combinando contenuti tradizionali della riflessione filosofica con metodologie di indagine avanzate e un impianto esplicativo di matrice neurobiologica, la neuroestetica sembra prestarsi particolarmente bene a essere oggetto di insegnamento all'interno di un corso di Medical Humanities, che per sua natura è essenzialmente interdisciplinare. In questo articolo cercherò di fornire una definizione di neuroestetica, esemplificando alcuni temi che potrebbero essere parte integrante di un corso di Medical Humanities.

Con il termine "neuroestetica", si è soliti indicare l'indagine delle basi neurali dell'esperienza estetica. La neuroestetica si consolida come disciplina a partire dagli anni '90 e nasce dalla contaminazione della ricerca in ambito psicologico, neurofisiologico e biologico-evolutivo con l'estetica filosofica (Nadal e Pearce, 2011). Per definizione, dunque, la neuroestetica è una specializzazione altamente interdisciplinare, che può essere intesa come una branca dell'estetica empirica piuttosto che delle neuroscienze cognitive. La neuroestetica è stata definita come lo studio delle basi neurali della produzione e della fruizione delle arti (Changeux, 1994; Zeki e Lamb, 1994), utilizzando tecniche cerebrali, come elettroencefalografia (EEG), risonanza magnetica funzionale (fMRI), magnetoencefalografia (MEG), tomografia a emissione di positroni (PET). In un articolo fondamentale del 1994 pubblicato a quattro mani con un artista, il neurobiologo Semir Zeki, spesso ritenuto il padre della neuroestetica, descriveva una nuova disciplina che indaga la relazione tra fisiologia della percezione visiva, attività cerebrale ed esperienza este-

tica dell'arte visiva (Zeki e Lamb, 1994). Più recentemente, Nadal e Pearce (2011) hanno fornito una definizione più dettagliata di neuroestetica come "lo studio delle basi neurali ed evolutive dei processi cognitivi e affettivi coinvolti quando un individuo adotta un approccio estetico o artistico verso un'opera d'arte (usata in senso lato per includere musica, film, teatro, poesia, letteratura, architettura ed ecc.), un oggetto non artistico o un fenomeno naturale" (Nadal e Pearce, 2011, p. 173, trad. mia).

L'approccio scientifico a questioni tradizionalmente di pertinenza delle scienze umane non nasce con la neuroestetica, ma può essere ritrovato in figure come Darwin, tra i primi ad affrontare sistematicamente il tema della percezione della bellezza negli esseri umani e negli animali da un punto di vista biologico, così come in Fechner e Wundt, i padri della psicologia sperimentale ottocentesca, che furono tra i primi a indagare empiricamente la percezione sensoriale. Da questo punto di vista, la neuroestetica rappresenta il prodotto più recente della psicologia empirica delle arti che, nel corso del suo sviluppo, ha consolidato approcci teorici e scientifici che riavvicinano l'indagine estetica alla fisiologia e alle scienze cognitive. Negli ultimi venti anni, la ricerca in neuroestetica è notevolmente aumentata, grazie alla possibilità di utilizzare tecniche di neuroimaging non invasive per studiare l'esperienza estetica di soggetti sani in un'ampia varietà di condizioni sperimentali.

Nel corso degli anni, la neuroestetica ha cercato di superare le visioni tradizionali dell'estetica che privilegiavano l'elaborazione cognitiva nella considerazione delle nostre risposte all'arte. Recentemente, Gallese (2005) ha suggerito che un elemento chiave dell'esperienza estetica – l'*embodied simulation* – consista proprio nella capacità di incarnare azioni, emozioni e sensazioni corporee che sono rappresentate nelle opere d'arte. Un tale cambio di paradigma ha recentemente aperto l'indagine neuroestetica anche alle arti non visive. In particolare, ha fornito significative intuizioni sul modo in cui l'ascolto e l'esecuzione di musica generano esperienze estetiche (Brattico e Pearce, 2013) oltre a indagare le basi neurali dell'apprezzamento estetico della danza (Cross e Ticini, 2012).

La bellezza nel cervello?

La percezione e l'apprezzamento della bellezza è forse l'argomento dell'estetica filosofica che ha attirato per primo l'interesse dei neuroscienziati. In un esperimento condotto da Kawabata e Zeki (2004), 10 adulti hanno guardato diverse categorie di dipinti che erano stati precedentemente valutati e classificati in tre categorie: belli, neutri o brutti. I risultati hanno mostrato che la percezione di dipinti belli e brutti ha suscitato attività nella corteccia orbitofrontale mediale e anche nel giro cingolato anteriore per stimoli belli e neutri. Utilizzando un protocollo simile, Ishizu e Zeki (2011)

hanno esposto i partecipanti a immagini e brani musicali belli e brutti, mentre registravano la loro attività cerebrale. I risultati hanno mostrato che solo un'area corticale, situata nella corteccia orbitofrontale mediale, era attiva durante l'esperienza di bellezza sia musicale che visiva. Significativamente, la forza di attivazione in quest'area era proporzionale all'intensità della bellezza dichiarata dal partecipante in fase di rating. Nel loro complesso, questi studi suggeriscono che l'attivazione della corteccia orbitofrontale mediale sia cruciale per la percezione della bellezza.

Per quanto riguarda i fattori oggettivi che influenzano la valutazione della bellezza, studi sulla percezione visiva hanno dimostrato che le immagini simmetriche, ben proporzionate e regolari (soprattutto di figure umane) sono giudicate più belle di quelle asimmetriche e irregolari (Di Dio, Macaluso e Rizzolatti, 2007). I risultati hanno mostrato l'attivazione di diverse aree cerebrali durante i giudizi di simmetria e di bellezza. In particolare, i giudizi di simmetria hanno suscitato attivazioni in diverse aree correlate all'analisi visuospatiale, inclusi il lobulo parietale superiore e il solco intraparietale, nonché la corteccia premotoria dorsale. Al contrario, i giudizi estetici hanno suscitato attivazioni nella parete mediale e nella corteccia prefrontale ventrale bilaterale, regioni la cui attivazione è stata associata a giudizi sociali o morali su persone e azioni. La percezione della simmetria è stata studiata anche nei primati non umani. In uno studio comportamentale, Rensch (1957) ha studiato le preferenze visive in un cebo e un cercopiteco, utilizzando stimoli che contenevano simmetria su uno o due assi ("regolari") o erano asimmetrici ("irregolari"). I risultati hanno rivelato un pregiudizio in entrambe le specie verso la forma simmetrica.

Diversi studi si sono concentrati sull'apprezzamento della bellezza naturale, intesa come bellezza fisica umana e bellezza del paesaggio. Per quanto riguarda la bellezza del corpo, un ruolo di primo piano è giocato dalla simmetria (Chatterjee, 2014). *Averageness* (quanto un volto rappresenta i lineamenti medi della popolazione), la simmetria e il dimorfismo sessuale sono stati identificati come fattori che influenzano la percezione della bellezza del viso (Rhodes, 2006). Studi hanno dimostrato che è probabile che i principi universali della bellezza del viso abbiano radici biologiche (Etcoff, 1999; Perrett, May e Yoshikawa, 1994) e siano condivisi tra le culture (Langlois et al., 2000). Ad esempio, alcune ricerche hanno dimostrato che gli uomini trovano gli zigomi alti, il mento piccolo, e le labbra carnose attraenti nelle donne (Rhodes, 2006), così come la pelle luminosa e liscia, gli occhi grandi e i capelli lucenti. Gli psicologi evoluzionisti hanno suggerito che questi attributi sono attraenti poiché indicano giovinezza, fertilità e salute (Buss, 2015). Apparentemente, tale preferenza per i volti simmetrici del sesso opposto è unicamente umana. Infatti, sebbene i risultati abbiano dimostrato la capacità dei primati non umani, in linea con lo studio citato di Rensch (1957), di discriminare tra volti simmetrici e asimmetrici, tale abilità è stata trovata solo tra i maschi (e

verso i volti maschili), mentre i risultati non hanno rivelato alcuna capacità di discriminazione basata sulla simmetria nelle femmine (Paukner et al., 2017).

Per quanto riguarda la bellezza del paesaggio, lo straordinario lavoro di Orians e Heerwagen (1992) ha presentato "l'ipotesi della savana", secondo la quale la preferenza estetica per paesaggi come le savane e le foreste dell'Africa orientale potrebbe essere spiegata considerando la quantità di cibo disponibile, la presenza di acqua, l'ampia vista senza ostacoli, la presenza di alberi e cespugli come riparo, e presenza di animali e verde. Come sottolinea Dutton (2009, pp. 19-20, trad. mia), "le savane contengono più proteine per miglio quadrato rispetto a qualsiasi altro tipo di paesaggio".

Per riassumere, combinando elementi della psicologia evolutiva con la neuroestetica, la letteratura empirica sostiene l'esistenza di universali estetici nell'apprezzamento della bellezza naturale e suggerisce le ragioni biologiche del perché gli esseri umani si sono evoluti naturalmente per tali universali. Questioni simili potrebbero essere facilmente integrate in un corso di Medical Humanities, aprendo così una finestra sull'indagine neurofisiologica di temi classici della filosofia e mostrando la naturale continuità tra discipline solo apparentemente lontane tra loro.

Questioni aperte

Nonostante l'abbondanza e la convergenza delle evidenze sperimentali, non c'è accordo unanime nella comunità scientifica circa l'effettivo contributo dei risultati empirici per la comprensione delle questioni tradizionali nell'estetica filosofica, e tale dibattito potrebbe contribuire a stimolare la discussione all'interno di un corso universitario. Ad esempio, Brown e Dissayanake (2009) sostengono che la ricerca in neuroestetica è affetta da un pregiudizio culturale rispetto alla concezione dell'estetica. In particolare, osservano che i risultati della neuroestetica dovrebbero applicarsi a una gamma molto più ampia di oggetti rispetto agli oggetti d'arte, poiché gli esseri umani hanno una "relazione estetica" basata su alternative quali mi piace/non mi piace, bello/brutto, attraente/ripugnante, con molti oggetti e situazioni ordinarie oltre gli oggetti d'arte tradizionalmente considerati in neuroestetica, come i quadri o le composizioni musicali. Più in generale, ritengono che l'esperienza estetica sia molto più pervasiva, fondamentale e non vincolata dell'esperienza delle opere d'arte. Al contrario, Alva Noë (2015) sostiene che l'approccio neuroestetico è troppo ampio e quindi incapace di mettere a fuoco l'arte come oggetto di indagine. Ad esempio, i risultati che suggeriscono che la visione di dipinti coinvolge non solo i sistemi coinvolti nella rappresentazione visiva e nel riconoscimento degli oggetti, ma anche le strutture alla base delle emozioni e delle cognizioni interiorizzate (ad esempio, Vartanian e Skov, 2014) probabilmente riflettono meccanismi molto generali che influenzano la percezione visiva.

In altri termini, si esplicita il rischio, proprio di qualsiasi approccio riduzionista, di sacrificare l'oggetto dell'indagine sull'altare dei criteri metodologici. Questo è evidente in alcuni studi sperimentali sulla bellezza, ad esempio, dove l'apprezzamento estetico è misurato attraverso valutazioni quantitative di preferenza. Sebbene sorgano domande sull'affidabilità delle valutazioni di scala per valutare l'apprezzamento estetico, tali domande metodologiche non dovrebbero prevalere su domande concettuali e più radicali sulla relazione tra preferenza ed esperienza estetica. Ogni tentativo di ridurre la complessità di un'esperienza estetica a misure quantificabili espone al rischio di perdere il nocciolo del problema per amore della misurabilità. Tuttavia, come sottolinea Chatterjee (2011), tale problema colpisce l'estetica sperimentale in generale, non solo la neuroestetica. Anche questo ordine di riflessioni possono essere utilmente inserite nel percorso di formazione dei medici, abituandoli a esercitare il pensiero critico anche di fronte a metodologie tecnicamente avanzate e consolidate.

Infine, un'obiezione può essere mossa contro la comune constatazione che attribuirebbe alla neuroestetica e ai risultati sperimentali una natura concreta in contrasto con le riflessioni filosofiche astratte. A questo propositio, va osservato che anche risultati coerenti confermati da diversi studi, come l'attivazione della corteccia frontale orbitale mediale provocata dalla percezione della bellezza (Ishizu e Zeki, 2011), rischiano di essere più astratti delle riflessioni filosofiche, quando li si utilizzi per descrivere l'esperienza soggettiva dell'arte. Piuttosto, ciò verso cui la scoperta delle radici biologiche dell'esperienza estetica dovrebbe muovere sono nuove concettualizzazioni delle arti e dell'esperienza artistica. Come ha opportunamente osservato Chatterjee (2011), la ricerca in neuroestetica deve affrontare la sfida di essere sia scientificamente valida sia rilevante per l'estetica. Pertanto, aumentare la comprensione dell'estetica utilizzando le neuroscienze, resta la sfida più importante per il futuro della neuroestetica e costituisce una traccia da seguire anche per ogni integrazione che voglia essere organica alla formazione dei futuri medici.

Bibliografia

- Brattico E, Pearce MT. *The neuroaesthetics of music*. Psychol Aesthet Creat Arts 2013;7:48-61.
- Brown S, Dissanayake E. *The arts are more than aesthetics: neuroaesthetics as narrow aesthetics*. In: Skov M, Vartanian O, Eds. *Neuroaesthetics*. Amityville, NY: Baywood Publishing 2009, pp. 43-57.
- Buss D. *Evolutionary psychology: the new science of the mind*. New York: Routledge 2015.
- Changeux, J-P. *Art and neuroscience*. Leonardo 1994;27:189-201.
- Chatterjee A. *Neuroaesthetics: a coming of age story*. J Cogn Neurosci 2011;23:53-62.
- Chatterjee A. *The aesthetic brain: how we evolved to desire beauty and enjoy art*. Oxford: Oxford University Press 2014.
- Conway BR, Livingstone MS. *Perspectives on science and art*. Curr Opin Neurobiol 2007;17:476-482.
- Cross ES, Ticini LF. *Neuroaesthetics and beyond: new horizons in applying the science of the brain to the art of dance*. Phenomenology Cognitive Sci 2012;11:5-16.
- Di Dio C, Macaluso E, Rizzolatti G. *The golden beauty: brain response to classical and renaissance sculptures*. PLoS One 2007;2:e1201.
- Dutton D. *The art instinct: beauty, pleasure, & human evolution*. New York: Oxford University Press 2009.
- Etcoff N. *Survival of the prettiest: the science of beauty*. New York: Anchor Books 1999.
- Gallese V. *Embodied simulation: from neurons to phenomenal experience*. Phenomenol Cogn Sci 2005;4:23-48.
- Gewin V. *A Golden Age of brain exploration*. PLoS Biol 2005;3:e24.
- Ishizu T, Zeki S. *Toward a brain-based theory of beauty*. PLoS One 2011;6:e21852.
- Kawabata H, Zeki S. *Neural correlates of beauty*. J Neurophysiol 2004;91:1699-1705.
- Langlois JH, Kalakanis L, Rubenstein AJ, et al. *Maxims or myths of beauty? A meta-analytic and theoretical review*. Psychol Bull 2000;126:390-423.
- Mora F. *Neuroculture: a new cultural revolution*. In: Huston JP, et al., Eds. *Art, aesthetics, and the brain*. Oxford: Oxford University Press 2015, pp. 3-18.
- Nadal M, Pearce MT. *The Copenhagen neuroaesthetics conference: prospects and pitfalls for an emerging field*. Brain Cogn 2011;76:172-183.
- Noë A. *Strange tools: art and human nature*. New York: Hill and Wang 2015.
- Orians GH, Heerwagen JH. *Evolved responses to landscapes*. In: Barkow JH, et al., Eds. *The adapted mind: evolutionary psychology and the generation of culture*. New York: Oxford University Press 1992, pp. 555-579.
- Paukner A, Wooddell LJ, Lefevre CE, et al. *Do capuchin monkeys (Sapajus apella) prefer symmetrical face shapes?* J Comp Psychol 2017;131:73-77.
- Perrett DI, May KA, Yoshikawa S. *Facial shape and judgements of female attractiveness*. Nature 1994;368:6468:239-242.
- Rensch B. *Aesthetische Faktoren bei Farb- und Formbevorzugungen von Affen*. Zeitschrift für Tierpsychologie 1957;14:71-99.
- Rhodes G. *The evolutionary psychology of facial beauty*. Annu Rev Psychol 2006;57:199-226.
- Sasaki Y, Vanduffel W, Knutsen T, et al. *Symmetry activates extrastriate visual cortex in human and nonhuman primates*. Proc Natl Acad Sci USA 2005;102:3159-163.
- Vartanian O, Skov M. *Neural correlates of viewing paintings: evidence from a quantitative meta-analysis of functional magnetic resonance imaging data*. Brain Cogn 2014;87:52-56.
- Zeki S, Lamb M. *The neurology of kinetic art*. Brain 1994;117:607-636.
- Zeki S. *Art and the brain*. J Conscious Stud 1999;6:76-96.

Taking care of beauty

La cura della bellezza

RODOLFO PAPA

Accademia Urbana delle Arti, Roma

The Corsia Sistina, built by Pope Sixtus IV, is an extraordinary example of a hospital where the beauty of the works of art is part of the care for body and spirit as well. This can still be a model nowadays.

The article develops the philosophical foundation of this assumption, showing how the knowledge of beauty, in its natural objectivity, involves the whole human being, becoming the intrinsic purpose for Man himself. The current cultural and existential crisis has made it difficult to understand beauty objectively and to define an art capable of representing it realistically. Therefore, it is even more crucial to get back to art, which, with its beauty, can heal Man. It is therefore necessary to fill hospital wards once more with works of art that, through beauty, contribute to the wellbeing of the person as a whole.

Key words: Art, beauty, health

La Corsia Sistina, realizzata da Papa Sisto IV, costituisce uno straordinario esempio di ospedale in cui la bellezza delle opere d'arte fa parte della cura del corpo e dell'anima. Questo può costituire ancora oggi un modello.

L'articolo sviluppa la fondazione filosofica di questo assunto, mostrando come la conoscenza della bellezza nella sua oggettività naturale coinvolga tutto l'essere umano, costituendo una intrinseca finalità per l'uomo stesso. L'attuale crisi culturale ed esistenziale ha reso difficile la conoscenza oggettiva della bellezza e la definizione di un'arte capace di rappresentarla realisticamente. Per questo risulta ancora più urgente recuperare l'arte che con la bellezza curi l'uomo nella sua interezza. Occorre dunque riempire nuovamente le corsie degli ospedali di opere d'arte che attraverso la bellezza e contribuiscano alla salute integrale della persona.

Parole chiave: Arte, bellezza, salute

Indirizzo per la corrispondenza

Address for correspondence

Prof. Rodolfo Papa

Accademia Urbana delle Arti

Piazza E. Dunant 55-57, 00152 Roma

e-mail: rodolfopapa64@gmail.com



OPEN ACCESS © Copyright by Pacini Editore Srl

The Sistine Chapel and the Corsia Sistina in Rome, both take their name from the same Pope of the XV century, Sixtus IV. The Sistine Chapel, known to all in the world, is the magnificent chapel established by Sixtus IV, which takes its name from him, known especially because of its decoration for which he called upon the greatest artists of that time, as his successors also did, among whom Julius II who gave Michelangelo this assignment.

The Corsia Sistina, less known, is on the other hand, a magnificent construction which takes its name from the same Pope, and is also frescoed by great artists, but which is a hospital ward constructed in the ancient “Ospedale di Santo Spirito in Saxia”, reconstructed by Sixtus IV after a fire had destroyed it.

Therefore, the same beauty was commissioned for the Chapel of the Pope and for the ward of a hospital.

This is worthy of reflection. The great humanistic Renaissance culture perceived that beauty is an indispensable element for the life of the spirit and the body. In the Christian perspective, the sick person is a figure of the same Jesus Christ, and as to Him, the sick person is owed honour and decoration. However, beyond this perspective, there is also the anthropological awareness that sickness heals better and earlier in a context of beauty. Beauty forms part of the perfection of human maturation.

Contemporary hospitals are extremely efficient and clean, but often precisely for this reason they are unadorned, they do not provide the person who is suffering with beautiful images.

Beginning precisely from this observation, I would like to offer some points of reflection on beauty and on art, as integral elements of human fullness.

A view on beauty

An authentic view on beauty should originate from the evidence of beauty itself. A simple view is therefore required, which does not cease to observe and to admire, but which, on the contrary, assumes wonder in a classical way, as the starting point and the motor for all thorough examination.

A global view is also necessary: the competence with regard to specific knowledge should not mean renouncing the composition of the totality. We need a view which never loses the vision of the entire mosaic, focusing only upon a single piece of it, as Saint Augustine writes suggestively, in *De Ordine*: “Let us suppose that a certain person has such a limited vision, that while looking upon a mosaic on a pavement, his view can only perceive the dimensions of one piece at a time. He would reproach the artist for incompetence in the work of organization and composition, in the conviction that the little stones were badly placed. However, it is *he himself*, who cannot grasp and portray to himself in an overall vision, the pieces which are harmonized in a reproduction of uniform

beauty. The same condition can be seen in uncultured persons. Incapable of understanding and reflecting upon the universal and harmonic organization of things, if one aspect alone, (which for their imagination is too big) strikes them, they think that a great irrationality exists in the universe” (St. Augustine, *De ordine*, I, 1.2).

Beauty always implies a reference to totality, because things are beautiful by participation in the very beauty of God.

Every authentic “phenomenological” investigation – as we can find in philosophical tradition –, links beauty to an experience of the senses which goes beyond the senses themselves. In Platonic speculation, beauty is outlined as an *ideal but visible* reality (Plato, *Phaedrus*, 250 D-E).

Scholastic tradition also sees beauty as a pleasure that basically originates from sensory knowledge : “*Pulchrum autem respicit vim cognoscitivam, pulchra enim dicuntur quae visa placent*” (Thomas Aquinas, *Summa Theologiae*, I, q. 5 a. 4 ad 1).

The word “aesthetic” – that since the XVIII century defines the philosophical study of beauty and art –, has its origin precisely in reference to sensation, *aisthesis* (even if the development of the discipline appears thereafter very complex and even controversial).

Sensory apprehension is only one aspect of beauty; with-in and together with the sensory aspect, one perceives, understands and enjoys an additional meaning by reason. Beauty is a manifestation of something which goes beyond sensation itself: if a certain reality is beautiful, it is not *only* sensation.

From the time of Greek reflection, the theme of beauty, examined radically in its ontological significance, is defined in its relationship to the good, in terms of order, harmony and perfection. Aristotle, for example, defines beauty precisely by confronting it with the good Aristotle (Aristotle, *Metaphysics*, XIII, 3, 1078 a32- b4).

The pleasure, that one enjoys in the knowledge of beauty, is rooted in the fact that beautiful things are also true and good. In fact, it is common experience that the originals are appreciated more than the imitations, and good things more than bad things.

Also etymology links beauty to the good; in Greek, as Bodei reminds us “even if *kalos*, according to Plato, is derived from *kalein*, ‘to call, to attract to oneself’ (*Cratylus*, 416 b), it is also regularly associated with the good (*agathos*)” (Bodei, 1995, p. 13). In Italian, and in the languages derived from Latin, “beauty” refers to a “small good”, as Mazzotta underlines: “It is the translation for the latin *bellus* which is an abbreviation of *benulus*, which is, in its turn, a diminutive of *bonus* in affective and friendly language, and has the meaning of ‘pretty’ which one discovers in many poems of Catullus and in at least one epigram of Martial. Another, more suggestive theory involves the medieval Latin term *bonicellum*, ‘small good’ or ‘abbreviated good’” (Mazzotta, 2008, pp. 73-74).

The terms *bonito*, *beau* and *bello* are related to this etymology of beauty.

Also in very far away languages and signs, beauty and goodness refer to each other: “In the Japanese *yoshi*, for example, the link with the notion of goodness is just as direct as in the latin *bellus*. [...] Other terms linked to the idea of goodness are [...] the Chinese ideogram *mei* (which originally represents beauty as a large ring), which has a very close relationship with ‘the good’ (*shan*)” (Bodei 1995, p. 13).

In an analogous way, aesthetic decor (*decorum*) and moral decor (*decentia*) are linked; moreover “in late antiquity the concept of *decor* is alternated with that of *decus*, the first in relation to the beauty of the body, the second in relation to the spiritual one” (Castelli, 2005, p. 48).

Lobato underlines that there exists a hierarchy in the order of beauty: “Beauty abides more in the spirits and less in the bodies and belongs more to the natural order than to the artificial one. At the level of being, there is no ugliness; in being there is no ugliness. Ugliness cannot be found in anything except in the *ens* (that which has being), which is, necessarily, beautiful” (Lobato, 2005, p. 162).

Along the same lines, ugliness can be perceived not as something that is, but as a limit, as the absence of completeness: “Ugliness and badness cannot consume the heart of being. Their bite reaches only the exterior surroundings and is always a proof which attests the union between beauty and being: the finite being is subject to many deprivations. Man himself ‘in many ways can be sick or ugly, even if this does not occur except in a healthy and beautiful being’ (*In IV Sent.*, d. 44, 3, 1, sol.1). Therefore, ugliness does not exist except in that which is beautiful, which is being itself” (Lobato 2005, pp. 162-163).

Ugliness is therefore the limit and the imperfection of contingent and finite beings.

Natural inclination to beauty

Man has a natural inclination towards beauty, and not towards ugliness: beauty is the natural goal of nature and of the human being in particular.

If beauty is the object of a natural desire, then it falls into the context of ethical considerations. Human beings are naturally inclined to some goals that reveal what is good for themselves. The classic text to refer to about natural inclinations of human beings, is the second article of question 94 in I-II part of the *Summa Theologiae* by Thomas Aquinas. Man, in as much as he is a substance, tends to conserve his own being, and in as much as he is an animal, tends to reproduction: man shares both inclinations with other substances and other animals, but he realizes them in a peculiarly human way. The knowledge of God and life in society are the ends of specifically and exclusively human inclinations. A complete and complex anthropology, as well as an authen-

tically human and adequate ethic, emerges from the development of these concepts. These goals, which animate man, indicate to man himself that goods ought to be sought, and how to obtain them.

This text of Thomas Aquinas is explicitly taken up again by John Paul II in *Veritatis Splendor*, where we can find an explicit reference to beauty among the precepts of the natural law: “In order to perfect himself in his specific order, the person must do good and avoid evil, be concerned for the transmission and preservation of life, refine and develop the riches of the material world, cultivate social life, seek truth, practise good and contemplate beauty” (n. 51).

The contemplation of beauty, therefore, is presented as a precept of the natural moral law.

The knowledge of beauty, even if it is intrinsically linked to the senses, is a specifically human phenomenon, in as much as it requires a rational creature, capable of reflecting and of understanding the order of things. The knowledge of beauty is, in fact, the knowledge of a rule, a measure, and a harmonious agreement between the parts.

The enjoyment of natural and artistic beauty is characterized by a “pleasure” that involves the whole person: emotions and passions; reason and intellect. It is a pleasure that is not “useful” but rather a disinterested pleasure, a pleasure of pleasure: that is the feeling of pleasure in the presence of something which one knows by seeing it – or hearing it – without wanting to buy it, possess it, modify it or sign it.

The cultivation of beauty is then an authentic cultural activity, in as much as it cultivates the whole person, it is *paideia* (Jaeger, 1986; Barzaghi, 1996). Beauty, together with art, carries out an important role in civilizing (Miccoli, 1995, p. 6).

Beauty can and must be cultivated, in its dimension of natural beauty and in its dimension of artistic beauty. Artistic beauty can help in unveiling and underlining natural beauty.

What is art

It is well known that the latin term *ars*, -tis, corresponds to the Greek term *téchne*, which indicates the dimension of an operative, creative, productive, poietic know-how, aimed in a transitive way towards the production of something which is external with respect to the subject. The *artes* then evolved in the late ancient and medieval culture, and they were divided into mechanical and liberal arts. During the Renaissance, some of the mechanical arts were elevated to the status of “beautiful arts”: picture, sculpture, architecture. They passed from the rank of mechanical to that of liberal (music, because of its close relationship to mathematics, was already recognized as superior: it made up part of the “trivium”). The arts, defined in this way, evolved and diversified, grew and changed, maintaining however their specificity. Then, in

a quick and often confused way, in the context of a general crisis of culture and of human beings, they lost their identity, to the point of boasting of not having one, so that all is art that is art is nothing.

However, in the midst of historical changes, art maintains its identity and can still have a great human value today, as long as it is formulated correctly.

In order to define it better, let us begin with its end. What is the purpose of art, why does art exist?

Art has an eminently “cultural” function, its role is the *cultivatio animi*. The word “culture” comes from the Latin word *colo* which means to cultivate (the same root *κολ* from the Greek *βουκολέω*: to graze). Cultivation is an activity which helps to grow, according to the rules of the individual subject; each type of cultivation proceeds in this way.

St. Thomas made a distinction between two types of cultivation, according to the subject who is cultivated:

“We can cultivate something in two ways: either to make what is cultivated better, as we cultivate a field or something of that sort, or to make ourselves better by the cultivating, and in this way we cultivate wisdom. God cultivates us to make us better by his work, [...] But we cultivate God, not by ploughing but by adoring, in order that we may be made better by him” (Thomas Aquinas, *Super evangelium S. Joannis lectura*, 15, l. 1)

Culture is therefore *paideia* in the classical sense of the term: the cultivation of a young person so that he blossoms and matures into a man. (Jaeger, 1986). Culture has an intrinsically pedagogical aspect, which is particularly exalted in art. Art is needed in order to grow, in order to make more fruitful what is already in the soul. This is true not only from a classical perspective, but it is true even now.

Art is authentically *cultivatio animi*, cultivation of the soul. With the term “soul” we refer to what metaphysics has researched and defined in a long tradition, and which today would be called the most intrinsic, the principle, what we are and can be in our most intimate selves, what is expressed in all that we do in as much as we are human persons, that element which is not material but which keeps our body together in its vitality and in its multiple and specific activities.

The characteristic feature of art, as a “cultural” activity, may be found in beauty. The beauty of art must be defined in reference to the beauty of reality, so that it does not lose itself in being self-referential and in ambiguous no sense.

Art is essentially communication between the artist and the beneficiary of the art, it is the transferal of a message of beauty, dialogue with someone. Art needs someone who desires it, and someone who enjoys it.

The beneficiary is someone who *knows* how to rejoice in art. Art cannot be consumed like “stuff” or like a show. It implies the ability to recognize and to know it, and this ability evolves thanks to act of enjoying it. One learns how to delight in art, and therefore the education of taste, the ability to see and the ability to know, are all required.

The classic distinction between *uti* and *frui* may be used to differentiate between a type of enjoyment that leaves no traces and which destroys precisely because it had ambitious desires to possess what cannot be possessed, and a type of enjoyment which, on the other hand, builds up the person who enjoys, because he desires nothing other than the joy of the beauty itself. Art does not have users, but it does have beneficiaries (that is, those who enjoy it). He who delights in the beauty of art becomes transformed and bettered by it.

The crisis of art

Gradually, a process took place in which, firstly, beauty became the exclusive property of art, with the consequent negation of natural beauty; then it became manipulated by artistic theories as if each individual could invent it according to his own pleasure; finally, the point was reached when contradictory affirmations were made, such as “the beauty of ugliness”, to the point of an inconsistent relativism in which each person affirms something as beautiful, according to what they *want* to affirm as beautiful (Papa, 2006).

Von Balthasar was a good prophet, in the very famous passage in the *Introduction to Glory*, when he clearly denounced how the lessening of beauty means the loss of the strength of the true and the good: “In a world without beauty – even if people cannot dispense with the word and constantly have it on the tip of their tongues in order to abuse it – in a world which is perhaps not wholly without beauty, but which can no longer see it or reckon with it: in such a world the good also loses its attractiveness, the self-evidence of why it must be carried out. [...] In a world that no longer has enough confidence in itself to affirm the beautiful, the proofs of the truth have lost their cogency” (von Balthasar, 1982, p. 19).

The crisis of beauty tragically means the crisis of art and it is linked to a broader cultural and existential crisis. Joseph Ratzinger highlighted the dimension of a real crisis for humanity: “Today we are experiencing not just a crisis of sacred art, but a crisis of art in general of unprecedented proportions. The crisis of art for its part is a symptom of the crisis of man’s very existence. The immense growth in man’s mastery of the material world has left him blind to the questions of life’s meaning that transcend the material world. We might almost call it a blindness of the spirit” (Ratzinger, 2000, p. 130).

The “downfall” of art has taken place at the very moment that the edifice of knowledge, that was built around art, has had its cornerstone removed (that is, beauty itself) and, with this crime brought to its conclusion, the edifice has folded back upon itself and has collapsed into a thousand pieces. Many architectural parts and pieces have been continually taken from these ruins, but it has been impossible to reconstruct a new building from them, without putting back into

place the most important element, the only one capable of keeping everything together: the cornerstone, that is, beauty.

The loss of “beauty” has dismantled the entire building of which art is the expressive apex.

However, it is a process which in reality has already reached its end, but continues to reproduce itself like an echo, above all in its worst manifestations. In fact, upon examination of multiple and different realities – among which we could point out numerous Academies of Art particularly in America, but in other places too which are committed to the teaching of figurative art, beginning from the Italian Renaissance tradition; the existence of museums of figurative art such as the MEAM of Barcelona; the general preference of the contemporary public for artists such as Caravaggio... – there emerges the necessity of a return to artistic beauty that finds in natural beauty its own style, and which takes upon itself an ethical role within the aesthetic debate.

The classical definition of beauty, moreover, is supported today by various psychological and anthropological studies which confirm that there is a general tendency to recognize as beautiful and pleasing what is harmonious and proportionate.

For this reason, art can be valued in its dimension of medicine for human beings, because the typical delight that is produced by the vision of beautiful things helps the entire human person in his psychophysical dimension, and therefore produces well-being.

References

- Aristotle. *Metaphysics*. Transl. by W.D. Ross. In: McKeon R, Ed. *The basic works of Aristotle*. New York: Modern Library 2001.
- Augustine of Hippo. *On order*. Transl. by S. Borruso. South Bend (In.): St. Augustine's Press 2007.
- Balthasar HU Von. *The glory of the Lord: a theological aesthetics*. Edinburgh: T & T Clark Ltd 1982.
- Barzaghi G. *Metafisica della cultura cristiana*. Bologna: ESD 1996.
- Bodei R. *Le forme del bello*. Bologna: il Mulino 1995.
- Castelli P. *L'estetica del Rinascimento*. Bologna: il Mulino 2005.
- Jaeger W. *Paideia. The ideals of Greek culture*. Oxford: OUP 1986.
- John Paul II. *Encyclical Letter Veritatis Splendor*. Vatican City: LEV 1993.
- Lobato A. *Ser y belleza*. Madrid: Unión Editorial 2005.
- Mazzotta G. *Sulle vie della bellezza. La scala dell'amore*. In: *Per solo amore. Vangelo cristiano e pienezza umana*. Vibo Valentia: Qualecultura 2008.
- Miccoli P. *Corso di estetica*. Città del Vaticano: Urbaniana University Press 1995.
- Papa R. *L'inclinazione natural alla bellezza*. In: *La ley natural. Actas - XLIV Reuniones Filosóficas*. Pamplona: Universidad de la Navarra, 27-29 March 2006.
- Plato. *Phaedrus*; Yunis H, Ed. Cambridge: CUP 2011.
- Ratzinger J. *The spirit of the liturgy*. San Francisco (CA): Ignatius Press 2000.
- Thomas Aquinas, saint. *Der Prolog des Johannes-Evangeliums: Super Evangelium S. Joannis lectura (Caput 1., lectio 1.-11.)*. Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben 1986.
- Thomas Aquinas, saint. *Summa theologiae*. Cinisello Balsamo: Pao-line 1988.

QUADERNO

“LA RIVISTA MEDIC: TRENT’ANNI DI MEDICAL HUMANITIES”
“THE JOURNAL MEDIC: THIRTY YEARS OF MEDICAL HUMANITIES”

L’università come Convivio

University as Convivio

VITTORADOLFO TAMBONE, GIAMPAOLO GHILARDI,
LAURA LEONDA CAMPANOZZI

Unità di Ricerca Bioetica e Humanities. Università Campus Bio-Medico di Roma

La Rivista MEDIC ha dato voce per anni al lavoro di Metodologia Clinica nel quale Aldo Torsoli ha voluto e saputo coinvolgere colleghi e intellettuali tanto diversi fra loro. Il recupero del pensiero critico è stato sin da allora e rimane un obiettivo formativo importante per l’Università Campus Bio-Medico che, anche per questo, rinnoverà il suo Curriculum Studiorum e così cercare di continuare a essere un efficace “convivio” culturale, dove ognuno possa trovare l’alimento necessario per il suo naturale desiderio di conoscenza. Questa la ragione per la quale ci piace trarre dalla lettura del Convivio, in occasione del 700° anniversario della morte di Dante Alighieri, suggerimenti per un miglioramento di un “core curriculum” universitario.

Parole chiave: Dante, Convivio, core curriculum

For years, the journal MEDIC has given voice to the work of Clinical Methodology in which Aldo Torsoli wanted and knew how to involve colleagues and intellectuals so different from each other.

The recovery of critical thinking has been since then and remains an important educational objective for the Campus Bio-Medico University, which, for this reason, will also renew its Curriculum Studiorum and thus try to continue to be an effective cultural “banquet” where everyone can find the food necessary for his/her natural desire for knowledge. This is the reason why we like to draw from reading the Convivio, on the 700th anniversary of the death of Dante Alighieri, suggestions for improving a university “core curriculum”.

Key words: Dante, Convivio, core curriculum

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof. Vittoradolfo Tambone
Università Campus Bio-Medico di Roma
Via Álvaro del Portillo 21, 00128 Roma
e-mail: v.tambone@unicamps.it



OPEN ACCESS © Copyright by Pacini Editore Srl

La Rivista MEDIC ha dato voce per anni al lavoro di Metodologia Clinica nel quale Aldo Torsoli ha voluto e saputo coinvolgere colleghi e intellettuali tanto diversi fra loro. Fare i nomi è un modo bello di ricordare, ma si può fare torto a quelli che per spazio è impossibile citare. Però è interessante e utile ripensare al lavoro congiunto fatto con un grande statistico come Angelo Serio, una psichiatra della levatura di Paola Binetti, la profondità antropologica di Michelangelo Peláez, la mente moderna e aperta di Dario Antiseri e la capacità clinica dei colleghi medici che volta per volta venivano invitati. Questa dinamica interdisciplinare si arricchiva del dialogo che si innescava sin dal principio con gli studenti, dialogo esigente e preso molto sul serio senza nessuna concessione alla formalità didattica. Il desiderio per anni, che continua anche dopo la morte del prof. Torsoli come fedeltà al suo insegnamento, è stato quello di offrire a tutti, docenti e studenti, una occasione di formazione metodologica alla conoscenza attraverso il recupero di un pensiero critico vincente. Non si è mai voluto fare la guerra a qualcosa ma andare oltre a tre possibilità concrete e pericolose per la libertà personale: la superficialità, il riduzionismo quantitativo e la regressione estimativa. Per superficialità intendiamo il disinteresse nel conoscere il proprio fine esistenziale. Ad esempio, quando si agisce per attrazione o interesse immediato. Il riduzionismo come fiscalismo che sostiene sempre possibile la riduzione materialistica di qualsiasi enunciato descrittivo vero (Enciclopedia filosofica 2006, p. 9727), in contrasto con la teoria della complessità (Kauffman, 1995), la teoria del caos (Gleick, 1988) e con l'evidente fallimento del progetto di assiomatizzazione di Hilbert (Israel e Millán Gasca, 2008). La regressione estimativa all'interno del fenomeno più complesso della New Age, della globalizzazione e della potente diffusione di differenti forme di dipendenza (Tambone, 2006).

Il recupero del pensiero critico rimane un obiettivo formativo importante per l'università che, anche per questo, rinnoverà il suo Curriculum Studiorum per continuare a essere un efficace "convivio" culturale dove ognuno possa trovare l'alimento necessario per il suo naturale desiderio di conoscenza. Questa la ragione per la quale ci piace trarre dalla lettura del Convivio, in occasione del 700° anniversario della morte di Dante Alighieri, suggerimenti per un miglioramento di un "Core curriculum" universitario.

Un primo suggerimento metodologico

Dante nel suo "Convivio" utilizza il volgare spiegandone il motivo in tutto il primo trattato. Questa scelta di linguaggio è di natura sociale e politica, poiché si vuole parlare e offrire il necessario alimento intellettuale, anche ai non letterati (Alighieri, 1988, I, 7 & 12)¹, avendo come finalità il bene

comune (I, 8). Purtroppo, il punto di partenza è che i letterati non sono soliti condividere il sapere e ne fanno mercato come se fosse una "cosa". Per il Maestro la scelta metodologico-linguistica mira a fare della cultura una realtà extra-mercato, a disposizione di tutti coloro che la cercano, poiché è un elemento importante per il raggiungimento di una felicità che possa dirsi umana e non animale. Ecco perché la decisione di utilizzare un linguaggio volgare per trasmettere i contenuti essenziali a livello scientifico non comporta una volgarizzazione della conoscenza, ma una conoscenza aumentata nel volgo. Questo atteggiamento viene proposto nel Convivio come un dovere etico, la "prontezza di liberalitate" (I, 8-9) che, come è noto, ha tre manifestazioni: a) dare a molti; b) dare cose utili; c) dare senza esserne richiesto (I, 8). Voler dare a molti non vuol dire però dare la stessa cosa a tutti. Sarebbe sciocchezza o ipocrisia offrire la metafisica di Aristotele agli studenti della prima elementare, così come si espone agli universitari. Voler dare a molti vorrà dire, all'interno di una programmazione didattica pensata, fornire in primo luogo gli strumenti intellettuali necessari per poter comprendere i contenuti che vogliamo condividere e quelli che si incontreranno in ambienti diversi e nella vita sociale/personale. Ecco perché, la cosa più utile da dare, passando al secondo punto, sarà proprio il pensiero riflessivo-critico. Utile vuol dire capace di raggiungere un fine e, se il fine che ci proponiamo, come Dante stesso fa, è la conoscenza, dovremo dare a molti la capacità di conoscere. Qui entra in gioco la necessaria scelta fra le diverse teorie della conoscenza e le diverse posizioni riguardo la *quaestio de veritate* (Tambone e Ghilardi, 2020, cap. 3). Non ci possiamo fermare a teorie non cognitive perché significherebbe distruggere, anziché fornire, l'utensile primario per la conoscenza del reale. Ecco perché la *quaestio de veritate* diventa discriminante proprio quando, in fondo, afferma o nega (a seconda dell'orientamento gnoseologico) che la conoscenza abbia o no un oggetto reale, che sia, in altre parole, possibile o illusoria. Solo una posizione cognitivista, secondo la quale possiamo conoscere davvero la realtà (seppur non tutta), è compatibile e coerente con la scienza. Dare lo strumento del pensiero critico è a prima vista seguire e alimentare la naturale tendenza metafisica del bambino che cerca con i suoi reiterati "perché?" di arrivare alla causa prima. In questo senso non stiamo dando qualcosa di non richiesto. Ma questo solo apparentemente, perché il quesito causale del bambino non ha l'autocoscienza che il pensiero critico fornisce in modo tale da "svezzare" il processo di conoscenza (tipico del bambino) dal principio di autorità, da una sorta di *pattern recognition* di autorità (apprendimento automatico in riferimento a qualcuno di particolare autorità). Tale svezzamento porta a voler prendere in considerazione il bagaglio scientifico già acquisito da altri, ma di continuare a vagliarlo secondo un controllo delle migliori prove di efficacia possibili. Questo non vuol riportare al dubbio meto-

¹ Da ora le citazioni del Convivio saranno indicate solo con numeri

romani fra parentesi senza il titolo dell'Opera.

dico che è ovviamente un gioco mentale simile al labirinto e che, per essere coerente, dovrebbe anche dubitare del dubbio perdendo così lo strumento di lavoro. Non vuol dire nemmeno ridurre tutto alla dimensione quantitativa. Vuol dire invece, in linea con la teoria della conoscenza della Scuola di Lublino (Styczeń 2003, pp. 781-827), fare parlare l'esperienza ma farla parlare sino alla fine. In questo modo diamo, senza esserne richiesti, una via perché ognuno possa sviluppare una propria autocoscienza critica razionale in un ambiente gno-seologico cognitivista. Il riferimento alla scuola di Lublino può essere fecondo nella riflessione sul Convivio per una ragione che dovremo approfondire altrove ma che adesso vale la pena accennare. Dante parla della scienza come la via per arrivare alla felicità personale. È una affermazione che lungi dall'essere scienziata (ridurre la felicità personale alla scienza) è personalista, poiché è anche scienza la conoscenza di quel fine ultimo personale, raggiungendo il quale (altra via non sarà possibile) la persona umana raggiunge la felicità. Qui avviene un ribaltamento importante nella dinamica fra scienza e antropologia (in questo caso si tratta di una antropologia normativa che si fonde con l'etica). L'antropologia non è un perfezionamento della scienza ma è la scienza che, essendo un atto umano, è parte dell'antropologia e alla sua pienezza (teorica e pratica) concorre.

Tutto questo, riversato nella pianificazione di un *core curriculum* universitario, ha come prima importante applicazione quella di sostenere il primato della formazione degli studenti a un pensiero critico di stampo cognitivista.

Dante nel suo Convivio utilizza "Canzoni", come incipit dei capitoli II-IV, e non per attirare i semplici ma perché ritiene che la canzone sia "il prodotto più alto dei volgari moderni, sintesi adeguata e perfetta della forma – il *gradus constructionis excellentissimus* – e dei contenuti più nobili, i magnalia: guerra, amore, virtù (Alighieri, 1977, p. 11). Naturalmente Dante non è isolato in questa scelta. I provenzali la consideravano il genere lirico per eccellenza, Petrarca diventa il riferimento e il modello. Diversi tentativi di superare il modello petrarchesco ribadiscono come il genere sia, anche nel secolo XVI, XVII, XVIII e addirittura nella modernità anche americana, una conquista metodologica della letteratura e della cultura importante ed efficace. A questa luce, ben si comprende l'influenza che nella contemporaneità i cantautori hanno non soltanto nel plasmare la cosiddetta cultura pop, ma anche essere veicolo di contenuti politici, sociali, poetici e filosofici di grande valore. Le canzoni del Convivio come quelle di Petrarca, così come quelle di Bob Dylan, non sono concessioni superficiali alla superficialità. Sono l'utilizzo comunicativo di un prodotto umano eccellente, artistico, fatto di musica, parole, interpretazione, ritmo e di immagini. Che poi la canzone sia pindarica (imitazione dell'ode pindarica), petrarchesca (secondo le sue norme) o leopardiana (libera) o di altro tipo ancora, è comunque una scelta che attualmente continua a interpellare chi vuole essere efficace nel trasmettere i contenuti educativi che si propone. Dante,

insieme ad altri grandi uomini della cultura, suggerisce di utilizzare metodologie vicine al linguaggio e al gusto popolare, anche quando i contenuti sono teoretici e ritenuti essenziali per la perfezione della formazione intellettuale. Bisogna farsi capire, bisogna farsi ascoltare con piacere, bisogna dire cose utili che arrivino ai "molti" adeguandosi a chi ascolta, senza esserne richiesti. Si tratta di vivere la liberalità anche nella comunicazione, poiché se così non fosse la liberalità rimarrebbe sterile perdendo una delle sue caratteristiche indicate dallo stesso Dante, "essere più utile a chi riceve di quanto lo è per chi dona". San Agostino insegna che "chi parla con sapienza, se vuole anche essere eloquente, deve parlare in modo da essere ascoltato con comprensione, diletto e docilità" (Agostino, 1994, p. 349). Solo così chi riceve potrà trarre frutto dal dono offerto. In termini ancor più pregnanti dirà sempre S. Agostino: "nutre la mente soltanto ciò che la rallegra" (Agostino, 1997, Vol V, libri XII-XIII; De Monticelli, 2004). Sulla stessa linea Dante cerca nel Convivio di far comprendere piacevolmente ciò che richiama, forte dell'autorità soprattutto di Aristotele². Il parlare dantesco di temi ritenuti di altissimo livello teoretico attraverso la canzone comporta una seconda applicazione a un core curriculum universitario, la retorica da utilizzare dovrà essere proattiva e capace di utilizzare anche la risorsa della pop-filosofia. Aldo Torsoli precorreva questa metodologia proponendo analogie calzanti fra l'arte della diagnosi e il genio di Sherlock Holmes, oppure il valore relazionale di Pinocchio insieme a tanti riferimenti musicali, teatrali o poetici, che componevano elementi di medical humanities veramente eloquenti.

Nel *De vulgari eloquentia*, Dante descrive sobriamente la dinamica fra contenuto razionale e sua efficace comunicazione unificando l'essere umano (a dispetto di Cartesio) in razionalità sensuale e in sensualità razionale. Con parole sue, "Oportuit ergo genus humanus ad comunicandas inter se conceptiones suas aliquod rationale signum et sensuale habere: quia, cum de ratione accipere habeat et in ratione portare, rationale esse oportuit, cumque de una ratione in aliam nihil deferri possit nisi per medium sensuale, sensuale esse oportuit. Quare, si tantum rationale esset, pertransire non posset; si tantum sensuale, nec a ratione accipere nec in ratione deponere potuisset" (Alighieri, *De Vulgari Eloquentia*, Liber primus, III). Non stupisca che qui Dante, proprio a difesa del volgare, si esprima in latino, perché si rivolge all'intelligenza del tempo la cui lingua franca era appunto il latino, oggi sarebbe l'inglese. I contenuti di qualunque core curriculum dovranno essere esposti in modo non soltanto comprensibile ma anche gradevole, attraente, appassionato. Dante si mette in gioco quale buon Maestro e dedica spazio, ampio spazio nelle prime due canzoni e nei testi a loro commento, del suo "innamoramento razionale" della filosofia. "Voi che

² Lo stesso Aristotele, diversamente in ciò dal maestro Platone, si confrontava continuamente con l'opinione comune, proprio per ragioni di condivisione culturale. Si veda su ciò: Aubenque, 2018.

‘ntendendo il terzo ciel movete, / udite il ragonar ch’è nel mio core” (Alighieri, 1960, Rime, LXXIX), il ragionare è nel cuore tanto che la filosofia viene presentata come una donna amabilissima e bellissima. Quando troveremo Beatrice nel Purgatorio, che rimprovera Dante per questo tradimento d’amore fino a farlo svenire, avremo la conferma che realmente il Maestro nel Convivio ci indica che il parlare della più alta verità deve essere il più bello possibile, perché si tratta di un vero amore per la conoscenza. La rilettura scolastica dei trascendentali dell’essere del resto ribadirà che “Ens, verum, bonum et pulchrum convertuntur in unum”.

In sintesi, dal punto di vista metodologico il Convivio, a nostro avviso, suggerisce che il core curriculum di una università debba mettersi all’altezza dei destinatari ricordando che l’obiettivo dell’Universitas, intesa come *communio* di studenti e docenti, è il miglioramento della preparazione culturale. Per tale ragione il linguaggio dovrà essere modificabile a seconda del livello che i discenti avranno in partenza e in corso d’opera. La storia intellettuale di S. Agostino ci insegna che un linguaggio troppo semplice o poco valido, anche dal punto di vista formale, può deludere e allontanare coloro che sono già culturalmente ricchi. Allo stesso modo, non basta che i contenuti siano buoni, è necessario che siano trasmessi anche in modo attraente e gradevole.

Obiettivo principale del Convivio e di un core curriculum universitario

Sembra proprio che l’obiettivo che Dante si propone con il Convivio sia lo stesso che le università dovrebbero avere in mente quando lavorano all’organizzazione di un core curriculum. Sembra quasi una seconda navigazione platonica. Dante si propone di uscire dalla misera vita dell’ignoranza e, una volta gustata la bontà della conoscenza, vuole condividere il nutrimento intellettuale necessario con chi è rimasto nella povertà dell’ignoranza. “E io adunque, che non seggio a la beata mensa, ma, fuggito de la pastura del vulgo, a’ piedi di coloro che seggono ricolgo di quello che da loro cade, e conosco la misera vita di quelli che dietro m’ho lasciati, per la dolcezza ch’io sento in quello che a poco a poco ricolgo, misericordievolmente mosso, non me dimenticando, per li miseri alcuna cosa ho riservata, la quale a li occhi loro, già è più tempo, ho dimostrata; e in ciò li ho fatti maggiormente vogliosi. Per che ora volendo loro apparecchiare, intendo fare un generale convivio di ciò ch’i ho loro mostrato (...)” (Alighieri, Convivio, I, I.). Si tratta quindi del desiderio, che nasce dall’amicizia umana, di colmare la miseria dell’ignoranza. Tale obiettivo in Dante non è circoscritto a una categoria di persone come invece potrebbe sembrare avvenire per il core curriculum di una università, ma abbraccia un indefinito “tutti gli uomini”. Questo dato, e questa apparente diversità, è di eccezionale importanza per chi lavora a un core curriculum universitario per l’individuazione dei contenuti

essenziali e per la proiezione sociale della cultura. In primo luogo, volersi rivolgere “ai molti” anziché essere un motivo di superficialità a causa di una apparente generalizzazione, comporta una rigorosa restrizione tematica. Infatti, si dovranno scegliere solo quei contenuti che sono comuni e “necessari” a tutte le persone umane, onde raggiungere quella scienza che è “ultima perfezione de la nostra anima”. Questa la ragione per cui i temi del Convivio, e per analogia di ogni core curriculum, debbono essere intesi come universalissimi e necessari.

Abbiamo appena parlato di una “apparente diversità” tra l’obiettivo che si propone Dante e quello che si può proporre una università attraverso un core curriculum perché l’impresa, che invece può accomunarci, sarà meglio realizzata da noi se, oltre agli interventi curriculari, realizzeremo un movimento culturale aperto alla Società in generale. In analogia con il pensiero di Pierpaolo Donati, pensare alla cultura universitaria come un bene relazionale sociale (Donati, 2019). Viene così a prendere forma un core curriculum che diventi strumento e contenuto della Terza Missione dell’università nelle molteplici modalità possibili. Si pensi ad esempio ai programmi da svolgere nello scambio Scuola/Lavoro, alla formazione continua dei professionisti e lavoratori, alla collaborazione con i mezzi di comunicazione, al dialogo con la Politica, ecc.

“Amor, signor verace, ecco l’ancella tua; fa che ti piace”³

La scienza o filosofia è efficace consolazione per la sofferenza affettiva. Questo racconta di sé Dante e questo può essere proposto a chiunque. La formazione specifica umanistica trasversale a ogni tipo di facoltà universitaria ha un valore importante di conforto esistenziale per diverse possibili ragioni. In Dante, che si innamora giovanissimo della giovanissima Beatrice, il dolore esplode con la stessa intensità dell’amore quando lei muore. Il dolore vero e forte è stato cantato e raccontato sempre uguale e sempre così personale. Lewis lo riporta di getto nel suo “Diario di un Dolore” (Lewis, 2016); Shakespeare cerca di comporre la “Tragedia totale” nella storia del Re Lear (Shakespeare, 1962); Susanna Tamaro ha descritto il suo dolore sulla scia del flusso di coscienza nel violentissimo “Ogni Angelo è Tremendo” (Tamaro, 2013); poi ci sono i russi che sono capaci di coinvolgere sin troppo nel dolore raccontato e poi c’è la poesia di Ungaretti e poi ci sono i quadri di Van Gogh. Ma in ogni racconto di dolore, tranne appunto nei tentativi di Tragedia totale, il dolore cerca un amore che colmi il vuoto, l’assenza di quel bene dovuto che fa male, perché il male è proprio questo, assenza di bene. La conoscenza della verità attraverso la scienza e la filosofia sono un bene così intenso da essere capace di soste-

³ Ibid., II, Canzone.

nere anche il cuore. La conoscenza della verità è uno degli atti umani che produce maggiore soddisfazione anche se, a prima vista, non è comparabile con la soddisfazione sensibile. Tanto è questa l'esperienza che Dante vive che la filosofia diventa per lui quella "donna gentile" (Alighieri, Vita Nova, XXXV-XXXIX) che tanto può e deve riempire la vita di ognuno che la sua mancanza è Miseria e portatrice di ancor maggiore Miseria.

Il Vero Amore, vero signore di una vita compiuta, è il centro, il vero signore della creatività dantesca. Per amore scrive la Vita Nova, per lo stesso amore più maturo e "razionale" scrive il Convivio e come atto d'amore scrive la Commedia. Tutti gli altri temi sono rivolti all'imparare ad amare, sono cammino verso la sapienza dell'amore. Il dramma dell'Inferno è l'assenza dell'Amore, la perdita della Felicità; il Purgatorio è la vita nostra e il luogo dove imparare ad amare di più e meglio, la scuola della Felicità; il Paradiso è l'Amore amato, la pienezza della Felicità. La Vita Nova e il Convivio solo scuole d'amore.

Per tutto questo se vogliamo regalare, per amicizia, all'università qualcosa che aiuti "i molti" (studenti e docenti) a essere più felici, seguendo la mente di Dante, dobbiamo affrontare quei temi che sono come gli scalini per imparare ad amare⁴. Il Convivio che abbiamo è solo, come sappiamo, una piccola parte del progetto che il Maestro voleva realizzare. In questa piccola parte disponibile troviamo però alcuni di questi temi e cioè le virtù proprie della vita attiva, quelle che considera come "virtù morali" o virtù miste (Alighieri IV, XI-XII.) insieme alle virtù intellettuali proprie della vita contemplativa. Questa unione è necessaria perché per dire tutto non basta l'intelletto, per riuscire in tutto non basta l'intelletto. È necessario amare di un amore che componga la dimensione estimativa e quella "ragionativa" (Ibid., III, II), le virtù morali e quelle intellettuali e che vada oltre. Questa unità nell'agire e nel volere è riflesso dell'unità delle tre nature che compongono l'"Umano" secondo una triplice natura sensitiva, affettiva e ragionativa (Ibid., III, VIII) che, diremmo con un concetto contemporaneo, fiorisce in una natura "emergente" e non solo cumulativa. Infatti, la dimensione sensitiva è come quella animale ma è, allo stesso tempo, completamente diversa perché è una sensibilità affettiva e razionale. Questa consapevolezza della dinamica estimativo-riflessiva fonda i concetti di verità, conoscenza, libertà, relazione, felicità e amore ancora una volta come realtà sistemiche e mai riducibili a fenomeni isolati e isolabili.

Si ama secondo verità solo se si è liberi e così si va verso la felicità. Siamo liberi e capaci di liberarci dalle nostre debolezze e dipendenze solo per una ragione di amore. L'amore umano è razionale, poiché ogni cosa ama secondo la sua

natura. L'amore razionale non è solo per "sensibile diletto" ma per verità e virtù e fa capire cose che, da solo, l'intelletto non sa scoprire e che la lingua non sa dire (Ibid., III, III). Se queste sono le due "ineffabilità dell'amore" e compongono anche in Platone, in Dante e in noi tutti una quota di "dottrina del non detto" (Ibid., III, IV) illuminano invece nel nostro percorso esistenziale e formativo una consapevole debolezza dell'intelletto, la cortezza del parlare e la capacità dell'amore di andare oltre questi limiti. Sia chiaro che Dante non suggerisce tutto questo come dialettica che consuma gli elementi che la compongono ma li conserva, ordina e sublima in unità. Abbiamo trovato queste due ineffabilità dell'amore anche nelle opere incompiute di Leonardo da Vinci.

Per questo rinunciamo all'ingenuo tentativo di possedere e trasmettere una "teoria del tutto" scoprendo, come quasi conseguenza che, se un core curriculum unificante ci deve essere, dovrà mirare a una formazione della persona all'amore vero così come la abbiamo intesa e descritta a partire dal pensiero dantesco.

Quali virtù morali per la Nobiltà della nostra persona

La Nobiltà consiste nel vivere secondo virtù in una continua dinamica di passaggio dalla Potenza all'Atto proprio perché il seme della felicità è la capacità di esercitare la virtù (Ibid., IV). Dante vuole elencare 11 virtù che sono: Fortezza, Temperanza, Liberalitate, Magnificenza, Magnanimitate, Amativa d'onore, Mansuetudine, Affabilitate, Veritate, Eutrapelia e Giustizia. Il Maestro tratta di tutto questo mantenendo anche qui uno stretto legame con l'amore che viene espressa in modo completo dalla canzone messa a introduzione del quarto trattato "Le Dolci Rime" dove le virtù citate appaiono come virtù sociali. Qui vale la pena sottolineare che così facendo Dante intende che il giusto fondamento della Società è l'amore. Questa osservazione può sembrare esile, poco importante, poetica nel senso di estranea alla *praxis* di efficacia. Invece è un elemento importante da valorizzare e da trasmettere proprio in un core curriculum che sia in linea con il Convivio. La visione socio-politica umanistica non è quindi quella utilitarista/contrattualista ma, ci si scusi se può suonare forse troppo dolce, quella dell'amore. Il Convivio ci spinge ad avere il coraggio di proporre seriamente come soluzione socio-politica l'amore umano. Attenzione però che stiamo parlando di amore a diversi livelli, tutti costitutivi una unità esistenziale, ma differenti. Stiamo parlando dell'amore fra persone umane ma anche dell'amore al proprio lavoro (anzi passione professionale), amore alla conoscenza e alla verità, amore per il sapere, amore alla bellezza, amore alla natura, amore a Dio, amore come caratteristica relazionale di dono di sé. Ancora una volta la nobiltà appare come attuazione di una potenza dell'Umano di amare e di donarsi ma attuando anche il processo logico che va dal generale al particolare distinguendo il *bonus civis* (buon cittadino) dal

⁴ L'immagine della scala d'amore è del resto del tutto legittima, poiché nel Simposio, che è il modello greco del Convivio latino anche sotto il profilo strettamente linguistico, Platone conclude il suo ragionamento proprio con la figura della scala riportata dalla sacerdotessa Diotima. Cfr. Melchiorre, 2001.

bonus vir (Uomo buono) in linea con S. Tommaso: “Non esse idem bonum civem et bonum virum, cum is bonus civis sit qui et apte parere et imperare commode sciat, bonus autem vir absolute dicatur” (d’Aquino, Lect III). In questo modo troviamo però un punto nel quale possiamo andare oltre all’impostazione dantesca. Infatti il Maestro mette fra parentesi per coloro che hanno vita “attiva” il tema della perfezione assoluta attraverso le virtù. Se invece recuperiamo l’intrinseca eticità dell’atto Umano e la radice personalista delle virtù, faremo un passo in avanti nel senso di intendere che, essendo il particolare nel generale, il “civis” sarà “bonus” nella misura in cui lo stesso vir sia anche buono. Questo comporta conseguenze importanti per l’obiettivo di formazione della persona che abbiamo inteso centrale per un eventuale core curriculum. In primo luogo, si potrà pensare come possibile la coerenza e l’unità di vita della persona, evitando la tragica (e illusoria) accettazione della convivenza tra virtù sociali e vizi privati. In secondo luogo, le virtù sociali, e fra esse la Leggiadria, diventano più significanti dell’amore del soggetto per gli altri e per il bene comune. In terzo luogo, su questa strada il programma di Dante di dare una “lezione di morale quotidiana” diventa un’Etica Applicata ben fondata e unificante. In fine, possiamo così rinsaldare la frattura tra virtù morali e intellettuali con una maggiore consapevolezza dell’influsso della volontà e delle passioni sulla capacità cognitiva. Appare molto bello così andare anche “oltre Dante” grazie a Dante, riunificando ciò che, anche per ragioni teologiche, era non contrapposto ma diviso. Dopo la teologia della santificazione del lavoro di San Josemaria Escrivà (López, 2017) e la sua accoglienza nel Concilio Vaticano II con la dottrina della chiamata universale alla santità, la vita attiva e contemplativa non sono da considerarsi più divise ma dimensioni proprie di quella unità di vita di cui abbiamo appena parlato. Del resto, l’opera magna di Dante Alighieri è atto di uno scrittore nella sua “vita attiva” oppure manifestazione della sua “vita contemplativa”? Non è un evidente esempio, e veramente mirabile, di unità di vita? Andare, in questo senso, oltre Dante grazie a Dante in un programma formativo universitario vuol dire principalmente le seguenti due cose: a) recuperare le virtù intellettuali come virtù morali riconoscendole come loro fondamento. Così l’ortoprassi sarà conseguenza dell’ortodossia. Dividere in due le virtù anziché rafforzarle le indebolisce, poiché o vengono a mancare di fondamento o vengono a mancare di utilità; b) esplicitare che la persona virtuosa deve esserlo primariamente nel suo agire intellettuale (amore alla verità, studiositas, onestà intellettuale, ecc.), perfezionando così lo specifico razionale umano. Solo per questo la radice della scelta libera è legata alla dinamica tra volontà elicitata e volontà imperata mediata dall’intelletto.

Convivio e core curriculum tra paternalismo e liberalità

La liberalità con cui Dante si propone di apparecchiare il Convivio lo porta anche, come sappiamo, a dare ciò che non è richiesto, “non dimandato”. Infatti un’opera così elevata scritta in volgare, sorprende. Questo vuol dire però che Dante si arroga il diritto e sostiene di avere la capacità di sapere cosa sia utile ai molti, anche senza il loro parere. Con categorie odierne questo modo di fare è semplicemente paternalistico. La mia offerta non è risposta a una richiesta, non è guidata dall’opinione di chi deve ricevere ma sono io che decido cosa serve al popolo che mi ascolterà, e mi ascolterà pieno di stupore e gratitudine. In effetti si tratterebbe di un soggettivismo egocentrico, autoreferenziale, orgoglioso e tante altre brutture se non ci fosse in Dante il richiamo alla Natura Umana. Questo richiamo è presente sin dall’inizio in modo esplicito e così la liberalità non è scelta paternalistica ma, sorprendentemente, condivisione orizzontale: quello che offro come utile lo offro perché è utile anche a me, abbiamo la stessa dignità in quanto umani e abbiamo proprio per questo le stesse necessità. Ecco che il condividere la scienza nasce dall’essere “societas” e costruisce la società umana senza pretendere di costruire, invece, un Impero, il mio Impero. Tanto è così che il recupero della vera Ecologia Umana sembra essere ancora un contenuto che ogni core curriculum deve avere per non cadere in una dittatura culturale che, in ogni caso, sarebbe un insopportabile protagonismo narcisista.

Il messaggio nascosto di Dante per ogni core curriculum

Dante si racconta molto, prende una pausa in alcune opere ma neanche del tutto. Parlando del suo viaggio si mostra sempre in compagnia di qualcuno, in cerca di qualcuno o soffrendo l’assenza di qualcuno. Anche le opere più teoretiche, come vorrebbe essere il Convivio, nascono e si strutturano in mille relazioni tutte ben descritte come se tutte fossero importanti. Certo è che fra tutti questi compagni di viaggio un posto particolare lo dobbiamo riconoscere a quelle che tradizionalmente identifichiamo come “le guide di Dante”, Virgilio e Beatrice. Ma quanto impara dalle anime del Purgatorio nel loro rinnovato modo di essere, quanto è confortato dalla comprensione degli Angeli, quanto viene incoraggiato da chi sa che lo aspetta e che continua a dare senso al suo camminare anche quando è arduo e spaventoso. Dante impara, impara però da Maestri, dalla vita di Maestri. Ecco il messaggio nascosto di Dante per ogni core curriculum: quello che è determinante è la vicinanza e l’interesse di buoni maestri. Maestri che come Beatrice sono disposti a venire a prenderti all’Inferno per accompagnarti in un cammino di crescita personale verso la propria perfezione. Un buon core curriculum, ci ripete Dante dappertutto, è in primo luogo fatto da maestri capaci di voler bene agli studenti, di volere il loro bene. Maestri che lavorino in università non per fare

carriera, ma per il bene comune della comunità universitaria fatta da persone da accompagnare come Virgilio e Beatrice. Così l'università sarà una Commedia molto umana e molto divina, un capolavoro.

Bibliografia

- Agostino. *L'istruzione cristiana*. Milano: Mondadori 1994.
- Agostino. *Confessioni*, Vol. V (libri XII-XIII). Milano: Fondazione Lorenzo Valla/Arnoldo Mondadori Editore 1997.
- Alighieri D. *Le opere di Dante*. Firenze: Società dantesca italiana 1960.
- Alighieri D. *De Vulgari Eloquentia*. Liber primus, III.
- Alighieri D. *Vita Nova*. XXXV-XXXIX.
- Alighieri D. *Convivio*. IV, XI-XII, 1988.
- Aubenque P. *La prudenza in Aristotele*. Roma: Studium 2018.
- d'Aquino T. *Comm ad III Politica*. Lect III.
- De Monticelli R. *L'allegria della mente. Dialogando con Agostino*. Milano: Bruno Mondadori 2004.
- Donati P. *Scoprire i beni relazionali. Per generare una nuova socialità*. Soveria Mannelli: Rubettino 2019.
- Gleick J. *Chaos. Making a new science*. London: Heinemann 1988.
- Israel G, Millán Gasca A. *Il Mondo come gioco matematico. La vita e le idee di John von Neumann*. Torino: Bollati Boringheri 2008.
- Kauffman S. *At home in the Universe. The search for laws of self-organization and complexity*. New York: Oxford University Press 1995.
- Lewis CS. *Diario di un dolore*. Milano: Adelphi 2016.
- López J. *Lavorare bene, lavorare per amore. Sulla santificazione del lavoro negli insegnamenti di San Josemaria Escrivà*. Roma: EDUSC 2017.
- Melchiorre V. *La scala di "Diotima": per una lettura del Simposio di Platone*. Rivista di Filosofia Neo-Scolastica 2001;93:343-371.
- Shakespeare W. *King Lear*. In: Shakespeare W. *The complete works*. London & Glasgow: Collins 1960.
- Styczeń T. *Essere se stessi è trascendere se stessi. L'etica di Karol Wojtyła come antropologia normativa*. In: Wojtyła K, Ed. *Metafisica della Persona*. Milano: Bompiani 2003, pp. 781-827.
- Tamaro S. *Ogni Angelo è tremendo*. Milano: Bompiani 2013.
- Tambone V. *Bioethics and New Age*. In: Albert G, Parkis AG, Ed. *Contemporary ethical issues*. New York: Nova Science Publisher 2006, pp. 21-36.
- Tambone V, Ghilardi G. *Philosophy and deontology of medical practice*. Roma: SEU 2020.
- Voce. *Riduzione materialistica*. Enciclopedia Filosofica. Milano: Bompiani 2006, p. 9727.

Campus Bio-Medico: un’università che educa alla solidarietà

Il modello del work camp nei Paesi in via di sviluppo

Campus Bio-Medico: a university that educates in solidarity
The model of the labor camp in developing countries

GIOVANNI MOTTINI

Università Campus Bio-Medico di Roma

È davvero possibile insegnare la solidarietà all’università? La risposta è sì, a condizione che l’università sia intesa e vissuta come comunità a servizio della società, e che trovi la sua ragion d’essere nell’orientare il suo agire verso il perseguimento del bene comune. L’Università Campus Bio-Medico ha nella sua mission il fine di contribuire al bene sociale attraverso le due dimensioni che le sono proprie: una ricerca *socially oriented*, vale a dire finalizzata a trovare soluzioni per i bisogni della società in cui è inserita, e una docenza attenta a formare nei suoi studenti una coscienza sociale dell’essere professionista.

Per il perseguimento di tali fini è risultato particolarmente efficace il modello formativo del work camp: una sorta di summer school per studenti, condotta però presso un partner dell’università di un Paese in Via di Sviluppo (PVS). L’intento è quello di educare alla solidarietà attraverso un’iniziativa, in cui la stessa università persegue un obiettivo di bene comune, realizzato con le modalità proprie del lavoro universitario.

Il risultato finale è che gli studenti svilupperanno, nella fisionomia professionale che vanno man mano acquisendo, la consapevolezza di una dimensione solidale del loro agire professionale, che rappresenta ormai un valore aggiunto irrinunciabile per una società a vera misura d’uomo.

Parole chiave: Università, educazione, solidarietà, work camp

Is it possible to teach solidarity at university? The answer is yes, but with the condition, that university must understand itself as a community at the service of society, and which finds its justification in orienting its actions towards the pursuit of the common good. The mission of the Campus Bio-Medico University is to contribute to the social good through its two dimensions: through socially oriented research, that is, aimed at finding solutions for the needs of the society in which it is inserted; and through a teaching that is careful to train its students in a social conscience of being a professional.

For the pursuit of these purposes, the training model of the work camp was particularly effective: a sort of summer school for students, conducted however at a university partner of a developing country.

The goal is to educate in solidarity through an initiative in which the university itself achieves a target of common good by putting into practice a university methodology of work.

The result is that the students will develop, in the professional profile they are gradually acquiring, the awareness of a solidarity dimension of their professional way of acting, which in our times represents an indispensable added value for a society on a real human scale.

Key words: University, education, solidarity, work camp

Indirizzo per la corrispondenza
 Address for correspondence

Prof. Giovanni Mottini
 Università Campus Bio-Medico di Roma
 Via A. del Portillo 21, 00128 Roma
 e-mail: g.mottini@unicampus.it



È davvero possibile insegnare la solidarietà all'università?

Probabilmente se ci limitassimo a partire dalla semplice definizione, di superficie, dei due termini: solidarietà come virtù sociale e università come luogo e istituzione in cui si accresce e si trasmette il sapere, continueremmo a restare lontani dal poter dare una risposta positiva alla nostra domanda.

Una virtù, in senso stretto, non si può “insegnare”, ma sostanzialmente solo praticare: non è un sapere che si possa semplicemente acquisire, e non è neppure trasmissibile ad altri, se non come pura nozione.

Ma a rendere negativa la risposta alla nostra domanda non è tanto il significato della solidarietà; che ha una sua identità ben precisa, quanto piuttosto una visione riduttiva dell'università. La visione classica humboldtiana di università come “solitudine e libertà”, a cui nel tempo si sono unite, con effetto distorsivo, le derive scientiste della moderna filosofia della scienza, continuano a condizionare pesantemente la visione dell'essere e dell'agire universitario. Ne deriva l'immagine di una istituzione che contraccambia il prezzo della sua presunta neutralità etica con una congenita rinuncia a una identità e a un ruolo sociale che sappia andare al di là del binomio – ormai stereotipato – della sempre auspicata sinergia università-impresa. In altre parole l'università sembra destinata a diventare banco di lavoro, sia pure intellettuale, di una rigida catena di montaggio finalizzata alla produzione di beni per la società.

In un'università di questo tipo non c'è spazio per la solidarietà, né insegnata né praticata.

Si avverte la necessità di ripartire da una visione diversa dell'università. Anzitutto va recuperata la sua dimensione di “comunità umana”: comunità di docenti e di discenti che si ritrovano insieme per perseguire un fine sociale. In altre parole si riafferma l'identità etica dell'istituzione, che ha la sua ragion d'essere nel realizzare un compito a servizio del bene comune.

Solidarietà, università e globalizzazione

In una università-comunità tutti sanno di avere un ruolo da svolgere per il raggiungimento di un obiettivo comune. La relazione umana non è più una semplice relazione di contiguità fisica imposta dall'organizzazione del lavoro e di scambio di informazioni, ma è una relazione di senso e di mutuo sostegno orientato a un fine.

In questa ottica la solidarietà, prima ancora di poter essere insegnata, va vista come il tessuto connettivo che rende “solida” la relazione umana e “solidale” il modo di agire di tutti i componenti della comunità stessa.

A questo punto possiamo arrivare a dire che, in effetti, la solidarietà va anzitutto vissuta dall'università stessa come qualcosa di irrinunciabile per la garanzia della sua identità e della sua *mission*.

Dove l'università riesce davvero a essere comunità la solidarietà non avrà bisogno di essere insegnata; sarà semplicemente “coltivata” nei membri che, di volta in volta, entrano a far parte della comunità stessa; vale a dire anzitutto gli studenti che si susseguono negli anni accademici. Al docente spetterà il compito di essere modello imitabile di solidarietà attraverso il suo stile di lavoro e l'orientamento di servizio alla società che saprà dare al contenuto del sapere che trasmette.

È indubbio che una università-comunità con forte identità etica quale abbiamo rappresentato avrà già superato la congenita dissociazione dal contesto sociale in cui si trova; anzi, sarà un'istituzione costantemente orientata a dare risposte pertinenti ed efficaci ai bisogni della società nella quale si ritrova immersa per sua precisa scelta.

L'intrinseca prospettiva universale (università come universalità del sapere) non potrà che incontrarsi allora con il fenomeno della globalizzazione. Globalizzazione economica, del sapere, dell'informazione, ma necessariamente anche dei bisogni umani.

Lo spirito universitario sarà allora attento alle attese e ai bisogni di un Sud del mondo che bussa alle porte dell'Occidente e che cerca soluzioni ai suoi problemi.

L'educazione universitaria alla solidarietà troverà dunque un vasto campo di applicazione nell'aiuto ai Paesi in Via di Sviluppo (PVS).

L'Università Campus Bio-Medico (CBM) di Roma e il suo modello formativo

Il CBM di Roma è un'università che porta nella sua stessa *mission* la vocazione alla solidarietà del suo lavoro universitario. Recita infatti la sua carta delle finalità: “L'università promuove la cooperazione e il senso di solidarietà, si adopera affinché esse si traducano in opere e ciascuno sappia mettere la propria competenza professionale al servizio della persona e del bene comune” (cfr. Carta delle finalità dell'Università Campus Bio-Medico di Roma art. 5 – ed. 2020).

Questa promozione della solidarietà assume i connotati precisi di uno stile formativo che si propone di educare alla solidarietà attraverso lo stesso lavoro universitario; sia di ricerca che di docenza.

Il verbo educare è qui inteso nella sua accezione latina di *e-ducere*: vale a dire “tirar fuori” il patrimonio di idealità che è presente allo stato nativo nei giovani che si affacciano al percorso universitario.

Compito dell'università è anzitutto far sì che questo patrimonio venga scoperto e valorizzato. E qui sta un elemento innovativo del processo formativo, soprattutto dei primissimi anni universitari; prima che lo studente venga inghiottito nel tunnel professionalizzante degli anni successivi, trasformando gli ideali di servizio al prossimo, insiti nella vocazione stessa del medico, in vaghe aspirazioni che ben difficilmente troveranno più spazio e tempo nella vita professionale.

Ciò che è veramente in gioco, e che fa la differenza di qualità nel lavoro universitario, è il rapporto che esiste fra competenze (cioè saperi), passioni e compassione.

Il lavoro di *e-ducere*, come componente di uno stile formativo universitario, consiste proprio nel coltivare la passione per l'uomo, che nasce dalla disposizione a provare compassione per l'altro, e la passione per il sapere, che sorge dalla *curiositas* di fronte alla complessità e varietà del reale e agli orizzonti dello scibile, per trasformarle in competenze professionali orientate a un autentico servizio.

Una traduzione pratica di questo *modus docendi* è quello di concepire e praticare sempre una ricerca biomedica *socially oriented*. Cioè competenze scientifiche che si interrogano anzitutto su quali sono i bisogni reali e più urgenti dell'umanità, prima di scegliere dove impiegare le proprie energie. Dunque coscienze con una forte concezione sociale dell'agire professionale.

Opportuno è anche considerare che se da una parte la passione per l'uomo e per il sapere conducono all'acquisizione motivata delle competenze, non è affatto vero il contrario. Le realtà dimostra come le pure competenze, autoreferenziali e sganciate da una autentica attenzione all'uomo, non fanno nascere di per sé passioni, ma sono asservite più facilmente alle logiche di autoaffermazione e della mercificazione del sapere a fini economici.

La ragione di ciò ci sembra derivare dal fatto che la passione ha in sé una dimensione relazionale profonda, che la competenza da sola non possiede, né richiede. La passione esige sempre il confronto con l'altro, e diventa pertanto fonte e condizione dell'agire solidale.

Come frutto di una esperienza ventennale al Campus Bio Medico nelle iniziative di solidarietà si è costituito un Comitato per la cooperazione universitaria e il volontariato (CUSV), in cui sono presenti rappresentanti delle differenti competenze che l'università esprime e portatori di una esperienza diretta e vissuta di partecipazione a iniziative sociali e sanitarie nei PVS.

L'Università Campus Bio-Medico (CBM) di Roma e la cooperazione universitaria

Crescere in solidarietà attraverso l'esperienza: la formula del health work camp

Lo strumento didattico che fa da colonna portante di questo modello formativo è il *corso di cooperazione universitaria allo sviluppo*, un'attività didattica opzionale che si svolge lungo l'arco dell'anno accademico. Gli studenti partecipano a un programma di incontri di formazione che tocca i differenti aspetti dello scenario in cui saranno chiamati a operare: cultura della solidarietà, approccio motivazionale, quadro di riferimento della cooperazione allo sviluppo, antropologia dello sviluppo umano, contesto socio-culturale

del paese ospitante, quadro clinico-epidemiologico della popolazione beneficiaria.

Fanno parte della proposta formativa anche incontri con attori del mondo dell'aiuto umanitario e protagonisti di iniziative di cooperazione allo sviluppo, italiani e stranieri. Una formula dunque lontana dal modello della lezione frontale, e più orientata ad acquisire conoscenze dall'esperienza diretta di testimoni della solidarietà internazionale.

Una finestra aperta sul *real world* del sottosviluppo umano per conoscerlo dal suo interno.

Una formula di cooperazione universitaria, messa a punto dall'UCBM nel corso degli anni, e che opera una sinergia operativa particolarmente efficace tra progettualità formativa universitaria e, al tempo stesso, servizio effettivo alle popolazioni beneficiarie, è quella del *health work camp*.

Protagonisti dei *health work camp* sono équipe miste; composte cioè da docenti, medici e studenti dell'UCBM e da omologhi di università e istituzioni sanitarie dei partners locali. Gli *health work camp*, della durata media di 15 giorni, vengono realizzati presso strutture ospitanti messe a disposizione dai partner locali.

Il modello di riferimento è quello dei *summer course* dei campus universitari anglosassoni, ma contestualizzate in una dimensione più operativa e "immersiva" nella realtà dei paesi beneficiari.

Asse portante del piano operativo del *work camp* è la realizzazione di protocolli di ricerca epidemiologica; concepita come componente di campagne di salute e screening a favore della popolazione locale, soprattutto infantile nel contesto scolastico, con visite mediche, esami diagnostici e fornitura gratuita di farmaci per le patologie correnti. Un ambito specifico di intervento è inoltre quello svolto da docenti e studenti della facoltà di scienze della nutrizione; con screening nutrizionali e interventi educativi.

Gli studenti hanno inoltre l'opportunità di esercitare una assistenza sanitaria, seppur elementare, fianco a fianco degli operatori locali. Divengono così più consapevoli e sensibili alla dimensione umana e umanizzante di un lavoro a servizio di chi soffre in condizioni di particolare disagio e povertà.

Queste attività sono pensate per rendere possibile la partecipazione anche a studenti dei primissimi anni di corso: impreparati per un'attività clinico-assistenziale, possono invece essere facilmente istruiti sulle metodiche della ricerca biomedica; spesso costituita da gesti relativamente semplici e ripetitivi, ma che richiedono il rigore metodologico e l'impegno che una buona dose di entusiasmo giovanile sa garantire.

L'esperienza di assistenza e di ricerca in condizioni difficili e di precarietà (ben lontane dalle comodità e asetticità dei laboratori europei), il contatto amicale e formativo con i colleghi africani, il confronto con una realtà di povertà e malattia fanno di questi *work camp* una opportunità di formazione integrale: umano-professionale di grande e profondo impatto.

Obiettivi e risultati attesi dal *health workcamp* come modello formativo di cooperazione universitaria sono pertanto individuabili su differenti piani:

Per i partecipanti:

- acquisizione di una esperienza di confronto e immersione umano-relazionale con il *real world* di un PVS;
- assimilazione di una cultura della solidarietà, del bene comune e della cittadinanza globale;
- acquisizione di conoscenze teoriche e pratiche, realizzata sul campo, sulle dinamiche e strategie di intervento della Global Health;
- acquisizione dell'esperienza pratica di principi e metodi della ricerca biomedica realizzata *on the field*;
- acquisizione della sensibilità etica e sociale dell'agire medico e del lavoro universitario in chiave *socially oriented*.

Per i beneficiari locali:

- acquisizione di competenze di ricerca biomedica attraverso una metodica di training on the job;
- accesso a screening su stato nutrizionale e patologie in fase di esordio, e possibilità di accesso alle relative cure per la popolazione locale.

Una formula adatta per studenti degli ultimi anni di corso è invece lo *stage* presso strutture ospedaliere africane in convenzione con il CBM. Con l'opportunità di apprendimento diretto e la possibilità di incrementare i propri *skills*: pratiche di sala operatoria, ambulatorio, procedure diagnostiche e di semeiotica con una intensità e prossimità quasi impensabili presso le strutture italiane. Ma è soprattutto l'integrazione di queste componenti tecnico-scientifiche con l'esperienza di relazione umana e di contatto con la realtà sociale di questi paesi a costituire il vero valore aggiunto di simili esperienze.

Un team di giovani ricercatori per i PVS, con passione ed esperienza, si sta costituendo come patrimonio stabile dell'università ed eredità da trasmettere alle generazioni di nuovi studenti.

Ulteriore aspetto, non marginale, è la produzione scientifica in termini di pubblicazioni con *impact factor* che si stanno accumulando come frutto del lavoro universitario realizzato nei *work camp* e negli *stage*. Ciò a dimostrazione che la solidarietà universitaria è sì servizio al prossimo, ma ha anche il dovere di esprimersi secondo l'identità che è propria di chi la pratica; vale a dire attraverso un autentico lavoro universitario, secondo una logica di *solidarietà del sapere*.

La controparte locale di queste iniziative sono i partner che costituiscono la rete di istituzioni africane con le quali l'università ha stabilito rapporti di collaborazione. Una rete che si è costituita nel tempo come obiettivo a lungo termine del progetto di creazione di una comunità di ricerca Nord-Sud che il CBM ha avviato da oltre 10 anni. Vi rientrano istituzioni universitarie e non di Congo, Camerun, Uganda, Kenia, Tanzania, Perù e Madagascar.

Obiettivo di questo *network* è quello di fornire ai partner africani: università e istituzioni sanitarie con lunga esperienza di servizio alla popolazione locale, le competenze in materia di metodologia della ricerca biomedica per condurre

insieme protocolli di studio sui più urgenti e diffusi problemi di salute delle popolazioni africane, o per mettere a punto modalità assistenziali e terapeutiche adattate al contesto dei PVS. La premessa a questa strategia di intervento è nella convinzione che le grandi patologie che affliggono l'umanità con il più alto numero di vittime: AIDS, tubercolosi e malaria sono tutte presenti principalmente nel Sud del mondo, e non possono essere adeguatamente combattute solo con armi messe a punto negli asettici laboratori di ricerca occidentali. È imprescindibile la partecipazione diretta di figure professionali locali: epidemiologi, ricercatori, clinici, fino ad arrivare agli animatori comunitari, che garantiscono la *compliance* della popolazione sia sul versante della ricerca che di quello interventistico e preventivo.

Senza questa alleanza i farmaci e i vaccini più efficaci rischiano di essere armi spuntate... o più semplicemente di non arrivare a destinazione nel posto e al momento giusto.

Fare ricerca biomedica in Africa non è dunque un controsenso rispetto agli enormi bisogni di assistenza che vi sono, ma un modo per dare un contributo di innovazione che renda meno enormi questi bisogni, soprattutto nelle strategie di prevenzione e di sanità pubblica.

La ricerca epidemiologica consente inoltre di portare a conoscenza della comunità scientifica mondiale condizioni patologiche e dati scientifici altrimenti misconosciuti o sottostimati, e di attirare pertanto l'attenzione dei decisori delle politiche sanitarie internazionali per l'allocazione di risorse e piani di intervento su tali problemi. In altre parole un'azione di *advocacy* a favore dei PVS che avviene grazie alla collaborazione fra università occidentali e africane.

Ricerca sì, ma affiancata da una riflessione umanitaria

È necessario però avere la consapevolezza che la presenza universitaria italiana, o comunque occidentale, nei PVS svolge davvero questo compito prezioso se il suo principale intento non si esaurisce nella qualità e quantità della ricerca biomedica, ma risponde piuttosto a un obiettivo di crescita locale delle competenze a vantaggio del benessere globale della popolazione locale.

In molti casi si ha l'impressione che le non poche iniziative universitarie occidentali in Africa siano pensate e condotte più per fare ricerca biomedica occidentale in Africa che fare ricerca biomedica per e con l'Africa, facendo cioè crescere le competenze locali... Al sapere scientifico esportato non si affianca una seria riflessione umanitaria sui fini di tali iniziative, che restano pertanto sterili e privi di efficacia per quelle popolazioni che maggiormente dovrebbero giovarsene. La stessa Dichiarazione di Helsinki, nella sua edizione del 2000 a Edimburgo, non ha mancato di evidenziare questo paradosso; cristallizzato in un nuovo punto della dichiarazione stessa, pensato appositamente per i PVS, che raccomanda la necessità che la ricerca scientifica vada anzitutto a beneficio delle popolazioni nelle quali essa è condotta.

D'altronde va tenuto presente che la semplice trasmissione di conoscenze tecnologiche e scientifiche all'interlocutore e omologo locale; vale a dire del cosiddetto *know-how*, pure essendo già un passo in avanti rispetto alla logica del puro assistenzialismo, non è affatto garanzia di incremento della tutela della salute e del benessere della popolazione. Paradossalmente l'esperienza dimostra invece che viene a rappresentare un passaporto e il biglietto di viaggio per il *brain drain* verso l'Occidente, o alla meno peggio favorisce il fenomeno della privatizzazione del sapere acquisito, che conduce al proliferare di un mercato locale della prestazione sanitaria privata, che ben poco contribuisce a garantire l'accessibilità a una salute per tutti.

La ragione di tale fenomeno risiede nel fatto che una formazione appiattita sul solo dato tecnologico, sul *know-how*: sapere come fare le cose, trascura la dimensione del *perché* e del *perchi* le faccio. Trascura cioè le dimensioni che corrispondono alla coscienza e alla responsabilità sociale per il bene comune che sono irrinunciabili nella autentica formazione di figure professionali; ovunque, ma più che mai in un PVS.

Ed è qui che torna a farsi sentire l'imprescindibilità di una cultura della solidarietà in chi, come l'università occidentale, si assume il compito di dare un contributo allo sviluppo umano. Non si può dare all'altro ciò che non si possiede o non si vive.

Università: vivaio di professionalità solidali

L'università che porta nella propria matrice una cultura e una didattica della solidarietà, quale abbiamo appena descritto, si trova oggi a sanare un'aporia di sistema la cui ragion d'essere sembra non essere stata ancora percepita appieno dagli stessi attori della cooperazione internazionale. Un neolaureato animato da spirito di solidarietà, che volesse oggi arricchire il proprio profilo professionale con una esperienza di aiuto allo sviluppo in un PVS, fino a farne possibilmente una scelta definitiva di vita e di professione, si trova infatti di fronte a una barriera quasi insuperabile. Organismi nazionali e internazionali, governativi o non, richiedono invariabilmente a chiunque proponga loro la propria disponibilità la condizione di avere sufficiente esperienza di lavoro (2 o 3 anni almeno) in un PVS. Ciò è perfettamente plausibile dal punto di vista dei criteri di efficienza di tali organismi. Ma come è possibile avere in curriculum una tale esperienza se dunque essa stessa è una pre-condizione per potervi accedere? Ecco il senso dell'aporia.

Non si danno istituzioni dedicate a coltivare professionalità nel settore della cooperazione: si passa direttamente dall'apprendimento teorico professionalizzante delle istituzioni, universitarie e non, agli organismi che operano nella cooperazione senza che vi sia un elemento di raccordo e un'interfaccia sinergica fra questi due mondi.

Sul piano della cultura della solidarietà si dà un vuoto formativo che è speculare alla suddetta aporia. Potremmo infatti dire che il bagaglio di idealità e di motivazioni con cui

il soggetto aspira ad approdare al mondo dell'aiuto allo sviluppo ha come unici terreni di coltura possibili quello della tradizione e dell'ambiente familiare o, in alternativa, quello delle reti associative non istituzionali: vale a dire, circoli culturali, politici o realtà di natura confessionale, in cui affondano le radici del volontariato. Le istituzioni educative e formative restano al margine e scarsamente sensibili a questo fenomeno, e quando lo fanno si limitano a mutuare e replicare logiche e attività delle reti civili e dell'associazionismo spontaneo, senza dunque aggiungervi alcuna specificità.

In conclusione: il "reclutamento" di figure professionali per la cooperazione allo sviluppo, tanto più se dotate dello spessore motivazionale che deriva da una ben assimilata cultura della solidarietà, non è operazione di raccolta dei frutti di campi intenzionalmente e razionalmente seminati e coltivati in modo estensivo, ma risultato di piante germinate e cresciute in terreno semi-incolto; o al massimo negli *horti clausi* della miriade di iniziative del volontariato sociale; fecondi, ma per loro natura troppo ristretti per incidere e fare cultura in senso ampio.

Volontariato e solidarietà

Dunque, se volontariato e solidarietà sono sì termini in stretta correlazione (il volontariato è una espressione e declinazione dello spirito di solidarietà), è anche vero che essi non sono né coincidenti né sovrapponibili.

L'esperienza di cooperazione universitaria del CBM in Africa è un esempio di come l'università possa davvero svolgere la funzione, a lei connaturale, di colmare il vuoto formativo che abbiamo descritto e disinnescare l'aporia di sistema che impedisce alle istituzioni della società civile di fare davvero "sistema" per la cooperazione allo sviluppo.

La comunità universitaria, con la sua *mission* istituzionale dichiarata e tradotta in opere, promuove la solidarietà attraverso iniziative per i PVS che coinvolgono personale docente e studenti, gli uni a fianco degli altri, realizzate con lo spirito e con il metodo di un vero lavoro universitario. La ricerca biomedica *socially oriented*, l'esemplarità operativa dei docenti, le passioni umanitarie coltivate come *vis a tergo* e ragion d'essere delle competenze da acquisire fanno dell'università un "vivaio" di soggetti con personalità e professionalità sperimentate sul terreno della cooperazione dello sviluppo già prima del loro ingresso nel mondo del lavoro.

A un'istituzione come l'università, con un ruolo centrale nello sviluppo delle conoscenze e dei saperi, corrisponderà inoltre il compito, sempre più avvertito, di mettere a punto gli strumenti cognitivi necessari a dare corpo a una *scienza dello sviluppo umano*, che riunisca in sé in modo organico ed efficace tutti i saperi che ruotano attorno al mondo dell'aiuto ai PVS: dalla Global Health, all'economia di mercato, anch'essa in chiave globalizzata, alla *capacity building* della filiera agroalimentare, al diritto internazionale, in grado di dare risposte efficaci e innovative alle crisi che attraversa il nostro pianeta e di cui i PVS sono spesso le prime e incolpevoli vittime.

Il tutorato nell’università, un cantiere sempre aperto

Tutoring in the university, an always-open building site

SERGIO MORINI

Università Campus Bio-Medico di Roma

Il tutorato nell’università viene proposto e discusso sotto diversi punti di vista. Inizialmente viene illustrato il percorso normativo, cominciando dal suo inizio circa quarant’anni fa, e seguendo la sua evoluzione nel tempo. L’applicazione della normativa ha dato vita a iniziative strutturate nei Servizi di Tutorato e Orientamento, con diverse sfaccettature soprattutto nell’ambito dell’orientamento universitario in entrata e nell’avviamento alla professione, mentre il tutorato viene più spesso inteso come sostegno a studenti che presentano particolari problemi o difficoltà nel percorso degli studi.

Nell’ottica di un sistema tutoriale *student-centered*, il tutorato personale mira a promuovere le capacità dello studente, anche attraverso una relazione interpersonale tra il tutor e lo studente. Il tutor dovrebbe quindi fornire un sostegno più ad ampio raggio stimolando lo spirito di iniziativa, la curiosità intellettuale, la fiducia in se stesso e il coraggio di misurarsi con le difficoltà. Per svolgere questo compito di stampo pedagogico ed educativo risulta quindi necessaria una specifica formazione per il tutor, che lo renda atto ad affrontare le problematiche che lo studente pone nell’ottica di una formazione globale della persona.

Parole chiave: Tutorato, orientamento universitario, sviluppo di competenze

Tutoring in the university is proposed and discussed from different points of view. Initially, the regulatory process is illustrated, starting from its beginning about forty years ago, and following its evolution over time. The application of the legislation has given rise to structured initiatives in the Tutoring and Orientation Services, with different aspects, especially in the field of university career guidance and access to the profession, while tutoring is more often understood as support for students who present particular problems or difficulties in the course of their studies.

From the perspective of a student-centered tutoring system, personal tutoring aims to promote student’s skills, through an interpersonal relationship between the tutor and the student as well. The tutor should therefore provide more wide-ranging support by stimulating the spirit of initiative, intellectual curiosity, self-confidence and the courage to deal with difficulties. In order to carry out this pedagogical and educational task, it is therefore necessary for the tutor to have specific training that enables him/her to face the problems that the student poses with a view to a global formation of the person.

Key words: Tutoring, university orientation services, skills development

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof. Sergio Morini
Università Campus Bio-Medico di Roma
Via Alvaro del Portillo 21, 00128 Roma Italia
e-mail: s.morini@unicampus.it



Premessa

Negli ultimi decenni del secolo scorso nelle università italiane si era progressivamente manifestato un preoccupante ritardo negli studi accumulato da un numero crescente di studenti: la cosiddetta “mortalità universitaria”, causata dagli abbandoni del percorso universitario, con punte che raggiungevano il 70% degli immatricolati (Galli, 1992), e con costi sociali ed economici elevati per il Paese.

Per cercare di porre rimedio a questo fenomeno a livello normativo, la Legge n. 382/80 istituiva il ruolo dei ricercatori universitari che “contribuiscono allo sviluppo della ricerca scientifica universitaria e assolvono a compiti didattici integrativi dei corsi di insegnamento ufficiali. Fra tali compiti sono comprese le esercitazioni, la collaborazione con gli studenti nelle ricerche attinenti alle tesi di laurea e la partecipazione alla sperimentazione di nuove modalità di insegnamento e alle connesse attività tutoriali”. Le attività tutoriali vengono considerate in modo generico, e senza definirne le finalità, come parte sperimentale di nuove modalità di insegnamento attribuite principalmente ai ricercatori.

Dieci anni più tardi, la legge n. 341/90 sulla riforma degli ordinamenti didattici universitari, tra le varie novità istituisce il tutorato “finalizzato a orientare e assistere gli studenti lungo tutto il corso degli studi, a renderli attivamente partecipi del processo formativo, a rimuovere gli ostacoli a una proficua frequenza dei corsi, anche attraverso iniziative riportate alle necessità, alle attitudini e alle esigenze dei singoli. I servizi di tutorato collaborano con gli organismi di sostegno al diritto allo studio e con le rappresentanze degli studenti, concorrendo alle complessive esigenze di formazione culturale degli studenti e alla loro compiuta partecipazione alle attività universitarie”. La Legge stabilisce che il tutorato sia un compito istituzionale dei professori e dei ricercatori, “responsabili di guidare il processo di formazione culturale dello studente”. Se viene meglio definita la finalità del tutorato, viene anche lasciata ampia autonomia ai Regolamenti Didattici per organizzare le varie “forme di tutorato”.

Da questo momento il tutorato può essere inteso come una forma di attività didattica strettamente legata all'attività del docente, a rischio altrimenti di perdere molta efficacia e concretezza. Si tratta quindi di un'opportunità per rendere l'insegnamento più attento alle necessità dello studente, anche utilizzando metodologie didattiche nuove e sperimentali, alternative alla classica lezione *ex cathedra*: una didattica organizzata per piccoli gruppi, un insegnamento più centrato sulla pratica e sui problemi, etc. Il fine è quello di facilitare il processo di apprendimento rendendo più accessibile la materia di insegnamento; superare il nozionismo del puro “sapere”, per aprirsi anche al “saper fare”, e al “saper essere” (Binetti et al., 1999). Queste tendenze sono in linea con più moderni obiettivi formativi, dove si evidenzia la necessità di risultati di apprendimento che superino il puro nozionismo,

come esplicitato nei Descrittori di Dublino¹, in cui si sottolinea il valore delle competenze per l'apprendimento universitario.

A distanza di trent'anni non sono mancati alcuni sporadici esperimenti con modelli didattici alternativi, tra i quali per esempio si può citare l'esperienza del “canale parallelo” organizzato dal prof. Aldo Torsoli (Torsoli, 2000) nella facoltà di Medicina dell'Università Sapienza di Roma. Tuttavia, la diffusione capillare di un sistema tutoriale ha riscontrato diversi problemi: da una parte una certa resistenza dei docenti, spesso legati a forme tradizionali di didattica a cui non rinunciano per abitudine a una metodologia consolidata, pur se a volte poco adatta ed efficace rispetto a esigenze formative più in linea con i tempi; dall'altra ci sono limiti strutturali, come la scarsità di risorse in termini di tempo e di personale dedicato, accentuata dalla recente contingente situazione economica dell'università, molto diversa da quella degli anni in cui è stata promulgata la legge, con i limiti posti al turnover: dal 2008 il numero di docenti universitari ha registrato un calo del 14,9% (Anvur, Rapporto biennale sullo Stato del sistema universitario e della ricerca 2018²). Pertanto, molto spesso l'applicazione del tutorato rimane espressione dell'iniziativa di singoli o pochi docenti per favorire il processo di apprendimento.

Servizio di Orientamento e Tutorato

Senza entrare nel dettaglio del citato Rapporto Anvur 2018, segnaliamo alcuni dati statistici significativi. L'Italia presenta tassi di accesso all'istruzione terziaria in aumento, ma ancora significativamente più bassi rispetto alla maggior parte dei paesi europei. Uno degli indicatori più utili per valutare la qualità dei percorsi di studio è considerato la percentuale di abbandoni tra il primo e il secondo anno di università. Riguardo ai corsi triennali di primo livello, la percentuale di abbandoni, è andata calando dal 16% nelle coorti anteriori al 2010, al 12,2% nella coorte 2015/16; dopo tre anni, cioè al termine del ciclo, il tasso di abbandono degli studi è pari al 22,3% (nel 2004/05 era il 27,6%). Nei corsi a ciclo unico e nei corsi di secondo livello si registrano tassi di abbandono tra il primo e secondo anno attestati al 7,5%

¹ Conseguenti al Processo di Bologna, riforma internazionale dei sistemi di istruzione superiore dell'Unione Europea iniziato nel 1999, i “Descrittori di Dublino”, definiscono quali sono i risultati dell'apprendimento comuni a tutti i laureati di un corso di studi; costituiscono un pacchetto organico e sono costruiti sui seguenti elementi: conoscenza e capacità di comprensione (*knowledge and understanding*); conoscenza e capacità di comprensione applicate (*applying knowledge and understanding*); capacità di giudizio (*making judgements*); abilità comunicative (*communication skills*); capacità di apprendere (*learning skills*).

² Ultimo rapporto Anvur disponibile sullo Stato del sistema universitario e della ricerca alla data di redazione del seguente articolo.

nelle ultime due coorti analizzate, che raggiungono il 5,9% con l'ultima coorte.

Nei corsi triennali i laureati regolari (dopo 3 anni) sono in costante crescita: dal 19% delle prime coorti al 30,6% nella coorte 2013/14. Nei corsi biennali di secondo livello, le percentuali di laureati regolari (dopo 2 anni) sono in aumento negli ultimi anni (48,2% della coorte 2014/15). Anche per i corsi a ciclo unico la percentuale di laureati regolari è in aumento rispetto al passato, ma con valori variabili secondo il tipo di laurea: nell'area delle scienze mediche e di quelle storiche, filosofiche, pedagogiche e psicologiche si supera il 70% a un anno dalla fine. Tuttavia l'incidenza dei laureati in Italia resta ancora tra le più basse nell'Unione europea. Questi dati sembrano quindi confermare un generale miglioramento dell'andamento negli studi rispetto a qualche decennio fa, ma quanto di questo miglioramento sia attribuibile al tutorato non è possibile da definire.

Il Rapporto Anvur sullo Stato del sistema universitario e della ricerca 2013, riguardo le criticità del sistema universitario italiano afferma anche che "tra i fattori da indagare vi è il ruolo (...) dell'orientamento in ingresso nel sistema universitario per favorire la scelta dei corsi più consoni alle capacità degli studenti; (...)". L'orientamento viene quindi segnalato come un fattore determinante per contrastare l'abbandono nei primi anni dovuto a scelte dei percorsi formativi poco consoni allo studente. Di seguito sintetizziamo alcuni aspetti dell'evoluzione del sistema di orientamento e tutorato.

L'orientamento viene inteso in una triplice valenza. L'orientamento in ingresso mira a creare una continuità dei percorsi formativi fra scuola e università. L'orientamento in itinere prevede l'affiancamento dello studente per tutto il tempo della sua permanenza nell'università. L'orientamento in uscita prevede rapporti con il mondo produttivo per favorire l'inserimento dei giovani nel mercato del lavoro, un'attenzione specifica per favorire l'incontro fra domanda e offerta di lavoro, e per sostenere e orientare i laureati nella prospettiva della formazione permanente e ricorrente.

L'azione di orientamento delle università deve proporsi almeno due diversi obiettivi: uno esterno, che prevede lo sviluppo e consolidamento di un rapporto di collaborazione con le scuole e con gli altri enti che si occupano di orientamento; uno interno che vede come principali beneficiari gli allievi nella fase iniziale della loro carriera universitaria, e consiste essenzialmente nella creazione di un sistema di accoglienza e di tutorato. Si raccomanda di organizzare strutture di accoglienza in cui operino studenti con impiego part-time e giovani laureati a contratto, coordinati da docenti universitari espressamente demandati dalle Facoltà a questo compito. L'esperienza ha mostrato che, utilizzando tutori di relativamente giovane età, si ottengono i migliori risultati. Gli studenti immatricolati si mostrano più disponibili ad accettare interventi di supporto e orientativi da parte di queste persone, nei confronti delle quali non li divide un distacco sia generazionale sia di ruoli (MIUR Programma Operativo

Nazionale per le Regioni 2000-2006, Allegato A - Progetto Generale Orientamento).

Il MIUR (Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca) ha avviato piani di intervento nazionale a sostegno dell'orientamento e del tutorato. Nel 2004 è stato istituito il Piano Lauree Scientifiche - PLS (<https://www.pianolaureescientifiche.it/>), volto a promuovere le immatricolazioni ai corsi di laurea scientifici, nonché a ridurre gli abbandoni universitari, realizzare iniziative di formazione, supporto e monitoraggio delle attività dei tutor, realizzare attività di autovalutazione degli studenti delle scuole secondarie superiori con l'obiettivo di verificare la preparazione all'ingresso nelle università e fornire agli insegnanti in servizio delle discipline scientifiche occasioni di crescita professionale. La "metodologia PLS" propone che gli studenti, nelle attività di orientamento e di autovalutazione, e gli insegnanti, in quelle di formazione, non si limitino alla partecipazione passiva alle attività proposte ma svolgano ciascuno un ruolo attivo. Lo strumento per il raggiungimento di questo obiettivo è costituito dal laboratorio.

Successivamente, con Decreto Ministeriale n. 1047/2017 il MIUR ha avviato i Piani di Orientamento e tutorato (POT) come naturale estensione del PLS. Il POT allarga a tutti i corsi di laurea l'approccio attivo e partecipato all'orientamento e al tutorato. Diversamente dal PLS, i POT sono organizzati attorno a nuclei tematici di intervento e possono comprendere più corsi di laurea in sinergia.

Il contesto d'azione dei POT è quello di un mondo universitario e del lavoro in continua evoluzione che richiede progetti di orientamento e assistenza alle carriere sempre più mirati e interdisciplinari. In questo senso, i POT intendono essere un contributo al raggiungimento dell'obiettivo strategico di sviluppo delle *Career Management Skills* attraverso un potenziamento della fase di scelta del percorso, di aggiornamento dei programmi d'insegnamento e di assistenza allo studio durante gli anni iniziali dell'università. Tra gli obiettivi dichiarati c'è "l'abbattimento dell'abbandono e il miglioramento delle carriere scolastiche mediante attività di tutoraggio e autovalutazione costante e *student-oriented* su specifici nuclei tematici d'intervento."

L'attività di orientamento intrauniversitario richiede tra l'altro di fornire un supporto agli studenti dei corsi di primo livello nella scelta tra la conclusione del ciclo di studi o la prosecuzione al secondo livello per il conseguimento di una laurea specialistica o magistrale; l'autovalutazione in itinere e l'organizzazione di attività formative, trasversali ai diversi corsi di studio, mirate a educare gli studenti alla competitività, all'organizzazione, all'imprenditorialità, al problem solving e a stimolare l'acquisizione della cultura della ricerca; il supporto della mobilità studentesca.

L'organizzazione di un sistema di orientamento richiede la predisposizione di apposite strutture d'ateneo, quali ad esempio i *career services*, dove acquisire informazioni e formazione utili all'inserimento nel mondo del lavoro, che operino d'intesa con i vari sportelli "informagiovani" degli

enti locali e con i *liason office* d'ateneo, sulle possibilità di effettuare tirocini utili al completamento del proprio percorso formativo presso enti pubblici e/o aziende, supportati da "tutori di orientamento".

Oltre ai compiti connessi con l'orientamento all'università, in alcuni atenei viene istituito un Servizio di Tutorato, o analoga entità, a disposizione degli studenti che ne fanno richiesta come supporto all'inserimento nella vita universitaria. Il passaggio dalla scuola all'università, con una nuova modalità di formazione e di rapporto con la realtà, non di rado sollecita anche l'emergenza di un ampio spettro di problematiche psicologiche (Cavaggioni et al., 2012): in alcuni casi sono stati predisposti servizi di *counseling* a sostegno di quegli studenti che vivono situazioni di disagio temporaneo legato a particolari difficoltà nelle relazioni interpersonali, a significativi stati di ansia legati agli esami e diminuita motivazione allo studio, a solitudine o anche a disagi affettivi per la lontananza dall'ambiente abituale³.

Una ulteriore accezione di tutorato viene indicata nelle Linee guida della Conferenza Nazionale Universitaria Delegati per la Disabilità (CNUDD, 2014): infatti la legge 17/1999 menziona i servizi di tutorato specializzato finalizzato al supporto agli studenti con disabilità; inoltre le linee guida attuative della legge 170/2010 dettagliano strumenti compensativi e misure dispensative che possono essere accordati agli studenti con disturbi specifici di apprendimento (DSA) anche attraverso servizi analoghi a quelli offerti agli studenti con disabilità, comprese varie forme di tutorato. In tutti questi casi il servizio di tutorato è inteso per aumentare l'autonomia dello studente, integrarlo in ambito accademico, sviluppare la sua partecipazione attiva al processo formativo, migliorare il contesto di apprendimento e predisporre interventi mirati a seconda della condizione personale e dei bisogni educativi dello studente stesso anche al fine di creare un ambiente inclusivo. Gli interventi potranno essere articolati su più livelli, in relazione anche alla flessibilità e autonomia di ciascuna università. Secondo il tipo di disabilità sono prevedibili diverse modalità di intervento, tra cui però si individua sempre "il sostegno allo studio individuale da parte di un tutor con competenze specifiche ... per il superamento di esami o per la stesura dell'elaborato finale".

Va infine notato che nel Decreto Ministeriale Autovalutazione e Accreditamento dei Corsi di Studio del 30 gennaio 2013, che tiene conto dei criteri e degli indicatori proposti dall'ANVUR, il tutorato compare tra i requisiti (di trasparenza) valutati per l'accREDITamento delle sedi universitarie, in particolare per ciò che concerne i servizi generali per gli studenti.

La strutturazione di un Servizio di Tutorato permette anche di comprendere lo stato del servizio elargito agli studenti con l'intento di pianificare al meglio il lavoro futuro (Bressi et al., 2013). Tra i vari parametri che si possono considerare ci sono quelli "quantitativi", per misurare la quantità del lavoro tutoriale: il rapporto numerico tra studenti e tutor, il numero di colloqui effettuati da ciascun tutor, il tempo complessivo che ogni tutore dedica al tutorato, il tempo che viene dedicato mediamente a ogni studente, ecc. Queste valutazioni, per quanto non esaustive, permettono un certo monitoraggio del lavoro tutoriale, e possono essere oggetto del processo di valutazione e autovalutazione. Tuttavia, per le caratteristiche stesse del tutorato, in cui il rapporto tra il tutor e lo studente non è inquadrabile in schemi rigidi, la valutazione del Servizio di Tutorato dovrà prendere in considerazione anche i suoi contenuti per orientarli a una sempre maggiore efficacia: come migliorare la formazione e l'efficacia dei tutor, come orientare il team tutoriale verso il conseguimento degli obiettivi stabiliti, come censire le competenze acquisite dai tutors (ossia le conoscenze, i comportamenti e le capacità, sintetizzabili nella formula "sapere, saper fare e saper essere"), ecc.

Sistema tutoriale "*student-centered*"

Nella normativa già citata (Legge 341 del 1990), la finalità del tutorato viene definita principalmente sotto due aspetti: la promozione delle capacità personali dello studente, anche attraverso una nuova impostazione del lavoro docente; il contenimento delle difficoltà che lo studente incontra lungo il percorso formativo, attraverso interventi mirati a risolvere il disagio degli studenti. Della funzione tutoriale del docente come supporto o parte attiva dell'attività didattica, si è già parlato nella parte iniziale.

Qui possiamo mettere in evidenza l'aiuto per il superamento delle difficoltà: il tutorato nell'università è anche un processo di sostegno allo studente per risolvere problemi concreti che la vita universitaria pone, soprattutto attraverso il raggiungimento di una maggiore conoscenza di se stesso e dell'ambiente, della capacità di valutare e selezionare i campi di interesse, i valori, le relazioni, nel contribuire allo sviluppo del sentimento di sicurezza dello studente (García Hoz, 1981), nello scoprire valori e potenzialità nuove, e sviluppare la capacità di agire con iniziativa e responsabilità (González-Simancas, 1975).

Alla funzione del tutore-docente, si può quindi affiancare una nuova figura di tutor con funzione di consulente-consigliere dello studente che attraverso un rapporto continuato negli anni mira all'orientamento sul piano metodologico e dello sviluppo di interessi personali che contribuiscono a definire le tendenze professionali dello studente (Binetti et al., 1999). Ogni processo di formazione ha il suo punto di riferimento essenziale nella valorizzazione oggettiva e soggettiva della potenzialità personali attraverso quel processo di *em-*

³ Nel Programma operativo degli interventi per il diritto agli studi universitari della Legge Regionale (Lazio) 18 giugno 2008, n. 7, art. 32, tra i servizi diretti alla generalità degli studenti viene esplicitamente indicato di "favorire il sostegno psicologico a studenti in difficoltà negli studi" come uno dei compiti delle attività di informazione e di orientamento formativo.

powerment, che rappresenta uno degli obiettivi fondamentali del tutorato.

Questa nuova prospettiva del tutorato nasce dalla riflessione sviluppata negli ultimi decenni in campo pedagogico che mirava a delineare le differenze tra attività didattica e tutoriale: l'insegnamento, si riferisce alla vita intellettuale dello studente; l'orientamento, o tutorato, attiene invece alla vita morale: lo studente impara a decidere facendo uso del suo criterio e accetta la responsabilità delle sue decisioni (García Hoz, 1981), a scoprire obiettivi intermedi e i mezzi per raggiungerli (Gordillo, 1975), attraverso un processo che aiuta a costruire una percezione coerente delle proprie azioni e reazioni, e dello sviluppo che esse sollecitano (Reuchlin, 1975). Il concetto di tutorato finisce quindi per identificarsi con quello di strumento di educazione, in cui l'azione del tutor tende a far raggiungere uno sviluppo integrato e integrale alla personalità dello studente (Zavalloni, 1977).

La somma e integrazione delle funzioni tutoriali definisce un modello di tutorato *student centered*, centrato sulla persona dello studente (Vettore, 2009). Questo modello ha come punto di forza metodologico la relazione interpersonale con il singolo studente. Con riferimento alle metodologie didattiche, si propone di favorire l'apprendimento attraverso nuove forme di trasmissione del sapere, più coinvolgenti e stimolanti, e rivalutando la formazione pratica e professionalizzante con l'acquisizione di competenze (skills) orientate direttamente al mondo del lavoro. D'altra parte, prendendo spunto da possibili difficoltà o disagi dello studente, fornisce un sostegno più ad ampio raggio in tutti gli aspetti formativi che coinvolgono lo studente e mira a stimolare lo spirito di iniziativa, la curiosità intellettuale, la fiducia in se stesso e il coraggio di misurarsi con le difficoltà.

Questo modello di tutorato si concreta in un sistema tutoriale composto da diverse funzioni operative che vengono interpretate ciascuna da tutor di disciplina, tutor professionalizzanti e clinici (specifico per gli insegnamenti in ambito sanitario), tutor consigliere, o "personale" (Bressi et al., 2013). Queste funzioni non sono da intendere come indipendenti, ma sono tra loro integrate, nel senso che ogni tutor dovrebbe essere in grado di interpretarle, anche in modo indipendente dal suo ruolo specifico. Nel rapporto tutor-studente la dimensione relazionale è indispensabile e condizione per l'efficacia: ogni tutor dovrebbe acquisire quelle competenze relazionali e di accoglienza minime per agevolare la lettura corretta dei reali bisogni dello studente. La relazione personale che si instaura tra tutor e studente permette di cogliere più facilmente comportamenti, espressioni, atteggiamenti sui quali riflettere per arricchire la propria esperienza; permette inoltre di raggiungere una sintonia che facilita operare le scelte professionali.

L'utilizzo sempre più diffuso di supporti informatici caratterizza il mondo contemporaneo, creando un nuovo modo di comunicare e stabilire legami. Questi strumenti costituiscono oggi una straordinaria opportunità di dialogo, incon-

tro e scambio tra le persone, oltre che essere un veicolo di informazioni. Tuttavia a volte tendono a sostituire le relazioni reali con gli altri, che comprendono la complessità dei vissuti personali, con un rapporto più impersonale mediato dallo schermo del dispositivo elettronico. Inoltre, le informazioni che si ricavano dai "forum on line", social network, ecc., per quanto di facile accesso, rimangono per lo più unidirezionali e generaliste, non necessariamente adeguate all'esperienza personale del singolo. Infatti spesso tendono a selezionare relazioni in modo arbitrario ed esclusivo che possono sfociare in un'insoddisfazione nelle relazioni interpersonali, o in un dannoso isolamento. L'importanza e l'unicità del rapporto tutoriale personale emerge di nuovo come sede di una sintesi efficace e veritiera tra informazioni generiche e contesto personale. Si delineano quindi nuove sfide formative per il tutor, che dovrà trovare il suo modo di operare per dialogare efficacemente con gli studenti, misurandosi con abitudini, mentalità e formazione delle nuove generazioni.

Lo sviluppo di competenze relazionali si configura come uno dei principali obiettivi nella formazione in senso professionale dei tutor (Binetti e Alloni, 2004), che d'altra parte rientra tra le attività di formazione previste per tutte le persone coinvolte nei processi di apprendimento rivolti agli studenti (ANVUR, Linee guida per l'accreditamento periodico delle sedi e dei corsi di studio universitari, 10 agosto 2017, Requisito R3 – Assicurazione della qualità nei corsi di studio). Potrebbe inoltre rientrare nella Terza Missione delle università, tra "i progetti di formazione continua determinati dalle organizzazioni", anche in collaborazione con organizzazioni esterne (ANVUR, Manuale per la Valutazione della Terza Missione, 1 aprile 2015, n. 7 Formazione continua).

Aspetti della formazione dei tutor

Il tema della formazione dei tutor è centrale e mira a sviluppare nel tutor una maggiore consapevolezza personale del suo "saper essere", che gli permetta di porsi, nel dialogo con lo studente, non solo come facilitatore dell'apprendimento, ma anche come fonte di esperienza relazionale diretta, grazie alle sue capacità di ascolto e di apertura. Spesso l'esigenza è avvertita dagli stessi docenti a cui manca la formazione teorica e pratica per aiutare più efficacemente gli studenti: come migliorare l'attività del tutor? Come superare la sfera puramente accademica negli incontri di tutorato con gli studenti? Come aiutare gli studenti a essere persone migliori? Come conoscere più a fondo la realtà in cui si muovono i propri studenti con differenti esperienze, mentalità, età, ecc., in un mondo che cambia rapidamente?

Una risposta a queste domande richiede sempre più l'adozione di capacità, comportamenti e competenze specifiche (Kram, 1988) da utilizzare nella relazione con gli studenti, i docenti e l'organizzazione universitaria in senso ampio. Le competenze si possono definire come comportamenti osser-

vabili e abituali che consentono il successo di una persona nella sua attività o funzione (Cardona e García-Lombardía, 2005; Lleó De Nalda et al., 2020). Presupposto per questo nell'università è che il vero sviluppo professionale si forgia sulla crescita personale di ogni studente: si tratta di acquisire col tempo nuove abitudini, facendo leva su conoscenze, motivazioni, abilità.

È quindi fondamentale intervenire sul ruolo del tutor, favorendo lo sviluppo di competenze finalizzate alla creazione di un processo che generi, accompagni e consolidi la capacità di entrare in relazione con l'altro, partendo da una maggiore conoscenza di se stessi. A sua volta il tutor potrà mirare a facilitare lo sviluppo delle competenze e qualità umane dello studente, assumendo così un ruolo educativo che favorisce lo sviluppo integrale dello studente attraverso una migliore preparazione ad affrontare la complessità e la competitività del mondo del lavoro, e l'allenamento a sviluppare le capacità trasversali, sempre molto richieste e valutate nei contesti lavorativi. Perfezionare le abilità degli studenti è fondamentale per fornire un'attitudine all'apprendimento pratico, da affiancare alla formazione teorica e alle competenze tecniche acquisite durante gli studi.

Viene dunque spontaneo il richiamo alle qualità umane che il tutor primariamente deve possedere e affinare, soprattutto nell'ambito della macro-area delle abilità socio-relazionali (conoscenza di sé, capacità di comunicare e di entrare in relazione con l'altro, capacità di iniziativa e di prendere decisioni, capacità di lavorare in gruppo e di leadership, capacità di sforzo e di gestire le proprie emozioni, gestione del tempo e dei conflitti, visione positiva e ottimismo, ecc.), sempre più richieste in ambito sia formativo che professionale (Lleó De Nalda et al., 2020). Queste competenze contribuiscono a orientare la relazione di tutorato verso il bene dello studente; senza di esse il tutorato perderebbe efficacia e l'uso di competenze relazionali rischierebbe di ridursi a una mera prestazione tecnica.

Conclusioni e prospettive

Dopo quarant'anni dalla sua formale istituzione il tutorato nell'università italiana rimane un cantiere ancora aperto: di fatto la figura del tutor è ancora poco definita nella normativa e nelle funzioni. O forse si può dire meglio che la figura del tutor racchiude un ventaglio molto ampio di competenze e di ruoli che possono essere variamente interpretati e strutturati all'interno dell'università.

Sebbene ancora oggi il tutorato spesso si fondi più sull'impegno volontario di docenti e tutor che su una struttura professionale organizzata, tuttavia esso contiene potenzialità formative che trovano applicazione sia tra le modalità didattiche, sia in un servizio di più ampia portata nella formazione dello studente, senza trascurare il supporto per vari tipi di difficoltà che lo studente può incontrare.

Sono quindi auspicabili una diversa organizzazione e strutturazione del tutorato, anche all'interno dei servizi offerti dall'università agli studenti, per valorizzare le potenzialità che esso esprime. Allo stesso tempo è anche auspicabile un riconoscimento formale del ruolo del tutor, considerando l'importanza dei risultati che con esso si potrebbero raggiungere proprio nel miglioramento di quelle problematiche riguardanti gli abbandoni e i ritardi negli studi, e in generale nel sostegno della carriera degli studenti.

Ma ancora di più, il tutorato si presenta anche come una possibilità di sviluppo e personalizzazione di competenze al di là di quelle strettamente legate al piano professionale. Se infatti da un lato queste possono diventare un bagaglio comune nell'ambito di competenze trasversali e soft skills offerte come complemento ai piani formativi dei corsi di studio, dall'altro in molti casi si richiede una capacità di trasferirle all'interno del contesto personale dello studente, affinché diventino occasioni di crescita personale. Pur con le sue tante sfaccettature, il tutor trova un suo spazio, attraverso la relazione diretta con gli studenti, come facilitatore in tutti i contesti e fasi dell'iter studiorum, per aiutare lo studente a sviluppare un maggiore livello di autonomia, di competenza decisionale, di consapevolezza del proprio potenziale di risorse personali, come anche a prendere decisioni, e gestire possibili crisi.

Bibliografia

- Binetti P, Alloni R. *Modi e modelli del tutorato*. Roma: Ma.Gi. Edizioni 2004.
- Binetti P, Pontalti I, Santini D. *Il tutorato. Modelli ed esperienze nella didattica universitaria*. Roma: SEU 1999.
- Bressi F, Carotti S, Perrone G, et al. *Il servizio di tutoring nella Facoltà di Medicina e Chirurgia: esperienze ventennali e nuove prospettive nell'Università Campus Bio-Medico di Roma*. MEDIC 2013;21:82-89.
- Cardona P, García-Lombardía P. *Cómo desarrollar las competencias de liderazgo*. Pamplona: EUNSA 2005.
- Cavaggioni G, Lia C, Lai E. *Sportello di Counseling-Accoglienza Studenti "Fatti vivo"*. Medicina e Chirurgia 2012;54:2407-2411.
- Galli G. *Funzioni e itinerari formativi del tutor in università: atti del Convegno*. Macerata: Università 1992, pp. 27-30.
- García Hoz V. *Educazione personalizzata*. Firenze: Le Monnier 1981.
- González-Simancas JL. *Experiencias de acción tutorial*. Pamplona: EUNSA 1975.
- Gordillo MV. *La orientación en el proceso educativo*. Pamplona: EUNSA 1975.
- Kram K. *Mentoring at work: developmental relationships in organizational life*. Lanham (MD): University Press of America 1988.
- Lleó De Nalda Á, Ruiz Pérez F, Agholor D. *Tu & Co: mentoring universitario*. Pamplona: EUNSA 2020.
- Reuchlin M. *Il problema dell'orientamento*. Firenze: La Nuova Italia 1975.
- Torsoli A. *Medicina clinica, una scienza umana*. Universitas 2000;78:49-52.
- Vettore L. *Luci ed ombre dei nuovi curricula della facoltà di Medicina*. L'Arco di Giano 2009;61:203-220.
- Zavalloni R. *Orientare per educare*. Brescia: La Scuola 1977.

Disabilità e diritti

Disability and rights

FEDERICA BRESSI, PAOLO MASSIMO CAMPOGRANDE, SERGIO MORINI

Università Campus Bio-Medico di Roma

Non si può parlare di disabilità senza avere come punto di partenza il concetto di persona. La disabilità non esaurisce l'identità della persona e non si sovrappone a essa. Su questo principio vengono affrontati i principali documenti riconosciuti a livello internazionale riguardanti i diritti delle persone disabili. La Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità del 2009 non riconosce “nuovi diritti” per le persone disabili, ma costituisce lo strumento per garantire in modo effettivo l'uguale e pieno godimento dei diritti umani e delle libertà fondamentali. Alla Convenzione si ispira anche la legislazione italiana di cui vengono illustrati sinteticamente alcuni aspetti riguardanti disabilità e diritto nell'università (diritto allo studio e all'istruzione) e nello sport (inteso come parte del diritto alla salute). Infine con breve trattazione si cerca di mettere a fuoco alcune problematiche dell'applicazione delle normative riguardanti la disabilità.

Parole chiave: Disabilità, diritto, università, sport

We cannot speak about disability without having the concept of person as a starting point. Disability does not exhaust the identity of the person and does not overlap it. On this principle, we address the main internationally recognized documents concerning the rights of disabled people. The 2009 United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities does not recognize “new rights” for people with disabilities, but constitutes the instrument for effectively guaranteeing equal and full enjoyment of human rights and fundamental freedoms. The United Nations Convention also inspires the Italian legislation: some aspects concerning disability and right in the university (right to study and education) and in sport (understood as part of the right to health) are briefly illustrated. Finally, with a brief discussion, we try to focus on some issues of the application of the regulations regarding disability.

Key words: Disability, law, university, sport

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof. Sergio Morini
Università Campus Bio-Medico di Roma
Via Alvaro del Portillo 21, 00128 Roma
e-mail: s.morini@unicampus.it



Premessa

Negli ultimi decenni la riflessione sul tema della disabilità è stata affrontata su vari piani: dal piano culturale, a quello pedagogico, fino a quello normativo. Si è così arrivati, con un processo di alcune decine di anni, a una nuova concezione dei diritti umani, civili e sociali della persona disabile. Nell'evoluzione e maturazione del pensiero sulla disabilità è interessante ripercorrere la terminologia utilizzata per indicare la persona disabile. Infatti nelle diverse fasi storiche, i termini usati per riferirsi alle persone disabili sono cambiate di pari passo con l'evolversi del pensiero sociale e politico nei loro confronti. Una breve rassegna ci permetterà anche di inquadrare correttamente termini utilizzati nei vari documenti che citeremo (Colombetti, 2013).

Minorato, infelice, storpio, infermo, menomato, offeso sono termini in uso negli anni Cinquanta e Sessanta per indicare chi aveva deficit fisici o mentali; sottintendono una visione pietistica in cui la disabilità viene trasmessa in modo negativo e relegata in una minoranza con una storia di discriminazione e oggi sono termini da evitare assolutamente.

Il termine *handicappato* si affaccia in Italia intorno agli anni Settanta, quando comincia a esserci più attenzione per l'inclusione sociale delle minoranze e come tentativo di abbandonare una visione tragica e totalizzante a favore di un'idea più neutra di svantaggio, inteso come presenza di ostacoli che interessa le persone disabili (il termine deriva dall'inglese ed è preso in prestito dal mondo delle corse di cavalli). Il termine però comincia presto a essere utilizzato con significato dispregiativo; verso gli anni Ottanta, non essendo più considerato accettabile, si è diffuso l'aggettivo *disabile* per indicare le persone che hanno una qualsiasi limitazione della capacità di agire dovuta a cause fisiologiche. Disabile però rovescia il senso positivo della parola "abile", e rischia di far coincidere la persona con la sua disabilità: la disabilità non esaurisce l'identità della persona e non si sovrappone a essa (Speziale, 2019). Si è quindi preferito separare la disabilità dalla persona e utilizzare l'espressione *persona con disabilità*.

L'espressione *diversamente abile* si è diffusa negli anni Novanta, con l'idea di spostare l'attenzione, in qualche modo, sul positivo. L'idea di una persona disabile che fa le cose "diversamente" ha indubbiamente senso; si entra però in un terreno scivoloso col rischio di risultare affettati e artificiosi. Nel contesto odierno non sembra esserci più bisogno di sottolineare che le persone disabili hanno potenzialità: dovrebbe essere scontato e appare anzi controproducente.

Oggi *persona disabile* e *persona con disabilità* sono entrambi validi e accettati. L'importante è evitare di dire "il disabile", dove l'aggettivo non deve diventare un sostantivo. Tuttavia rimane il fatto che per le persone toccate direttamente dalla questione vige la regola per cui ognuno è libero di scegliere come identificarsi: se qualcuno vuole autodefinirsi "diversamente abile", è importante che ciò sia possibile.

Persona disabile e diritti

Dal breve excursus presentato si evidenzia come nel tempo sia emerso il concetto di persona ad accompagnare quello di disabilità. Anzi, qualsiasi discorso sulla disabilità deve trovare come suo fondamento proprio il concetto di persona. Secondo l'antropologia cristiana persona è un soggetto in possesso della natura umana, che vale in se stesso e per se stesso, che possiede un valore di fine e non di mezzo, un valore assoluto, e che è irripetibilmente unico: non esiste individuo umano che non sia persona (Caffarra, 2005). Pertanto, la persona disabile, con la sua originalità, identità e diversità è persona nel senso più pieno; l'handicap non si deve identificare con la persona, ma è una sua peculiarità esistenziale.

In generale, si può dire che la persona umana ha una dignità inalienabile, sia nella sua condizione spirituale che in quella corporea, che si realizza in modo completo nella dimensione relazionale (Thomasset, 2012). Il concetto della dignità della persona umana rischia tuttavia di rimanere un'idea formale e vuota, utilizzabile per gli usi più svariati e contraddittori, se non si dispone di un quadro antropologico di base alla luce del quale viene definito il valore dei beni posseduti e il senso che può avere la loro privazione (Rodríguez Luño, 2005). La riflessione razionale, che sostiene il diritto naturale, fonda la convinzione che le persone umane hanno un valore eccellente, non negoziabile né sottoposto a ponderazione o a scambi: le persone umane hanno dignità, e non un prezzo, perciò non possono essere trattate strumentalmente.

Giovanni Paolo II ha affrontato in più occasioni il problema della disabilità e dell'inserimento, o inclusione, delle persone disabili nel contesto della società civile. Riportando sue parole, "il punto di partenza per ogni riflessione sull'handicap è radicato nelle persuasioni fondamentali dell'antropologia cristiana: la persona handicappata, anche quando risulta ferita nella mente o nelle sue capacità sensoriali e intellettive, è un soggetto pienamente umano, con i diritti sacri e inalienabili propri di ogni creatura umana. (...) La persona portatrice di handicap dovrà essere facilitata a partecipare, per quanto le è possibile, alla vita della società ed essere aiutata ad attuare tutte le sue potenzialità di ordine fisico, psichico e spirituale". (...) Una società che desse spazio solo per i membri pienamente funzionali, del tutto autonomi e indipendenti non sarebbe una società degna dell'uomo. La discriminazione in base all'efficienza non è meno deprecabile di quella compiuta in base alla razza o al sesso o alla religione" (2004).

Egli aveva anche riaffermato in una precedenza (2000) "anzitutto il diritto che ha ogni uomo e ogni donna disabile, in qualunque paese del mondo, a una vita dignitosa", precisando che per questo "non si tratta solo di soddisfare determinati bisogni, ma più ancora di vedere riconosciuto il proprio desiderio di accoglienza e di autonomia"; poneva inoltre il problema di un rinnovamento culturale: "È necessario che

l'integrazione diventi mentalità e cultura, e al tempo stesso che i legislatori e i governanti non facciano mancare a questa causa il loro coerente sostegno". Così come il concetto di persona comprende quello dei diritti a essa associati, questi vengono evidenziati nel modo in cui la società si organizza nei campi dell'economia, della politica e del diritto: riconoscimento e presenza in tutte le istituzioni, completa tutela e legittimazione sociale, pieno sviluppo della realtà personale, nel rispetto della diversità che è principio di valore.

A livello di politiche internazionali verso la disabilità, i primi segnali di interesse si vedono negli anni Settanta, con la Dichiarazione dei diritti dei disabili mentali (ONU, 1971), dei disabili motori e sensoriali (ONU, 1975) e dei disabili visivi e uditivi (ONU 1979). Nel 1981 nasce il "World Programme of Action concerning Disabled Persons" (WPA) delle Nazioni Unite, il cui scopo è quello di creare una strategia globale per garantire alle persone disabili piena partecipazione alla vita sociale, spostando il concetto di disabilità dalla malattia a quello dei diritti umani. Nel 1993 vengono redatte le Regole Standard delle Nazioni Unite, che rappresentano anche un primo strumento legale internazionale per la tutela dei diritti dei disabili. Nell'ambito della Comunità Europea nascono i programmi "HELIOS I" (1991-1993), con l'obiettivo di promuovere la parità di opportunità e l'integrazione delle persone disabili, e "HELIOS II – Raccolta di buone pratiche" (1994-1996) per concordare una comune strategia di cambiamento.

L'evoluzione del pensiero e della sensibilità sociale sulla disabilità ha portato nel tempo al succedersi di vari modelli di disabilità basati su differenti elementi: da una parte le idee di giustizia sociale e i presupposti etici, dall'altra valutazioni prettamente mediche.

Nel 1980 l'OMS ha elaborato un primo modello di disabilità, l'International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) fondato su un determinismo prevalentemente medico, ma in assenza di un'analisi delle variabili contestuali. In seguito, per superare gli estremismi del modello sociale, viene proposto l'International Classification of Functioning (ICF, 2001), che introduce il modello bio-psico-sociale della disabilità, basato sul rispetto dei diritti umani e sulle correlate politiche e servizi. Disabilità viene qui considerata una parola ombrello che include più elementi collegati fra loro. Questo modello assume un atteggiamento più positivo ("cosa il soggetto è abile a fare, la partecipazione..."); mette in evidenza da una parte l'intreccio tra le condizioni di salute delle persone e gli elementi contestuali o ambientali che possono favorire od ostacolare la loro partecipazione sociale; dall'altra permette di unificare aspetti medici e sociali aggiungendo anche fattori psicologici individuali. L'ICF enfatizza i livelli di partecipazione come indicatori dell'importanza attribuita all'integrazione e alla qualità della vita, ponendo in evidenza le responsabilità della società verso la condizione di disabilità. Pur con alcuni limiti, l'ICF

ha il merito di essere uno strumento in grado di modificare e unificare i punti di vista di molti operatori sanitari e sociali.

Questi modelli hanno ispirato la Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità (CDPD, 13 dicembre 2006), primo strumento internazionale vincolante per gli Stati contenente i principi fondamentali in tema di riconoscimento dei diritti di pari opportunità e di non discriminazione a favore delle persone con disabilità. La CDPD ha come scopo promuovere, proteggere e garantire il pieno e uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro intrinseca dignità: l'obiettivo non è quello di riconoscere dei diritti specifici e differenti per le persone con disabilità, quanto assicurare che i diritti umani, comuni a tutti gli uomini, siano rispettati quando riguardano persone disabili. La pietra angolare della CDPD è quindi il principio di non discriminazione a causa della disabilità (Muñoz, 2013).

La CDPD fornisce una definizione di disabilità: "Per persone con disabilità si intendono coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri". Tra i vari ambiti oggetto della convenzione vi è anche riconoscere l'importanza dell'accessibilità alle strutture fisiche, sociali, economiche e culturali, alla salute, all'istruzione, all'informazione e alla comunicazione. Essa inoltre prevede che gli Stati garantiscano un sistema di istruzione inclusivo a tutti i livelli e un apprendimento continuo lungo tutto l'arco della vita, finalizzati al pieno sviluppo del potenziale umano, del senso di dignità e dell'autostima e al rafforzamento del rispetto dei diritti umani, delle libertà fondamentali e della diversità umana; allo sviluppo, da parte delle persone con disabilità, della propria personalità, dei talenti e della creatività, come pure delle proprie abilità fisiche e mentali, sino alle loro massime potenzialità.

Con la Legge 3 marzo 2009, n. 18, il Parlamento Italiano ha autorizzato la ratifica della CDPD e del relativo protocollo opzionale, sottoscritta dall'Italia il 30 marzo 2007. L'Unione Europea (EU) ha aderito ufficialmente alla CDPD il 23 dicembre 2010, diventando la prima organizzazione intergovernativa a sottoscrivere un trattato sui diritti umani e ad accettarne gli obblighi indiscriminatamente, e definendo la nuova strategia europea sulla disabilità finalizzata al miglioramento dell'inclusione sociale, del benessere e al pieno esercizio dei diritti delle persone disabili.

In Italia la prima legge che riguarda la disabilità è la Legge-Quadro del 5 febbraio 1992 n. 104 per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate; essa definisce come persona handicappata "colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare

un processo di svantaggio sociale o di emarginazione". Nelle sue finalità si dichiara che la Repubblica:

- a. garantisce il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società;
- b. previene e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali;
- c. persegue il recupero funzionale e sociale della persona affetta da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e assicura i servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni, nonché la tutela giuridica ed economica della persona handicappata;
- d. predispone interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione sociale della persona handicappata.

Nelle dichiarazioni e nelle leggi citate si evidenziano diversi diritti da salvaguardare per le persone disabili anche attraverso specifici interventi su un piano culturale e legislativo. Di seguito cerchiamo di illustrare brevemente alcuni aspetti dell'attuale normativa in Italia riguardante: il diritto allo studio e all'istruzione, riferendoci soprattutto all'università; lo sport per disabili, come mezzo di tutela del diritto alla salute, con i suoi correlati di prevenzione, cura e riabilitazione.

Disabilità e diritti nell'università in Italia

Il modello italiano di integrazione dei ragazzi disabili nella scuola e nell'università è considerato esemplare, anche se problematico, nella sua realizzazione. Il modello si colloca nella prospettiva di una società inclusiva sorretta da una considerazione antropologica di valore. Il sistema tende a trovare un equilibrio tra bisogni individuali e offerta educativa (Augenti, 2013).

Focalizzando l'attenzione sull'università, la Legge 17 del 28 gennaio 1999 a "Integrazione e modifica della legge-quadro 5 febbraio 1992, n. 104, per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" introduce una regolamentazione specifica in merito alle attività che gli atenei italiani devono porre in essere per favorire l'integrazione degli studenti con disabilità durante il loro percorso formativo universitario, non solo nella direzione dell'abbattimento delle barriere alla mobilità e del riconoscimento di particolari agevolazioni contributive, ma anche in un diretto sostegno alla persona attraverso azioni concrete, destinate progressivamente ad arricchirsi e ad affinarsi: per esempio le università sono tenute a dotarsi di una serie di sistemi, informatici, di robotica e telematici (oltre a sistemi tecnici tradizionali), atti a ridurre l'eventuale svantaggio degli studenti universitari disabili nella fruizione dei materiali didattici

e nell'approccio alle prove di accertamento. A tal scopo si prevede la disposizione di una apposita quota del Fondo di Finanziamento Ordinario (FFO) delle università. La legge prevede inoltre l'obbligo per ciascun ateneo di nominare un docente delegato dal Rettore alla disabilità, con funzioni di coordinamento, monitoraggio e supporto di tutte le iniziative concernenti l'integrazione degli studenti con disabilità nell'ambito dell'ateneo.

Nel 2001 nasce così la Conferenza Nazionale Universitaria dei Delegati per la Disabilità (CNUDD) e nel gennaio 2002 la Conferenza dei Rettori delle Università Italiane (CRUI) intraprende un percorso di collaborazione con la CNUDD, volto anche alla predisposizione di linee guida comuni per le università. Vengono così redatte le prime Linee Guida, intese come indicazioni di base per predisporre, pur nel rispetto dell'autonomia di ciascun ateneo, servizi idonei e il più possibile omogenei, promuovendo nel contempo la sensibilizzazione della comunità accademica sui temi della diversità e della disabilità.

La CNUDD ha assunto una rilevanza sempre più significativa come organismo di riferimento per il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) per tutto ciò che concerne l'attuazione di quanto previsto dalla Legge 17/99 e, successivamente, dalla Legge 170/2010, relativa alle problematiche degli studenti con Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA). In particolare, un rappresentante della CNUDD ha partecipato al tavolo istituito dal MIUR per la predisposizione delle "Linee Guida per il Diritto allo Studio degli alunni e degli studenti con DSA". Le Linee Guida vogliono essere un modello di riferimento comune volto a indirizzare le politiche e le buone prassi degli atenei, stimolando scambi e sinergie nell'ottica di una sempre migliore qualificazione del diritto allo studio per gli studenti con bisogni formativi speciali e della realizzazione di comunità accademiche inclusive.

Le principali normative di riferimento, cui hanno fatto seguito disposizioni di aggiornamento e di applicazione, sono le già citate Legge 5 febbraio 1992, n. 104 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" e Legge 28 gennaio 1999, n. 17 "Integrazione e modifica della legge-quadro 5 febbraio 1992, n. 104, per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate".

A queste successivamente si aggiungono la Legge 9 gennaio 2004, n. 4, "Disposizioni per favorire l'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici"; la Legge 3 marzo 2009, n. 18, "Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità"; la Legge 8 ottobre 2010, n. 170 "Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico".

La quasi totalità degli atenei italiani ha istituito un Servizio di Disabilità e DSA con alcuni compiti fondamentali: interfaccia tra sistema università e studenti; raccordo con i servizi di ateneo (con il tutorato, con l'orientamento in ingresso e in uscita); accompagnamento personalizzato in itinere; organizzazione e gestione amministrativa per l'erogazione dei servizi e il monitoraggio della loro efficacia; attività di supporto al Delegato.

Al fine di poter aver accesso ai servizi e alle misure di supporto al diritto allo studio lo studente con Disabilità o DSA è tenuto a produrre idonea documentazione medica in corso di validità.

La legge 17/99 menziona i servizi di tutorato specializzato finalizzato al supporto agli studenti con disabilità. Il servizio intende aumentare l'autonomia dello studente, integrarlo in ambito accademico, sviluppare la sua partecipazione attiva al processo formativo, migliorare il contesto di apprendimento e predisporre interventi mirati a seconda della condizione personale e dei bisogni educativi dello studente stesso.

Il monitoraggio dell'accessibilità degli edifici universitari e dell'abbattimento delle barriere architettoniche e sensoriali è compito specifico del servizio tecnico di ateneo, ma deve essere condiviso con il servizio di Disabilità e DSA, al fine di pianificare e programmare interventi per il miglioramento dell'accessibilità stessa.

Data la grande variabilità delle manifestazioni dei DSA e considerate le diverse caratteristiche degli studenti è opportuno valutare in modo personalizzato le misure compensative e gli strumenti dispensativi più idonei per il percorso individuale, in relazione alle singole discipline e finalità dei corsi di studio.

Al fine di assicurare l'integrazione degli studenti e la qualità dei servizi erogati è incrementata la collaborazione tra atenei e si stanno moltiplicando le esperienze di costituzione di coordinamenti tra atenei a livello regionale e inter-regionale, anche per affrontare alcune difficoltà che tutt'ora persistono, nonostante il tempo trascorso dall'approvazione delle leggi: la formazione dei docenti, l'organizzazione di servizi specialistici e il trattamento delle disabilità gravi.

Disabilità e diritti nello sport in Italia

La plurimillennaria tradizione sportiva ci insegna che felicità e condivisione esistono solo dove c'è incontro reale tra le persone, che è il primo cardine dello sport: chi pratica sport esercita una consapevolezza del proprio corpo non solo come mera fisicità, ma soprattutto come possibilità di incontro con l'altro. Fare sport non rimane a sé stante, ma è corroborato da una costellazione di valori: spirito di gruppo, sana competizione, *fair play*, educazione al rispetto delle regole e del prossimo, confronto con le diversità, inclusione, tutti fondamentali non solo di una gara sportiva, ma della stessa civiltà

umana. Lo sport, quindi, è per sua definizione precursore di valori di civiltà naturalizzati in ogni campo.

Un esempio di pratica di questi valori lo troviamo nell'universo dello sport paralimpico: la pratica sportiva e ludica per le persone portatrici di disabilità ha sempre rappresentato un mezzo di socialità e di benessere fisico e mentale, nonché spesso anche di terapia; tuttavia è solo con l'avvento del Novecento che si inizia ad avere un'istituzionalizzazione dell'agonismo sportivo per le persone disabili: nel 1948 il medico neurologo tedesco di origine ebraica Ludwig Guttman, rifugiatosi nel Regno Unito a causa delle persecuzioni naziste, divenuto direttore dell'ospedale di Stoke Mandeville fonda i "Giochi di Stoke Mandeville", prima competizione sportiva riservata ad atleti con disabilità. Se nel 1952 i Giochi si aprono ad atleti provenienti dall'estero, l'Italia ricopre una funzione di primo piano nel 1960 per il suo ruolo di Paese organizzatore e ospitante delle prime Paralimpiadi su iniziativa del medico Antonio Maglio (Arrigoni, 2012).

La prima forma associativa tra atleti portatori di disabilità si ha nel 1974 con la costituzione dell'Associazione Nazionale Sport Paraplegici; solo 6 anni più tardi, Roberto Marson, schermidore italiano rimasto paraplegico all'età di 16 anni, e vincitore nel corso della sua carriera sportiva di ben 26 medaglie ai Giochi Paralimpici, di cui 16 d'oro, diviene primo presidente della Federazione Italiana Sport Handicappati, che nel 1990 cambierà denominazione in Federazione Italiana Sport Disabili, per poi acquisire sempre più ruolo con la legge n. 189 del 2003 divenendo Confederazione con poteri e compiti analoghi a quelli del CONI, fino a divenire Comitato Italiano Paralimpico (CIP) nel 2005. Nel 2017, grazie al D.L. n. 43 del 27 febbraio 2017, il CIP otterrà piena indipendenza nella sua qualità di Ente Pubblico per lo sport praticato da persone con disabilità.

Nonostante già da diversi decenni fossero presenti sul territorio nazionale pratica e competizioni sportive riservate a persone disabili, per avere un primo quadro normativo in Italia sul rapporto tra disabilità e diritti nello sport si dovrà attendere il 1988, con la Circolare del Ministero della Sanità n. 34 del 20 ottobre, in cui viene formulata per la prima volta una regolamentazione relativa al rilascio delle idoneità per le specifiche discipline sportive riservate ad atleti agonisti portatori di disabilità; è nel 1992, invece, con la citata Legge n. 104, relativa a *assistenza, integrazione sociale e diritti delle persone handicappate*, che si ha il primo riconoscimento vero e proprio dell'attività sportiva come strumento essenziale per l'integrazione sociale delle persone con disabilità, qualificandola anche come pieno diritto, e demandando al Ministero della Salute la definizione di protocolli per la concessione delle idoneità alle pratiche sportive. Tale richiesta viene accolta l'anno seguente, con il Decreto del Ministero della Sanità del 4 marzo 1993, che a oggi rimane la bussola normativa italiana sul rapporto tra sport e disabilità; in questo documento vengono enunciati tutti i criteri relativi alle idoneità specifiche alle varie pratiche sportive agonistiche,

formulati in base alla disciplina sportiva scelta e alla tipologia di disabilità fisica e/o psichica di cui l'atleta è portatore, introducendo anche un obbligo di controllo specifico con cadenza annuale del mantenimento della specifica idoneità sportiva agonistica ottenuta.

Con la Legge n. 124 del 2015, è il Comitato Italiano Paralimpico a regolare, analogamente al CONI, le modalità di svolgimento dell'attività sportiva per le persone con disabilità seguendo le linee guida degli organi sportivi internazionali, con il fine di dare massima diffusione e un sempre maggiore ampliamento degli sport per le persone con disabilità, stilando i relativi protocolli con le varie Federazioni Sportive Nazionali (Casolo, 2018).

Una delle maggiori sfide per il prossimo futuro sarà la possibilità di avere "sport integrati", ovvero, laddove possibile, una rottura del muro di separazione tra atleti con disabilità e senza, come già previsto dal D.M. del 1993 per i sordomuti, sostanzialmente equiparati a tutti gli altri atleti per specifiche discipline sportive. A tal proposito, sarebbe auspicabile un approfondimento e aggiornamento normativo teso alla definizione di tutte quelle casistiche che potranno consentire una maggiore inclusione delle varie diversità fisiche e/o psichiche, che aggiungeranno un ulteriore elemento di civiltà nel dare piena dignità alla persona umana in quanto tale, in tutte le sue differenti, ma proprio per questo arricchenti, declinazioni (Milani, 2020).

Conclusioni e prospettive

L'applicazione delle normative riguardanti la disabilità si muove ancora tra luci e ombre. Riprendo un articolo di Roberto Speziale¹, esistono per esempio molteplici definizioni di disabilità in tutti i settori e nelle regioni, il che porta a una disparità di accesso al sostegno e ai servizi; la disabilità continua a essere definita in una prospettiva prevalentemente medica e l'implementazione della Convenzione richiede politiche, che al momento appaiono ancora carenti. Da una parte è stato avviato il processo di inclusione della disabilità nel sistema dei diritti umani, ma dall'altro la prassi e l'esperienza testimoniano che il cambiamento culturale che sottostà a questo nuovo approccio non è ancora consolidato e omogeneo nel nostro Paese.

Riguardo l'applicazione della Convenzione infatti c'è ancora molto da lavorare: azioni e misure più concrete si possono adottare per rimuovere ulteriormente le barriere, creare ambienti e condizioni accessibili e abilitanti e garantire pari opportunità di partecipazione di tutte le persone con disabilità. Per esempio il tema dell'indipendenza del disabile è un

punto di partenza che implicherebbe una riformulazione delle politiche; tuttavia più spesso queste non sono indirizzate alla vita indipendente, ma alla protezione, all'assistenza e al mantenimento dello status quo delle persone con disabilità.

Il rapporto ISTAT sulla disabilità in Italia del 2019 evidenzia che ci sono 3,1 milioni di individui con disabilità, di cui il 40% soffre di problematiche sensoriali o motorie e il 60% intellettive; quasi 2 milioni di persone soffrono di disabilità gravi; 1,5 milioni sono gli ultra 75enni in condizione di disabilità. Le ricadute economiche e occupazionali sulle famiglie, che faticano a conciliare la carriera lavorativa e l'attività di cura, sono evidenti. In generale abbiamo un buon sistema sanitario che garantisce assistenza a tutti, ma emerge il problema dell'assistenza agli anziani che non possono contare sull'aiuto delle famiglie.

Nella scuola c'è carenza di docenti di sostegno, molti dei quali non hanno una formazione specifica, e di strutture, come laboratori informatici, linguistici, ecc. dove mancano postazioni o attrezzature adatte. La nostra legislazione a favore dell'integrazione scolastica dei disabili è considerata a livello internazionale all'avanguardia, ma spesso difetta nella fase applicativa. Nell'università c'è d'altra parte la necessità di formare tutor specializzati nella gestione dei bisogni educativi speciali e relazionali degli studenti con disabilità e/o con DSA e con altre patologie equivalenti, affinché si possa assicurare quella continuità educativa dopo le scuole superiori e supportare e facilitare il percorso universitario fino all'inserimento nel mondo del lavoro.

Anche il lavoro non deve essere un sogno per le persone con disabilità, che invece hanno diritto a lavorare e a essere pagate; nella popolazione compresa tra i 15 e i 64 anni è occupato solo il 31,3% di coloro che soffrono di gravi limitazioni; la legge 68/99 che obbliga ad assumere categorie protette, potrebbe dare risposte a una buona percentuale degli attuali disabili disoccupati, ma spesso non è rispettata.

Soltanto il 43,5% delle persone con limitazioni dispone di una rete di relazioni, contro il 74,4% del resto della popolazione. La limitazione grave, inoltre, costituisce un ostacolo alla partecipazione culturale, alle cui manifestazioni (cinema, teatro, concerti, musei, ecc.) partecipa solo il 9,3% delle persone disabili (ISTAT, 2019). E ancora si potrebbe parlare di tempo libero, di educare all'affettività, di facilitare l'approccio allo sport, ecc. Riguardo poi alle barriere, si sono fatti molti passi avanti, ma la legge che riunisce tutte le normative per snellirle è ferma da anni (Casalinuovo, 2017).

L'Italia è stata tra i primi paesi firmatari della CRPD, è stata il primo paese a redigere le Linee Guida sulla disabilità e a dotarsi di un Piano di Azione per la disabilità, in linea con gli standard internazionali di riferimento. A distanza di più di dieci anni, sono stati compiuti notevoli progressi nell'attuazione della Convenzione e nell'applicazione delle legislazioni, strategie, politiche e programmi, ma come si evince dai dati riportati ancora lungo è il percorso per raggiungere la sua piena attuazione (Speziale, 2019).

¹ Attualmente Presidente dell'Associazione Nazionale Famiglie di Persone con Disabilità intellettiva e/o relazionale (ANFFAS Onlus), e Componente del Consiglio Nazionale del Comitato Italiano Paralimpico (CIP).

Al di là delle motivazioni di ordine politico e di gestione pubblica, è opinione comune che tra i motivi della scarsa applicazione c'è anche la poca conoscenza e informazione sui problemi della disabilità. La CRPD in Italia è spesso inattuata perché in gran parte sconosciuta: solo dove si sviluppa una voce forte e consapevole per la tutela delle persone con disabilità ci può essere il rispetto dei diritti e l'attuazione delle soluzioni più appropriate per garantirne la piena inclusione.

Bibliografia

- Arrigoni C. *Paralimpici - Lo sport per disabili: storie, discipline, personaggi*. Milano: Hoepli Editore 2012.
- Augenti A. *Orientamenti legislativi sul tema della disabilità*. MEDIC 2013;21:61-66.
- Caffarra C. *Relazione "La persona umana: che cosa è, chi è, quale valore ha"*, 22 febbraio 2005 (<http://www.caffarra.it/relazione220205.php>).
- Casalinuovo F. *I diritti (negati) delle persone disabili*. Star bene 2017;50.
- Casolo F, Mari G, Molinari F. *Sport e inclusione*. Milano: Vita e Pensiero 2018.
- CNUDD (Conferenza Nazionale Universitaria dei Delegati per la Disabilità). *Linee guida*. Bergamo, 10 luglio 2014.
- Colombetti E. *La dipendenza condivisa*. MEDIC 2013;21:24-29.
- Giovanni Paolo II. *Discorso conclusivo al Giubileo della Comunità con i disabili*. Roma, 3 Dicembre 2000.
- Giovanni Paolo II. *Messaggio ai partecipanti al Simposio Internazionale su Dignità e Diritti della Persona con Handicap Mentale*. Vaticano, 5 gennaio 2004.
- ISTAT. *Primo rapporto sulle persone con disabilità*, 2019.
- Milani MA. *Sport e inclusione. La disabilità nel contesto scolastico e sociale*. Bologna: BUP 2020.
- Muñoz A. *La protección de las personas con discapacidad en el derecho internacional. Especial referencia a las situaciones que implican la intervención de los estados*. MEDIC 2013;21:52-60.
- Rodríguez Luño A. *La dignità umana al centro della medicina: la visione cattolica*. MEDIC 2005;13:64-67.
- Speziale R. *Dieci anni di Convenzione Onu in Italia: tante attese, pochi successi*. Vita 2019 (28 febbraio) (<http://www.vita.it/it/article/2019/02/28/dieci-anni-di-convenzione-onu-in-italia-tante-attese-pochi-successi/150807>).
- Thomasset A. *Dignità della persona umana*. Aggiornamenti Sociali 2012;63.

Non mi diverto più: divagazioni antropologiche di un farmacologo nella tempesta

No more fun: anthropological digressions by a pharmacologist in the storm

GIORGIO MINOTTI

Università Campus Bio-Medico di Roma

Il mondo del farmaco vive giorni quantomeno singolari. Superata l'ondata delle invettive *no vax* (uno dei momenti più “alti” del negazionismo scientifico) assistiamo oggi a una ostinata idiosincrasia verso l'esercizio di un minimo di buon senso. Parlo della *vexata quaestio* dei vaccini contro il COVID-19 e della gazzarra mediatica (ma anche interpretativa) scatenatasi intorno alla innegabile possibile insorgenza di eventi cerebrovascolari, seri e a volte fatali, che alcuni di questi vaccini provocano.

Oggi è il problema dei vaccini anti-COVID, ieri era un problema *no vax*, ma da anni oramai è un problema di tutti i farmaci che nell'offrire evidenti effetti salvavita presentano un conto da pagare in termini di effetti collaterali. Perché un farmacologo confessa di non divertirsi più? Perché è obiettivamente disarmante constatare come il concetto di farmaco per la salute dell'uomo si sia irrigidito in un'interpretazione assolutista e monodimensionale, tale per cui un farmaco è buono solo quando fa quel che deve fare senza creare problemi di sorta o comunque senza creare problemi gravi.

È impossibile pensarla così, non ci si deve intestardire a pensarla così. È impossibile perché i farmaci non sono veicoli di salute che vivono esclusivamente delle proprie caratteristiche, se così fosse torneremmo indietro di un secolo o giù di lì quando Paul Ehrlich vagheggiava lo sviluppo di farmaci superselettivi (i famosi “magic bullets”) capaci di colpire un solo bersaglio all'interno dell'organismo umano. Ehrlich aveva ragione e faceva benissimo a tracciare la strada della “selettività farmacologica”, ma anche lui – nato e cresciuto in un'epoca in cui medici e ricercatori erano anche e soprattutto umanisti – sapeva in cuor suo che le cose erano ben più complesse. L'effetto di un farmaco non è mai una faccenda monodimensionale, nel migliore dei casi è bidimensionale perché il farmaco se la deve vedere con il paziente “persona”. Se poi consideriamo che la “persona” è una realtà biologica infinitamente complessa, la faccenda da bidimensionale diventa multidimensionale, multifattoriale, caleidoscopica, verrebbe da dire interminabilmente sorprendente.

Gli addetti ai lavori sanno molto bene che gli effetti di un farmaco sulla salute dell'uomo si impara a conoscerli solo quando quel farmaco entra negli ospedali e nelle case di tutto il mondo, aprendosi a un bacino di centinaia di migliaia o milioni di “persone” laddove le sperimentazioni cliniche che lo hanno portato a essere approvato dalle agenzie regolatorie hanno coinvolto solo alcune migliaia di “persone”, molto spesso non adeguatamente rappresentative delle “persone” del mondo reale. In effetti, se guardiamo i criteri di inclusione-esclusione dei partecipanti alle sperimentazioni cliniche, possiamo a volte maturare la sensazione che si tratti di soggetti “poco persone”, troppo selezionati, privi di quella complessità che si declina in fattori di rischio,

predisposizione genetica e via dicendo. È un problema reale, e molto si sta facendo per correggerlo, ma anche quando lo si sarà corretto in tutto o in parte saranno solo i grandi numeri della vita reale a farci comprendere la multidimensionalità che dicevamo prima. I vaccini contro il COVID non sfuggono a questi problemi. I nuovi farmaci contro il cancro o le malattie infiammatorie croniche, tutti concepiti per essere “magic bullets”, non sfuggono a questi problemi. Tutti,

Indirizzo per la corrispondenza
 Address for correspondence

Prof. Giorgio Minotti
 Università Campus Bio-Medico di Roma
 Via A. del Portillo 21, 00128 Roma
 e-mail: g.minotti@unicampus.it



in misura maggiore o minore, provocano problemi, a volte gravi. Se poi pensiamo che si può morire anche di aspirina o tachipirina...

E allora, che si fa? Si usa il buon senso, che nello specifico si chiama valutazione del rapporto rischio-beneficio. Si badi bene, la valutazione del rapporto rischio-beneficio è parte integrante del metodo scientifico. Nel caso dei vaccini anti-COVID si tratta di prendere atto che la complicazione osservata in alcune decine di "persone" su un totale di milioni di persone vaccinate configura un rischio nettamente inferiore al beneficio rappresentato da una protezione quasi totale contro le manifestazioni cliniche della malattia COVID, spesso grave e fatale in migliaia e migliaia di persone. Nel caso dei farmaci contro il cancro significa confrontare la possibile incidenza di eventi avversi con la opportunità di guarigione o sopravvivenza prolungata laddove prima si moriva in pochi mesi o anni. Si tratta di capire che assistiamo a una partita tra farmaco ed epidemiologia della malattia, come tra i famosi giocatori di carte di Cézanne. Vince chi ha la carta più alta, e il farmaco è quasi sempre la carta più alta.

Chi scrive comprende bene che può sembrare troppo facile liquidare la faccenda con argomenti così lievi, ma come nei tribunali di famosi processi alzino la mano quei giudici popolari che hanno argomenti migliori. Una mano potrebbe in realtà alzarsi, quella di chi dice "...e se l'incidente dovesse capitare a me o a lei, come la mettiamo? Che facciamo? Ci facciamo scrivere un bell'epitaffio perché parenti e amici, straziati dal dolore, ci ricordino prematuramente rapiti da un morbo chiamato rapporto rischio:beneficio?".

È vero, la dimensione individuale delle tragedie va sempre rispettata, e i problemi non vanno affrontati asetticamente. Il rapporto farmaco-salute-paziente è antropologico per definizione. Rovesciando il Talmud potremmo dire che perdere una vita per colpa di un farmaco o di un vaccino significa perdere il mondo intero. Ma è così che vanno i progressi dell'uomo, dai prototipi leonardeschi di aeroplani che si schiantavano al suolo con tanto di passeggero a bordo fino ai non pochi

farmaci ritirati dal mercato, non perché provocavano eventi avversi gravi, ma perché – una volta arrivati al banco di prova della vita reale – non avevano più gli effetti terapeutici osservati sul set cinematografico di una sperimentazione clinica. È sulla fallibilità del procedere umano che bisogna lavorare, accendendo in tutti l'entusiasmo di un metodo scientifico in costante miglioramento e sensibile sia alla mutevolezza delle malattie che alla complessità della persona. In tempi di emergenza, come questo della pandemia, bisogna essere rapidi nell'interpretare e decidere, ma tutti indistintamente – dalle Istituzioni ai centri di cura fino alle università, dove si formano i medici e ricercatori del futuro – si sono trovati impreparati perché irrigiditi in un concetto di eccellenza che non era più vita reale.

Se non si recupera la dimensione antropologica, e quindi scientifica, del rapporto farmaco-salute-persona, io non mi diverto più. Se poi penso che l'unico risultato dei problemi descritti è un sentimento antiscientifico in troppi settori della opinione pubblica, non solo non mi diverto ma comincio a temere che non tornerò più a farlo. Se infine penso alle allusioni che in troppi fanno a un presunto comportamento opportunistico e omertoso dell'industria del farmaco, allora non solo non mi diverto più ma corro il rischio di prendere una solenne sbornia di ira funesta.

Pensiamo positivo, e pensiamo a quanto si è allungata la vita media della persona di tutti i giorni. Tra successi e insuccessi, questo è stato anche merito di antibiotici, antivirali, antineoplastici, vaccini, e via scorrendo. Credo sia valsa la pena non aver avuto paura di salire sull'altalena di successi e insuccessi e infine dominarla. Dal COVID usciremo grazie ai vaccini. Dal cancro usciremo sempre più grazie a farmaci innovativi. Ci si ricordi sempre, però, che innovare significa comprendere, e l'uomo si lascia comprendere con una parsimonia che è intrinseca alla sua complessità. Preso atto di questo, grazie ai farmaci vivremo felici e contenti in quella bella favola che è la vita reale, bella perché fatta di successi, insuccessi, o mezze vittorie.

“LA RIVISTA MEDIC: TRENT’ANNI DI MEDICAL HUMANITIES”

“THE JOURNAL MEDIC: THIRTY YEARS OF MEDICAL HUMANITIES”

Ricordando Aldo Torsoli e gli inizi della rivista MEDIC

Uno dei tanti ricordi che ho di mio padre, da piccola, è un pomeriggio a Villa Mafalda. Gli portai qualcosa in clinica ma, per potergliela consegnare, doveti aspettare la fine di una visita con un suo paziente. Ricordo i lunghi minuti di attesa, la fila di pazienti che si allungava, la sala d’attesa che si riempiva. Più tardi, chiesi a Papà perché andasse tanto per le lunghe, con i pazienti, insomma, perché non fosse più succinto: ne avrebbe potuti vedere di più e i tempi si sarebbero ridotti. Papà disse, con un sorriso tra il serio e il divertito, che quando iniziava una visita per prima cosa si toglieva l’orologio dal polso. Spiegò che il momento del racconto, in cui un paziente parla del suo male, dei sintomi, della storia, era cruciale per stabilire un rapporto di fiducia con il suo medico. Era necessaria una totale attenzione e un solo sguardo distratto a un orologio avrebbe potuto rovinare tutto. Mi spiegò che da quella fiducia e da quel rapporto, e non solo dalle medicine prescritte, dipendeva anche il successo di una cura. Di quanto fosse cruciale l’anamnesi per la successiva diagnosi e una solida *partnership* tra medico e paziente per affrontare, insieme, la malattia.

Credo sia questo il cuore di quanto Papà cercò di fare, creando MEDIC, uno degli ultimi suoi “giocattoli”, ma forse il più amato: partire dalla centralità del paziente, come essere umano, come unità psicofisica, con una sua storia, una sua psicologia, un suo ambiente, per trovare il metodo migliore per guarire la sua malattia. Spiegare agli aspiranti medici che quest’ultima è come un problema (*problem-based learning*) che può essere risolto con metodo, lavorando con altri medici, sia generalisti che specialisti, quelli più esperti senza

dimenticare di ascoltare le voci più giovani, per trovare una o più soluzioni basate sulla conoscenza medica, la logica, i mezzi tecnologici ma anche la capacità di sintesi, il dono di cogliere nessi fondamentali tra le cose a prima vista non apparentemente collegate, restando profondamente fedele alle regole morali che sempre guidarono la sua azione. Papà fu davvero un Maestro. Di vita e di conoscenza. Per i suoi allievi, per molti colleghi, ma anche per tanti dei suoi malati. I suoi pensieri negli ultimi anni si rivolsero al futuro della medicina, all’educazione medica, a giovani che potessero seguirlo e sorpassarlo. A una facoltà di medicina di cui capiva il bisogno di rinnovarsi, di ritrovare un’unità di conoscenze in seguito ad anni di frammentazione del pensiero dovuti a una sempre crescente specializzazione clinica. Intuiva che il sempre più veloce progresso della tecnologia rischiava di provocare un declino della logica clinica, quell’insieme di pensiero e metodo, e non solo di nozioni, che è tuttora *background* cruciale dell’azione clinica.

Papà si sforzò di proporre nuove forme di insegnamento e un recupero dell’unità del pensiero medico. Sperimentò un apprendimento non più passivo, basato su una trattazione per discipline o subdiscipline separate le une dalle altre, ma attivo, multidisciplinare e interattivo al tempo stesso, un approccio per piccoli gruppi, in cui un giovane medico potesse fronteggiare situazioni reali fin dall’inizio del *curriculum*. Pose l’accento sull’importanza delle *Humanities* per un approccio davvero globale in medicina: la letteratura, l’arte, la filosofia e l’etica anche sono necessarie per arrivare a una migliore comprensione dell’essere umano e per una valutazione complessiva della malattia.

La grave crisi sanitaria di questi mesi, i *challenges* che rimangono, e sono sempre più grandi anche a livello ambientale, lo sviluppo successivo di un concetto più ampio di *OneHealth* mostrano quanto le idee di Papà fossero visionarie, di quando egli fosse in anticipo sui suoi tempi.

Sono profondamente commossa nello scrivere queste righe. Ripenso a Papà, al suo *mindset* così anglosassone eppure imbevuto di conoscenze classiche, uomo antico e moderno al tempo stesso. Ripenso a quelle estati a Maratea dove, al porto, in barca o davanti alla sua macchina da scrivere, prendeva forma l’idea di questa rivista, così innovativa e sorprendente. Papà definì MEDIC un “Giornale per il nostro tempo”. Lo resta tutt’oggi, anche se questo ne è l’ultimo numero.

L’avventura di MEDIC, iniziata con tanto entusiasmo nel 1993 e durata fino a oggi, ha potuto essere portata avanti in questi anni solo grazie all’energia e alla devozione del Professor Paolo Arullani, al quale va l’infinita gratitudine mia e

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Albertina Torsoli
e-mail: atorsoli@gmail.com

Prof. Michele Cicala
Policlinico Universitario Campus Bio-Medico
Via Álvaro del Portillo 200, 00128 Roma,
Italia
e-mail: m.cicala@unicampus.it

della mamma. Ripenso a Michele Cicala, allievo di sempre, lo studente fedele e pieno di doti che ogni maestro vorrebbe avere; ad altri allievi, come Michele Guarino e Renato Caviglia. Alle segretarie Clara e Alessandra, così fondamentali in tutto. Ad amici e collaboratori di altri tempi, alcuni non più con noi oggi, la Professoressa Irene Habib in particolare.

Per ultimo, riprendo queste parole, scritte da papà in un suo editoriale del 1994.

Vero maestro è colui che non suggerisce soluzioni ma propetta questioni irrisolte.

Grazie papà. Grazie MEDIC

Torsoli, aprile 2021

I ricordi di eventi carichi di emozione sono sempre i più lucidi: non ne ho tantissimi, perché tendo a dimenticare, ma è per me lucidissimo quello di una delle prime riunioni ufficiali per la costituzione della rivista MEDIC. Autunno del 1992: ero da pochi mesi tornato da Monaco di Baviera, dove avevo terminato la specializzazione in Gastroenterologia in un centro estero di eccellenza per la ricerca, per desiderio del professor Aldo Torsoli.

Dalla professoressa Fortunée Irene Habib, unica donna tra i collaboratori del professor Torsoli, mia confidente privilegiata e grande amica, avevo saputo già al mio rientro del nuovo “giocattolo” del Professore: un po’ stanco della gastroenterologia clinica, era ora appassionato di educazione medica e didattica innovativa e aveva costituito un gruppo di lavoro per organizzare un corso di studio sperimentale alla Sapienza, che sarebbe diventato a breve il famoso Canale Parallelo Romano. Lei, come gli altri assistenti più grandi, erano manifestamente turbati dal conseguente suo distacco, almeno intellettuale, dai nostri affanni nell’attività di ricerca e di clinica, allora imponente, se si pensa che eravamo diventati, grazie a lui, la prima Scuola italiana di Gastroenterologia, in costante competizione con quella altrettanto rinomata di Bologna. “Toccherà a tutti studiare queste cose, vedrai”: mi disse, con il suo tipico tono brusco e l’approccio protettivo nei miei confronti.

La riunione nella biblioteca del sotterraneo della II Clinica Medica, organizzata per fortuna non come di solito alle 7.30 del mattino grazie alla presenza di ospiti non romani, durò oltre tre ore e fu per me una estrema prova di ansia. Ero, come spesso, il più giovane, catapultato nella segreteria scientifica di una rivista che aveva nel suo *Board* mostri sacri di Metodologia e Epidemiologia – i professori Sorensen di Copenhagen, Federspil e Scandellari di Padova, Osborn e Frati di Roma, Liberati di Milano, Pagliaro di Palermo –, di Educazione – i professori Martenson di Stoccolma, Albano di Bari, Coltorti di Napoli –, di Filosofia della Scienza, come il prof Bonfils di Parigi e Antiseri di Roma. Come previsto,

il dibattito sugli aspetti educazionali che avevano urgenza di essere cambiati ed esposti ai responsabili dei *Teaching hospital* e alla pubblica opinione prese per me una piega di incomprendibilità quasi totale: cercavo di appuntarmi parole chiave ancora da decifrare e supplicavo sottovoce la segretaria Clara di poterla aiutare a portare il caffè per sfuggire agli sguardi di quei guru, minacciosi di interpellarmi, e così prender fiato. Era ben chiaro che nessuno si aspettava da me un minimo parere, ma tra i compiti che mi erano stati annunciati c’era quello di stilare un verbale della riunione, che ancora ho ma che non mi fu poi mai richiesto dal professore, che sapeva leggere esattamente le persone senza bisogno di una parola. Il giorno successivo mi disse: “anche io devo imparare e studiare queste cose, perciò ho invitato gli esperti”. C’era in quelle parole tutta l’umiltà unita all’ambizione che ha cercato di insegnarci e che non ho mai visto così ben coniugate in nessun altra persona nella mia vita.

Il professor Aldo Torsoli era un mago: lo ha dimostrato in tante sue imprese importanti e ancora ineguagliate, nel pianificare i mezzi necessari per raggiungere un fine, assicurandone il successo.

Il suo interesse – direi l’entusiasmo che è, come soleva dire, figlio del cielo, sacro – per l’educazione medica e la metodologia fu, indubbiamente, un passo avanti del suo impegno nella cultura universitaria, una sfida più elevata e in grado di incidere sull’innovazione dell’insegnamento rispetto all’orizzonte della gastroenterologia, ma era già nelle sue corde da sempre. Il rigore del metodo scientifico, la passione per le prove di efficacia e per la quantificazione dei dati – che valgono più delle chiacchiere – erano i suoi continui insegnamenti nelle riunioni di ricerca.

Prima di MEDIC aveva lanciato un’altra rivista scientifica, *The Italian Journal of Gastroenterology and Hepatology*. Come Editor, la portò a essere indicizzata e con un buon *impact factor*; alla fine degli anni Novanta, il nome della rivista cambiò in *Digestive and Liver Diseases* ed è attualmente la rivista ufficiale della società italiana e di quella francese di gastroenterologia.

La creazione di MEDIC, una rivista focalizzata esclusivamente su contenuti di natura metodologica e educativa in campo medico, unica nel nostro paese e nel mondo, era la solida premessa culturale per la creazione di corsi verticali – su più anni di corso, per accompagnare gli studenti dagli anni pre-clinici a quelli clinici – di Metodologia Clinica, attualmente presenti in tutti i corsi di medicina nel nostro Paese. La successiva esperienza del Canale Parallelo Romano, un laboratorio didattico con 25-30 studenti, rigorosamente randomizzati tra volontari e confrontati con il gruppo di controllo, iniziato nel 1995, era il modello sperimentalmente riuscito per verificare l’impatto culturale di innovazioni didattiche.

Poi il suo insegnamento alla nuova Facoltà di Medicina di Roma del Campus Bio-Medico, forse non casualmente promossa e presieduta dal suo primo allievo, il professor Paolo Arullani, attualmente nostro Presidente onorario, è stato un

immenso campo di prova per la didattica innovativa oramai già sperimentata alla Sapienza e arricchita dall'entusiasmo dei nostri, la professoressa Binetti e il professor Tambone, del professor Vettore di Verona per il corso di Metodologia Clinica, dei professori Frati, Serio e Pappalardo della Sapienza per gli altri corsi, un gruppo forte e motivato in una università nuova più incline ai cambiamenti.

Dopo la scomparsa di Aldo Torsoli, la rivista MEDIC ha proseguito per quasi un ventennio la sua *mission* grazie all'impegno del professor Arullani, che ne ha mantenuto gli obiettivi, arricchiti da nuovi contenuti di bioetica ed etica della ricerca scientifica, antropologia, *Humanities*, per stimolare un approccio globale e unitario ai temi della salute e della formazione biomedica.

Soprattutto con il corso di Metodologia Clinica, da me ora indegnamente coordinato, il prof. Torsoli ha lasciato un *imprinting* unico al Campus. Ancora oggi gli studenti di allora, alcuni ora professori come Michele Guarino, ricorda-

no le sue lezioni multidisciplinari – introdotte da casi clinici, analisi e seguite dai *reports* degli studenti con discussione – e le splendide colazioni dove incontrava gruppi dei nostri ragazzi, momenti di scambio di cultura non solo scientifica e espressione del suo essere Maestro di scienza e di vita.

Un vero Maestro, anche per aver riservato, nonostante i suoi infiniti impegni professionali, tanto del suo cuore e delle sue attenzioni alle due “A” della sua vita, la moglie Anna e la figlia Albertina, senza le quali non avrebbe mai potuto coltivare le ambizioni e coronare i traguardi: la famiglia – con le sue origini toscane – è rimasta sempre la sua costante passione e credo per lui l'unico vero motivo di orgoglio.

Salutando MEDIC è giusto ricordare e salutare il suo fondatore e i suoi insegnamenti, entrambi hanno già lasciato e lasceranno una traccia profonda e spunti per nuove riflessioni.

Cicala, marzo 2021

**RISCHIO, STRATEGIE COMUNICATIVE E RISPOSTE
INDIVIDUALI DURANTE LA PANDEMIA COVID-19:
UNA PROSPETTIVA EDUCATIVA**

***RISK, COMMUNICATION STRATEGIES AND INDIVIDUAL
ANSWERS DURING THE COVID-19 PANDEMIC:
AN EDUCATIONAL PERSPECTIVE***

QUADERNO

“RISCHIO, STRATEGIE COMUNICATIVE E RISPOSTE INDIVIDUALI DURANTE LA PANDEMIA COVID-19: UNA PROSPETTIVA EDUCATIVA”

“RISK, COMMUNICATION STRATEGIES AND INDIVIDUAL ANSWERS DURING THE COVID-19 PANDEMIC: AN EDUCATIONAL PERSPECTIVE”

Editoriale

Editorial

CLAUDIO PENSIERI

Policlinico Universitario Campus Bio-Medico

La prima fase della pandemia COVID-19, con il conseguente *lockdown* ha avuto un profondo impatto sulla società italiana. In quel periodo è stato molto importante “educare” la popolazione e il personale sanitario a una corretta risposta emergenziale in termini di cambiamenti di comportamenti e abitudini. In breve tempo, ci si è dovuti cimentare con il corretto utilizzo delle mascherine, con il distanziamento fisico e con l’igiene delle mani. È emerso con chiarezza che la preoccupazione per la propria salute e per il bene comune è sempre questione di un’educazione alla responsabilità, attraverso il rispetto delle norme e la condivisione delle finalità. Si è, infatti, evidenziato che il divario tra indicazioni sanitarie e comportamenti della comunità non è dovuto a un’insufficiente informazione, ma a una situazione di scarsa “educazione”.

Il presente numero monografico di MEDIC è il risultato di un convegno organizzato dall’Università Campus Bio-Medico di Roma e dalla LUMSA di Roma, a giugno 2020, in cui esperti di settori diversi si sono confrontati con un dialogo interdisciplinare sull’educazione alla consapevolezza del rischio da COVID-19 e sulla risposta alle misure di protezione, anche in chiave intergenerazionale.

È emerso innanzitutto che anche in ambito sanitario, si pone un problema di strategia educativa, perché le precauzioni stabilite e conosciute siano davvero messe in pratica con regolarità ed esattezza. Tra l’altro, l’esempio dei medici e di tutto il personale sanitario è un elemento importante per colmare il divario che può verificarsi tra i pazienti e i familia-

ri, tra “come ci si deve comportare” e “come mi comporto”. Queste misure di prevenzione devono poi essere trasmesse alla popolazione per ottenere un adeguato cambiamento nei comportamenti. Così il Ministero della Salute Italiano e la World Health Organization hanno ritenuto indispensabile, fin da febbraio 2020, utilizzare strategie informative per educare la popolazione alla consapevolezza del rischio di non rispettare tali regole.

Per comunicazione del rischio intendiamo uno scambio intenzionale di informazioni sui rischi tra le parti interessate (governo, agenzie, società e gruppi industriali, sindacati, media, scienziati, organizzazioni professionali, gruppi interessati e singoli cittadini) (Covello et al., 1991).

La comunicazione del rischio riguarda:

- livelli di rischio per la salute o ambientali;
- la comunicazione dell’importanza o il significato dei rischi per la salute o ambientali;
- decisioni, azioni o politiche finalizzate alla gestione o al controllo dei rischi per la salute o l’ambiente.

Dalle esperienze internazionali del passato si è capito che troppo spesso, per quanto riguarda il processo decisionale, c’è stata enfasi sulle “percezioni errate del pubblico” con la tendenza a trattare tutte le deviazioni, dalle stime degli esperti, come prodotti dell’ignoranza o della stupidità (Bennett, 1999), un punto di partenza difficile per una comunicazione efficace.

Fortunatamente questa posizione sta gradualmente cambiando, bisogna riconoscere che le reazioni da parte del pubblico al rischio spesso hanno una loro razionalità e che le prospettive “esperte” e “laiche” dovrebbero informarsi a vicenda come parte di un processo a doppio senso (Bennett, 1999).

La necessità del processo bidirezionale è stata evidenziata dalla FAO e dall’OMS: la comunicazione reciproca continua tra tutte le parti interessate è parte integrante del processo di gestione del rischio.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Claudio Pensieri
Policlinico Universitario Campus Bio-Medico
Via Alvaro del Portillo 200, 00128 Roma
e-mail: c.pensieri@unicampus.it



OPEN ACCESS © Copyright by Pacini Editore Srl

La comunicazione del rischio è più della diffusione di informazioni e una funzione importante è il processo mediante il quale le informazioni e le opinioni essenziali per un'efficace gestione del rischio sono incorporate nella decisione.

Il pubblico oggi non acconsente più automaticamente all'autorità e ora chiede un ruolo maggiore nel processo decisionale (McKechnie e Davies, 1999), il pubblico vuole essere "educato", nel senso che vuole poter tirar fuori il meglio di sé, vuole essere partecipe dei cambiamenti in funzione del proprio pensiero.

Questo, pur aprendo una strada per un migliore processo decisionale e coinvolgimento delle parti interessate, non è un'impresa da poco e comporta alcune sfide importanti (McCallum e Anderson, 1991).

Una considerazione chiave è che l'obiettivo di questo tipo di educazione sarà raramente un singolo pubblico, ma di solito una varietà di segmenti di pubblico e, come tali, i messaggi devono essere adattati per considerare i diversi segmenti di pubblico che possono avere diversi interessi, valori, livelli di intelligenza, educazione e comprensione.

In questo numero monografico tali questioni sono trattate da diverse angolazioni, secondo la prospettiva transdisciplinare adottata abitualmente dalla rivista MEDIC. Sono messi in luce sia la dimensione comunicativo-educativa (Pensieri), sia le sfide educative per i più piccoli (Russo-Barni), inoltre gli aspetti relativi alla formazione del personale sanitario (Alloni), l'impatto psicologico della pandemia sui comportamenti degli adolescenti (Di Renzo-Ferrazzoli) e il gap educativo prodotto dalla digitalizzazione sulla popolazione studentesca (Binetti).

The first phase of the COVID-19 pandemic, with the following lockdown, had a profound impact on Italian society. In that period, it was very important to "educate" population and health personnel to a correct emergency response in terms of changes in behavior and habits. In a short time, it was necessary to learn the correct use of masks, physical distancing and hand hygiene. It became clear that concern for one's own health, and the common good, is always a question of education in personal responsibility, through the respect for norms and the sharing of goals. It was, in fact, highlighted that the gap between health indications and community behavior is not due to insufficient information, but to a poor "education" problem.

This monographic issue of MEDIC is the result of a conference organized by the Campus Bio-Medico University of Rome and by the LUMSA of Rome, in June 2020, during which experts from different sectors confronted themselves through an interdisciplinary dialogue on education in COVID-19 risk awareness and on the response to protection measures, from an intergenerational perspective as well. First, it emerged that there is a problem of educational strategy even in the health sector, so that the established and well-known precautions aren't put into practice regularly and accurately. Among other things, the example doctors and healthcare personnel set is an

important element in bridging the gap that can occur among patients and family members, between "how should I behave" and "how I behave". These preventive measures must then be passed on to the population to obtain an adequate change in behavior. Thus, the Italian Ministry of Health and the World Health Organization have considered it essential, since February 2020, they use information strategies to educate the population to the risk awareness of not respecting such rules.

This risk communication phase began around February 2020.

By "Risk communication" we mean an intentional exchange of risk information between stakeholders (government, agencies, corporations and industry groups, trade unions, media, scientists, professional organizations, stakeholder groups and individual citizens) (Covello et al., 1991).

Risk communication concerns:

- *levels of health or environmental risks;*
- *the significance or meaning of health or environmental risks;*
- *decisions, actions or policies aimed at managing or controlling health or environmental risks.*

We have understood, from past international experiences, that too often, with regard to decision-making, there has been an emphasis on "public misperceptions" with the tendency to treat all deviations, from expert estimates, as products of ignorance or stupidity (Bennett, 1999). It is a difficult starting point for effective communication.

Fortunately, this stance is gradually changing, to acknowledge that public reactions to risk often have a rationality of their own, and that 'expert' and 'lay' perspectives should inform each other as part of a two-way process (Bennett, 1999).

The necessity of the two-way process has been highlighted by the FAO/WHO: "Ongoing reciprocal communication among all interested parties is an integral part of the risk management process. Risk communication is more than the dissemination of information, and a major function is the process by which information and opinion essential to effective risk management is incorporated into the decision" (Bennett and Calman, 1999).

Nowadays, the public no longer automatically acquiesce to authority, but now demands a greater role in decision-making (McKechnie and Davies, 1999), the public wants to be "educated", in the meaning of it wants to be able to bring out the best of itself, it wants to participate in changes according to its own thinking.

This, while opening up a route for better decision-making and stakeholder involvement, is no small undertaking and involves some major challenges (McCallum and Anderson, 1991).

A key consideration of risk communication is that the target will rarely be a single audience, but usually a variety of audiences, and as such, messages must be tailored to consider the different audiences that are likely to have different interests, values, levels of intelligence, education and understanding.

In this monographic issue, these matters are treated from different angles, according to the transdisciplinary perspective usually adopted by this journal. Both the communicative-educational dimension (Pensieri) and the educational challenges for children are highlighted (Russo-Barni), as well as the aspects related to the training of health personnel (Alloni), the psychological impact of the pandemic on the behavior of adolescents (Di Renzo-Ferrazzoli) and the educational gap produced by digitization on the student population (Binetti).

Bibliografia

Bennett P. *Understanding responses to risk: some basic findings*. In: Bennett P, Calman K, Eds. *Risk communication and public health*. Oxford: Oxford University Press 1999, pp. 3-19.

Corvello VT. *Risk comparison and risk communication: issues and problems in comparing health and environmental risk*. In: Kasperson RE, Stallen PJM, Eds. *Communicating risks to the public*. Kluwer, Dordrecht 1991, pp. 79-118.

McKechnie S, Davies S. *Consumers and risk*. In: Bennett P, Calman K, Eds. *Risk communication and public health*. Oxford: Oxford University Press, 1999, pp. 170-182.

McCallum DB, Anderson L. *Communicating about pesticides in the water*. In: Kasperson RE, Stallen PJM, Eds. *Communicating risks to the public*. Kluwer, Dordrecht 1991, pp. 237-285.

QUADERNO

“RISCHIO, STRATEGIE COMUNICATIVE E RISPOSTE INDIVIDUALI DURANTE LA PANDEMIA COVID-19: UNA PROSPETTIVA EDUCATIVA”

“RISK, COMMUNICATION STRATEGIES AND INDIVIDUAL ANSWERS DURING THE COVID-19 PANDEMIC: AN EDUCATIONAL PERSPECTIVE”

Il gap educativo nel periodo dell'emergenza COVID

Educational gap during the COVID's Italian lockdown

PAOLA BINETTI

Professore emerito di Storia della Medicina, Università Campus Bio-Medico di Roma

La pandemia da COVID-19 è giunta inattesa all'inizio di quest'anno e alla fine di gennaio in Italia è stata proclamata la fase di Emergenza 1, successivamente prolungata fino al dicembre 2020. In questo periodo ci si è trovati a fronteggiare tre sfide di rara complessità. La prima, cercare di controllare il velocissimo espandersi del virus, che ha moltiplicato i malati, richiedendo per molti di loro il ricovero in terapia intensiva e che ha comportato, almeno fino a ora, circa 130.000 morti.

Il Governo è intervenuto a metà febbraio chiudendo le scuole e impegnando la maggioranza dei cittadini a lavorare da casa sotto forma di *smart working*. La seconda sfida è stata costituita dal dilagare della disoccupazione, solo parzialmente arginata dalla cassa integrazione e dalle altre misure previste dai vari DPCM dal nome abbastanza generico di Ristori 1...2...3... In questo modo si è determinata un'impennata globale del livello di impoverimento sociale.

La terza sfida si è collocata a livello scolastico. Le scuole chiuse hanno spinto docenti e dirigenti scolastici a mettere in atto una didattica a distanza, all'inizio improvvisata, e resa difficile dalla mancanza di dispositivi da parte delle famiglie, dall'assenza della connessione a internet in molte case e, soprattutto, dalla carenza di competenze specifiche da parte dei docenti e dei genitori stessi.

Il gap educativo che si è evidenziato fin dal primo momento ha generato comportamenti diffusi ed estremamente interessanti. In alcuni casi ha dato vita a una forte accelerazione dei processi di digitalizzazione del Paese, mentre in altri si è accentuato quel *digital divide* che è alla base di nuove forme di discriminazione e di distanziamento socioeconomico.

La pandemia da COVID-19 ha quindi creato tre tipologie di problemi rilevanti nell'ambito della salute, dell'occupazione e dell'istruzione.

Parole chiave: Pandemia, gap educativo, digital divide, smart working, didattica a distanza

In Italy, the COVID-19 pandemic came unexpectedly at the beginning of this year. At the end of January, the Emergency phase I was proclaimed, and subsequently extended until December 2020. In this period, three complex challenges were faced. The first, attempting to control the very fast expansion of the virus has increased the sick, requiring for many patients admission to intensive care and which has led to about 130,000 deaths, at least up to now. The Italian Government intervened in mid-February by closing schools and demanding the majority of citizens to work from home in the form of smart working. The spread of unemployment, only partially contained by unemployment benefits as well as other measures issued by ministerial decree and called with the generic name of compensation 1... 2... 3... has led to a sudden increase in the amount of impoverished population.

The third challenge is at the school level. The closure of schools have led teachers and school managers to implement remote teaching, which at first revealed itself improvised and difficult because of the lack of devices and internet connection in many homes and, above all, the lack of specific skills among teachers and parents themselves.

The educational gap, that was highlighted from the first moment, generated different and extremely interesting behaviors. In some cases, it gave rise to a strong acceleration of the

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Sen. Paola Binetti
Università Campus Bio-Medico di Roma
Via Álvaro del Portillo 21, 00128 Roma
e-mail: p.binetti@unicampus.it



OPEN ACCESS © Copyright by Pacini Editore Srl

country's digitization processes, while in other cases the digital divide – which is at the basis of new forms of discrimination and socio-economic distancing – has been accentuated.

The COVID-19 pandemic has therefore created three types of very serious problems in the areas of health, employment and education.

Key words: *Pandemic, educational gap, digital divide, smart working, distance learning*

Premessa

In questa pandemia l'educazione scientifica ha rivelato tutte le implicazioni che ha con la Medical Education; non è mai un sapere a sé stante, è un sapere che ha molto a che vedere con la salute vissuta come un bene prezioso per sé e per gli altri. La formazione ai tempi del COVID ricorda a tutti noi la responsabilità di mantenere un aggiornamento costante sulla evoluzione della propria conoscenza, per trasformarla in competenza reale, mantenendo a fuoco con spirito critico le scoperte che via via ci vengono proposte. La Rivista *Medic* in questo senso svolge un ruolo molto significativo, perché permette di affrontare temi scientifici in chiave umanistica e nello stesso tempo offre alle Medical Humanities il giusto spessore scientifico. Esperienza e conoscenza debbono trovare il loro punto di convergenza nel valore aggiunto che offrono l'una all'altra. Abbiamo fatto esperienza del dolore, della solitudine, della morte, ma abbiamo provato anche a coglierne il senso a livello personale e sociale, e non solo il meccanismo fisio-patologico. Non è sufficiente esplorare la dimensione scientifica nelle sue articolazioni specialistiche sempre più sottili e raffinate. Occorre andare oltre sfidando le ragioni di senso che derivano dal vissuto e dall'esperienza personale. Non basta sapere come; occorre anche chiedersi perché: ne hanno bisogno tutti, medici e scienziati, filosofi e antropologi. Mantenere un approccio integrato ai saperi umanistici e scientifici, superando un antico e sterile dualismo, aiuta a guardare il mondo che ci circonda con maggiore consapevolezza e maggiore speranza. L'unità del sapere resta la vera sfida del futuro sul piano della conoscenza e dell'esperienza.

Introduzione

L'emergenza COVID-19 ha obbligato a ripensare la sfida educativa, spostando l'asse dalla scuola, da sempre intesa come comunità educante prioritaria, alla sua proiezione su scenari virtuali, mai presi seriamente in considerazione fino ad allora. In questo cambio di prospettiva tutti, grandi e piccoli, allievi e docenti, genitori e figli, hanno sperimentato una forte limitazione dei confini della propria esperienza, con la tendenza a un ripiegamento su di sé, che ha cambiato il vissuto di molte relazioni interpersonali. Per molte persone questo ripiegamento su di sé ha comportato una riscoperta della propria intimità, un ritorno a casa inteso come dialogo forte

e significativo con la propria coscienza. È stata l'occasione per farsi delle domande sul senso del tempo, sul suo valore, sulla precarietà della vita e sul rischio della morte. Inoltre, la complessità di una situazione, che non consentiva eccessive semplificazioni, per molti ragazzi è stata l'opportunità di scoprire il mondo dei genitori, le loro relazioni, la specificità del loro lavoro, con le inevitabili difficoltà. Il tutto ha generato un confronto tutt'altro che indifferente; ha creato la possibilità di nuovi conflitti, ma anche di nuovi dialoghi. Durante il *lockdown*, nonostante l'apparenza, in cui tutto sembrava immobile, niente in realtà è rimasto come prima; le sensazioni si sono fatte più acute e le emozioni più intense, dando vita a un disagio di cui non era semplice afferrare il senso. Eppure, proprio questa esperienza interiore del tutto nuova e imprevedibile, è diventata fonte di curiosità e ha messo in gioco una voglia di capire, di conoscere meglio se stessi. Ha creato il bisogno di individuare nuovi strumenti che consentissero un rispecchiamento in cui ansie e paure potessero trovare risposte più efficaci. Un rispecchiamento che aveva bisogno però anche del confronto con amici e colleghi, del dialogo con gli adulti. E, in effetti, al termine del tempo previsto per il *lockdown*, c'è stato un effetto rimbalzo, che ha rilanciato l'esigenza di rapporti in presenza, con il desiderio di tornare a scuola, per la stragrande maggioranza dei ragazzi. Un desiderio di ascolto degli altri e di narrazione di sé; un modo di fondere, senza confondere, storie di vita intense, in cui si intrecciavano rapporti vecchi e nuovi, caratterizzati da una profondità di affetti a cui fino ad allora era mancata la possibilità di esprimersi adeguatamente. Per molti ragazzi, ma anche per tanti adulti, non è stato facile osservare quel che accadeva intorno a sé o dentro di sé; provare davvero a raccontare con semplicità l'intreccio di emozioni, di riflessioni, di valutazioni, in una sorta di guazzabuglio di vissuti che afferivano contemporaneamente alla sfera emotiva e a quella più razionale; misto di non detto e di non compreso, ma comunque sempre fortemente presente nella propria immaginazione. Il vero gap al tempo del COVID è stato proprio lo scollamento tra testa e cuore di ognuno, nella tensione verso un'auto-comprensione che sembrava sfuggire continuamente, proprio perché segregata nella povertà di relazioni reali. Dover mantenere la distanza fisica, ha comportato il rischio che si convertisse in distanza sociale. Il gap emotivo ha fatto da substrato al gap educativo, lanciando una nuova sfida: crescere emotivamente, senza aver paura, neppure delle emozioni tristi. C'è sempre la possibilità di trasformarle in un potente ingranaggio che consenta di dilatare i confini della propria conoscenza,

senza restare prigionieri di una emotività ferita, schiacciata dalla sensazione di un futuro imprevedibile e ostile. Tuttavia, per trasformare il duplice gap emotivo ed educativo in una nuova opportunità serve un nuovo modello di accompagnamento affettivo più rassicurante e più stimolante. Una guida sicura per orientarsi nella comprensione di processi che hanno accompagnato la storia di tutta l'umanità; un tutorato, al tempo stesso fortemente personalizzato, ma anche capace di far cogliere sul piano culturale la generalizzazione di certi processi, assumendo una prospettiva letteraria, scientifica, sociale ed etica (Editoriale, Lancet, 3.2020).

Il GAP educativo nel mondo dell'infanzia e dell'adolescenza

Il COVID ha messo in evidenza l'esigenza di dover colmare quel gap di opportunità che divide i giovani del nostro Paese, soprattutto sotto il profilo educativo. In queste settimane la consapevolezza che saranno proprio i bambini più fragili e le famiglie più disagiate a pagare il prezzo più alto della pandemia è aumentata, non solo per la lunga chiusura delle scuole, che potrebbe anche ripetersi, ma soprattutto per il venir meno di quei supporti educativi che solitamente accompagnano la loro vita, dai centri educativi ai centri di aiuto allo studio, dagli spazi gioco ai laboratori. Tuttavia, in tempo di *lockdown*, sembrava fosse venuta meno proprio quella azione formativa intensamente personalizzata, capace di parlare ai ragazzi uno a uno e a ognuno di loro, sapendo prendere in considerazione le diverse esigenze della loro personalità; da quelle affettive a quelle razionali e cognitive; da quelle psicologiche a quelle sociali, da quelle biologiche a quelle etiche. Le difficoltà sono state diverse a seconda delle capacità e dei limiti degli studenti; a seconda della loro storia e della loro famiglia. Per molti di loro non è stato facile stare al passo con la "Didattica a Distanza" (DAD), che le scuole hanno messo in campo, inizialmente in modo un po' diletantistico, anche se poi è andata migliorando molto con il trascorrere delle settimane. Tuttavia, per alcuni ha rappresentato e rappresenta ancora un problema e non una soluzione. Ciò nonostante, è emersa con forza l'esigenza di favorire la diffusione dei sistemi di apprendimento a distanza, offrendo migliore assistenza tecnica oltre che psico-pedagogica, soprattutto a ragazzi e famiglie fragili. In questa prima fase della pandemia non sono state programmate tutte le attività di natura educativa e ricreativa adeguate a sostenere la continuità dei processi di apprendimento dei ragazzi più fragili, compatibilmente con i tempi della fase emergenziale e con le disposizioni normative. La DAD per loro, se e quando c'è stata, è stata improvvisata, senza una programmazione che tenesse conto dei nuovi strumenti disponibili, tecnologicamente poveri, ma potenti nell'uso che se ne sarebbe potuto fare, e delle nuove modalità di insegnamento-apprendimento

accessibili via web, sia per i docenti, che per gli studenti. I ragazzi non avevano bisogno solo di tecnologie didattiche di insegnamento-apprendimento, per la loro fragilità emotiva, avevano bisogno di capire il senso di quanto stava accadendo intorno a loro in un momento di grande incertezza. Non era solo il nuovo virus a preoccuparli, ma la gente che moriva, che generava ansia e paura. Per questo era essenziale far luce sulla veridicità delle notizie che giungevano attraverso i programmi televisivi, sempre in lotta con le cosiddette fake news, che ogni giorno proponevano nuove interpretazioni e nuove soluzioni senza fondamento oggettivo. Il bombardamento mediatico era esasperato dagli spazi chiusi in cui i ragazzi vivevano, con un'esposizione ripetuta a notiziari informativi che sembravano bollettini di guerra. E non sempre la scuola, preoccupata comunque dei suoi programmi e delle sue difficoltà tecnico-comunicative, ha saputo offrire strumenti efficaci per decodificare questi messaggi. Solo molto tardi, e solo in alcune trasmissioni per giovanissimi, ci si è posti il problema di parlare ai giovani e ai giovanissimi con un linguaggio adeguato alle loro capacità critiche, alle loro conoscenze scientifiche, ma soprattutto alla loro risonanza emotiva davanti a fatti e notizie drammatiche.

Anche per gli adulti, genitori e docenti, sarebbe stato estremamente importante comprendere meglio quali strumenti fossero a loro disposizione per consentire una piena assunzione di responsabilità rispetto alle informazioni da chiunque provenissero: giornalisti, docenti, utenti fantasiosi, manipolatori di professione. Occorreva analizzare aspetti comunicativi, medici, psicosociali e pedagogici dei nuovi modelli comportamentali imposti dall'emergenza sanitaria globale, per riferirli ai vissuti dei più giovani e interpretarli insieme a loro. Si sarebbe dovuto creare un nuovo spazio di conoscenza e di confronto multidisciplinare per offrire un approfondimento didattico adeguato agli studenti che da casa cercavano di mantenere il passo con lo svolgimento dei programmi didattici, ma che ogni giorno avrebbero potuto scoprire una nuova forma di cittadinanza, più consapevole e significativa. Lo scollamento tra l'isolamento, subito e non del tutto compreso, del periodo del *lockdown* e la movida imprudente degli adolescenti a *lockdown* non ancora concluso, in una pandemia non risolta, rivela tutta la fragilità di un impianto didattico che non ha fatto presa sugli aspetti più importanti della formazione: il senso di responsabilità verso sé stessi e verso gli altri. Del tutto sintomatica di questo scollamento tra istruzioni date e relativa non comprensione delle medesime, è stata l'esposizione al rischio di tanti giovani. Mi riferisco al periodo in cui abbiamo sperimentato il contrasto tra le scuole chiuse, per giusta prudenza, e invece l'apertura, sia pure parziale di bar, di chioschi, di piazze e giardini pubblici, luoghi classici di incontro per i giovani (Giuseppe Trio, 2020).

Il picco di casi anche tra i più giovani, in quel periodo, non era legato solo alla recrudescenza del COVID, quanto

all'inesperienza e alla mancata formazione-informazione dei più giovani, che avevano subito una segregazione senza averne colto il significato. In un certo senso si è trattato di una sperimentazione non programmata, tipica di chi in un processo educativo trasmette istruzioni per l'uso, magari corredate da una minacciosa prospettiva delle conseguenze di un'eventuale trasgressione, ma non si accerta se l'altro ha veramente capito qual è la posta in gioco per sé e per gli altri. Su questo gap educativo si gioca il futuro del Paese, a cominciare dalla libertà con cui i giovani possono contribuire a creare una società migliore e più consapevole, anche perché il gap educativo non può essere misurato solo in termini di esperienza scolastica, per altro fondamentale, ma deve invadere tutta la vita del soggetto. Saremo sempre coinvolti in un lungo processo di apprendimento, anche al termine degli studi superiori, soprattutto in un tempo in cui l'evoluzione appare così accelerata e coinvolge non solo le tecnologie, ma soprattutto i mutamenti sociali e le infrastrutture organizzative del sistema in cui viviamo. Occorre assumere un approccio analogo a quello proposto dal Life Long Learning (LLL): un apprendimento permanente o apprendimento continuo, inteso come processo individuale, intenzionale, che mira all'acquisizione di ruoli e competenze e che comporta un cambiamento relativamente stabile nel tempo. Si tratta di un processo che ha come scopo quello di modificare o sostituire un apprendimento non più adeguato rispetto ai nuovi bisogni sociali o lavorativi, in campo professionale o personale. È questo il vero gap educativo da superare, mettendosi nella condizione di chi immagina la sua vita come un apprendimento continuo a tutti i livelli.

L'Italia di fronte alla sfida digitale posta dal COVID

Era proprio in questo gap tra istruzione più o meno formalizzata e interrogativi, curiosità e perplessità – legati al vissuto di un'attualità inquietante, come quella scatenata dal COVID 19 – che giovani e adulti hanno cercato di potenziare le loro risorse, sia pure in chiave fai-da-te, e si sono scontrati con i limiti oggettivi di una battaglia tutt'altro che irrilevante. Tutte accessibili sul web, ma senza possedere gli strumenti del ragionamento critico. Da un lato, proposte di interpretazione scientifica diverse tra di loro, apparentemente tutte plausibili, ma evidentemente auto-escludentesi. Dall'altro, il divario digitale, diventato indicatore di un'ulteriore dimensione della povertà educativa. L'emergenza coronavirus, infatti, ha messo a nudo nuove esigenze legate alla digitalizzazione del Paese. Il mondo esterno entrava in casa attraverso tecnologie digitali che apparivano non difficili da apprendere, ma solo dopo che ci si era cimentati con vari insuccessi. Provando e riprovando alla luce di difficoltà legate alla propria non-conoscenza, o forse alla insufficienza della rete, o alla disponibilità di strumenti obsoleti, o ancora – cosa molto frequente in quei giorni – alla necessità di dover

condividere gli strumenti con chi lavorava in *smart working*, oppure doveva collegarsi a un'ora fissa per le lezioni, o voleva uscire da una soffocante ondata di ansia, attingendo all'evasione di un qualche film piacevole da vedere. Una sorta di babele, un labirinto in cui non era facile orientarsi sia per ragioni tecnologiche, che per carenza di competenze digitali, o per tensioni relazionali a livello familiare tra adulti e giovani; tra mondo della scuola dei più giovani e mondo del lavoro dei genitori. Impossibile sopravvivere senza il collegamento a varie piattaforme che circoscrivevano pezzi di mondo in cui e con cui poter comunicare. Cosa possibile solo con l'aiuto di molteplici password e parole chiave ad hoc. Un'esperienza decisamente complessa, solo in parte riconducibile alla sfera della propria autonomia e delle proprie competenze, dal momento che, nonostante l'isolamento, non si era mai soli con sé stessi, ma sempre subordinati all'attenzione e all'accoglienza di altri. (Federico Viviani, 20)

Non si può ignorare l'urgenza di sviluppare un'agenda digitale che faccia da contrasto alla povertà educativa: povertà di competenze, povertà di strumenti, povertà di rete, ma anche povertà di relazioni e di interazioni. Il divario digitale si somma, infatti, ai fattori di disuguaglianza già esistenti, come ad esempio la condizione sociale e il luogo stesso di residenza. Basta pensare al gap in termini di velocità della rete vissuto dai ragazzi che abitano nelle aree interne del Paese, ma anche tra un quartiere e l'altro delle grandi città. Si è misurata tutta la distanza tra chi aveva a disposizione gli strumenti per comunicare, lavorare, studiare, e quindi poter reagire al momento della crisi e chi no. La povertà tecnologica ha esasperato infatti un gap educativo insidioso e penetrante: basta pensare alla disparità subita dalle famiglie che non possono garantire ai propri figli computer adeguati e connessioni veloci, ma neppure il contributo della loro competenza, spesso inferiore a quella di figli e nipoti. Una povertà a tutto campo da cui si potrà uscire solo mettendo in moto una pluralità di iniziative e di risorse, anche economiche, per sopperire al ritardo accumulato. Il nostro Paese, infatti, è entrato nella crisi con numerose criticità pregresse sul fronte delle disuguaglianze digitali. Dai livelli di competenza dei giovani italiani, inferiori alla media Ue, alle disparità nell'accesso alla rete veloce, fino alla scarsa disponibilità di pc e tablet nelle scuole. Una serie di problemi aperti, su cui è intervenuta la normativa di emergenza. Tra i vari provvedimenti, la revisione del sistema di incentivi per la connettività, gli stanziamenti per la didattica a distanza, i fondi Pon per la digitalizzazione delle scuole elementari e medie. Misure ancora troppo recenti per essere valutate i loro effetti. Servirà tempo per capire gli effetti delle risorse stanziare in queste settimane e molto dipenderà dal concreto utilizzo delle risorse stesse, rilevabile solo *ex post*, attraverso puntuali valutazioni d'impatto.

Si tratta di aspetti cruciali per programmare la ripresa e richiedono l'attenzione di tutti gli attori coinvolti: istituzioni, famiglie, comunità educante nel suo complesso, opinione pubblica. Una corretta allocazione di risorse può contribuire

a ridurre le disuguaglianze digitali soprattutto se, finita l'emergenza, gli stanziamenti per ridurre il *digital divide* resteranno all'ordine del giorno dell'agenda politica. I ritardi da recuperare sono molti e sono riconducibili a un processo di digitalizzazione non ancora abbastanza inclusivo per minori e famiglie. Non possiamo dimenticare che prima della crisi erano molte le famiglie che a casa non avevano internet per motivi economici, in particolare nel Mezzogiorno. E ancora di più, il livello di competenze digitali dei giovani italiani, fatte le debite eccezioni, appare ancora oggi lontano dalla media europea. Un divario educativo rispetto agli altri paesi Ue che non potrà essere compensato solo con più computer e tablet: computer e tablet, smartphone e qualsiasi altro strumento, senza la competenza oggettiva di saperlo far funzionare al meglio, non sarà mai sufficiente. L'averne è necessario, ma insufficiente senza il sapere. La povertà di cui parliamo è povertà materiale, ma soprattutto povertà educativa. Senza questa consapevolezza, anche i più utili provvedimenti degli ultimi mesi, da soli, non basteranno a recuperare i ritardi. Non c'è solo un divario tecnologico, grave, ma risolvibile attraverso interventi economici mirati ed efficaci; ci sono anche disuguaglianze sociali radicate, profonde, per cui serve una strategia di lungo periodo, sinergica con quella per il contrasto alla povertà educativa.

Divari digitali e povertà educativa

Occorre mappare in profondità queste disuguaglianze, soprattutto in chiave territoriale, per capire in quali aree del Paese giovani e adulti possano aver incontrato le maggiori difficoltà. Ad esempio, nel momento in cui si investe nella dotazione digitale delle scuole, bisogna ricordare che la presenza del pc o del tablet a scuola è una premessa necessaria, ma non sufficiente per una vera scuola digitale, se non si dispone di una rete capace di supportare tutti gli aventi diritto. La faglia del divario digitale si è progressivamente spostata dalla possibilità di accesso ai dispositivi tecnologici, alla modalità e capacità di fruizione. In sintesi, è indispensabile un investimento educativo, oltre che tecnologico. Gli effetti della crisi dovranno essere monitorati attentamente.

In Italia vivono 9,6 milioni di minori. Come conseguenza della quarantena, in questi mesi ne sono rimasti a casa oltre 8 milioni e mezzo; ciò ha comportato una serie di questioni pratiche da risolvere, anche in funzione dello specifico progetto educativo che li riguarda, coinvolgendo loro e le loro famiglie, ponendo la necessità di conciliare i tempi della vita familiare con quelli lavorativi dei genitori e con l'assistenza a tutto campo da prestare ai figli. È emersa con forza l'importanza di disporre di strumentazione adeguata e connessioni veloci per svolgere le diverse attività: seguire le lezioni online, fare i compiti, rispondere alle nuove regole dello *smart working*. La possibilità di fare scuola da casa in questi mesi ha permesso di ridurre l'allargamento di alcuni gap di tipo

educativo tra i minori; ma ne ha creato degli altri e nel tempo andranno monitorati gli effetti che si sono creati per valutare il nuovo gap tra chi ha potuto partecipare alla didattica a distanza e chi no. Per non parlare delle conseguenze sullo sviluppo neuro-psichico dei minori che vivono in condizione di disagio (Berlin, 2020).

Sono due le tendenze più evidenti della povertà in Italia negli ultimi anni: cresce al diminuire dell'età e la fascia tra 0 e 17 anni è quella dove l'incidenza della povertà assoluta è maggiore. E, parallelamente, cresce all'aumentare del numero di figli: più una famiglia è numerosa, più è probabile che si trovi in povertà assoluta. Le famiglie con figli sono più povere della media. Di questo quadro dobbiamo tenere conto quando segnaliamo l'emergenza imposta in termini di digitalizzazione. Prima che si manifestasse l'emergenza COVID non era affatto marginale la percentuale di famiglie con figli che dichiarava di non potersi permettere l'acquisto di un pc oppure di un accesso a internet. Una difficoltà che trova conferma anche nelle recenti pubblicazioni dell'Istituto di statistica. Il 12,3% dei minori in età scolastica non ha un computer a casa, quota che sfiora il 20% nel mezzogiorno. Parliamo di circa 850mila giovani tra 6 e 17 anni. Il 57%, pur in presenza di un pc in casa, non ha un suo dispositivo personale, e deve condividerlo con gli altri componenti della famiglia. Soltanto il 6,1% dei ragazzi tra 6 e 17 anni vive in famiglie dove è disponibile almeno un computer per componente. Questi dati fanno capire quanto sia importante affrontare la sfida della digitalizzazione partendo dalle esigenze dei più piccoli. È noto come la prima e più efficace risposta ai divari sociali ed educativi tra i minori risieda nel ruolo della comunità educante, all'interno della scuola ha il ruolo principale, ma non esclusivo. Un bambino è libero dalla povertà educativa quando non è solo, ma può contare su una rete affettiva ed educativa solida, composta dalle persone che lo aiuteranno a crescere e a sviluppare le sue potenzialità: la famiglia, gli educatori, gli amici. Ma anche dai presidi educativi presenti sul territorio dove il bambino vive: associazioni sportive e centri culturali, oratori e biblioteche, laboratori pomeridiani e spazi verdi dove giocare. È dall'ampiezza e dalla qualità di queste reti sociali che dipende la crescita del minore.

L'emergenza coronavirus ha imposto per la sicurezza di tutti, delle regole di distanziamento fisico, che hanno influito negativamente su questo aspetto della crescita. La sfida che tutti dovremmo porci, dalle istituzioni alle organizzazioni sociali, dalle famiglie alle scuole, è che il distanziamento fisico non diventi distanziamento sociale. Il rischio concreto è infatti che questa crisi, una volta conclusa, sdoganino un modello di relazioni sociali fatto di "bolle" non comunicanti tra loro. Legittimando, dietro esigenze sanitarie reali, le disuguaglianze già esistenti, come fossero inevitabili. Il distanziamento fisico può essere un fattore di protezione per la salute; il distanziamento sociale non lo è mai.

La sfida del futuro è la cosiddetta gigabit society

La sfida dell'Europa nei prossimi anni sarà costruire la cosiddetta *gigabit society*: una società sempre più digitale e connessa. Questa prospettiva significa potenziare l'accesso e la velocità delle connessioni a internet, accrescere la disponibilità e la qualità dei servizi pubblici in rete, investire sulla formazione digitale dei più giovani. La trasformazione digitale del Paese riguarda, prima di tutto, i minori e le loro famiglie. Perciò, deve essere inclusiva. Il raggiungimento di questi target è strategico per l'intero Paese, ma lo è ancora di più, per il futuro dei minori e delle loro famiglie. Monitorare i progressi e le criticità, oltre ad aiutarci a contestualizzare meglio gli aspetti che affronteremo nei prossimi anni, consente di capire come il nostro Paese stia affrontando la sfida digitale, in particolare, per quanto riguarda le giovani generazioni. Un buon modo per confrontare la situazione italiana con quella degli altri Stati è monitorare l'andamento dell'indice DESI: un indicatore composito (*Digital Economy and Society Index*) che ha l'obiettivo di sintetizzare i progressi di un paese rispetto alla digitalizzazione della sua economia e società. Le dimensioni prese in considerazione dall'indicatore DESI sono 5:

- connettività (in particolare lo sviluppo della banda larga);
- capitale umano (cioè le competenze e l'inclusione digitale dei cittadini);
- utilizzo di internet;
- integrazione delle tecnologie digitali (obiettivo legato alla digitalizzazione dell'economia);
- sviluppo dei servizi pubblici digitali.

L'Italia oggi è al 25esimo posto su 28. Dalla creazione dell'indice l'Italia si è sempre collocata sotto la media Ue. Il punteggio finale, che ci vede agli ultimi posti, è la somma (ponderata) dei punteggi ottenuti nelle varie dimensioni. Quelle dove l'Italia è più in linea con la media europea sono la connettività (17esima su 28) e i servizi pubblici digitali (19esima). Mentre sono molto indietro i risultati nell'integrazione digitale dell'economia (22esima), e soprattutto nell'uso dei servizi internet (terzultima) e in capitale umano (ultima). Nella dimensione "capitale umano" viene valutato il livello di competenze digitali della popolazione. Garantire a tutti un'alfabetizzazione di base sugli strumenti e sui linguaggi delle nuove tecnologie va considerata una priorità del Paese, specialmente per i più giovani. Altrettanto fondamentale è il tema dell'accesso e dell'uso di internet. Allo stesso tempo però, i dati dell'Ocse hanno reso evidente come il *digital divide* – soprattutto tra i giovani – si sia progressivamente spostato, dall'accesso all'uso che viene fatto della rete. Chi vive in una famiglia economicamente svantaggiata è meno probabile che usi internet per accedere all'informazione; sia per leggere notizie ed essere aggiornati su cosa sta accadendo nel mondo, sia per capire, informarsi, approfondire, arricchire il proprio bagaglio di conoscenze. Il 73,7% degli studen-

ti di famiglie avvantaggiate usa internet per leggere notizie, mentre tra quelli svantaggiati la quota scende al 60,4%. Si tratta di un gap che parla di disuguaglianze che vanno oltre quelle digitali. Riguardano il diritto dei minori a non cadere nella trappola della povertà educativa. Già prima della crisi del coronavirus era chiaro quanto internet avesse acquisito una dimensione centrale nella vita quotidiana delle nostre società. Il diritto di accesso alla rete è ormai considerato una prerogativa fondamentale. Nel 2015 questo diritto è entrato anche ufficialmente nelle norme europee dopo che, sempre a livello continentale, negli anni precedenti, erano stati fissati degli obiettivi in termini di copertura potenziale della rete. Per monitorare le competenze digitali dei cittadini, Eurostat ha sviluppato un indicatore che tiene insieme diversi aspetti. Viene valutata l'abilità nell'utilizzo di software più comuni, la capacità di comunicare via internet attraverso mail o videochiamate, quella di installare applicazioni o trasferire file, solo per fare alcuni esempi. In termini di competenze, in Italia la quota di giovani tra 16 e 19 anni che padroneggiano gli strumenti digitali è più bassa. In base ai dati più recenti (2019), risulta che l'83% delle ragazze e dei ragazzi europei abbiano competenze di base o superiori. In Italia questa percentuale scende al 64%, quasi 20 punti in meno della media Ue, e a oltre 20 punti da Regno Unito, Germania e Spagna. L'Italia risulta terzultima in Ue per quanto concerne le competenze digitali dei più giovani. L'Italia, in confronto alla media europea, ha accumulato un maggior ritardo su diversi fronti della sfida digitale. Tale ritardo rischia di essere pagato soprattutto dai più giovani e dalle loro famiglie. Una ragazza o un ragazzo che non è pienamente a suo agio in un ambiente digitale avrà più problemi in futuro, a partire dalle normali esigenze della vita quotidiana fino alle future possibilità di occupazione. Il ritardo che dobbiamo considerare non è solo quello dell'Italia nei confronti di altri Stati membri; all'interno del Paese persistono disuguaglianze e divari territoriali che indicano tante velocità diverse nella digitalizzazione del Paese. L'altro elemento, citato meno di frequente, ma comunque rilevante, è l'assenza della rete di banda larga nel territorio dove si abita. In questo caso, i territori dove questo tipo di disagio viene segnalato con più frequenza sono spesso caratterizzati da ampie aree interne o montane. In altri termini, il gap educativo va immaginato come una struttura multidimensionale in cui i fattori di fragilità, invece di compensarsi, si interfacciano amplificandosi e aumentando il rischio del danno che il soggetto deve soffrire. Non è però il COVID a generare direttamente il gap, ma funge, piuttosto, come catalizzatore di una reazione negativa, in cui la molteplicità dei fattori esercita un'azione decostruttiva sul sistema – che minaccia di implodere – lasciando la persona più sola e disorientata che mai.

Disuguaglianze territoriali che incidono sulle reali possibilità di far fronte al gap educativo

Comunque, il gap educativo costituisce un aspetto cruciale della crisi che stiamo vivendo, perché segnala un profondo divario culturale, economico e sociale, scientifico e tecnologico, nonché territoriale, da colmare. Non è indifferente valutare il divario tra i minori che vivono in aree con elevata copertura e possono disporre di un accesso più veloce alla rete, e i minori che abitano nei territori scoperti rispetto a internet o sono serviti da una rete fissa più lenta. Un divario che riguarda il luogo in cui abitano e rischia di sommarsi ad altre disuguaglianze già esistenti. La questione ambientale riferita alla rete è spesso responsabile di una migrazione interna dei ragazzi e delle loro famiglie verso aree a più alta digitalizzazione, con il rischio di impoverire ulteriormente certi territori, privandoli delle competenze dei più giovani e motivati, ossia proprio di quelli che potrebbero attivare processi di cambiamento più veloci ed efficaci. La cosiddetta 'mancanza di campo' induce i giovani a mutare i luoghi della loro frequentazione, per non sentirsi isolati e disconnessi.

La sindrome da disconnessione è vissuta soprattutto dai più giovani come una sorta di gogna mediatica che li esclude dalla forza del gruppo e dalla condivisione di video in cui si articolano i loro vissuti, facendo da contraltare all'isolamento fisico. Inoltre, con i territori che comunicano a stento via web ci sono anche molti altri rischi, a cominciare dall'impossibilità di svolgere agevolmente uno *smart working* qualificato e qualificante. Oppure, per i più anziani, sussiste la difficoltà ad avvalersi delle moderne metodologie di telemedicina, per il monitoraggio di patologie croniche o per la valutazione in tempi reali di potenziali rischi clinici. L'emergenza sanitaria in corso, e soprattutto lo shock determinato dalla "Fase 1", hanno reso evidente quanto importante e quanto urgente sia uno sforzo collettivo nella direzione della telemedicina. Fermo restando che l'*eHealth* è un obiettivo alto e complesso, le opportunità che l'innovazione tecnologica oggi mette a disposizione permettono alla telemedicina, e quindi all'assistenza sanitaria da remoto, grandissimi vantaggi per la gestione di questo e di futuri eventi pandemici. Tuttavia, ancora una volta il gap originato dal *digital divide* aggiunge ostacoli a ostacoli e impone una revisione dell'intero sistema.

In conclusione

Come è stato più volte rilevato questa pandemia ha causato un numero crescente di problemi, nonché eventi drammatici, tra i quali le molte persone che hanno pagato con la vita un prezzo altissimo. Tuttavia, nello stesso tempo, ha aperto spazi di straordinaria creatività, che potrebbero trasformare uno dei fattori più critici emersi durante il *lockdown*, come il gap educativo, in un motore di rilancio della famosa società della conoscenza in cui siamo immersi, spesso senza averne piena consapevolezza. La sfida educativa non riguarda solo il mondo della scuola e la generazione dei più giovani, ma coinvolge l'intera società, alla luce di quel *LLL* che dovrebbe diventare il sale di tutta la nostra esistenza. Non si può vivere senza apprendere qualcosa di nuovo, neppure per un solo giorno. Lo hanno sperimentato tutti coloro che hanno dovuto imparare in fretta a muoversi sulle nuove piattaforme per il loro lavoro da remoto; ne hanno preso coscienza medici e operatori sanitari per offrire un'assistenza da remoto, che ha coinvolto anche psicologi e psichiatri in un'azione di psicoterapia indispensabile per gestire l'ansia e l'angoscia davanti alla morte o davanti alla terapia intensiva. Tutti hanno imparato molto sul virus, ma ancora di più attraverso il virus, che ha messo in movimento dinamiche di capacità insospettite, di curiosità e di cambiamento personale, oltre che sociale. Il gap educativo persiste, ma i suoi parametri sono cambiati.

Bibliografia

- Berlin DA, Gulick RM, Martinez FJ. *Severe COVID-19*. N Engl J Med 2020;383:2451-2460.
- Building a resilient NHS, for COVID-19 and beyond*. Lancet 2020;396:935.
- Edwards JK, Cole SR, Adimora AA. *Remdesivir and COVID-19*. Lancet 2020;396:953.
- Gotor M, Chiocca E. *La scuola nell'emergenza sanitaria COVID-19*. La rivista Il Mulino, 30.IV.2020.
- Trio G. *Didattica a distanza ed emergenza COVID-19. Il ruolo del dirigente scolastico tra nuove tecnologie e tutela della privacy*. Altalex, 19 maggio 2020.
- Viviani F. *La didattica digitale integrata*. Orizzonte Scuola, 24 agosto 2020.

QUADERNO

“RISCHIO, STRATEGIE COMUNICATIVE E RISPOSTE INDIVIDUALI DURANTE LA PANDEMIA COVID-19: UNA PROSPETTIVA EDUCATIVA”

“RISK, COMMUNICATION STRATEGIES AND INDIVIDUAL ANSWERS DURING THE COVID-19 PANDEMIC: AN EDUCATIONAL PERSPECTIVE”

La pandemia COVID-19 e la bioetica della cura

The COVID-19 pandemic and the bioethics of care

MARIANNA GENSABELLA FURNARI

Dipartimento di Civiltà antiche e moderne, Università degli Studi di Messina

Il saggio rilegge alcune questioni bioetiche emerse durante la pandemia COVID-19, seguendo il modello della bioetica della cura. La premessa mette in luce come tre dimensioni fondamentali della condizione umana (la vulnerabilità, l'interdipendenza, l'incertezza), messe in evidenza dall'epidemia, siano anche alla radice della bioetica della cura. Nel primo modello proposto da Warren T. Reich, la bioetica della cura trova, infatti, fondamento nel concetto heideggeriano di Cura e nel suo nesso con la vulnerabilità. Si propone la tesi che da tale nesso derivino due principi fondamentali che rimangono impliciti nel discorso della bioetica della cura: il principio responsabilità e il principio di solidarietà. Nel primo paragrafo il tema-problema della *preparedness* è letto alla luce del principio responsabilità. A partire dalle tesi di Hans Jonas sulla responsabilità, si prendono in esame il dovere di pre-vedere e le sue implicazioni, l'euristica della paura, la difficoltà del passaggio dalla responsabilità individuale a quella collettiva, contrapponendo in ultimo al paradigma genitoriale della responsabilità proposto da Jonas, il paradigma della fraternità. Nel secondo paragrafo si prende in esame il rapporto di interdipendenza tra salute individuale e salute pubblica, mettendo l'accento sulle forti disuguaglianze che rimangono al suo interno. A partire da alcune riflessioni sul principio di solidarietà e sul suo rapporto con la responsabilità, si ripercorre, anche attraverso la rilettura di un parere del CNB del 2020, il passaggio dal “fatto” dell'interdipendenza al principio etico della solidarietà. Tale passaggio è visto in conclusione come al tempo stesso utopico e necessario, se si vuole rileggere l'emergenza pandemica come una crisi che dia luogo a un nuovo inizio.

Parole chiave: Bioetica della cura, COVID-19

The essay re-examines some bioethical issues that have emerged during the COVID-19 pandemic in the light of the bioethics of care. The introduction highlights how three fundamental dimensions of the human condition (vulnerability, interdependence, uncertainty), highlighted by the pandemic, are also at the root of the bioethics of care. In the first model proposed by Warren T. Reich, the bioethics of care is, in fact, based on Heidegger's concept of Care and its link with vulnerability. It is proposed that two fundamental principles that remain implicit in the bioethics of care derive from this link: the principle of responsibility and the principle of solidarity. In the first section, the theme-problem of preparedness is viewed in the light of the principle of responsibility. Dwelling on Hans Jonas's ideas on responsibility, we examine the duty of fore-seeing and its implications, the heuristics of fear, the difficulty of the shift from individual to collective responsibility, ultimately opposing the parental paradigm of responsibility proposed by Jonas with the paradigm of fraternity. In the second section, the relationship of interdependence between individual health and public health is examined, highlighting the marked inequalities that remain. Starting with some reflections on the principle of solidarity and its relationship with responsibility, the shift from the “fact” of interdependence to the ethical principle of solidarity is retraced, also through the rereading of an opinion issued by Italy's National Bioethics Council (CNB) in 2020. This shift is seen in conclusion as both utopian and necessary if we are to re-interpret the pandemic emergency as a crisis that may result in a new beginning.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof.ssa Marianna Gensabella Furnari
Università degli Studi di Messina
Piazza Pugliatti 1, 98122 Messina
e-mail: mgensabella@unime.it

Key words: Bioethics of care, COVID-19



OPEN ACCESS © Copyright by Pacini Editore Srl

Premessa

La pandemia COVID-19 ci ha messo di fronte a delle verità che riguardano aspetti significativi della condizione umana: la vulnerabilità che accomuna tutti i viventi; la reciproca interdipendenza che segna i rapporti tra esseri umani; l'incertezza in cui si muove la nostra vita e il nostro sapere. Un virus, che per la sua potenza si è tentati di definire sovrano (Di Cesare, 2020), ha fatto cadere il velo che nascondeva queste verità, le ha fatte emergere dalla semi-oscurità del rimosso, dove rimanevano per non dare fastidio alla corsa del nostro "fare".

Da qui l'esigenza di ripensare con altri occhi, con maggiore consapevolezza di ciò che segna la condizione umana, i problemi che la pandemia ha sollevato, non solo mettendo in pericolo la nostra salute, ma mutando, e di molto, le nostre vite: il rapporto tra salute individuale e salute collettiva, la tensione tra libertà individuale e tutela della salute pubblica, il rischio che la difesa della salute fisica metta in pericolo altri beni essenziali, accentuando le disuguaglianze. La bioetica, come sapere interdisciplinare tra scienze della vita e della cura della salute ed etica (Reich, 1978), non può non farsene carico.

Ma quale bioetica? Il modello che si propone in questo saggio è quello della bioetica della cura, a partire dalla prima proposta che ritroviamo negli scritti di Warren T. Reich: un modello che appare come il più vicino alla consapevolezza, emersa durante la pandemia, del nesso tra vulnerabilità e interdipendenza che segna la condizione umana. Per lo più identificata con una bioetica scritta con mano di donna, la bioetica della cura ha, in effetti, una doppia origine: per un verso l'etica della cura presente non senza contrasti nel pensiero delle donne (Marsico, 2002; Palazzani, 2007; Botti, 2014), per l'altro l'interpretazione heideggeriana del Mito di Cura. Ed è su quest'ultima che si vuole insistere, dal momento che qui si dà il fondamento teorico della bioetica della cura. Un fondamento che Reich ricava dalle pagine in cui Heidegger rilegge il noto Mito di Cura (Igino, 2005), come testimonianza preontologica di un "primato della Cura", connesso all'essere l'uomo un *compositum* di corpo e spirito che vive nel tempo. Tale primato si traduce nel nostro essere destinati alla Cura per tutto il tempo della nostra vita (Heidegger, 2019, pp. 241-242), consegnati a dover "prenderci cura" delle cose del mondo (ivi, p. 78), e ad "aver cura" degli altri (ivi, pp. 151-152).

Su questa seconda origine Reich insiste quando parla di un'etica della cura di cui si avverte il bisogno in medicina e altrove, che sia "cieca quanto al genere ed egualitaria quanto ai ruoli" (Reich, 1993). Da questa prendiamo le mosse in questo saggio, esplorando gli spazi di riflessione che si aprono non solo nella pratica clinica, ma anche "altrove", nella dimensione sociale, in cui i problemi sollevati dalla pandemia chiedono risposta.

Lo faremo seguendo la metodologia della bioetica della cura, ossia antepoendo alla domanda della bioetica dei principi, (Beauchamp e Childress, 2019) un'altra che riguarda tutti i soggetti coinvolti nel problema "Come possiamo prendercene cura?". Ciò non significa che la domanda sui principi sia esclusa, ma solo che venga dopo quella sui bisogni e sulle responsabilità, ossia sulle relazioni di cura. Una questione di tempi che dà respiro umano alla bioetica, e che, spostando in avanti la contrapposizione tra principi, che segna tanta parte del dibattito bioetico, guadagna terreni preziosi di mezzo, in cui riflettere, progettare insieme soluzioni.

In questo prender tempo la bioetica della cura non mostra una debolezza teorica, incertezze o ambiguità, tutt'altro. A uno sguardo attento appare chiaro come la bioetica della cura non solo interagisca con la bioetica dei principi, ma abbia già in sé, impliciti nel suo fondarsi sul primato di Cura, due principi fondamentali, diremmo due meta-principi, su cui è difficile non convenire: il principio responsabilità che dà voce al potere di cura, e il principio di solidarietà che ne estende i benefici a tutti in modo il più possibile equo. È quanto vedremo applicando il suo modello alle questioni bioetiche emerse durante la pandemia.

Preparedness: cura e responsabilità

Le questioni sollevate dall'emergenza pandemica possono essere rilette alla luce della evidente connessione tra cura e responsabilità. La domanda "Come posso prendermi cura di te?" presuppone un *rispondere all'altro, dell'altro*. Cosa significa questo nell'emergenza che stiamo attraversando?

La prima questione è: potevamo fare qualcosa? la pandemia era prevedibile? potevamo prepararci, in modo da ridurre gli esiti catastrofici? Sembra di sì. Vi era già stato un grande allarme per l'influenza aviaria del 2003 e già nel 2005 l'OMS aveva invitato gli Stati membri a predisporre dei piani nazionali, in previsione di una pandemia influenzale dovuta a un virus persistente (WHO, 2005). E di seguito, negli ultimi dieci anni diversi organismi internazionali avevano lanciato l'allarme sul rischio di epidemie da virus (Comitato Nazionale per la Bioetica, d'ora in poi CNB, 28 maggio 2020, p. 8).

E tuttavia la pandemia COVID-19 trova i diversi paesi del mondo tutti più o meno impreparati. Ne sono prova le immagini tragiche di strutture sanitarie stracolme, costrette a limitare gli accessi, scegliendo tra i pazienti "chi curare" (CNB, 8 aprile 2020). Si poteva evitare? Forse, ma non è avvenuto, e rimane da capire perché. Limitandoci al nostro Paese, sappiamo che il Piano nazionale di preparazione e risposta a una pandemia, predisposto dopo l'influenza aviaria, non è stato più aggiornato dopo il 2006 (CNB, 28 maggio 2020, p. 8). Non a caso si insiste di recente, sia in ambito internazionale (Global Preparedness Monitoring Board, 2019 e 2020), che a livello nazionale (CNB, 8 aprile 2020; CNB, 28 maggio 2020) sulla *preparedness*, ossia sul "predisporre

strategie di azione nell'ambito della sanità pubblica, in vista di condizioni eccezionali rispetto ad emergenze causate da pandemie" (CNB, 8 aprile 2020, p. 7). Ma cosa significa questo concetto portato prepotentemente alla ribalta dall'avvertimento, doloroso, di una mancanza?

La *preparedness*, o l'essere pre-parati, il pre-disporre, è in realtà un tema classico della bioetica, poiché rientra nell'ambito più ampio della pre-venzione: qualcosa si fa prima, perché il peggio non accada, dal momento che si pre-vede che probabilmente accadrà. Sappiamo tutti quanto la prevenzione sia importante per la salute e per la sostenibilità dei sistemi sanitari. La *preparedness* chiama in causa il "principio di precauzione", un principio, come il CNB chiarisce già nel 2004, per il quale l'assenza di certezze di danno "non deve ritardare l'adozione di misure effettive e proporzionate dirette a prevenire rischio di danno grave" (CNB, 2004, p. 36). Un principio ispirato alla prudenza, quindi, ma che trova il suo primo movente nella responsabilità. Identificato e assimilato con il "principio responsabilità" di Hans Jonas, il principio di precauzione ne è la versione più tenue, dal momento che non giunge mai, come può accadere per l'etica di Jonas, a proporre un astensionismo anti-scientifico, ma è pensato in funzione di una gestione/regolamentazione del rischio (ivi, p. 17).

Ciò che qui interessa non è però tanto ciò che distingue, ma ciò che accomuna i due principi: il farsi carico di situazioni di incertezza, con l'intento di salvaguardare il più possibile i soggetti coinvolti. Notiamo a margine come durante la pandemia il richiamo più frequente nella comunicazione istituzionale e massmediale sia non alla precauzione, ma alla "responsabilità". Ed è in effetti, l'assunzione di responsabilità, di ciascuno verso tutti, ciò che muove la precauzione, la cauta gestione del rischio.

Ma cosa intendiamo per responsabilità? Torniamo alle pagine di Jonas, perché è lì che troviamo una teorizzazione chiara del principio responsabilità. Risulta subito evidente il nesso intrinseco tra la Cura heideggeriana, da cui la bioetica della cura trae origine, e il principio responsabilità. Ciò che Heidegger pone a livello ontologico diviene in Jonas principio etico. "La responsabilità è la cura per un altro essere quando venga riconosciuta come dovere, diventando 'apprensione', nel caso in cui venga minacciata la vulnerabilità di quell'essere" (Jonas, 1993, p. 135). È Cura, intesa come preoccupazione, sollecitudine per la nostra vulnerabilità, a farsi principio.

Un principio che guarda al futuro: non all'imputabilità per azioni già compiute, ma alle conseguenze pre-vedibili delle azioni da compiere. Nell'etica si fa strada un nuovo dovere, il *dovere di pre-vedere*. Ma fino a che punto è possibile questo sguardo sul futuro? Chiamati in causa come gli antichi auguri, gli scienziati hanno in mano alcune evidenze su ciò che è stato o è, da cui ricavano ipotesi, pre-visioni che si danno al plurale, spesso discordi. Lo vediamo quando li interroghiamo sul possibile andamento dei contagi, sui possibili mutamenti del virus. A quale previsione daremo più credito? A quella

ottimista o a quella pessimista? Per Jonas, per difendere il nostro futuro, vale il "precetto" secondo cui "si deve prestare più ascolto alla profezia di sventura che a quella di salvezza" (Jonas, 1993, p. 39). Si tratta di un precetto, appunto, che va contro un naturale desiderio di felicità che ci fa tendere a non prestare ascolto ai "profeti di sventura".

Per costringerci ad ascoltarli sembra che ci sia un unico rimedio: "dobbiamo" avere paura. Ma abbiamo visto come funziona la paura, rispetto alla responsabilità. Durante la fase acuta della diffusione del virus, i mezzi di comunicazione di massa hanno trasmesso immagini che, suscitando paura, supportavano i messaggi istituzionali che invitavano alla responsabilità. Quasi tutti abbiamo avuto paura, quasi tutti abbiamo adottato comportamenti responsabili. A volte, no: cieca, istintiva, la paura ha portato anche ad atteggiamenti irrazionali, egoistici, irresponsabili. Pensiamo alle fughe da zone rosse, all'assalto ai supermercati. Non sempre la paura funziona al servizio della responsabilità. Perché la paura ha tanti volti. Il primo è quello dell'emozione primordiale di fronte al pericolo immediato, qui e ora, per me: la paura che blocca l'azione o spinge alla fuga. Non è questa la paura che Jonas ha in mente quando pensa a una "euristica della paura" che apra la via alla responsabilità. Si tratta piuttosto di una paura razionale, altruistica, che prefigura un pericolo di là da venire, probabile, che forse colpirà altri e non noi (Jonas, 1993, pp. 284-285). Somiglia di più questa "euristica della paura" a ciò che dovremmo cercare di avvertire quando i contagi diminuiscono, e tuttavia una ripresa è "prevedibile". Abbiamo paura in quella fase? Non tanto, non tutti: la paura diminuisce e con essa la responsabilità.

È possibile trovare un'altra strada per essere responsabili, per prepararci ad un'eventuale ripresa dei contagi, o a un altro virus? Jonas accenna al "coraggio della responsabilità" (Jonas, 1993, p. 284): potremmo quindi cambiare registro, passare dalla paura al coraggio, intendendolo come la virtù dello stare nel mezzo "tra paura e ardimenti" (*Eth. Nic.*, III, 9,115a 6). Certo, è una via di mezzo difficile da trovare e da seguire, e a guidarci non basta la ragione. A muoverci può essere quel "sentimento di responsabilità" che dà anima al coraggio, e che Jonas vede iscritto dalla natura nel paradigma genitoriale: il sentimento che muove, soprattutto la madre, a prendersi cura del figlio (Jonas, 1993, p. 50), fino a quando non sia capace di aver cura di sé stesso. Ma questo paradigma limita molto, il senso della responsabilità: lo libera sì dalla reciprocità dello scambio, ma lo vincola a relazioni asimmetriche. Non è possibile attraverso il paradigma genitoriale pensare alla "responsabilità di ciascuno verso tutti", di cui avvertiamo l'esigenza di fronte all'emergenza pandemica. Per questo abbiamo bisogno di un paradigma in cui la responsabilità sia reciproca e, al tempo stesso, la reciprocità sia ripensata non secondo la logica del *do ut des*, ma alla luce di un legame, come dovrebbe essere quello fraterno.

Ci allontaniamo qui dalle pagine di Jonas, dal momento che secondo lui il paradigma della fraternità non assicure-

rebbe ciò che ritiene sia un carattere essenziale della responsabilità: l'assenza di reciprocità. I fratelli sono infatti pensati come in genere eguali e autonomi. Potrebbero sì essere corresponsabili, ma rispetto ad un'impresa comune. In questo caso - e potrebbe essere il caso del far fronte alla pandemia - Jonas parla di una "fratellanza finalizzata", in cui la responsabilità è mossa dal compimento dell'impresa, non dal dovere di prendersi cura l'uno dell'altro. Tornando ai fratelli naturali, solo se uno di loro si trovasse in stato di necessità, o comunque bisognoso di aiuto, si potrebbe parlare di responsabilità non reciproca. E tuttavia questa responsabilità definita "orizzontale" sarebbe sempre più debole di quella "verticale" dei genitori verso i figli (Jonas, 1993, pp. 119-120).

Si può osservare che anche nell'impresa comune la fratellanza finalizzata si confronta con stati di necessità e di particolare bisogno da parte di alcuni. E a proposito dei fratelli naturali, la diversità nei bisogni e nella capacità di cura non è forse più frequente dell'eguale autonomia? Cosa impedisce di pensare a un legame fraterno in cui la responsabilità dell'uno verso l'altro tenga conto più del bisogno di cura che della possibilità di ricambiare? In ogni caso è di questa *responsabilità reciproca*, o *corresponsabilità*, che abbiamo bisogno, con tutte le difficoltà e insieme i vantaggi della sua dimensione orizzontale, pensandoci diversi per bisogni e capacità, e al tempo stesso pari per diritti. Per quanto possa essere più debole, questa responsabilità orizzontale ci libera dai fantasmi di una società gestita da grandi padri, ed è proprio per questo l'unica via che possiamo percorrere, da liberi, per pensare il passaggio, difficile sia per l'etica che per la politica, dalla responsabilità individuale a quella collettiva, condivisa.

Un passaggio di cui avvertiamo, oggi in particolare, la difficoltà e la necessità. In crisi globali, come l'emergenza pandemica, comprendiamo che l'impresa è comune, non riguarda qualcosa o qualcuno, ma la vita, la salute di tutti, ma in modo diverso, come avviene tra fratelli di un'unica famiglia, quando la casa è in pericolo. La risposta può essere un esplodere della conflittualità, se ognuno tenta di salvarsi da solo, anche a costo dell'altro, o un rinsaldarsi del legame che porta a essere responsabili l'uno dell'altro: quella fraternità su cui richiama con forza l'attenzione l'enciclica *Fratelli tutti* di Papa Francesco. Ma qui siamo già passati, dal principio responsabilità a un altro, che con la fraternità, ha in comune, pur nelle differenze date dal contesto storico e culturale (Rodotà, 2017, pp. 20-30), l'idea di legame, un principio che ha dietro di sé, nella sua storia diverse matrici (Blais, 2012) ed è, in quanto tale, spendibile in una bioetica laica come la bioetica della cura: il principio solidarietà.

Siamo tutti figli di Cura: dall'interdipendenza alla solidarietà

Principio dei tempi difficili (Rodotà, 2017, p. 81), la solidarietà è intrinseca all'etica della cura, quanto la responsa-

bilità. Distinta dalla responsabilità intesa in senso generico, appare identificabile con la responsabilità di ciascuno verso tutti. Attraverso il principio di solidarietà possiamo, infatti, attuare il passaggio dalla responsabilità individuale a quella collettiva, pensando le nostre azioni non secondo il rapporto causa-effetto proprio della responsabilità, ma nella prospettiva di un "sistema di concause all'interno del quale tutto è costantemente causa ed effetto" (Magni, 2012). La solidarietà è, infatti, fondata sull'interdipendenza, ed è per tale motivo considerata insieme "un fatto" e "un valore" (Blais, 2012, 347; Totaro, 2013, p. 120).

Tuttavia, se è vero che la solidarietà è fondata sull'interdipendenza, è vero anche che trova in questa una condizione necessaria, ma non sufficiente. L'interdipendenza, infatti, può essere vissuta nella conflittualità, se si fa leva sulle disuguaglianze per rafforzare il potere dei più forti, o nello spirito del legame, lo stesso del dono (Totaro, 2013, pp. 129-133; Godbout, 2002, 1998), se all'inverso si vogliono ridurre le disuguaglianze e condividere un potere inteso come responsabilità. Ciò fa sì che la solidarietà, pur trovando radice nel "fatto" dell'interdipendenza, si dia in un contesto di valore, passi dalla dimensione di *ciò che è*, alla dimensione di *ciò che deve essere*.

Possiamo parlare di solidarietà, quindi, quando la condizione di interdipendenza è vissuta come legame tra esseri umani che a vicenda si riconoscono pari in dignità e diritti, e come tali tendono insieme verso il bene, prendendosi cura gli uni degli altri, senza escludere nessuno. Come scrive Giovanni Paolo II nell'enciclica *Sollicitudo Rei Socialis*: "L'interdipendenza deve trasformarsi in *solidarietà*" (39). Quest'ultima consiste nella "ferma e perseverante determinazione di lavorare in vista del *bene comune*; ovvero in vista del bene di tutti e di ciascuno, perché *tutti* noi siamo davvero responsabili di tutti" (38).

Come si pone la solidarietà nella bioetica della cura? Warren T. Reich, nel saggio *Alle origini dell'etica medica*, contrappone al mito hobbesiano, a cui si ispira il contrattualismo e l'etica liberale, il mito di Cura, come fondativo dell'etica della cura, concludendo il suo commento al mito con una frase che potrebbe essere l'esergo di una bioetica della cura e della solidarietà: "ognuno di noi è figlio della Cura" (Reich, 1993, p. 45). Nello stesso saggio Reich ripropone un interrogativo aperto dall'epidemia di AIDS: i medici possono, per paura del contagio, rifiutarsi di curare pazienti con AIDS? Secondo Reich l'etica della cura non dà una risposta in termini prescrittivi ma, facendo un passo indietro, "richiede che si ponga innanzitutto una domanda": "quale tipo di società vogliamo avere? Vogliamo far parte di una società premurosa? Se così fosse, opteremmo probabilmente per un concetto di solidarietà-nella-cura sociale, che richiede che si identifichino e si creino immagini esemplari di cura" (Reich, 1993, p. 58). La solidarietà funge, quindi, da principio guida per un'etica e una bioetica della cura che vogliano spaziare

dalle relazioni interpersonali a quelle sociali, assumendo una dimensione pubblica.

Questa funzione guida del principio solidarietà emerge anche nel parere del CNB *COVID-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale*, che muove dalla connessione tra interdipendenza e solidarietà, in relazione al bene salute. La possibilità di ricaduta della tutela della salute di ognuno sulla salute di tutti implica un declinarsi della solidarietà come un'attenzione alla salute non solo per sé, ma anche per gli altri, soprattutto per i più esposti al contagio: "anche i soggetti a minor rischio hanno il dovere di proteggersi dall'infezione, nell'interesse dei soggetti più vulnerabili" (CNB, 28 maggio 2020, p. 6).

Un dovere difficile, che comporta sacrifici in termini di libertà, di relazioni sociali, di interessi economici. Quanti sono disposti a farlo se meno esposti al contagio? Qui la corresponsabilità è messa alla prova dall'assenza di una reciprocità in termini di scambio: cosa farà l'altro, più fragile, più anziano, per me, più sano, più giovane? Occorre qui mettere in campo un significato di reciprocità, che trovi il suo senso non nello scambio, ma nel legame. Ma per far questo dobbiamo, contro la logica di una società individualista, dominata dalle leggi del mercato, iniziare a parlare sul serio della necessità di un'utopia della solidarietà (Rodotà, 2017) e di un'educazione alla solidarietà che le spiani la via.

Non occorre però insistere solo sulla responsabilità degli individui, sulla loro solidarietà verso i più vulnerabili: insistere unicamente su questa evocherebbe conflittualità, giudizi di colpevolezza da parte degli uni contro gli altri. Come il CNB nota, al richiamo alla responsabilità individuale deve affiancarsi quello alla responsabilità collettiva, dello Stato e delle Istituzioni, in modo che il peso della pandemia, così come quello delle misure restrittive, "non creino nuove disuguaglianze o accentuino quelle esistenti" (CNB, 28 maggio 2020, p. 7).

La pandemia accentua, infatti, come tutte le crisi globali, non solo il senso di interdipendenza, ma anche le disuguaglianze. Nel riprendere la nota frase di Papa Francesco "siamo tutti nella stessa barca", il Comitato evidenzia le differenze che si danno nella comune condizione di emergenza: "È vero che siamo tutti e tutte nella stessa barca, se intendiamo la barca come il nostro pianeta. Sono però diversi i livelli di salute di partenza, nonché le risorse economiche di cui si dispone. Le misure restrittive, a loro volta, non possono che impattare assai diversamente su chi viaggia in prima classe e chi in seconda o terza. Con esiti diversi sulla salute fisica e psichica dei naviganti" (ivi, p. 13).

Ritorna qui la distinzione tra interdipendenza e solidarietà: la solidarietà si pone come principio etico in quanto vive l'interdipendenza cercando di porre riparo alle disuguaglianze che si danno al suo interno, e perseguendo il bene di tutti. Il principio di solidarietà ha un nesso inscindibile con altri principi fondamentali, come la libertà, l'uguaglianza e

la dignità (Rodotà, 2017, p. 81): l'uno non funziona senza l'altro, l'uno entra in crisi se l'altro è in crisi.

La solidarietà vuole onorare l'interdipendenza, correggendola con la giustizia e salvandoci tutti insieme. Ricordiamo un'altra nota frase di Papa Francesco: "non ci si salva da soli". È possibile intenderla in due sensi: *non possiamo* farlo, per quel vincolo di interdipendenza che la diffusione del virus in tutti i paesi del mondo ha messo drammaticamente in evidenza; ma anche *non dobbiamo* farlo, perché sarebbe profondamente ingiusto, contrario a quell'abitare insieme tendendo al bene comune che è l'essenza dell'etica. Sarebbe tremendamente iniquo, ad esempio, se i vaccini anti COVID-19 non venissero messi a disposizione di tutti.

Cosa dire in conclusione? La pandemia che ancora attraversiamo ha mutato le nostre vite, come avviene per le grandi crisi che attraversano la storia. Potrebbe, come tutte le crisi, essere foriera di un nuovo inizio. La bioetica della cura, rileggendola alla luce dei suoi due principi fondamentali, responsabilità e solidarietà, va in questo senso. Un senso che può, in un tempo segnato dall'individualismo e da un'economia di mercato, suonare puramente retorico, o se si vuole essere gentili, utopistico. E certo, se pensiamo alla dura realtà dei conflitti esistenti, al perdurare e spesso accrescersi di assurde, inaccettabili disuguaglianze tra ricchi e poveri, tra paesi sviluppati e paesi in via di sviluppo, c'è molto da fare, e la strada è tanto lunga che la meta sembra proprio un *non-luogo*. Ma è vero anche che il virus sovrano che ancora circola tra noi ha messo in crisi, smascherandoli, i miti del nostro tempo, riportandoci alle verità che segnano la nostra condizione umana, l'incertezza, la vulnerabilità con cui viviamo il nostro essere nel tempo, il vincolo di interdipendenza che ci lega come abitanti di un unico mondo, e che sta a noi onorare. Prenderne consapevolezza, insieme, può essere un primo passo per un nuovo inizio.

Bibliografia

- Aristotele. *Etica Nicomachea*. Milano: Bompiani 2000.
- Blais MC. *La solidarietà. Storia di un'idea*. Milano: Giuffrè 2012.
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press, 8° ed. 2019.
- Botti C. *Prospettive femministe*. Milano: Mimesis 2014.
- Comitato Nazionale per la Bioetica. *Principio di precauzione: profili bioetici, filosofici e giuridici*, 18 giugno 2004 (<http://bioetica.governo.it/italiano/documenti/pareri-e-risposte/principio-di-precauzione-profilo-bioetico-filosofico-giuridico>).
- Comitato Nazionale per la Bioetica. *COVID-19: La decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica"*, 8 aprile 2020 (<http://bioetica.governo.it/italiano/documenti/pareri-e-risposte/COVID-19-la-decisione-clinica-in-condizioni-di-carenza-di-risorse-e-il-criterio-del-triage-in-emergenza-pandemica>).
- Comitato Nazionale per la Bioetica. *COVID-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale*, 28 maggio 2020 (<http://bioetica.governo.it/italiano/documenti/pareri-e-risposte/COVID-19-salute-pubblica-liberta-individuale-solidarieta-sociale>).
- Di Cesare D. *Virus sovrano?* Torino: Bollati Boringhieri 2020.

- Francesco. *Lettera enciclica Fratelli tutti*. Città del Vaticano: Libreria editrice Vaticana 2020.
- Freud S. *Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte*. In: Musatti C, Ed. *Opere*, vol. 8, 1915-1917. Torino: Boringhieri 1965, p. 137.
- Gilligan C. *Con voce di donna*. Milano: Feltrinelli 1987.
- Giovanni Paolo II. *Sollicitudo Rei Socialis*. Città del Vaticano: Libreria editrice Vaticana 1987, par. 38.
- Global Preparedness Monitoring Board. *A world at risk*, 2019. https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_annual-report_2019.pdf
- Global Preparedness Monitoring Board, *A World in disorder*, 2020. https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_AR_2020_EN.pdf
- Godbout JT. *Lo spirito del dono*. Torino: Bollati Boringhieri 2002.
- Heidegger M. *Essere e tempo*. Milano: Longanesi 2019.
- Igino. *Miti*. Milano: Adelphi 2005, p. 136
- Jonas H. *Il principio responsabilità*. Torino: Einaudi 1993, p. 135.
- Magni B. *Presentazione* In: Blais MC. *La solidarietà. Storia di un'idea*, Milano: Giuffrè 2012, p. XXVII.
- Marsico G. *Bioetica: voci di donne*. Bologna: EDB 2002.
- Palazzani L, Ed. *Bioetica e differenza di genere*. Roma: Studium 2007.
- Potter VR. *Bioetica. Ponte verso il futuro*. Messina: Sicania 2000.
- Reich WT. *Introduction to ID*, Ed. *Encyclopedia of bioethics*. New York: The Free Press 1978, p. XIX.
- Reich WT. *Alle origini dell'etica medica: mito del contratto o mito di cura?* In: Cattorini P, Mordacci R, Ed. *Modelli di Medicina*. Milano: Europa Scienze Umane Editrice 1993, p. 55.
- Reich WT. *Care*. In: Reich WT, Ed. *Encyclopedia of bioethics*. New York: Macmillan 1995, I, pp. 319-336.
- Reich WT. *Vulnerabilità*. In: Russo G, Ed. *Nuova enciclopedia di bioetica e sessuologia*. Torino: ELLEDICI/ Velar 2018, p. 2296.
- Rodotà S. *Solidarietà. Un'utopia necessaria*. Roma: Editori Laterza - la Repubblica 2017.
- Totaro F. *Absoluto e relativo. L'essere e il suo accadere per noi*. Milano: Vita e Pensiero 2013.
- World Health Organization, *WHO global influenza preparedness Plan*, 2005 (https://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5.pdf).

QUADERNO

“RISCHIO, STRATEGIE COMUNICATIVE E RISPOSTE INDIVIDUALI DURANTE LA PANDEMIA COVID-19: UNA PROSPETTIVA EDUCATIVA”

“RISK, COMMUNICATION STRATEGIES AND INDIVIDUAL ANSWERS DURING THE COVID-19 PANDEMIC: AN EDUCATIONAL PERSPECTIVE”

COVID-19: giovani e adulti: quale relazione?

COVID-19: what kind of youth-adults relationship?

MAGDA DI RENZO, FLAVIA FERRAZZOLI

IdO Istituto di Ortofonia, Roma

L'elaborato propone una riflessione sul ruolo dei giovani nel periodo del lockdown legato alla pandemia da COVID-19. Si mettono in risalto il loro prezioso ruolo nel sapere tecnologico rispetto al mondo adulto e la loro capacità adattiva superiore, spesso, a quella degli adulti che si sono scoperti incapaci di rimanere o diventare punto di riferimento per i giovani e per i propri figli. I giovani si sono dimostrati portatori di grandi potenzialità e meritano di essere accolti e ascoltati nella pluralità dei linguaggi che utilizzano. È necessario valorizzarli e responsabilizzarli perché portatori di importanti cambiamenti.

Parole chiave: Tecnologia, adattamento, responsabilità, precarietà, vulnerabilità

The paper proposes a reflection on the role of young people during the lockdown period due to the COVID-19 pandemic. It points out their precious role in technological knowledge with respect to the adult world and their adaptive capacity, which is often superior to that of adults, who have found themselves unable to remain or become a reference point for young people, including their own children. Young people have proven to be bearers of great potential and deserve to be welcomed and listened to in the variety of languages, which they use. It is necessary to value them and give them responsibility, as they are bearers of important changes.

Key words: Technology, adaptation, responsibility, precariousness, vulnerability

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Magda Di Renzo, Flavia Ferrazzoli
IdO Istituto di Ortofonia
Via Salaria 30, 00198 Roma
e-mail: m.direnzo@ortofonia.it;
f.ferrazzoli@ortofonia.it



OPEN ACCESS © Copyright by Pacini Editore Srl

Premessa

“COVID-19. Cari giovani vi chiedo scusa”

Ci piace iniziare la nostra riflessione con il titolo di una lettera aperta che Matteo Lancini, a poche settimane dall'inizio del *lockdown*, ha indirizzato ai giovani, ritenuti irresponsabili nei loro comportamenti, per denunciare, invece, le responsabilità degli adulti nel non aver saputo costruire un presente stabile e, ancor di più, per non aver saputo garantire un futuro adeguato. (Lancini, 2020). Un appello, quello di Lancini, che invita anche i giovani, però, al senso della responsabilità e che li incita a fare proposte per poter costruire insieme un futuro migliore.

La nostra lunga esperienza con i ragazzi in ambito terapeutico e nel contesto scolastico dedicato agli sportelli di ascolto, ci ha messo a confronto, anche in uno dei periodi più difficili come quello determinato dal COVID-19, con le straordinarie potenzialità di cui attualmente i giovani sono portatori e con la non adeguatezza di molti adulti a saper contenere le loro istanze, trovando un senso agli avvenimenti e rimanendo quelle *figure guida* di cui in adolescenza si ha un imprescindibile bisogno.

Descrizione

Per meglio comprendere il tipo di risposta che i ragazzi hanno messo in atto in questi lunghi mesi costellati, inizialmente, dall'esperienza della reclusione e, poi, dal vissuto di un'apertura controllata al mondo esterno, ci sembra utile fare alcune riflessioni sulla dimensione collettiva attivata dalla pandemia giacché, nel giro di poche ore, tutti abbiamo vissuto un cambiamento epocale che, seppur preannunciato da menti lungimiranti, è arrivato come elemento improvviso e imprevedibile e ha spiazzato le certezze prima evidenti.

Dal “tutto è sotto controllo” al “non sappiamo che fare” i giovani, come tutti del resto, hanno perso quei punti di orientamento che costituivano la loro quotidianità e si sono confrontati con adulti che non riuscivano più neppure a garantire quella sicurezza alla vita che sembra essere rimasta l'unico baluardo dell'attuale genitorialità. Ragazzi, nella maggior parte dei casi, trattati con atteggiamenti di grande accudimento e quasi mai spronati a un vero processo di autonomia con atteggiamenti ambivalenti da parte dei genitori che, se da un lato li considerano “grandi” al punto di veder-sela da soli, dall'altra li trattano come bambini bisognosi di continuo controllo. Un'ambivalenza che si ritrova spesso nei comportamenti dei ragazzi che oscillano, spesso senza soluzione di continuità, da comportamenti di fiera e sfrontata indipendenza (“so come gestire il sesso, le sostanze ecc.”) ad atteggiamenti di totale dipendenza (“non so prendere l'autobus, non so farmi da mangiare ecc.”).

Delle 3 componenti di Eros, direbbe Hilmann (1998), i giovani attuali sembrano essere in rapporto soprattutto con

himeros “il desiderio fisico per l'immediatezza presente che va afferrato nell'eccitazione del momento” e meno con *anteros* che implica la reciprocità e lo scambio relazionale e con *pothos* che riguarda la componente spirituale dell'amore, il desiderio per l'inafferrabile. In un precedente lavoro (Bianchi di Castelbianco, 2001) abbiamo già sottolineato quanto la sessualità, nell'attuale dimensione adolescenziale, sia sganciata dal sentimento, dall'eros inteso nell'accezione di *anteros*, e quanto rischi, quindi, di diventare proprio una sorta di manifestazione difensiva nei confronti della relazionalità. “Potremmo forse pensare che in una società così individualistica, che ha comunque digerito la liberalizzazione dei costumi, non ci sia più, almeno nella maggior parte dei casi, uno spazio condiviso all'interno della famiglia tale da sostenere lo sviluppo emotivo dei figli. Forse l'attenzione selettiva nei confronti della realizzazione personale fa passare in secondo piano la necessità di un'armonia familiare in grado di contenere le emozioni nascenti e i possibili fallimenti dell'altro” (Bianchi di Castelbianco, 2001 p. 24).

Ma il rapporto con la sessualità è solo uno degli aspetti che caratterizzano l'attuale scenario che potremmo definire, con Rushkoff (2014), uno dei maggiori esperti sul rapporto tra tecnologia, società e cultura, “un presente continuo”. “Il risultato è una cultura entropica, il ronzio statico prodotto da una massa di persone che cercano di cogliere l'attimo fuggente” dice l'autore e aggiunge “Lo svolgimento narrativo lineare e gli obiettivi cedono il passo a una concezione distorta della realtà e dell'immediato: il tweet, l'aggiornamento del proprio stato. Ciò che facciamo in qualunque momento assume un'importanza assoluta. A livello comportamentale si tratta di un approccio destinato al fallimento, giacché tale inseguimento disperato del tempo è insieme errato e narcisista. Qual è il ‘momento presente’ che più conta? Quello che ho appena vissuto o quello che sto vivendo adesso?” (Rushkoff, 2014).

Quando alla componente erotica mancano l'*anteros* e il *pothos*, il presente non riesce più a proiettarsi né nel passato né nel futuro, perché solo la tensione verso l'irraggiungibile può garantire una continua attività produttiva tesa alla ricerca dell'unione originaria. Quando manca la narrazione lineare che collega i vari momenti, inoltre, non c'è storia, ma solo notizia da rincorrere, hashtag che è già superato nel momento in cui viene prodotto e, nell'attesa della prossima notizia si costella il vuoto, quella solitudine esistenziale che è diventata ormai endemica nel nostro collettivo e che, trasversalmente, invade anche bambini e adulti.

La pandemia ha costretto tutti a un ripensamento dei parametri spaziali e temporali, quelli che un *presente continuo* ci aveva derubato, determinando inizialmente una risposta di forte ansia nel ritrovarsi, causa *lockdown*, con una quantità di tempo da gestire e con spazi, quelli che sembravano familiari, da riscoprire, riposizionare e riconvertire per affrontare l'intimità della convivenza.

Il difficile rapporto genitori/figli si è amplificato. In particolare, gli adolescenti, che, per definizione, vivono una fase della vita in cui l'orientamento verso l'esterno rappresenta una tappa evolutiva, si sono ritrovati chiusi in casa e a stretto contatto con i genitori con una conseguente importante difficoltà a dialogare con loro. Lo stesso vissuto è stato riportato anche dai genitori. Qualcosa di profondo è accaduto nelle famiglie: molti genitori si sono accorti non solo di non conoscere i propri figli, ma anche di non aver alcun tipo di dialogo, di non essere più punti di riferimento, di essere rimasti troppo presi dalle loro instabili vicende personali, indietro sul versante tecnologico e incapaci di mantenere con fermezza la "rotta" per raggiungere un obiettivo.

Molti sono genitori preoccupati per il silenzio dei loro figli e per la difficoltà a condividere esperienze. Improvvisamente si sono accorti di non avere dialogo con loro e di non riuscire a entrare nel loro mondo e se prima erano focalizzati sul rendimento scolastico, prendendo coscienza del cambiamento hanno tentato di spostare il focus, ma senza una nuova direzione esistenziale. D'improvviso tutto è rimasto in sospeso, non una chiusura, non un saluto, ...il limbo... Ma, mentre gli adulti, in genere, hanno più strumenti per gestire la precarietà, gli adolescenti si sono trovati a vivere l'esperienza della pandemia proprio nel momento di una delle maggiori fragilità evolutive, e l'incertezza, in molti casi, ha amplificato il disagio trasformandosi in paura fluttuante alla disperata ricerca di un punto fermo. Basti pensare a tutti quei ragazzi che hanno concluso un ciclo scolastico senza potersi salutare, né fra di loro né con i docenti e che non hanno potuto, quindi, sancire la fine di un percorso di vita.

Il saluto, la "pizzata di fine anno", che segnano, come una sorta di rituale, un passaggio e che definiscono, quindi, il senso di una crescita, hanno un significato importantissimo sia nella gestione della propria ansia, sia nella gestione della relazione con l'altro, costituendo un messaggio del tipo "io esisto, tu esisti" che definisce il valore della gruppalità. Sono esperienze di appartenenza, di accoglienza e di riconoscimento e non solo occasioni di maggiore socializzazione (Winnicott, 2005).

Già nei primi mesi di vita il saluto della mamma è, infatti, nello sguardo in cui il bambino vede se stesso e soprattutto vede di esser visto. Esser visti significa essere desiderati; chi saluta dice all'altro di vederlo e volerlo vedere. Chi non saluta è colui che si ritrae, che prova vergogna, che sta elaborando un trauma, un lutto per una perdita reale o simbolica. Il bambino che non vuole salutare la maestra probabilmente sta elaborando il lutto di essersi sentito non visto, non desiderato, anche se ovviamente questo non era nelle intenzioni di nessuno o forse sta cercando, attraverso il non saluto, di rimanere ancorato al proprio ambiente. Il saluto è un simbolo, un rito, che plasma le nostre vite pur agendo in maniera impercettibile. I riti aiutano l'uomo a connettersi con qualcosa che trascende la sua individualità e per questo vengono vissuti in modo intenso. I riti aiutano la collettività a unirsi,

sono dei punti fermi che ancora resistono a quella che Baumann definisce una società liquida (Baumann, 1999). Anche la scuola è un punto fermo e molti adolescenti ne hanno riscoperto l'importanza rimpiangendo la frequenza in presenza. È vero che non sono mancate difficoltà, ma è anche vero che la scuola è rimasta, appunto, un punto fermo, presente, aiutando i ragazzi a scandire la loro giornata tenendoli impegnati seppur con orari diversi.

Dopo una prima fase di disorganizzazione e disorientamento si è ripartiti. Tutt'ora, con l'avvio del nuovo anno scolastico e numerose incertezze, i ragazzi chiedono che la scuola venga sostenuta e aiutata, perché, alla fine, per loro è fondamentale. La didattica a distanza può funzionare sotto tanti punti di vista, ma manca qualcosa: la relazione reale, il contatto con i compagni e con i docenti. Se lo schermo aiuta per alcuni aspetti, è vero anche che ne mortifica molti altri e i ragazzi lo sanno. Si mostrano per certi versi più consapevoli di alcuni adulti e continuano a sperare in un migliore adattamento di tutti.

Cantelmi (2013) propone l'immagine dell'uomo tecnoliquido che dispone, però, solo di un sapere senza fondamenti e frammentato, che si intreccia in una pluralità di linguaggi non sempre codificabili e senza più centro e periferie. La rivoluzione digitale plasma alcune caratteristiche dell'uomo liquido: il narcisismo, l'ambiguità, la ricerca di sensazioni forti per autopercepirsi e sentirsi vitali, il bisogno di infinite relazioni *light*. In questo contesto è difficile orientarsi e si tende a utilizzare il proprio sé e le proprie necessità come bussola di riferimento.

La conseguenza è la tendenza a soddisfare i bisogni personali ponendo tra parentesi la dimensione valoriale e così anche i genitori rischiano spesso di perdere il contatto con i figli che, di conseguenza, non si sentono protetti dai genitori, presi dalle loro passioni e preoccupazioni. Nell'adolescenza questo non sentirsi protetti si trasforma in rabbia, talvolta in violenza. La destabilizzazione e la paura hanno riguardato tutti in maniera diversa e i ragazzi lo hanno sentito in maniera forte. Molti genitori si sono rivolti a noi psicologi perché, per fortuna, si sono accorti sia della chiusura dei loro figli, che della loro difficoltà a ripartire. L'adulto è in casa, ma sempre in *call*, non disponibile, e, anche quando ci prova, se viene interrotto la precedenza è lavorativa. Gli adulti si rendono conto che la chiusura dei figli, da un lato può rientrare in un normale processo di individuazione, dall'altro indica un disagio con le figure genitoriali e spesso con il paterno. L'adolescenza è di per sé un tempo di chiusura e di silenzio, necessario a incubare la parola che si muove all'interno, dandole il tempo di sostare informe per poter trovare luogo e tempo giusto per nascere. Spesso quando si chiede "che hai?" i ragazzi rispondono "niente!" che in realtà significa "non ora...".

Alcuni silenzi, legati alla componente riflessiva che si è attivata con il distanziamento, hanno generato nuove prospettive e aperto nuovi dialoghi, ma altri si sono trasformati

in non detti importanti e le angosce si sono mosse, inconsciamente, senza una direzione. In alcune famiglie si è fatta strada una nuova relazionalità, ma in molti casi in questo periodo genitori e figli condividono in maniera silente prospettive negative uguali, vedono un dopo tragico e sono chiusi a un mondo immaginabile con nuove opportunità. Monadi isolate... isole fra isole.

Conclusioni

Ciò che è accaduto a livello collettivo potremmo definirlo un ridimensionamento di quella logica efficientistica e unilaterale che ha costellato gli atteggiamenti generali degli adulti e che ha condizionato il comportamento dei ragazzi costringendoli spesso a cercare nel mondo virtuale quella sensorialità, quell'emotività e quella vicinanza che il mondo reale, tutto preso dall'inseguire la performance migliore, non era in grado di fornire loro. Ma ciò che più di ogni altra cosa ha modificato l'assetto psichico è stato il dover fare i conti con i lati *umbratili* dell'esistenza, e cioè con la dubbiosità, l'incertezza, la vulnerabilità (precedentemente bandita dal nostro vocabolario e delegata solo alla patologia) con quella che Murray Stein ha egregiamente definito come *l'Umbra Mundi*. E questo ha portato a un'interessante trasformazione della carica libidica che da estrovertita ha potuto, finalmente, diventare più introvertita consentendo un nuovo rapporto con il mondo interno, quasi sempre disatteso a favore di quello esterno.

Come abbiamo potuto verificare nel nostro osservatorio, che è costituito da migliaia di giovani, e come abbiamo potuto condividere con numerosi colleghi, nel periodo della pandemia quasi tutti, adolescenti compresi, hanno maggiormente ricordato i sogni e si sono attivati, in riferimento al vivere in comune, molti ricordi di vicende passate. Come se lo spegnersi dei riflettori esterni avesse permesso l'attivazione delle *memorie implicite* che, come sappiamo, sono in strettissimo rapporto con le dimensioni più arcaiche dello sviluppo e che, in quanto tali, consentono una riappropriazione di parti di sé che rischiavano di rimanere scisse nel processo di costruzione identitaria. Per quanto attiene alla nostra esperienza possiamo dire che gli adolescenti sono quelli che hanno maggiormente partecipato al processo di trasformazione accettando con facilità tutte le nuove regole che le limitazioni imponevano e adattandosi ai nuovi setting pur di rimanere in contatto con adulti in grado di contenerli. Eh sì! Perché, a fronte di notizie di comportamenti repressibili che riguardano una parte della popolazione e che andrebbero compresi anche come intemperanze adolescenziali, come risposte a un contesto sociale inattendibile, e non solo etichettate come ir-

responsabili c'è la massa che non fa notizia, che non appare in tweet e hashtag, che ha mostrato una grande maturità, che ha lottato per cercare un *sensu* agli accadimenti e che ha saputo anche mostrare gratitudine nei confronti degli adulti che, nonostante lo stravolgimento, sono rimasti nella loro *postazione* per offrire almeno una pensabilità, là dove non si riusciva ancora a intravedere una progettualità.

Sicuramente per la prima volta, quella tecnologia tanto demonizzata dal mondo degli adulti è diventata il ponte per rimanere uniti e gli adulti hanno dovuto umilmente accettare di essere incompetenti per aprire un nuovo e più proficuo dialogo. L'adattamento non ha riguardato solo il mondo degli adulti, perché alcuni ragazzi, ai quali abbiamo proposto un dialogo online attraverso Skype, ci hanno chiesto aiuto (perché da loro meno utilizzato) e hanno comunque dovuto fare i conti con una comunicazione più diretta con l'altro (con Skype, anche se si perdono alcuni elementi della comunicazione non verbale, si è comunque in costante rapporto visivo) e con la possibilità, nuova per loro, di far passare attraverso la *rete* anche contenuti a forte tonalità emotiva.

Uno degli aspetti che ci ha maggiormente colpito nel rapportarci ai ragazzi è stato il loro desiderio di rimanere in contatto, sia quelli che seguivamo in setting terapeutici, sia i tanti che seguivamo attraverso gli sportelli attivati nelle scuole. Questa volta, il mondo virtuale ha consentito maggiori livelli di intimità reale, perché con la *webcam* siamo entrati nei loro spazi, nelle loro camere o nei luoghi che trovavano per avere una maggiore privacy, che potevano essere terrazzi, scantinati o automobili, ma che comunque garantivano l'incontro. Anche noi siamo stati intercettati nei nostri ambienti personali e, senza le strutture difensive costituite dai nostri ambienti professionali, abbiamo dovuto trovare dimensioni più autentiche di scambio, pur non rinunciando alla rigosità necessaria a tenere in vita una pensabilità.

Bibliografia

- Bauman Z. *La società dell'incertezza*. Bologna: il Mulino 1999.
- Bianchi di Castelbianco F, Di Renzo M, Ferrazzoli F, et al. *L'eros adolescente*. Roma: MaGi 2001.
- Cantelmi T. *Tecnoliquidità*. Milano: San Paolo 2013.
- Hilman J. *Pothos. La nostalgia del Puer Aeternus*. In: Saggi sul Puer. Milano: Cortina 1988.
- Lancini M. *COVID-19. Cari giovani vi chiedo scusa*. Repubblica 28 marzo 2020.
- Rushkoff D. *Presente continuo. Quando tutto accade ora*. Torino: Codice 2014.
- Stein M. *A world shadow: COVID 19*. Intervista a cura di R.S. Henderson, 2020.
- Winnicott DW. *Il bambino, la famiglia e il mondo esterno*. Roma: MaGi 2005.

QUADERNO

“RISCHIO, STRATEGIE COMUNICATIVE E RISPOSTE INDIVIDUALI DURANTE LA PANDEMIA COVID-19: UNA PROSPETTIVA EDUCATIVA”

“RISK, COMMUNICATION STRATEGIES AND INDIVIDUAL ANSWERS DURING THE COVID-19 PANDEMIC: AN EDUCATIONAL PERSPECTIVE”

Educazione sanitaria e popolazione. Corretto uso dei Dispositivi di Protezione Individuali (DPI)

Healthcare education and population on right usage of Personal Protective Equipment (PPE)

CLAUDIO PENSIERI

Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma

L'11 marzo 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato che il focolaio internazionale di infezione da nuovo coronavirus SARS-CoV-2 poteva essere considerato una pandemia.

Con l'innalzamento del livello di guardia, la popolazione mondiale ha dovuto (in brevissimo tempo), capire come difendersi dal nuovo virus. Le strategie di educazione sanitaria necessarie per arginare il propagarsi del virus sono essenzialmente tre: distanziamento fisico, mascherina e igiene delle mani. Su questi tre temi essenziali si è svolto il lavoro di “educazione” dell'OMS e del Ministero della Salute Italiano (MSI).

Abbiamo quindi analizzato le strategie comunicative messe in atto dai due enti (nel periodo che va dal 1° febbraio al 3 agosto 2020) per educare la popolazione al corretto utilizzo dei DPI e delle regole basilari per contrastare la diffusione del SARS-CoV-2. Abbiamo analizzato i due più grandi canali social utilizzati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dal Ministero della Salute Italiano, ovvero YouTube e Facebook, e abbiamo censito e categorizzato i video che sono stati pubblicati, relativi all'educazione sanitaria messa in atto.

Parole chiave: COVID-19, dispositivi di protezione individuali, comunicazione, strategie comunicative, Facebook, YouTube

On 11 March 2020, the World Health Organization (WHO) declared that the international outbreak of the new coronavirus SARS-CoV-2 could be considered a coronavirus pandemic.

With the raising of the alert level, the world population had (in a very short time) to understand how to defend themselves from the new virus.

The health education strategies necessary to stem the spread of the virus are essentially 3: social distancing, mask and hand hygiene.

The “education” work of the WHO and the Italian Ministry of Health (MSI) took place on these three essential themes.

We analyzed the communication strategies implemented by the WHO and MSI (from 1st February to 3rd August 2020) to educate the population on the correct use of PPE and the basic rules to counter the spread of SARS-CoV-2.

We analyzed the two largest social channels used by the World Health Organization and the Italian Ministry of Health, YouTube and Facebook, and we registered and categorized the videos that were published relating to health education implemented.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Claudio Pensieri
Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma
via Alvaro del Portillo 200, 00128 Roma
e-mail: c.pensieri@unicampus.it

Key words: COVID-19, personal protective equipment, communication, communication strategies, Facebook, YouTube



OPEN ACCESS © Copyright by Pacini Editore Srl

Premessa

Il 22 gennaio 2020, il Ministero della Salute italiano ha riunito una task force per coordinare, in raccordo continuo con le istituzioni internazionali competenti, gli interventi nel nostro Paese¹.

I primi casi di infezione da COVID-19 in Italia sono stati confermati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il 30 gennaio 2020. Si trattava di due turisti cinesi ricoverati dal 29 gennaio all'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani". Il 31 gennaio 2020, l'OMS sancisce l'emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale. L'11 marzo 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato che il focolaio internazionale di infezione da nuovo coronavirus SARS-CoV-2 poteva essere considerato una pandemia.

A causa della velocità di diffusione e della facilità di contagio il contesto sanitario mondiale, oltre a cercare una cura e un vaccino, si è impegnato nel trovare un modo di prevenire la sua diffusione. Uno degli strumenti più utili individuati dagli scienziati è il saggio utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) o Personal Protective Equipment (PPE). La letteratura scientifica è sostanzialmente d'accordo sull'utilizzo dei DPI per fermare la diffusione dei virus (Cook, 2020; Saunders-Hastings, 2017). È importante notare che i "DPI" hanno sempre costituito un argomento di grande interesse nel campo sanitario (con una media di circa 1.100 pubblicazioni impattate annue, Figura 1), sia perché riguarda in modo trasversale "tutti" gli operatori sanitari (medici, infermieri, OSS, ecc.) sia perché riguarda la quotidianità dei pazienti che vengono posti in isolamento nei vari reparti in tutti gli ospedali del mondo.

Uno degli aspetti interessanti del COVID-19 è stato l'impatto che esso ha avuto nella produzione scientifica di articoli relativi all'utilizzo dei DPI e agli effetti sugli operatori circa il loro prolungato utilizzo. Basti notare che gli articoli pubblicati su PubMed da gennaio 2020 fino al 31.07.2020 (con parole chiave PPE; PPE + COVID) sono stati: 1.805. Tale produzione scientifica riguarda solo i primi 7 mesi del 2020. Ipotizzando il proseguimento di questo trend arriveremmo a dicembre 2020 con 3.600 articoli, più del triplo rispetto alla media degli ultimi 10 anni (Fig. 1).

Sebbene il mondo sanitario sia già sensibile al tema del corretto utilizzo dei DPI, non si può dire lo stesso per i cittadini italiani. Infatti, la mancata osservanza del distanziamento fisico e il non corretto utilizzo dei DPI è un problema che gli Stati di tutto il mondo si trovano a dover affrontare in questo periodo. Il problema risulta, quindi, essere di tipo

educativo, poiché, mentre i professionisti sanitari ritengono il mancato utilizzo dei DPI un problema per la propria salute (dato che lavorano a stretto contatto con pazienti che potrebbero essere infetti senza saperlo), per i cittadini non è presente la stessa percezione del rischio.

Sembra che nella popolazione esista un rapporto diretto tra "percezione del rischio" e "precauzioni corrette". Nel momento in cui viene comunicato pubblicamente il calo dei contagi ("comunicazione del rischio") sembra che si verifichi un effetto "cascata" sulla popolazione che "abbassa la guardia" sul corretto utilizzo delle strategie prudenziali, non percependone più correttamente i rischi.

La percezione del rischio

La "percezione del rischio" è un fenomeno relativamente moderno; la riflessione che segue è ispirata ai lavori della dott.ssa Lemma, che coniuga la comunicazione e la sanità come forme di prevenzione della popolazione.

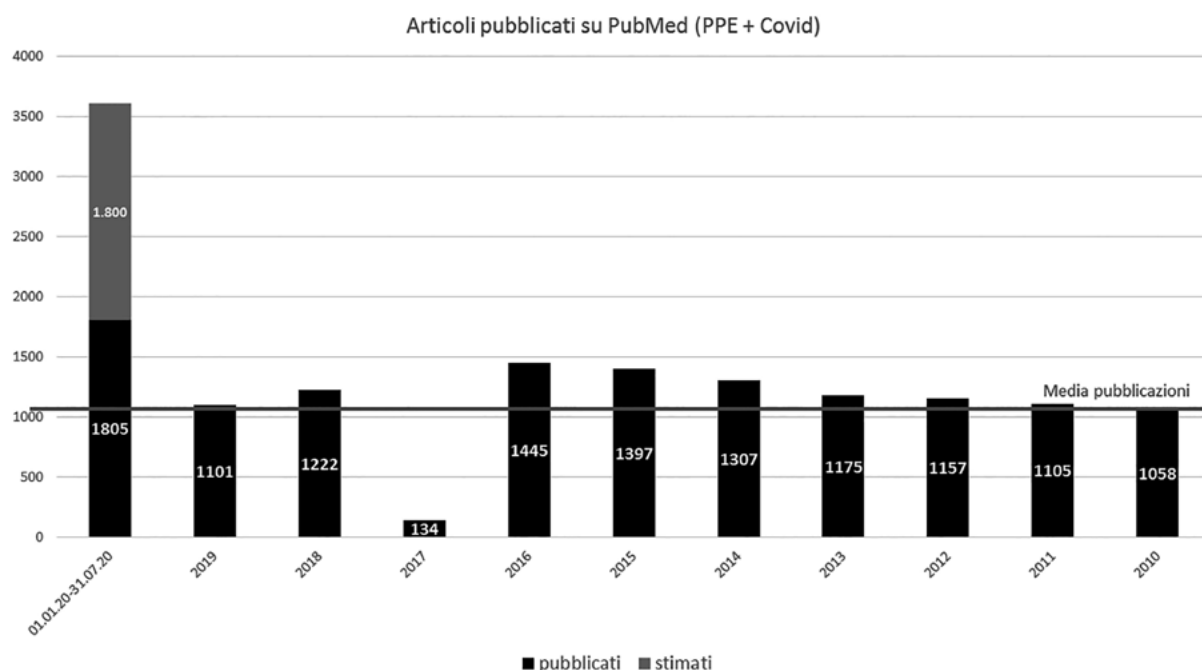
Infatti, dobbiamo ricordare che, nei secoli passati, attraverso complessi meccanismi di credenze le persone hanno sempre tentato di opporsi a quella che veniva interpretata come "sorte infausta".

Nel diciottesimo secolo, viene elaborato in matematica il concetto di probabilità² e si comincia a realizzare che alcuni eventi, fino ad allora meramente ascrivibili al fato, si verificavano con una descrivibile regolarità, ed erano quindi prevedibili. Progressivamente, prima nel corso del diciannovesimo secolo con lo sviluppo della statistica, e poi nel ventesimo secolo con il progredire delle elaborazioni in campo epidemiologico, l'attenzione si sposta dagli eventi che accadono ai singoli individui alla loro relazione con l'organizzazione del territorio e con i comportamenti nei diversi strati della collettività (Lemma, 2008).

Così, i fatti individuali – ritenuti come capitati a soggetti vittime del fato – e i rischi, diventano dati di fatto oggettivi e calcolabili, tanto che la precisione delle stime ottenute invita a promuovere certezze e ad assicurare ordine, facendo aumentare la sensazione di poter tenere il futuro sotto controllo. Il rischio, sempre più conosciuto e calcolabile, comincia ad apparire come "maneggevole" e, un'accresciuta fiducia nella possibilità di controllarlo, alimenta quella che è stata

¹ La task force era composta dalla Direzione generale per la prevenzione, dalle altre direzioni competenti, dai Carabinieri dei NAS, dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dall'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" di Roma, dall'Usmaf (Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera), dall'Agenzia italiana del Farmaco, dall'Agenas e dal Consigliere diplomatico.

² Dalla corrispondenza tra Pascal e Fermat nascono le prime leggi della probabilità e il calcolo combinatorio. Pascal pubblica nel 1654 il "Traité du Triangle Arithmétique" che parla del Triangolo di Tartaglia; tornano alla ribalta i coefficienti binomiali (già studiati precedentemente da Stifel), indispensabili per risolvere anche i più banali problemi di probabilità. Nel 1657 Huygens pubblica il "De ratiociniis in ludo alae" e nel 1666 Leibniz la sua "Dissertatio de arte combinatorica". Durante il secolo dei lumi esce, nel 1708, "Essai d'Analyse sur le jeux de hazards" a opera di Montmort e nel 1713 "Ars conjectandi di Bernoulli", nel quale viene enunciata anche "La legge dei grandi numeri". Nel 1718 De Moivre nella sua opera "Doctrine of Chances" risolve il problema centrale della teoria della probabilità e usa e dimostra la Formula di Stirling.

**Figure 1.**

Articoli pubblicati su PubMed (PPE + COVID) (Fonte: PubMed accesso del 01.08.2020).

definita come la grande utopia igienista che ha caratterizzato la sanità pubblica del ventesimo secolo (Lemma, 2008): l'avvento di un mondo in cui a mano a mano che saremmo stati in grado di descrivere i rischi li avremmo anche prevenuti (Lupton, 1995). Ma l'esperienza ha poi confutato questa tendenza. Infatti, l'evidenza che le persone adulte mostrino una grande avversione per determinati rischi o una relativa indifferenza verso altri e, soprattutto, il fatto che spesso i loro giudizi non siano in accordo con le opinioni dei tecnici, ha spinto gli scienziati ad andare alla ricerca delle regole che governano la divergenza tra le loro opinioni e i comportamenti dei comuni cittadini. Da questa ricerca scaturirono due filoni di studi.

Da una parte troviamo le discipline "psy", che spiegano i meccanismi che generano i comportamenti considerati rischiosi per la salute, attraverso teorie che si susseguono nel tempo, nella convinzione che è su questi meccanismi che si deve agire se si vuole ottenere il desiderato cambiamento nei comportamenti. Tra le principali ritroviamo la teoria dell'azione ragionata (Ajzen, 1985), dell'apprendimento sociale (Bandura, 1977 e 1995), della dissonanza cognitiva (Festinger, 1957), del Locus of control (Rotter, 1966) e l'Health Belief Model (Rosenstock, 1966). Dall'altra parte troviamo la cultura di stampo empirista, che coltiva l'aspirazione di identificare le "strategie mentali" che i cittadini comuni utilizzano nel formulare i loro giudizi sul rischio, per poter poi intervenire su queste (Wiedemann, 1999; Bennett, 1999). Questi studi, in effetti, hanno permesso di individuare le caratteristiche

di un rischio che ampliano la forbice tra la sua accettazione (cioè il modo in cui questo viene vissuto) e la sua accettabilità (ovvero la gravità oggettiva del rischio): il suo potenziale catastrofico, il fatto che l'eventuale danno sia collocato in un lontano futuro, la soddisfazione del meccanismo di bilanciamento del rischio offerto dal mercato, ma soprattutto la volontarietà all'esposizione (Douglas, 1991).

Il problema è che, in entrambi gli approcci, si richiede agli individui di adottare comportamenti che sono stati giudicati positivi da altri. Tuttavia, tale richiesta presuppone l'accettazione e l'interiorizzazione degli obiettivi da perseguire: non solo quelli di salute, ma anche quelli di ordine sociale.

"Gli esperti di Sanità Pubblica, che avevano privilegiato le modifiche strutturali e ambientali, assumendosi il compito di costruire ambienti che non solo fossero sicuri per i soggetti che vi abitavano, ma che inoltre li conducessero verso comportamenti utili alla salute, e che non avevano quindi fatto un uso progettato della comunicazione, cominciano non solo ad aumentare l'attenzione alla comprensibilità dell'informazione che producono, ma anche a interrogarsi sulla sua capacità persuasiva" (Lemma, 2008).

Dagli anni '90 gli scienziati della comunicazione insieme al mondo sanitario iniziano a studiare le variabili che possono incrementare l'impatto persuasivo:

- le fonti (essere percepite come credibili o avere capacità di attrazione);
- il messaggio (le caratteristiche della sua struttura o lo stile);

- il canale utilizzato, sempre in relazione alle diverse caratteristiche del ricevente, di colui cioè che dovrebbe modificare, nella direzione voluta dall'emittente della comunicazione, attitudini e comportamenti (McGuire, 2001).

Si sviluppano le prime metanalisi che valutano l'efficacia delle campagne di comunicazione sui temi correlati alla salute (Snyder, 2000). Gli effetti di tali campagne risultano molto variabili, ma è possibile dire che è più facile promuovere un nuovo comportamento (con un 12% circa in più di adozione rispetto alla popolazione di controllo, che sale a un 17% se la comunicazione è associata a rinforzi di tipo repressivo o premiante) che farne cambiare uno errato già assunto (con un deludente risultato del 5-7% in più di cambiamento nella popolazione sottoposta a campagna, sempre rispetto alle popolazioni di confronto) (Snyder, 2001).

Successivamente, in quella che Bauman (2000) definisce "società liquida", viene richiamata l'attenzione sulla natura socialmente stratificata della percezione e delle reazioni all'esposizione a un rischio: chi dispone di minori risorse materiali, e ancor di più di quelle culturali, reagirebbe all'incertezza riponendo la propria fiducia nelle opinioni di coloro che conosce e con i quali condivide la cultura, piuttosto che al parere degli esperti.

Fino al periodo pre-COVID le interpretazioni del rischio da parte delle persone socialmente meno forti erano quindi contestualizzate, rappresentando una sorta di "riflessività privata", per la quale le fonti di conoscenza, e i processi di valutazione personali, erano più importanti (delle valutazioni scientifiche). Ignorare il sapere esperto poteva allora essere il risultato della scelta – non proprio consapevole, ma derivante comunque da una costruzione culturale – di considerare questo come marginale rispetto ai problemi cruciali del soggetto, quando non addirittura ingannevole (Lemma, 2008).

Nell'epoca del COVID la situazione si è complicata ulteriormente, gli esperti che parlavano in pubblico (televisione, giornali, internet) erano spesso in disaccordo su tantissimi aspetti (data anche la novità del fenomeno e la mancanza di dati scientifici validi). C'era chi considerava il virus come una "semplice" influenza, chi diceva che si sarebbe potuto trasmettere anche tramite gli animali, chi dalle suole delle scarpe, chi dalla frutta e verdura comprata al mercato, chi dall'aria stessa o dall'inquinamento, c'era chi diceva che sarebbe potuto sopravvivere al massimo 3 ore sulle superfici, chi diceva che le mascherine sarebbero state inutili e sarebbero state più efficaci le visiere, e tante altre notizie.

L'effetto sulla popolazione è stato di poter "scegliere" quali informazioni fossero le migliori per se stessa (per evitare la dissonanza cognitiva), quindi ognuno sceglieva lo scienziato o l'esperto che aveva il parere più simile al proprio (più come un "rinforzo" della propria credenza, piuttosto che come "scelta ragionata").

Materiali e metodi

Sulla base delle riflessioni precedenti circa la comunicazione e la percezione del rischio abbiamo deciso di analizzare l'utilizzo delle forme attuali di comunicazione come i "video", che vengono poi condivisi sulle piattaforme social ufficiali. In particolare, abbiamo analizzato e confrontato le strategie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità con quelle del Ministero della Salute italiano, relativamente all'utilizzo di YouTube e Facebook. Dalla nostra ricerca abbiamo escluso gli spot a pagamento che vanno "in onda" su YouTube prima dei filmati (siamo a conoscenza comunque dei video di questo tipo, come, ad esempio, la pubblicità con protagonista l'attore Lino Banfi, relativamente al corretto utilizzo della mascherina e lo spot sul corretto utilizzo del Bancomat).

Abbiamo preso in esame il periodo che andava dal 1° febbraio al 3 agosto 2020. Abbiamo deciso di suddividere i filmati in cinque grandi categorie:

1. Filmati: i protagonisti sono esseri umani video-ripresi;
2. Infografica: il protagonista del video è un'infografica animata;
3. Cartone animato: il protagonista è un personaggio animato (come Peppa Pig, i Minions o Mr. Bean);
4. Q&A: Question and Answer, è un format utilizzato esclusivamente dall'OMS per rispondere alle domande comuni che i cittadini si pongono (l'Italia non ha seguito questo format, né si è ispirata a questo).

Abbiamo deciso di dividere l'analisi in base ai contenuti dei video, individuando le seguenti categorie:

- DPI & Rules: ovvero corretto utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale (ad esempio la mascherina) e indicazioni sulle regole da seguire, come il distanziamento personale, e cosa fare per garantire una corretta igienizzazione della spesa al supermercato o regole da adottare a lavoro;
- Hand Hygiene: indicazioni sul corretto procedimento per igienizzare le mani (come lo spot con Mirabella e con Peppa Pig);
- Infodemia³: ovvero spot che informano i cittadini su come combattere le Fake News relativamente al COVID-19;
- Consigli per i viaggi: questa è una categoria prettamente italiana e riporta le indicazioni per viaggiare in sicurezza.

Abbiamo anche preso nota delle date in cui sono state avviate delle "campagne specifiche" (challenge) lanciate su Facebook (e ovviamente anche su Instagram).

³ Per "Infodemia" si intende la circolazione di una quantità eccessiva di informazioni (comprese le Fake News), talvolta non vagliate con accuratezza, che rendono difficile orientarsi su un determinato argomento per la difficoltà di individuare fonti affidabili.

Risultati

Dall'analisi del canale YouTube dell'OMS (Fig. 2) è emerso che nel periodo preso in considerazione sono stati pubblicati 45 video, il 49% erano relativi ai DPI & Rules, il 42% erano relativi all'igiene delle mani e il 9% riguardavano il tema dell'infodemia. Di questi video, circa l'11% erano infografiche relative al corretto uso dei DPI e alle regole da seguire, mentre l'8% erano filmati su Q&A; 8% cartoni animati relativi ai DPI e 8% relativi all'infodemia.

Il 29% erano cartoni animati relativi all'igiene delle mani, compreso quello creato appositamente dalla famosa serie animata britannica "Peppa Pig", che poi è stato trasmesso anche su canali di diffusione tradizionali come Rai Yoyo. Sono esclusi da questi conteggi i filmati: Media Briefing on COVID-19.

L'Italia (nello stesso periodo) ha pubblicato 18 video (ovvero il 60% in meno rispetto all'OMS) sul suo canale YouTube ufficiale: "Ministero della Salute". Il 50% erano delle infografiche animate relative ai DPI & Rules, c'era un solo cartone animato, il 28% erano filmati sull'utilizzo dei DPI & Rules, mentre il 17% erano spot sull'igiene delle mani (con testimonial come Mirabella, Amadeus, ecc.). Sono inclusi in questi conteggi lo spot con Lino Banfi e quello sull'igiene post-utilizzo del Bancomat, mentre sono esclusi tutti i filmati "Monitoraggio settimanale sul COVID-19".

Dall'analisi del canale Facebook dell'OMS (Fig. 3) è emerso che nel periodo preso in considerazione (01.02.2020-

03.08.2020) sono stati pubblicati 62 video (+ 3 video challenge), dei filmati con esseri umani il 29% erano relativi ai DPI & Rules, mentre il 13% erano relativi all'igiene delle mani. Dei cartoni animati: il 5% riguardava i DPI & Rules e altrettanti l'igiene delle mani.

Per le infografiche animate, invece, il 23% riguardava i DPI & Rules, solo il 2% riguardava l'igiene delle mani, mentre il 4% aveva come topic principale l'infodemia. Infine, notiamo un 21% di video con Q&A caricati a disposizione del pubblico.

Le video challenge attivate dall'OMS sono state:

- #safehandchallenge (del 13.3.2020);
- #healthyathomechallenge (del 3.4.2020);
- #maskchallenge (del 02.08.2020).

Il Ministero della Salute italiano ha pubblicato sul suo canale Facebook (nello stesso periodo) un totale di 26 video (ovvero il 60% in meno rispetto all'OMS). Di essi, il 27% erano relativi ai DPI & Rules, mentre il 15% erano cartoni animati sull'igiene delle mani, infine il 42% erano infografiche animate relative ai DPI&Rules.

L'Italia ha poi sottolineato l'importanza del "viaggiare in sicurezza" avviando una campagna ad hoc, con il 15% dei video creati con infografiche animate per spiegare alla popolazione italiana come viaggiare in sicurezza.

Anche l'Italia ha avviato diverse challenge, tra le quali troviamo:

- #Iorestoacasa (avviata durante il lockdown);

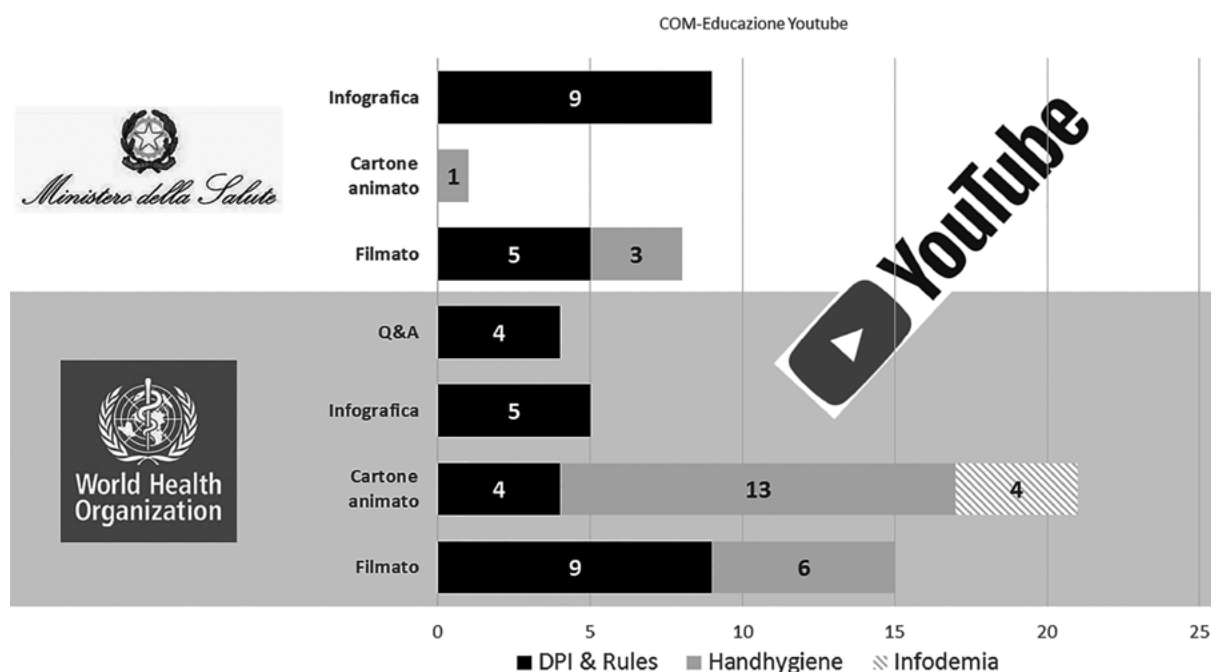


Figure 2.

Video pubblicati sui canali ufficiali presenti nella piattaforma "YouTube".

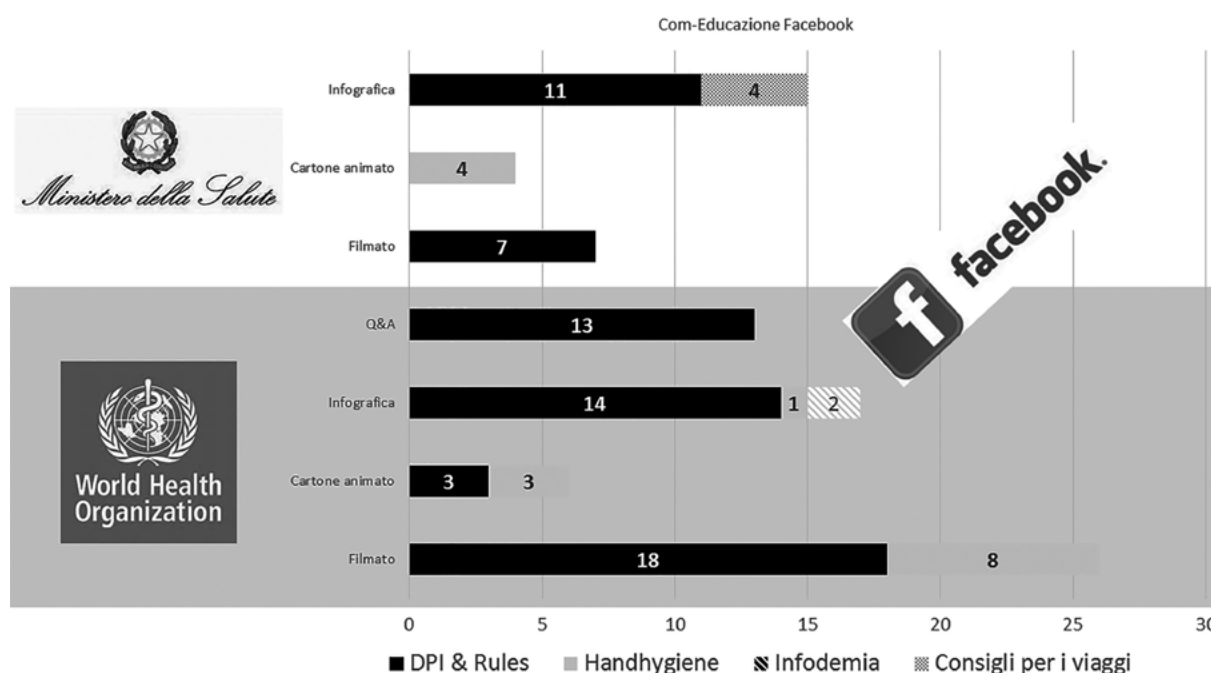


Figure 3.
Video pubblicati sulle pagine ufficiali presenti sul social media "Facebook".

- #IoMettoLaMascherina e #masklazio avviate il 4.8.2020 con Pietro Turano; Beatrice Bruschi, Federico Cesari e Rocco Fasano (tutti attori di una famosa webserie adolescenziale intitolata SKAM Italia, nata sulla scia dell'omonima versione norvegese nel 2015).

Durante il lockdown italiano, si sono moltiplicate su internet le informazioni riguardanti il coronavirus, basti pensare che il picco di ricerche su Google si è verificato proprio in corrispondenza del 23 febbraio, cioè nel weekend successivo alla diffusione dei primi casi di COVID in Italia, andando via via a diminuire nei mesi successivi (Fig. 4 – fonte "Google trends").

Nel grafico successivo, invece, confrontiamo le parole chiave: vaccino, sintomi e quarantena.

È interessante notare che hanno raggiunto l'apice nelle 3 settimane successive all'inizio dei casi accertati in Italia stabilizzandosi poi al trend pre-COVID (Fig. 5).

Ancora più interessante è notare lo stesso grafico precedente, integrato dalla parola "INPS" (Fig. 6).

La parte "economica" ha centrato, giustamente, la vita delle persone nel periodo del lockdown. Molte persone non potevano più lavorare e la preoccupazione economica ha avuto il sopravvento. L'intervento dello Stato italiano ha modificato, quindi, gli interessi delle persone, aiutandole con incentivi e iniziative economiche.

Questi ultimi grafici hanno lo scopo di far intuire al lettore quanto sia difficile orientarsi su un determinato argomen-

to su internet; potremmo citare anche le "Echo Chambers" che si creano nelle nicchie dei social network (Pensieri, 2018) o la "riflessività privata", ovvero le valutazioni personali sarebbero più importanti e valide rispetto al sapere degli esperti, anche se alla fin fine, l'unica considerazione da fare è interrogarsi su come poter migliorare l'aderenza alle norme di prevenzione della diffusione del COVID-19.

Conclusioni

La divulgazione di notizie su internet rischia di incappare in un grande gap. Il mondo sanitario parla una lingua di tecnicismi che (pur essendo corretti dal punto di vista formale) non vengono capiti dalla popolazione. Così le mascherine vengono indossate "sotto al naso", o "sotto al mento", oppure la gente la leva per riuscire a respirare o per starnutire. È arrivato il momento di semplificare il linguaggio senza banalizzare il contenuto, cercando di far passare concetti importanti, quali la solidarietà (mantenere il corretto posizionamento della mascherina chirurgica è un atto di solidarietà perché protegge il prossimo da noi), la fiducia nel futuro (avere una visione positiva del futuro) (Dilts, 2009) e la sorveglianza (mantenere alti i livelli di guardia).

Un innovativo indirizzo per le campagne comunicative potrebbe venire fuori dal mondo della psicoterapia e dell'ipnosi, ovvero l'utilizzo sapiente delle metafore. La forza della

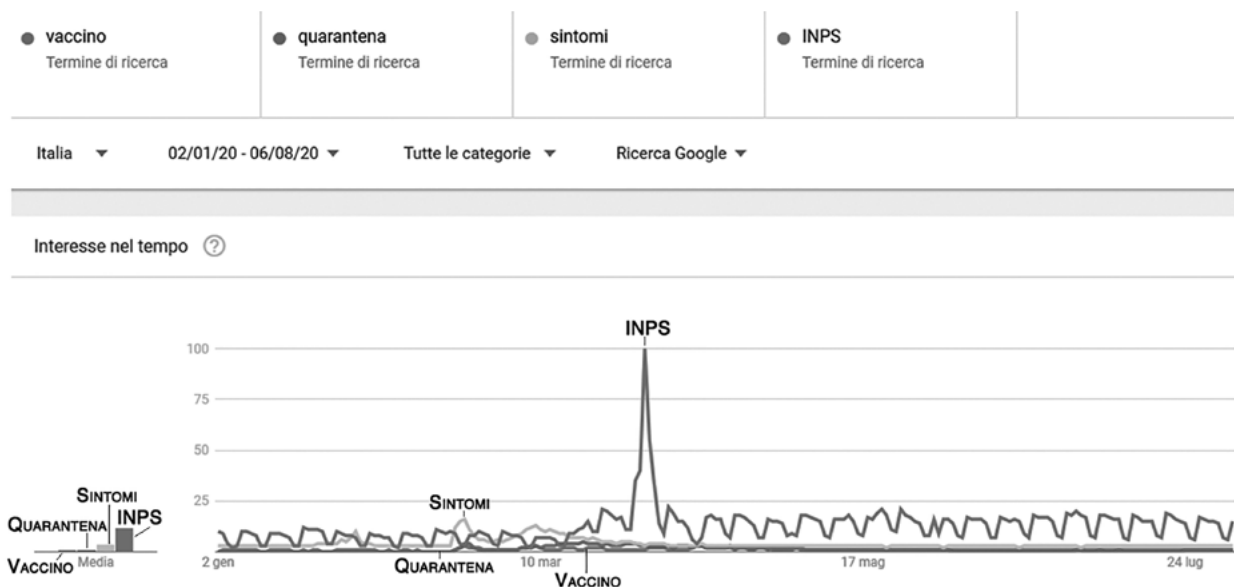


Figure 4.

Key term "Coronavirus" su "Google Trends".

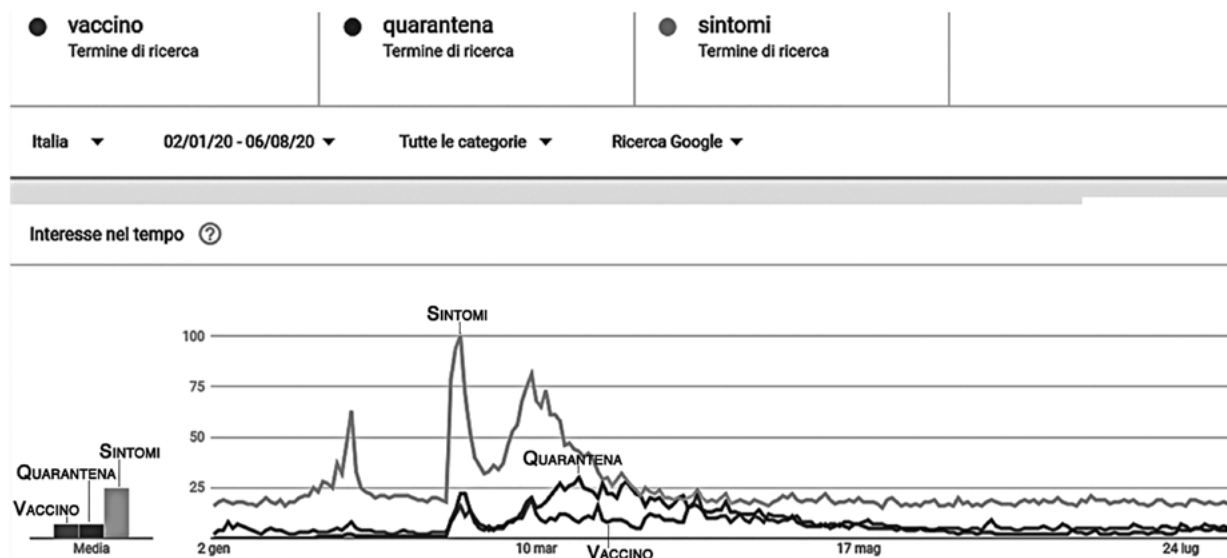


Figure 5.

Key term "Vaccino"; "Quarantena"; "Sintomi" su "Google Trends".

metafora è nota da sempre nella letteratura, nella religione e nella politica, in tutte le comunicazioni e relazioni umane (Barker, 1987). Nell'Ipnosi e nella Programmazione Neuro Linguistica la metafora viene utilizzata come strumento terapeutico efficacissimo, proprio per la sua straordinaria capacità di guidare l'ascoltatore attraverso processi mentali che conducono a un cambiamento del modo di percepire la realtà. La metafora può provocare dei cambiamenti nel paziente tali da lasciarlo spesso sorpreso; l'obiettivo consiste

nell'effettuare una modifica nel modo di affrontare i problemi (Erickson, 1983).

Esempio caratteristico è quello del bambino che chiede ai genitori di raccontargli delle fiabe, perché mentre ascolta, con la fantasia vive le vicende dei protagonisti, affronta le loro difficoltà e, di conseguenza, trova in esse le risorse per affrontare eventuali paure personali. Allo stesso modo, un farmacista che utilizza una metafora per spiegare ai clienti che le mascherine chirurgiche sono "monouso", risulta più

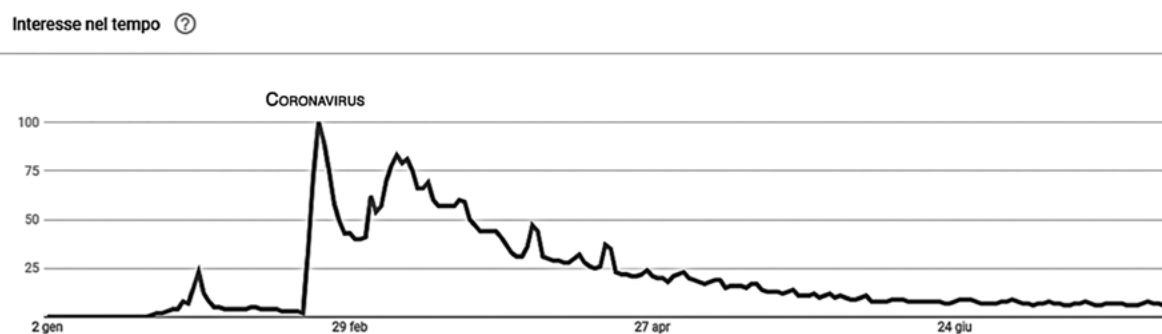


Figure 6.
Key term “Vaccino”; “Quarantena”; “Sintomi” + “INPS” su “Google Trends”.

efficace che semplicemente dire “sono monouso” ovvero utilizzare un approccio più centrato sullo *storytelling* basato su esempi di vita reale (far vedere come si diffonde il virus in un bar, in una classe e in un salone di una casa privata⁴), oppure paragonare le mascherine monouso agli slip intimi, oppure far vedere come a ogni utilizzo del Bancomat il virus passa da una persona a un'altra attraverso le dita.

Bibliografia

- Ajzen I. *From intention to actions: a theory of planned behaviour*. In: Kuhl J, Beckman J, Eds. *Action control: from cognition to behaviour*. Prentice-Hall: Englewood Cliffs NJ 1985.
- Bandura A. *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change*. Psychol Rev 1977;9:121-127.
- Bandura A. *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge:Cambridge University Press 1995.
- Barker P. *L'uso della metafora in psicoterapia*. Roma: Astrolabio Ubaldini 1987.
- Bauman Z. *Modernità liquida*. Roma-Bari Laterza 2000.
- Bennett P. *Understanding responses to risk: some basic findings*. In: Bennett PK, Calman K, Eds. *The neurocircuitry of impaired insight in drug addiction*. New York: Oxford University Press 1999.
- Cook TM. *Personal protective equipment during the coronavirus disease (COVID) 2019 pandemic – a narrative review*. Anaesthesia 2020;75:920-927.
- Dilts R, Roberti A. *I livelli di pensiero. Come lavorare in profondità con la PNL per arricchire l'esperienza della vita*. Ugnano: NLP Italy 2009.
- Douglas M. *Come percepiamo il pericolo. Antropologia del rischio*. Milano: Feltrinelli 1991.
- Erickson M. *La mia voce ti accompagnerà. I racconti didattici*. Roma: Astrolabio Ubaldini 1983.
- Festinger L. *A theory of cognitive dissonance*. Stanford: Stanford University Press 1957.
- Lemma P. *Promuovere salute: principi e strategie*. Roma: Il pensiero scientifico 2008.
- Lupton D. *The imperative of health. Public health and the regulated body*. London: Sage 1995.

McGuire WJ. *Input and output variables currently promising for constructing persuasive communications*. In: Rice RE, Atkin CK, Eds. *Public communication campaigns*. Thousand Oaks: Sage 2001.

Pensieri C, Angeletti S, Ciccozzi M. *Fake news e vaccini: un problema educativo?* MEDIC 2018;26:34-44.

Saunders-Hastings P, Crispo JAG, Sikora L, et al. *Effectiveness of personal protective measures in reducing pandemic influenza transmission: a systematic review and meta-analysis*. Epidemics 2017;20:1-20.

Rosenstock IM. *Why people use health services?* Milbank Memorial Found Quarterly 1966;44:94-124.

Rotter JB. *Generalised expectancies for internal and external control of reinforcement*. Psychol Monogr 1966;80:1-28.

Snyder LB. *How effective are mediated health campaigns?* In: Rice RE, Atkin CK, Eds. *Public communication campaigns*. Thousand Oaks: Sage 2001.

Snyder LB, Hamilton MA, Mitchell EW, et al. *The effectiveness of mediated health communication campaigns: meta-analysis of differences in commencement, prevention and cessation behavior campaigns*. In: Carveth R, Bryant J, Eds. *Meta-analysis of media effects*. Lawrence Erlbaum: Mahwah NJ 2000.

Wiedemann PM. *Percezione del rischio*. In: Gray PCR, Stern RM, Biocca M, Eds. *La comunicazione dei rischi ambientali e per la salute in Europa*. Milano: Franco Angeli 1999.

⁴ <https://english.elpais.com/society/2020-10-28/a-room-a-bar-and-a-class-how-the-coronavirus-is-spread-through-the-air.html> (accesso del 04.11.2020).

QUADERNO

“RISCHIO, STRATEGIE COMUNICATIVE E RISPOSTE INDIVIDUALI DURANTE LA PANDEMIA COVID-19: UNA PROSPETTIVA EDUCATIVA”

“RISK, COMMUNICATION STRATEGIES AND INDIVIDUAL ANSWERS DURING THE COVID-19 PANDEMIC: AN EDUCATIONAL PERSPECTIVE”

Misure di protezione e compliance del personale sanitario: un problema educativo

Protection measures and compliance of health personnel: an educational problem

ROSSANA ALLONI

Direttore Clinico, Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma

Il divario tra indicazioni sanitarie e comportamenti della comunità non è dovuto a un'insufficiente informazione, ma a una situazione di scarsa “educazione”. Ogni sanitario sa di rischiare il contagio, sa di potersi infettare con patogeni non facili da curare (come i “multidrug resistant”), sa di vivere in un ambiente che espone a rischi di vario genere (biologico, fisico, chimico) e dovrebbe sapere che deve difendersi e come.

Ma il problema della scarsa compliance degli operatori sanitari alle misure di sicurezza da adottare sul lavoro è un problema conosciuto e analizzato da tantissimo tempo in sanità, un problema che è rimasto limitato all'ambiente sanitario, e che ora è salito alla ribalta nella società.

La funzione della “volontà” acquisisce ora un importantissimo ruolo per modificare il comportamento facendosi carico di una piccola azione in più, della cura di un particolare, superando l'inerzia e la pigrizia. Per farlo però serve un buon motivo, si deve poter vedere un vantaggio, notare un miglioramento. Se si vede il risultato, allora ci si impegna e probabilmente l'impegno sarà duraturo.

L'esempio dei medici e di tutto il personale sanitario è un elemento importante per colmare il divario tra “come ci si deve comportare” e “come mi comporto”, favorendo una riflessione sull'esperienza, senza la quale essa scivola via senza diventare appunto “esperienza”.

Parole chiave: Formazione, educazione, compliance, igiene delle mani, volontà

The gap between health indications requirements and community behavior is not due to insufficient information, but it is due to a poor “education”. Every healthcare professional knows well that he is at risk of contagion, he knows that can be infected with pathogens that are not easy to treat (such as “multidrug resistant”), he knows that hospital environment exposes him to biological, physical, chemical risks and should know that he must defend himself and how.

So, the health workers' poor compliance with safety measures at work is a problem that has been known and analyzed for a long time, a problem that was limited to the healthcare environment but now it is evident all over the world.

“Willingness” now acquires a very important role in modifying behavior by taking care of a detail, overcoming inertia and laziness. To do this, however, you need a good reason, you must be able to see an advantage, an improvement. If you see the result, you are committed and probably the commitment will be lasting.

The example of doctors and all healthcare personnel is an important element in bridging the gap between “how should I behave” and “how do I behave” by encouraging a reflection on experience, without which it slips away without becoming “experience”.

Key words: Education, compliance, hand hygiene, willingness

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Prof.ssa Rossana Alloni
Policlinico Universitario Campus Bio-Medico
via Álvaro del Portillo 200, 00128 Roma
e-mail: r.alloni@unicampus.it



OPEN ACCESS © Copyright by Pacini Editore Srl

Introduzione

Il mio contributo sul gap educativo che sta emergendo nell'era della pandemia da COVID-19 sarà tratto dalla mia esperienza di clinico, con un focus particolare sui temi di Qualità e Sicurezza dell'assistenza che mi riguardano, in quanto Direttore clinico del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma.

Esiste un gap educativo, anzitutto, sul tema del COVID-19? A mio parere non si tratta di una insufficiente informazione, ma di una situazione di scarsa "educazione" nella popolazione per affrontare la nuova era che improvvisamente ci siamo trovati a vivere.

Educare alla consapevolezza del rischio e alla prudenza è il compito che spetta anche a medici e infermieri in questo momento: l'accento è posto sugli aspetti di educazione sanitaria che le nostre professioni comportano, ma che raramente sono risultati così evidenti.

Per ogni operatore sanitario dovrebbe essere chiaro che sta vivendo nel rischio, ma non solo oggi: da sempre e per sempre una professione svolta in mezzo a malati e malattie è un'attività ad alto rischio. Ognuno di noi sa di rischiare il contagio, sa di potersi infettare con patogeni non facili da curare (quelli tipicamente "da ospedale", i "multidrug resistant" o MDR), sa di vivere in un ambiente che espone a rischi di vario genere (biologico, fisico, chimico) e dovrebbe sapere che deve difendersi e come. Il condizionale è d'obbligo perché i comportamenti molto spesso non lo dimostrano...

È ben noto e discusso nella Letteratura mondiale il problema della scarsa compliance degli operatori sanitari alle misure di sicurezza da adottare sul lavoro. La stessa prassi di igienizzare le mani (lavaggio con acqua e sapone o frizione con gel alcolico) non gode purtroppo del favore dei medici e degli infermieri (Vermeil, 2019). In tutto il mondo gli ospedali si ingegnano per ottenere una migliore adesione del loro personale a questa semplice pratica, purtroppo con risultati non sempre incoraggianti e comunque al di sotto delle aspettative, nonostante siano sempre più evidenti le responsabilità delle "mani contaminate" degli operatori nella diffusione di patologie anche molto gravi all'interno dei reparti. Di fatto, alcune migliaia di decessi sono attribuibili a contagio diretto, attraverso mani contaminate, sia in reparti di Terapia intensiva (Lambe, 2019) che in reparti a minore intensità di cura. Tutte morti prevenibili con pochi semplici gesti, che richiedono meno di un minuto di tempo.

L'epidemia COVID-19 ci ha resi più consapevoli della gravità di questi comportamenti e ha costretto a una campagna massiccia, pervasiva, diretta a tutta la popolazione, su temi di igiene delle mani e prevenzione di base. Si è presentato con prepotenza il compito/dovere di informare e di educare su larga scala.

La prima osservazione è questa: si tratta di una tematica che in sanità è presente da decenni, rimasta limitata all'ambiente sanitario, e che ora è salita alla ribalta per un motivo grave ed evidente. Ma non è un tema "nuovo". In fondo, le

nostre mamme ci hanno insegnato a lavarci le mani prima di mangiare, dopo aver giocato in giardino, dopo aver usato il bagno, ecc. Non avrebbero forse saputo fornirci un fondamento scientifico solido, dei dati incontrovertibili a supporto di queste indicazioni, ma di fatto il buonsenso insegnava che erano prassi da insegnare e mettere in pratica.

Eppure anche in ospedale non ci si lava le mani... quindi il gap educativo c'era già, c'è sempre stato. Nella formazione di ogni operatore sanitario c'è stato un corso di igiene, di microbiologia, un docente o tutor che ha spiegato come e perché fare l'igiene delle mani: un conto è "saperlo" e un conto è "farlo" o meglio, essere convinto e modificare i propri comportamenti a motivo di questa convinzione. L'aspetto più arduo da affrontare è proprio questo, l'educazione della persona, che implica non solo la conoscenza di nozioni e notizie, ma anche l'adesione della volontà e il superare ostacoli per mettere in pratica un comportamento coerente con ciò che si riconosce come "bene" o "adeguato".

La mia seconda osservazione è quindi sul ruolo della volontà, che in questo tema è importantissimo: per modificare il mio comportamento facendomi carico di una piccola azione in più, della cura di un particolare, devo superare l'inerzia e la pigrizia che sono componenti normali della condizione umana; mi serve un buon motivo, devo poter vedere un vantaggio, devo avere la soddisfazione di notare un miglioramento. Se vedo il risultato, allora mi impegno e probabilmente il mio impegno sarà duraturo.

Non si può educare se non muovendo nella persona sia l'intelligenza che la volontà, facendo diventare protagonisti del cambiamento. L'alternativa è un'obbedienza più o meno forzata, assunta come un dovere da compiere e che tutti sperano si concluda quanto prima. Educare a comportamenti sani e/o virtuosi significa arrivare a una situazione in cui il singolo ha compreso, ha valutato il beneficio e anche il prezzo da pagare quanto a scomodità, modificazione della routine, spesa economica, spesa di tempo, infine ha deciso che comunque ne vale la pena e cambia comportamento. Cambiare abitudini richiede tempo e determinazione, soprattutto quando le abitudini sono inveterate e non solo nel singolo: sono comportamenti socialmente diffusi, per cui si rischia di trovarsi in minoranza rispetto a ciò che gli altri fanno (e questo dal punto di vista psicologico può pesare).

Credo che sia molto importante il recupero, per il personale medico e sanitario in generale, della nostra originaria e insopprimibile mission di curare e assistere in ogni situazione le persone che ci chiedono aiuto o che vediamo in difficoltà. Se per esercitare la mia professione devo cambiare modalità di lavoro, lo farò, se davvero per me la professione è un modo di "essere", di esprimere la mia personalità, di compiere le mie aspirazioni. Chi ha passione, si adatta e lotta in tutte le situazioni per il bene del paziente, in questa emergenza COVID-19 ne abbiamo avuto molti edificanti esempi. Se per salvaguardare me stesso, la mia salute, e la salute dei miei familiari e dei pazienti a me affidati devo indossare una tuta, doppi guanti,

mascherine speciali... lo farò, perché vedo che è un bene per me e per tutte queste persone. Forse avrò dei dubbi, penserò che sia eccessivo comportarsi così, ma senz'altro l'idea di poter danneggiare i miei cari o la salute di chi mi si è affidato mi farà andare avanti, superando qualche resistenza (Wong, 2014).

L'altra faccia della medaglia è la riscoperta del ruolo di formatori che compete agli operatori sanitari: l'educazione sanitaria è uno dei compiti del medico e dell'infermiere, da sempre, ma questo compito non è stato valorizzato o messo in risalto se non in alcune situazioni particolari, in cui l'educazione del paziente è certamente necessaria: si pensi al postoperatorio di interventi chirurgici che alterano ad esempio le capacità di digestione o di alimentazione. È ovvio che medico e infermiere dovranno dare al paziente molte spiegazioni, dovranno "educarlo" alla nuova situazione fisiopatologica in cui si trova, suggerire comportamenti e accorgimenti per migliorare la vita di tutti i giorni. Queste attività, che tutti noi svolgiamo abitualmente, sono solo una parte del nostro compito; in realtà dovremmo sempre chiederci che cosa dovremmo fare per quel paziente o per quella famiglia per migliorare la loro salute. Ci limitiamo a intervenire sulle situazioni gravi (e non è poco), ma abbiamo forse lasciato in ombra gli interventi più generalizzati, quelli che davvero possono cambiare lo stato di salute di gruppi di persone: penso all'educazione per quanto riguarda il fumo, la corretta alimentazione, l'attività fisica... intervenire su questi temi significa coinvolgere chi sta intorno alla persona su cui stiamo agendo e forse prevenire malattie cardiovascolari e neoplastiche con un raggio d'azione molto più vasto di quanto riusciamo a percepire.

La battaglia per la formazione è molto complessa, soprattutto quando il "nemico" è microscopico come il virus o nascosto come la malattia polmonare conseguente al fumo (Margaritopoulos, 2016). Non possiamo vivere costantemente preoccupati, perché consapevoli del rischio e sarebbe davvero controproducente indurre dei comportamenti eccessivi, immotivati ed emotivamente indotti, che creano situazioni non utili e da alcuni soggetti vissute in modo drammatico (i soggetti ansiosi stanno vivendo davvero male questo periodo, creandosi rituali e comportamenti singolari e infondati). Da questo punto di vista, è fondamentale l'esercizio della virtù della prudenza, che non significa "stare nel mezzo" cercando comportamenti non troppo rischiosi ma non del tutto corrispondenti agli standard, per non urtare troppo la sensibilità dei più. Occorre molta riflessione e soprattutto aderenza ai dati della realtà per definire ciò che è davvero utile e quindi deve essere fatto rispetto a ciò che potrebbe essere utile, ma è riservato a circostanze particolari o a soggetti particolari. È chiaro che chi soffre di patologie croniche e ha un assetto immunitario depresso dovrà prendere precauzioni maggiori (per l'epidemia di COVID-19 come per la "banale" consuetudine epidemia influenzale a cui invece pochi fanno caso!), ma

chi è in buona salute dovrà ammettere che una malattia che si trasmette con le goccioline di saliva (le famose *droplets*) va prevenuta con mascherine e comportamenti adeguati nel momento in cui si tossisce o si parla (o si canta... o si discute animatamente...). La prima volta che ho indossato una visiera durante un intervento chirurgico sono rimasta sorpresa notando che, alla fine di un'operazione del tutto routinaria e senza alcun episodio di emorragia, avevo parecchie piccolissime goccioline di sangue del paziente sulla mia visiera. Mi sono chiesta dove sarebbero andate a finire, senza la visiera... sul mio viso, sulla mia mascherina chirurgica, probabilmente non me ne sarei nemmeno resa conto. Questa semplice constatazione mi ha resa più sensibile al tema dell'esposizione agli agenti biologici durante il mio lavoro; non sono una maniaca dell'igiene, ma sono più attenta alle situazioni pericolose o potenzialmente pericolose, per me e per gli altri. E le *droplets* non sono colorate come il sangue, quindi non le vediamo e così accade che le sottovalutiamo.

Conclusioni

L'esempio dei medici e di tutto il personale sanitario è un elemento importante per colmare il divario tra "come ci si deve comportare" e "come mi comporto"; chi lavora in sanità è sempre guardato con occhi particolari e oggi, dopo i molti colleghi deceduti e i moltissimi che hanno lavorato eroicamente nei mesi peggiori dell'epidemia, penso che abbiamo una certa stima che possiamo spendere dando "buon esempio", un concetto che sembra d'altri tempi, ma alla fine è sempre efficace.

Prudenza e consapevolezza del rischio sono elementi fondamentali. È chiaro che occorre una strategia di formazione continua e soprattutto, per la mia esperienza, tale strategia formativa deve partire dall'osservazione di ciò che avviene nel quotidiano e valorizzare i fatti a cui capita di assistere o che veniamo a conoscere direttamente. Se non si favorisce una riflessione sull'esperienza, questa scivola via senza diventare appunto "esperienza", qualcosa che ci rende più consapevoli e più attenti, quindi un po' più saggi.

Bibliografia

- Lambe KA, Lydon S, Madden C, et al. *Hand hygiene compliance in the ICU: a systematic review*. Crit Care Med 2019;47:1251-1257.
- Margaritopoulos GA, Harari S, Caminati A, et al. *Smoking-related idiopathic interstitial pneumonia: a review*. Respirology 2016;21:57-64.
- Vermeil T, Peters A, Kilpatrick C, et al. *Hand hygiene in hospitals: anatomy of a revolution*. J Hosp Infect 2019;101:383-392.
- Wong VW, Cowling BJ, Aiello AE. *Hand hygiene and risk of influenza virus infections in the community: a systematic review and meta-analysis*. Epidemiol Infect 2014;142:922-932.

QUADERNO

“RISCHIO, STRATEGIE COMUNICATIVE E RISPOSTE INDIVIDUALI DURANTE LA PANDEMIA COVID-19: UNA PROSPETTIVA EDUCATIVA”

“RISK, COMMUNICATION STRATEGIES AND INDIVIDUAL ANSWERS DURING THE COVID-19 PANDEMIC: AN EDUCATIONAL PERSPECTIVE”

“Progetto Favoloso”: educare alla salute attraverso la narrazione ai tempi della pandemia COVID-19

“The Fabulous Project”: health education through storytelling during the COVID-19 pandemic

CLAUDIA RUSSO¹, DANIELA BARNI²

¹ Università LUMSA, Roma, ² Università degli Studi di Bergamo

La pandemia da COVID-19 rappresenta un evento critico, non-normativo, che in breve tempo ha cambiato la nostra quotidianità, ponendo in primo piano il tema della salute (privata e pubblica) e dei comportamenti volti alla sua difesa e alla sua promozione.

Il “Progetto Favoloso”, nato nell’ambito del corso universitario di Psicologia Sociale della Famiglia (Università LUMSA) e tuttora in corso di realizzazione, ha come destinatari i bambini della scuola primaria. Esso persegue un duplice scopo: la spiegazione, attraverso un linguaggio narrativo giocoso, di ciò che stiamo vivendo e il riconoscimento ai bambini di un ruolo significativo e attivo, da protagonista, nel contrastare la diffusione del virus. All’interno delle favole sono proprio i bambini i protagonisti: dotati di superpoteri, che altro non sono che valori relazionali (solidarietà, conforto, amicizia, ecc.), promuovono comportamenti salutari e insieme riconquistano gli spazi di socializzazione a loro tanto cari (tra cui, in primis, la scuola).

La favola permette l’apprendimento di nuovi contenuti, così come l’interiorizzazione di nuovi schemi e l’elaborazione delle emozioni. Le favole del progetto qui presentato possono essere un utile strumento per aiutare i bambini, nonché gli adulti significativi che li circondano, nel passaggio da una difesa passiva contro il virus a una modalità attiva e maggiormente consapevole.

Parole chiave: COVID-19, favole, bambini, empowerment

The COVID-19 pandemic represents a non-normative event that has quickly changed our lives, by highlighting the issue of (public and private) health and preventive and promotional health behaviors.

The “Fabulous Project”, born within the university course of Social Family Psychology (LUMSA University) and still in progress, is addressed to elementary school children. It has a double aim: the explanation, through a playful narrative language, of what we are living and the acknowledgement of the children’s crucial active role in hindering the virus spread. As such, children are the main characters of our fairytales: they have superpowers, namely the relational values (solidarity, solace, friendship, etc.), promote healthy behaviors, and together regain their socialization spaces (first of all, the school).

The tale helps in learning new contents as well as in internalizing new patterns and elaborating emotions. The fairytales we proposed can therefore be a useful tool to help both children and the significant adults around them to move from a passive defensive position against the virus to an active and aware role.

Key words: COVID-19, Fairytales, children, empowerment

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Claudia Russo
Dipartimento di Scienze Umane, Università LUMSA
piazza delle Vaschette 101, 00193 Roma
e-mail: c.russo@lumsa.it



OPEN ACCESS © Copyright by Pacini Editore Srl

Introduzione

“Da grandi poteri derivano grandi responsabilità”

A dicembre 2020, a Wuhan, in Cina, è stato rilevato un nuovo coronavirus, il SARS-CoV-2, che ha causato un’epidemia da sindrome respiratoria acuta (COVID-19). Nel giro di pochi mesi, il virus si è diffuso in maniera esponenziale: a marzo si registravano più di 118.000 casi di positività, 4.291 morti in 114 paesi del mondo, fra cui l’Italia. Per tali ragioni, nello stesso mese di marzo, l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dichiara lo stato di pandemia (Bavel et al., 2020). Allo scopo di contenerla e contrastarla, numerosi paesi, seppure in tempi diversi, hanno imposto un periodo di confinamento obbligatorio (lockdown). Con uno specifico riferimento al contesto italiano, il lockdown ha inizio il 9 marzo e durerà fino al 18 maggio, per un totale di 69 giorni. Durante questo periodo, le misure dettate dal Governo, in forma di decreti, hanno imposto il blocco totale della maggior parte delle attività lavorative, che, laddove possibile, hanno assunto modalità di lavoro agile (smart working). Anche la didattica, in tutti gli ordini e gradi del sistema educativo, si è svolta in modalità online, rappresentando una sfida collettiva di grande rilevanza (Giovanella et al., 2020). A tal proposito, infatti, è evidente come insegnanti e studenti abbiano dovuto apprendere un modo diverso di interagire e di essere in relazione, cercando nuove pratiche affinché la formazione potesse essere ugualmente efficace.

L’Università Maria Santissima Assunta (LUMSA), presso la quale ha avuto avvio il “Progetto Favoloso” presentato in questo contributo, ha istruito docenti e studenti all’utilizzo di piattaforme attraverso le quali fare lezione, ricevimento e seminari. Nell’ambito del corso di Psicologia Sociale della Famiglia, docenti e studenti hanno iniziato a interrogarsi su come poter tradurre i concetti insegnati o appresi in uno strumento operativo di supporto alle famiglie e ai minori.

Il corso fa riferimento, per la lettura dei fenomeni familiari, al modello relazionale-simbolico (Scabini e Cigoli, 2000). Tale Modello teorico, come suggerito dal suo stesso nome, fonda le sue radici in due elementi chiave: il relazionale e il simbolico. Il primo rappresenta i vincoli che legano a una storia (comune e intergenerazionale) i membri della famiglia; il secondo, invece, consiste nella struttura latente di senso che attraversa le diverse forme storiche della famiglia. Il simbolico, che va inteso, in senso antropologico, come ciò che dà senso, significato e direzione al legame, si nutre di una sostanza etico-affettiva (Scabini e Iafrate, 2003). Durante le transizioni familiari, innescate da eventi critici normativi (eventi attesi) o non-normativi (eventi inattesi), emergono la qualità e la tenuta della struttura relazionale-simbolica della famiglia (Scabini e Cigoli, 2000).

La pandemia da COVID-19 può essere chiaramente intesa come un evento critico non-normativo che, dopo una prima naturale fase di disorganizzazione, obbliga a una ri-

organizzazione del sistema famiglia, in connessione con i contesti di appartenenza, per affrontare adeguatamente i compiti evolutivi che esso ha portato con sé. Tra questi compiti rientra l’assunzione di buone pratiche e di specifici comportamenti igienico-sanitari (ad esempio, igienizzarsi spesso le mani) per prevenire la diffusione del virus. Tutto ciò implica il trovare parole adatte a spiegare ai bambini ciò che sta accadendo, sia per rendere più comprensibili le limitazioni imposte e le richieste loro rivolte sia per contenerne le legittime ansie e paure di fronte al “cambiamento del quotidiano” (Szabo et al., 2020).

Alla luce di tali considerazioni, abbiamo deciso di scrivere un breve libro di favole, come spazio di parola e di immaginazione in cui i bambini, attraverso la narrazione, possano trovare un senso all’accaduto e recuperare una posizione attiva e proattiva, da protagonisti nella storia in divenire.

Perché proprio le favole?

Le favole, così come le fiabe¹, hanno una forte valenza educativa, soprattutto durante l’infanzia. Sono infatti da intendere come un utile alleato per sviluppare e potenziare nei bambini consapevolezza e sensibilità rispetto a un certo argomento e/o situazione, così da permettere loro di riconoscere ed elaborare le emozioni e connettersi con l’altro (Varano, 1999).

Ciò è reso possibile attraverso l’immaginazione, ovvero quella facoltà tipicamente umana che ci permette di dar vita a pensieri ed elaborare idee attraverso le immagini, alle quali viene attribuito un forte valore simbolico. L’immaginazione, infatti, permette di superare quel netto confine che divide la realtà oggettiva dall’entità che invece tale realtà assume nella mente del bambino, permettendo a quest’ultimo di avere un’apertura verso il “reale”, osservandolo però anche dal punto di vista del proprio vissuto interiore (Aldi, 2014). In quest’ottica, quindi, l’immaginazione, resa possibile attraverso le favole, crea una stretta connessione fra diversi linguaggi, come quello corporeo, emotivo, relazionale e razionale, dando forma a sensazioni, emozioni e pensieri che non hanno ancora raggiunto la compiutezza e la chiarezza del pensiero logico-razionale. L’immaginazione, infatti, non dà vita a un mondo fantasioso parallelo, estraneo al mondo reale; anzi, l’immaginazione, soprattutto nei bambini, è strettamente connessa agli accadimenti della vita reale. Il pensiero creativo, stimolato dalle favole e dal linguaggio metaforico insito in esse, permette

¹ Nonostante nel linguaggio comune i due termini vengano spesso utilizzati come sinonimo, la fiaba e la favola indicano due generi letterari diversi: mentre la prima generalmente mette in scena storie nelle quali l’obiettivo è principalmente l’intrattenimento, nella favola, seppure spesso i protagonisti affrontino situazioni paradossali, vi è nello sfondo una cornice etica e il fine ultimo è quello relativo all’insegnamento di una morale (si vedano, ad esempio, le favole di Esopo e Fedro).

al bambino di assemblare gli elementi della realtà attraverso regole e logiche nuove (Varano, 1999). Non a caso, le favole, così come le fiabe, sono spesso utilizzate da genitori e operatori come strumento psicopedagogico volto ad aiutare i bambini ad affrontare un evento critico e a riorganizzarsi a seguito di esso. Esse, infatti, attraverso la narrazione fantastica, costituiscono una vera e propria attività psicoeducativa che permette ai bambini di avere una risposta empatica a domande legate ad accadimenti della propria storia personale, elaborando e trasformando sentimenti ed emozioni (Sunderland e Armstrong, 2006). Per tali ragioni, ad esempio, sono spesso impiegate per narrare la “doppia origine” ai bambini adottati o in affidamento familiare (Miliotti, 2015), così come in caso di lutto (Sunderland e Armstrong, 2006).

Il “Progetto Favoloso”

Il progetto, attraverso le favole, si rivolge in particolare ai bambini della scuola primaria e ai loro adulti di riferimento. Esso, tuttora in corso, persegue i seguenti obiettivi:

- 1) racconto di ciò che è accaduto (lockdown) e di ciò che sta accadendo (convivenza con il virus);
- 2) alfabetizzazione rispetto ai principali comportamenti sanitari corretti da adottare fuori casa, con particolare riferimento all’ambiente scolastico;
- 3) riconoscimento ed elaborazione delle emozioni;
- 4) potenziamento dell’empowerment e del senso di comunità.

Le favole raccolte nel libro sono, nella loro diversità, accomunate da alcuni elementi. Primo fra tutti, il contesto temporale: tutte le favole sono ambientate nell’attuale periodo storico, dettato dalla pandemia da COVID-19. Come da tradizione, le favole inizieranno con la celebre frase “C’era una volta”. In questo scenario, il “c’era una volta” si riferisce al mondo dei bambini prima dell’inizio dell’epidemia; un mondo in cui, fra le tante consuete attività, i bambini andavano a scuola con serenità, giocavano con i compagni di classe durante la ricreazione e, al suono dell’ultima campanella, uscivano dall’aula in fila indiana, tenendosi per mano. Ad oggi, invece, c’è un mondo dei bambini del tutto nuovo e inaspettato, quello in cui è necessario convivere con il virus, altro comune denominatore delle favole. Il coronavirus, infatti, rappresenta l’antagonista. Esso è il nemico, descritto come rivale invisibile capace di moltiplicarsi velocemente, diventando così sempre più forte. Il nemico invisibile ormai regna nel mondo dei bambini e ha dettato numerose regole affinché si possa vivere al suo cospetto; tra queste, ad esempio, l’utilizzo di dispositivi di protezione, come la mascherina. Paradossalmente, queste stesse regole dettate dal virus, sono le stesse che bisogna adottare per sconfiggerlo e avere cura di sé e dell’altro. Infine, i protagonisti: allo scopo di passare da un’ottica di difesa passiva a un ruolo attivo nel processo di cambiamento (empowerment; per un approfonda-

dimento sul ruolo di fiabe/favole come strumenti volti a promuovere un processo di empowerment si veda, per esempio, Alvingrum, 2015; Moreno, 1990; Riva e Russo, 2015; Ruini et al., 2014), i protagonisti di ciascuna favola sono i bambini. Questi sono raffigurati come degli eroi e, come tali, ciascuno di loro ha un superpotere. Con l’intento di incrementare il processo di identificazione dei lettori con i protagonisti delle favole, i nostri eroi avranno a disposizione dei superpoteri “ordinari”, ma di straordinaria rilevanza al fine di combattere il virus. Tali superpoteri sono da sempre presenti, in modo latente, nei nostri protagonisti, ma in una situazione di difficoltà emergono con più forza. Nello specifico, i superpoteri sono i valori, come il sacrificio, la responsabilità, la solidarietà, la pazienza, la perseveranza; tutti presuppongono il rispetto delle regole. Inoltre, ogni qualvolta uno dei supereroi incontra un/a altro/a bambino/a gli/le dona, attraverso il rispetto, un superpotere diverso, ma di equivalente importanza, come, ad esempio, il valore dell’amicizia. I superpoteri, dunque, racchiudono un’intrinseca dimensione relazionale e hanno una natura donativa.

Di seguito, è riportato un estratto di una delle favole presente all’interno della raccolta:

“C’era una volta, la vacanza spensierata dove giocare era la cosa migliore che poteva capitare. In un tempo non molto lontano tutti si davano la mano, i bambini ricevevano coccole e abbracci, sorridevano e potevano fare le linguacce. Finita la scuola e presa la pagella si partiva per la vacanza più bella. Ma prima non c’era un grande guastafeste che, venuto da lontano, all’improvviso ha cambiato al mondo il sorriso e facendo un parapiglia ha lasciato tutti a casa con grande meraviglia. Grandi e piccini ora, non possono più star vicini. Così in un giorno di noia mortale Karina, una giornalista bambina, ha un’idea geniale: vuole fare una conferenza mondiale in un villaggio balneare. [...] Il villaggio balneare servirà, a dar voce a tutti i bambini del mondo, per dire che combattere l’insetto micidiale si può fare, senza per questo rinunciare a giocare, uscire e incontrare gli amici in un mondo, non solo virtuale e senza norme, chiamate piattaforme. Per questo Karina vuole intervistare la popolazione mondiale, dei bambini finiti nella scatola buia della paura, piegati come corolle di girasoli quando arriva la frescura. Vuole dare la fiducia e la parola in coro ai bambini impauriti dall’insetto dispettoso e contagioso e così pericoloso. [...] Karina arriva alla stazione della capitale, ascolta una voce al megafono ripetere sempre lo stesso messaggio: “attenzione mantenere la distanza di sicurezza, indossare la mascherina”. E decide che cosa è saggio: usa il gel trasparente che lava le mani della gente e si protegge dal contagio per tutto il viaggio e pensa tra sé e sé, ci vuole un motto universale: io per te, tu per me, non solo nell’emergenza generale, è semplice e naturale come mangiare, bere e riposare. Karina arriva alla fermata del treno, fronte mare, dove decide di intervistare tutti i bambini che vogliono approfittare di questa opportunità balneare. Il primo bambino si chiama Egidio, ha molto fastidio, usa la

maschera per finta. Karina domanda, che cosa sai del virus pandemico? Lui risponde seccato come un colore sbiadito e sintetico “Non ho tempo per le regole noiose e fastidiose”. Karina lo invita alla conferenza del villaggio balneare, dove presto parlerà un luminare. [...] Silenzio bambini arriva il luminare. In piedi, su una sola gamba, seduti su una sedia rotelle o con le stampelle, poco importa, tutti uguali nei diritti di ascoltare ed essere ascoltati. Curiosi come bertucce si guarda tutti il palco balneare, ma non si vede nessuno arrivare. Allora Karina accende il grande schermo e aziona l'amuleto segreto, arriva un'immagine grandiosa, che appare luminosa. Si vede un frigo gigante e una voce flebile invita Egidio, Vincenzo, Deodato e Giancristino a salire, ma non troppo vicino. Devono vincere la sfida, trovando insieme un modo per aprire la porta del congelatore. [...] La porta si apre e compare un cervellone adagiato nel congelatore. È un cervello vero, che parla ad alta voce e dice cose intelligenti. In questa conferenza accade qualcosa di inusuale: la scienza serve notizie fresche di giornata, direttamente dal mondo del freddo sapere, arriva la scoperta che vi diremo: è che è nato un neurotrasmettitore che viaggia sulle frequenze della serenità e ci dice che alle pandemie di oggi e di domani ci si abituerà. Notiziona! [...] Il gioco è divertente, sul podio della vittoria, arrivano tutti i bambini che insieme sanno trovare le soluzioni e in cambio ricevono doni della Fiducia, Complicità, Sicurezza e Responsabilità. Doni preziosi come medaglie e valgono nelle sfide avventurose, anche nelle giornate più uggiogiose. [...] I bambini sanno cambiare anche le cose importanti e pericolose, basta solo scambiare tanti doni [...]” (scritta da Annatonia Mino).

Conclusioni

Il periodo storico che stiamo attraversando ha messo in discussione la quotidianità di ciascuno, aprendo alla necessità di schemi comportamentali nuovi e, talvolta, estranei. Inoltre, nelle famiglie in cui sono presenti dei bambini è stato necessario trovare parole adeguate per spiegare loro il cambiamento e le nuove modalità comportamentali da adottare, usando un linguaggio che fosse per loro comprensibile. La favola, con il suo linguaggio allegorico e metaforico, rende possibile, soprattutto durante la fanciullezza, non solo trasmettere e apprendere contenuti, ma anche elaborare emozioni, sensazioni e pensieri, interiorizzando nuovi schemi interpretativi, funzionali a uno sviluppo positivo (Varano, 1999).

Sulla base di tali considerazioni, il “Progetto Favoloso” è volto a sensibilizzare i bambini rispetto a quello che stiamo vivendo, ma, più di tutto, vuole sottolineare e rafforzare il loro essere protagonisti centrali della storia che stiamo tutti quanti scrivendo. Essere protagonisti significa giocare un ruolo di responsabilità circa l'assunzione di comportamenti sanitari corretti (come, appunto, indossare la mascherina e rispettare la distanza fisica), vincendo così la partita contro

il virus. I bambini sono il motore principale del cambiamento ma, soprattutto nelle situazioni emergenziali, tendono a essere collocati in una condizione di recepimento passivo di ciò che gli adulti dicono loro sia giusto o sbagliato fare. Dunque, concludendo, lo scopo sottostante il progetto, è quello di sottolineare l'importanza dei bambini e di responsabilizzarli. La loro responsabilità sta non solo nell'agire correttamente grazie ai superpoteri (i valori), ma nell'agire correttamente per l'altro, donando e diffondendo così altri superpoteri, in un'ottica di generatività sociale. La generatività sociale, infatti, è la capacità del tutto umano di mettere al mondo al di là dell'aspetto meramente biologico; è una sorta di apertura verso l'altro, che ci connette, permettendoci di agire nell'ottica del bene comune (Scabini e Cigoli, 2000).

Ringraziamenti

Le autrici desiderano esprimere la loro gratitudine agli studenti di Psicologia Sociale della Famiglia che, attraverso il loro impegno, dedizione ed entusiasmo, stanno rendendo possibile la realizzazione del progetto.

Bibliografia

- Aldi G. *Educare con le fiabe: come sviluppare l'intelligenza emotiva dei bambini*. Milano: Edizioni Enea 2014.
- Alvinigrum SY. *Child empowerment in JK Rowling's Harry Potter and the Sorcerer's stone*. Doctoral dissertation, Yogyakarta State University, 2015 (<https://core.ac.uk/download/pdf/33531238.pdf>).
- Bavel JJV, Baicker K, Boggio PS, et al. *Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response*. *Nat Hum Behav* 2020;4:460-471.
- Giovanella C, Passarelli M, Persico D. *La didattica durante la pandemia: un'istantanea scattata dagli insegnanti a due mesi dal lockdown*. Inviato per la pubblicazione (https://www.researchgate.net/publication/343826766_La_didattica_durante_la_pandemia_un%27istantanea_scattata_dagli_insegnanti_a_due_mesi_dal_lockdown).
- Miliotti AG. *Le fiabe per parlare di adozione. Un aiuto per grandi e piccini*. Roma: Franco Angeli 2015.
- Moreno BD. *Empowering young children to think and act critically through folk tales: an experience in critical pedagogy*. Doctoral dissertation. University of San Francisco 1990.
- Riva A, Russo E. *La fiaba: racconto di vita*. Napoli: inKnot Edizioni 2016.
- Ruini C, Masoni L, Ottolini F, et al. *Positive narrative group psychotherapy: the use of traditional fairy tales to enhance psychological well-being and growth*. *Psychol Well Being* 2014;4:13.
- Scabini E, Cigoli V. *Il famigliare. Legami, simboli e transizioni*. Milano: Cortina Editori 2000.
- Scabini E, Iafrafe R. *Psicologia dei legami familiari*. Bologna: il Mulino 2003.
- Sunderland M, Armstrong N. *Aiutare i bambini a superare lutti e perdite. Attività psicoeducative con il supporto di una favola*. Trento: Erickson 2006.
- Szabo GT, Richling S, Embry DD, et al. *From helpless to hero: promoting value-based behavior and positive family interaction in the midst of COVID-19*. *Behav Anal Pract* 2020;13:568-576.
- Varano M. *Guarire con le fiabe: come trasformare la propria vita in un racconto. Vol. III*. Sesto San Giovanni: Meltemi Editore 1999.

Estimulación cerebral profunda: consideraciones éticas

Deep brain stimulation: ethical considerations

JOSÉ OTAYZA¹, LUCA VALERA², RODRIGO LÓPEZ³

¹ Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile; ² Facultad de Filosofía y Centro de Bioética, Pontificia Universidad Católica de Chile; ³ Facultad de Medicina y Centro de Bioética, Pontificia Universidad Católica de Chile

La estimulación cerebral profunda (DBS) es un procedimiento neuroquirúrgico usado actualmente para tratar síntomas motores de enfermedades como el Parkinson, distonías y el temblor esencial. Pero también se encuentra en desarrollo para aplicarse en el campo de la psiquiatría, por ejemplo, en las adicciones y trastornos de agresividad. Esto ha generado un importante debate a nivel bioético.

Método: Se revisó la literatura buscando los problemas éticos que surgen de la aplicación de esta tecnología en dos patologías específicas, la enfermedad de Parkinson y el alcoholismo, haciendo énfasis sobre las implicancias que tiene sobre la libertad.

Resultados: La DBS es una técnica en desarrollo con varios desafíos desde el punto de vista ético. Pero la mayoría de ellos se deben al hecho mismo de que se encuentra en desarrollo y con el tiempo deberían resolverse. Sin embargo, existen problemas particulares según el uso que se le dé a esta tecnología, los que se relacionan con la idea que tengamos sobre conceptos como la libertad.

Conclusiones: En el caso de la enfermedad de Parkinson nos parece un procedimiento aceptable desde el punto de vista ético, mientras que para trastornos como las adicciones su uso es discutible, y debiera usarse como terapia de segunda línea.

Palabras clave: Libertad, adicción, enfermedad de Parkinson, alcoholismo, ética

Deep brain stimulation is a neurosurgical procedure used to treat motor symptoms of diseases like Parkinson's disease, dystonia and essential tremor. It is also currently being tested in psychiatric disorders like addiction and anger disorders. It has, however, generated some ethical discussions.

Method: We review the literature about the ethical issues concerning the application of the DBS in two pathologies, Parkinson's disease and alcoholism, particularly focusing on the implications it would have on the patient's freedom.

Results: DBS is still under development, and it generates many ethical challenges. Most of them are due to the fact that it is still under development, eventually these concerns should be resolved. There are, however, specific problems according to the use we make of this technology, related to our interpretation of freedom.

Conclusions: We think that the use of DBS for the treatment of Parkinson's disease should be ethically acceptable. However, in the case of alcoholism and others behavioral disorders its use should be deepened at an ethical level, and it should eventually be considered as a second-line therapy.

Key words: Freedom, Parkinson's disease, addiction, alcoholism, ethics

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Luca Valera
Pontificia Universidad Católica de Chile
Av Libertador Bernardo O'Higgins 340, Santiago
Región Metropolitana, Chile
e-mail: luvalera@uc.cl



OPEN ACCESS © Copyright by Pacini Editore Srl

Introducción. Un poco de historia y las dinámicas esenciales

La Estimulación cerebral profunda (*Deep Brain Stimulation*, DBS) es una técnica utilizada en neurocirugía. Pensada inicialmente como reemplazo para la neuroablación, ya que, al generar impulsos eléctricos de alta frecuencia, evitaría la despolarización neuronal (McIntyre et al., 2004), su verdadero mecanismo aún no está del todo dilucidado. Actualmente se sabe que no sólo inhibe la despolarización, sino que además sería capaz de modular la actividad de circuitos cerebrales patológicos, al actuar sobre nodos que son parte de estos circuitos, ya sea restableciéndolos a un estado previo a la enfermedad o creando nuevos (MacIntyre y Hahn, 2010). Estudios en animales también, muestran que la DBS aumentaría el metabolismo y la vascularización de las zonas estimuladas, aumentando la neurogénesis local (Stone et al., 2011).

Sus componentes son un generador de impulso, que incluye una batería, un cable y los electrodos (Medtronic, 2002). El generador de impulso se instala de forma subcutánea, usualmente bajo la clavícula, mientras que los electrodos se insertan por vía estereotáxica en la parte del cerebro que se quiere estimular. La actividad de los electrodos es ajustable, pudiéndose modificar la frecuencia, la amplitud, el ancho del pulso y la configuración o carga de estos (catión o anión). Por último, está el cable que conecta ambos componentes (Da Cunha et al., 2015).

La historia de la neuro-estimulación es relativamente larga. Ya en 1870 Fritsch and Hitzig demostraron que se podía estimular eléctricamente la corteza cerebral de perros anestesiados, provocando movimientos localizados (Valenstein, 1986). El siguiente paso hacia la DBS fue realizado en 1930 por Hess (Valenstein, 1986), quien, con una técnica similar a la estereotaxia usada actualmente, logró insertar en el cerebro de un gato electrodos conectados hacia el exterior. Al activarlos en el gato no anestesiado, observaron respuestas motoras o conductuales, según el área estimulada. En la década de los 50 se inician los primeros experimentos en humanos por Delgado et al. (1969), quienes lograron, por medio de la estimulación eléctrica, alterar algunas funciones mentales de los pacientes estudiados. Dado el descredito que sufrió la psicocirugía en esa época (Valenstein, 1986), no fue hasta 1987 que la DBS fue reintroducida por el Dr. Benabid para el tratamiento de trastornos motores, como reemplazo de la neuro-ablación (Benabid et al., 1987). Desde entonces, y dado sus buenos resultados, su uso se ha propagado, llegando en el año 2013 a más de 100.000 pacientes beneficiados con este tratamiento (Medtronic, 2013).

Dada su incorporación reciente como herramienta terapéutica y a la falta de conocimiento completo de las consecuencias que podría producir su uso, su uso está aprobado por la *Food and Drug Administration* (FDA) actualmente sólo para enfermedad de Parkinson (PD), distonías, temblor esencial y, en casos excepcionales, para trastorno obsesivo

compulsivo (FDA, 2009). Aun así, se están investigando nuevos objetivos de terapia, como trastornos depresivos con mala respuesta a medicamentos (Holtezheimer et al., 2012), enfermedad de Alzheimer (Sankar et al., 2014), epilepsia (Gilbert, 2015), y estados crónicos de mínima consciencia (Sen et al., 2012), entre otros.

Efectos de la DBS

Las principales ventajas que ofrece este método sobre la neuro-ablación es su capacidad de modulación y reversibilidad. Una vez instalado, puede regularse la actividad de los electrodos, para optimizar sus efectos terapéuticos y/o disminuir los efectos secundarios (Medtronic, 2002). Y, en caso de no obtener el objetivo deseado, el dispositivo puede apagarse (Lozano y Lipsman, 2013), volviendo los circuitos cerebrales a su estado basal, pre-estimulación.

Como todo procedimiento quirúrgico, no está exento de complicaciones, las cuales se pueden dividir en peri-operatorias, relacionadas con el hardware y efectos secundarios de la estimulación. En pacientes con enfermedad de Parkinson, donde se tiene más experiencia con esta técnica, las complicaciones peri-operatorias afectan aproximadamente a un 6,8% de los pacientes (Voges et al., 2007), siendo las más frecuente hemorragia (1.3-4%), y convulsiones (0.4-2.8%) (Clausen et al., 2010). Dentro de la segunda categoría, a saber, complicaciones relacionadas con el hardware, se encuentran infecciones (2.8-6.1%), mal posicionamiento o migración de los electrodos (5.1%) y rotura de algunos de los componentes (5%) (López et al., 2016). La última categoría incluye los problemas que surgen con la estimulación. Dada la gran cantidad de fibras nerviosas que convergen en los ganglios basales, un área muy pequeña, es difícil seleccionar y modular de forma aislada circuitos específicos, por lo que podría terminar afectando funciones no motoras (Castrìoto et al., 2014). Aquí los efectos han sido diversos, y cambios en el ánimo y otros efectos conductuales se reportan hasta en el 25% de los pacientes (Berney et al., 2002), reportándose incluso aumento en la tasa de suicidio (Voon et al., 2008). Sin embargo, comparándolo a grupos tratados con medicamentos, se observa una mejoría en el estado de ánimo (Perestelo-Pérez et al., 2014). Cabe destacar que algunos de estos efectos adversos son transitorios, o pueden revertirse al ajustar los parámetros de estimulación (Mandat et al., 2006). En un meta-análisis (Schüpbach et al., 2006) se observó un aumento en la tasa de demencia en relación al grupo tratado con medicamentos; sin embargo, esta condición es difícil de adjudicar exclusivamente a DBS, dado que también es parte de la progresión de la Enfermedad de Parkinson. Por otro lado, la DBS tiene un gran impacto en la vida social de los pacientes, observándose que hasta un 70% de los casos genera problemas conyugales y en un 66% altera la percepción de sí mismos (Schüpbach et al., 2006).

Como podemos ver esta tecnología, por prometedora que sea, no está exenta de riesgos. Dado nuestro conocimiento aún limitado sobre el funcionamiento del cerebro, y el rol que puede llegar a jugar la DBS en él, es probable que se desconozcan muchas de las consecuencias de esta nueva tecnología. Faltan estudios a largo plazo y herramientas adecuadas para evaluar los pacientes, que se someten a este procedimiento (Ineichen et al., 2016). Es por esto que esta técnica no sólo ha sido motivo de discusión a nivel biológico, sino que también ha generado un fuerte debate a nivel ético, creando dudas sobre la interferencia de la DBS en diversos aspectos del ser humano, como la agencia (López, 2016) y la libertad (Lipsman y Glannon, 2013).

En este sentido, debido a que no tenemos todavía todas las informaciones sobre la técnica en sí, y los efectos que pueda generar, parece que tenemos más dudas que respuestas. Frente a esa técnica podemos decir que tenemos una “inquietud” y no nos “resulta fácil articular el motivo de nuestra inquietud” (Sandel, 2007, p. 8).

Para tratar de articular dicha inquietud, vamos a descomponer el problema, buscando los elementos esenciales de la cuestión en juego y eliminando elementos accidentales o innecesarios. ¿Dónde residiría, entonces, el problema ético en el uso de las técnicas mencionadas?, ¿en las consecuencias y en los efectos que lleva consigo?, ¿en la inseguridad dada por su “novedad”? o ¿en la intervención misma en aspectos “íntimos” del ser humano? Dicho en otras palabras, si consideráramos por un momento un escenario ideal, en que se solucionarían todos los efectos secundarios y se lograra reducir al mínimo los riesgos de la cirugía, ¿seguiría siendo un problema, a nivel ético, el uso de la DBS?

Problemas inherentes y no inherentes

Para responder a esta pregunta tenemos que considerar, como hemos dicho, que la DBS es una tecnología que aún se encuentra en etapa de desarrollo. Por lo tanto, esto genera un contexto específico que, a su vez, genera preocupaciones bioéticas determinadas, porque no conocemos a cabalidad todos los riesgos ni posibilidades de manejo con esta técnica. Como la DBS aún se está desarrollando, debemos suponer que los efectos adversos secundarios a su uso van a ir disminuyendo. Por lo tanto, lo más probable es que, a medida que se mejore la técnica, algunas de nuestras preocupaciones quedarán obsoletas.

Debido a esta condición en particular, y para fines analíticos, Johansson et al. (2014) dividen los problemas bioéticos en dos categorías: los que son *inherentes* al procedimiento y los *no inherentes*.

1. La primera clase de problemas (*inherentes*) surge desde el DBS en sí mismo, es decir, provienen de las características que lo definen. Para Johansson son: (a) aparato

electrónico, (b) que se implanta en el cerebro, (c) con el fin de estimularlo y modular alguna función cerebral. Si faltara alguna de estos elementos básicos ya no estaríamos hablando de DBS.

2. Los problemas *no inherentes*, son los que se deben al hecho de que se trata de una tecnología que aún no está del todo desarrollada. Si lográsemos perfeccionar esta tecnología lo suficiente, estos problemas deberían minimizarse o eventualmente desaparecer. En contraposición, los inherentes, serían los problemas con los que, sin importar los avances tecnológicos, la experiencia que tengan los centros en realizar este procedimiento o el conocimiento que se tenga sobre ella, siempre tendremos que enfrentar.

Al analizar los problemas de esta forma, no sólo nos permite anticiparnos a futuras discusiones sobre el tema, si no también hace evidente que algunos de estos problemas se deben a falta de conocimiento, lo que nos obliga moralmente a investigar más al respecto y desarrollar nuevos estudios.

El primer problema con el que nos enfrentamos es que el mero hecho de insertar un aparato electrónico en el cerebro de las personas, para modular la actividad cerebral, resulta sumamente invasivo. En el caso del estudio de Schüpbach (2006), 19 de 29 pacientes refirieron sensación de extrañeza en la forma en que se sentían con respecto a ellos mismos, al punto que en 6 hubo un cambio en su autoimagen. Algo bastante problemático para ellos, que expresan con frases como: “I feel like a machine”. Esto es un problema inherente porque, sin importar lo bien que se haga, el procedimiento siempre incluirá la inserción de un aparato eléctrico en el cerebro del paciente. Es importante destacar que no todos se sienten así y que ninguno de los pacientes de este estudio se arrepentía de haberse sometido al procedimiento, lo que puede ser visto como que esta alienación es algo que están dispuestos a sufrir con tal de obtener los beneficios de la neuro-estimulación.

¿Qué determina esta sensación de extrañeza con uno mismo? Los autores creen que está relacionado con una actitud hacia el hecho de tener un implante en el cerebro y no con un efecto secundario de la estimulación en sí. Esta actitud probablemente esté también relacionada a lo novedosa que es esta tecnología. Como en muchos casos en la historia, todo lo que es familiar suele ser visto como menos problemático que lo nuevo: las nuevas tecnologías, por el hecho mismo de ser nuevas, generan espontáneamente inquietudes en la gente, como ha destacado Carolyn Marvin (1988) en su libro *When Old Technologies Were New*.

Por lo tanto, nos parece que esta situación no sería por sí misma un motivo suficiente para dejar de realizar el procedimiento y es muy probable que, en la medida que esta tecnología se vaya difundiendo, la frecuencia con la que nos topemos con este problema disminuya sensiblemente.

Un medio para un fin

El segundo punto que puede resultar problemático es el fin con que se utilice la DBS. Para evaluar si es un medio apropiado para este fin – y para ver si efectivamente la DBS es problemática o no – vamos a observar la aplicación de dicha terapia a dos casos médicos distintos, que tienen que ver con dos enfermedades muy diferentes.

El caso del Parkinson

En el caso de la enfermedad de Parkinson (y otros trastornos motores), si pudiésemos tener la precisión suficiente para estimular únicamente los circuitos motores anómalos, nos ahorraríamos todos los efectos secundarios a nivel de comportamiento. De hecho, se hicieron estudios en pacientes con enfermedad en etapas iniciales, es decir, instalar el dispositivo 7-8 años después del diagnóstico, y no 14-15 años después, que es lo habitual (Schüpbach et al., 2013). Y pese a las limitaciones que tiene el procedimiento actualmente, en este grupo se describe una mejoría en calidad de vida al compararlo con el grupo tratado con medicamentos. Si bien el número de complicaciones son mayores en el grupo tratado con neuro-estimulación, la mayoría de estas corresponde a complicaciones menores; las complicaciones quirúrgicas, más severas, fueron completamente solucionadas. Es de esperar que este procedimiento, en la medida que mejore, deje de ser una última alternativa de tratamiento y que su implementación se considere en estadios más precoces de la enfermedad (de Souza et al., 2013). Si bien la intervención tiene un alto costo inicial, la disminución de costos en medicamentos y la reducción directa e indirecta de costos a nivel social, harían de la DBS una intervención costo-efectiva en algunos contextos (Becerra, 2016).

Por lo tanto, en el escenario ideal, estaríamos hablando de un tratamiento eficaz y seguro para personas con Parkinson avanzado con mala respuesta a medicamentos. Así resultaría difícil de encontrar razones para negárselo a los pacientes.

Sin embargo, los trastornos motores son sólo uno de los usos en que se está trabajando. ¿Qué sucede con las aplicaciones que tiene esta tecnología en la psicocirugía? Si bien algunas de las indicaciones de DBS para resolver problemas psiquiátricos pueden parecer razonables, como la depresión mayor resistente a tratamiento médico o como última línea en el trastorno obsesivo compulsivo, otras indicaciones resultan más problemáticas, como son los casos de mínima consciencia, tratamiento de agresividad (que no trataremos en este trabajo) o en las adicciones.

El caso de las adicciones

La adicción es una enfermedad crónica, neurobiológica, caracterizada por falta de control sobre el uso de sustancias, pese al daño que provocan (WHO, 1994). A nivel cerebral estas sustancias activan el sistema de recompensa, aumentando

la liberación de dopamina en el núcleo accumbens y otras áreas (Garbusow et al., 2016). La estimulación repetida de estas vías provoca los cambios en el sistema de recompensa, que son los que provocarán y mantendrán la adicción (Robinson y Berridge, 1993).

Dado que los tratamientos actuales para las adicciones tienen altas tasas de recaída durante el primer año (O'Brien, 2011), se han propuesto diversas técnicas de neuro-estimulación, entre ellas la DBS, como método para tratar los sistemas cerebrales afectados (Spagnolo y Goldman, 2017). El uso de DBS para manejo de adicciones surgió del reporte de casos en que se estimulaba el Núcleo Accumbens (NAc) para tratar otras patologías y dentro de los efectos secundarios se observó que disminuía la dependencia al alcohol de un paciente y que tres de 10 pacientes dejaron el tabaquismo (Kuhn et al., 2007). Aún no está del todo claro cómo ejerce su efecto, pero se sospecha que es capaz de influenciar el circuito en su totalidad y no se limita a un simple efecto de inhibición/estimulación local (Ewing y Grace, 2013). Se propone que, a través de la estimulación en el NAc, activa aferentes cortico-accumbales, las que a su vez activan inter-neuronas gabaérgicas de la corteza medial prefrontal (McCracken y Grace, 2007). Esto llevaría el circuito a un estado de normalidad.

A diferencia de lo que ocurre con el tratamiento de enfermedades motoras, la evidencia con la que se cuenta actualmente es baja. Si bien se han realizados estudios preclínicos exitosos en ratas (Vassoler et al., 2008), sólo existe un estudio piloto en humanos para tratamiento de adicción al alcohol (Muller et al., 2016). En este estudio, con cinco pacientes, se reportó una desaparición del deseo de consumir alcohol en todos los participantes, pero sólo dos de ellos se mantuvieron en abstinencia por los años que duró el seguimiento. En los otros pacientes se vieron recaídas en diversos intervalos. En general, estas recaídas estaban asociadas a estados emocionales negativos.

Como podemos ver, actualmente la DBS como terapia de las adicciones no es aconsejable, principalmente por los problemas “no-inherentes” que presenta. Dentro de los obstáculos que enfrenta actualmente están la falta de estudios con un número de pacientes adecuado y seguimiento a largo plazo (Carter y Hall, 2011).

Sin embargo, antes de enfrentarnos a la situación que sea una alternativa de tratamientos, es importante que nos preguntemos si es un método éticamente correcto para tratar las adicciones y nos fijemos en sus problemas inherentes. A diferencia de la situación anterior, en que se buscaba el mejoramiento de un signo visible (el temblor), en este caso se está tratando de cambiar una conducta. Si bien, puede parecer que se le está haciendo un favor al adicto, al alejarlo de esta conducta dañina para él, algunos podrían argumentar que se está manipulando la conducta del paciente, privándolo de ejercer su libertad (Mele, 1995). En estos casos es aún más difícil la evaluación ética, dado que los adictos suelen ser

poco conscientes de su problema y creer que aún mantienen el control (Goldstein et al., 2009).

Adicción y libertad. Algunos elementos interpretativos

Los problemas que surgen en el momento en que se quiere tratar una enfermedad que tiene que ver con un comportamiento a través de terapias que actúan a nivel exclusivamente orgánico, están relacionados principalmente a la dimensión humana de la libertad. Eso no crearía ningún problema si el ser humano no fuese esencialmente un ser libre, que actúa con conciencia y expresando su voluntad. Para intentar evaluar éticamente el caso que estamos abordando es entonces necesario profundizar un poco la dimensión de la libertad.

Claramente, no podemos pretender agotar el debate sobre el tema de la libertad (o del *liber albedrío*), y por eso, después de una breve introducción sobre algunas posturas frente a la libertad, bien esquemáticas, intentaremos ofrecer una perspectiva bien definida.

Podríamos afirmar que la libertad es “fenomenológicamente experimentada”: sabemos que existe, nos damos cuenta de ser libres en algunos momentos (Vanni Rovighi, 2008, p. 151). En ese sentido, una reflexión sobre el “fenómeno libertad” no es simple ni inmediato: el objeto de la reflexión (el ser humano, en cuanto ser libre) coincide con el sujeto de la misma.

Condiciones y paradigmas de la libertad

Hay diversas formas de ver la libertad, pero la mayoría de estas destaca el hecho de que, para ser libres, tenemos que respetar dos condiciones (Erbsi, 2008):

1. Es necesario que él que actúa pueda elegir entre distintas acciones posibles;
2. Es necesario que el que actúa pueda hacer una elección distinta de la que tomará.

A partir de esos dos criterios se definen los distintos “paradigmas” frente a la cuestión de la libertad. Los principales son los que afirman que:

1. No se puede ser libres si hay algo que este provocando o determinando nuestras acciones. Desde ese punto de vista, la libertad sería incompatible con el principio de causalidad. Por eso se les llama “indeterminismo” (Chisholm, 1982);
2. La libertad no existe y todas nuestras acciones están determinadas por el principio de causalidad universal (“determinismo”). Dentro de las posturas deterministas se encuentra el fisicalismo, según la cual nada escapa a las leyes de la física (Ruoso, 2014). Seríamos, para utilizar una famosa imagen de Spinoza, como piedras que caen necesariamente, pretendiendo ser los que determinan dicha caída. Esta última postura ha tomado cada vez más fuerza con los avances de la neurociencia, ya que cada vez estas han sido capaces de explicar de una manera mejor los procesos físico-químicos del fun-

cionamiento del cerebro y que estados cerebrales B_0 , se corresponde con estados mentales M_0 , en un tiempo T_0 . Lo que lo distingue de las posturas indeterministas, es que de acuerdo al fisicalismo, es que al estado B_0 , necesariamente le sigue B_1 , con su correspondiente M_1 en T_1 . Por lo tanto, nuestros estados mentales están completamente determinados por la interacción de nuestro cerebro con el entorno, sin ningún tipo de control por nuestra parte. Trabajos como el de Soon et al. (2008) han tratado de sustentar esta teoría;

3. El ser humano es “ontológicamente libre”, aunque no exprese (o no pueda expresar) su libertad. En este sentido, hay una diferencia esencial entre “ser libre” (*libertas minor*) y “actuar libremente” (*libertas maior*) (Russo y Valera, 2015, pp. 228-9). Nacimos como seres libres, pero, al mismo tiempo, nuestra libertad es una “ganancia”. En este paradigma, nuestra capacidad de expresar la libertad depende de algunas condiciones de ejercicio: en el momento en que no se presentan dichas condiciones, entonces, significa que no podemos actuar libremente, pero esto no significa que no somos libres.

Compatibilismo e incompatibilismo

Por lo que se refiere a las primeras dos visiones, el indeterminismo y el determinismo, podemos afirmar que caen bajo de la categoría conocida como “incompatibilismo” (Martin et al., 2009), dado que ambas ven la libertad y la ley de causalidad como elementos opuestos, que se excluyen entre sí.

En ambas teorías ni el alcoholismo ni la DBS representan un problema ético, al menos del punto de vista de la libertad. En la primera, dado que la libertad sería ajena al orden causal, ni las adicciones, ni la DBS serían una amenaza para ella. Y en la segunda la libertad es una ilusión, no existe, así que nunca sería realmente un problema. En estos paradigmas, entonces, el problema ético que estamos planteando se solucionaría en cuanto “pseudo-problema” y no tendría sentido desarrollar una evaluación que vaya más allá de dicho consideración.

En respuesta a estas visiones nace el “compatibilismo”, que trata de llegar a un consenso entre ambos principios. Según esta al menos un evento de la cadena causal no es causado por un evento anterior, sino que por un agente: el hombre. Pero a diferencia del indeterminismo nuestra libertad puede ser limitada, es decir, no es absoluta. Para entender más bien dicha afirmación, es útil retomar la afortunada expresión de Leonardo Polo (1996, pp. 50-1): nuestra libertad es una libertad siempre “situada”, es decir, relacionada a las circunstancias en las que vivimos, hemos crecido y actuamos. En ese sentido, nuestra libertad está siempre vinculada a circunstancias bien definidas y por eso podemos afirmar con Ortega y Gasset (2004, pp. 753-4): “Yo soy yo y mis circunstancias, y si no la salvo a ella no me salvo yo”.

Según las teorías clásicas compatibilistas, solo somos libres cuando “somos nosotros”, a través de nuestra voluntad, quienes determinamos nuestras acciones, y somos capaces de auto-determinarnos cuando nada se opone a lo que queremos hacer.

Surge, entonces, una pregunta de la reflexión precedente: el uso de la DBS, ¿respetaría la libertad del alcohólico?

Si como hemos adelantado, a nivel ontológico el alcohólico no pierde su libertad, es también interesante ver hasta qué nivel dicha intervención le quita el problema de ser “verdaderamente libre”, es decir, de ser sujeto de sus acciones.

Si la libertad fuese solo una liberación de algunas restricciones o vínculos, podríamos afirmar que la DBS, pese a que sería una restricción externa que busca alterar una conducta, al eliminar las “cadenas de los deseos” (a saber, el deseo de consumir), le permitiría al agente aumentar su libertad. Un fin más que noble, pero hay que evaluar el método. El problema que vemos con este método, es que por más que nos esté ayudando a “ser más libres”, sigue siendo una fuerza externa, que modifica en cierta medida nuestra forma de pensar, al manipular directamente la circuitería del cerebro. Por lo tanto, este aumento de libertad del agente, viene paradójicamente acompañada por la dependencia a un aparato externo. De hecho, en el estudio de seguimiento, al agotarse la batería de la DBS parte de los pacientes recaen. A diferencia de lo que ocurre con la psicoterapia, en la que los pacientes internalizan técnicas y herramientas para superar su problema, y una vez que lo logran, sólo depende de ellos evitar las recaídas. Es decir, no dependen de fuerzas externas.

Lo que parecía ser un método que aumenta y potencia la libertad, de hecho, se manifiesta como algo que la depotencia. Esto, quizás, es debido al hecho que no podemos interpretar la libertad como una simple “liberación de”, sino que es una “potencialidad de”, para algo que consideramos como bueno (Russo y Valera, 2013, pp. 230ss.): “ser libres para...”. Ésta es la dimensión más completa y compleja de nuestra libertad. En este sentido, la libertad es algo que tenemos que educar, guiar racionalmente, a partir de un fin que la pueda direccionar. Es ahí donde surge la alternativa de la educación – más larga y con más esfuerzo, claramente – a la intervención médica para el alcohólico, precisamente porque se trata de un problema de comportamiento, es decir, de expresión de la libertad, y, al mismo tiempo, de racionalidad. Esto respetaría más las dimensiones esenciales que constituyen al ser humano.

Por lo tanto, es probable que, sin importar lo mucho que mejore esta técnica, dado la dificultad que implica manejar pacientes adictos e implicancias de usar la DBS, siempre se mantenga como un tratamiento de segunda línea, favoreciendo invertir recursos en otras formas de tratamiento que tengan una mirada más educativa y que permitan evaluar caso a caso.

Conclusiones

La DBS es una nueva herramienta que poseen los clínicos para lidiar con patologías de difícil manejo actualmente. Su efectividad ya está demostrada para el tratamiento de enfermedades como el Parkinson y la distonía, pero aún se encuentra en fase de desarrollo para diversas aplicaciones, como las adicciones.

En el caso de la enfermedad de Parkinson, su uso estaría justificado y en la medida en que la técnica mejore no debiera representar un dilema ético, dado que sus problemas actuales se deben principalmente al hecho de que aún se encuentra en desarrollo (problemas no inherentes). Diferente es el caso de las adicciones, en que aún queda un largo camino por recorrer para ser una alternativa viable de tratamiento.

De todas formas, hemos podido adelantar algunos de los dilemas éticos que surgirán en la medida que esto se desarrolle, como el tema de la libertad, a la luz de la pregunta: una vez que se hayan solucionado todos los problemas técnicos de la terapia, ¿seguirán existiendo problemas a nivel ético? Como hemos podido observar, la respuesta a dicha interrogante depende del uso y del fin de la terapia, y también de la idea de libertad que somos capaces de desarrollar para describir nuestra condición humana.

Conflicto de interés

No existe ningún conflicto de interés, y la investigación no ha recibido financiación alguna.

Referencias bibliográficas

- Becerra JE, Zorro O, Ruiz Gaviria R, et al. *Economic analysis of deep brain stimulation in Parkinson disease: systematic review of the literature*. World Neurosurg 2016;93:44-49.
- Benabid AL, Pollak P, Louveau A, et al. *Combined (thalamotomy and stimulation) stereotactic surgery of the VIM thalamic nucleus for bilateral Parkinson disease*. Appl Neurophysiol 1987;50:344-346.
- Berney A, Vingerhoets F, Perrin A, et al. *Effect on mood of subthalamic DBS for Parkinson's disease: a consecutive series of 24 patients*. Neurology 2002;59:1427-1429.
- Carter A, Hall W. *Proposals to trial deep brain stimulation to treat addiction are premature*. Addiction 2011;106:235-237.
- Castrioto A, Lhomme E, Moro E, et al. *Mood and behavioural effects of subthalamic stimulation in Parkinson's disease*. Lancet Neurol 2014;13:287-305.
- Clausen J. *Ethical brain stimulation – neuroethics of deep brain stimulation in research and clinical practice*. Eur J Neurosci 2010;32:1152-1162.
- Chisholm RM. *Human freedom and the self*. In: Watson G, Ed. *Free will*. New York: Oxford University Press 1982, pp. 24-35.
- Da Cunha C, Boschen SL, Gómez-A A, et al. *Toward sophisticated basal ganglia neuromodulation: review on basal ganglia deep brain stimulation*. Neurosci Biobehav Rev 2015;58:186-210.
- Delgado J. *Physical control of the mind: toward a psychocivilized society*. New York: Harper & Row 1969.
- deSouza R-M, Moro E, Lang AE, et al. *Timing of deep brain stimulation in Parkinson disease: a need for reappraisal?* Ann Neurol 2013;73:565-575.

- Erbosi C. *La questione del libero arbitrio tra compatibilismo e incompatibilismo*. Humana-mente 2008;5:49-63.
- Ewing SG, Grace AA. *Long-term high frequency deep brain stimulation of the nucleus accumbens drives time dependent changes in functional connectivity in the rodent limbic system*. Brain Stimul 2013;6:274-285.
- Garbusow M, Schadt DJ, Sebold M, et al. *Pavlovian-to-instrumental transfer effects in the nucleus accumbens relate to relapse in alcohol dependence*. Addict Biol 2016;21:719-731.
- Gilbert F. *A Threat to autonomy? The intrusion of predictive brain implants*. AJOB Neurosci 2015;6:4-11.
- Goldstein RZ, Craig AD, Bechara A, et al. *The neurocircuitry of impaired insight in drug addiction*. Trends Cogn Sci 2009;13:372-380.
- Holtzheimer P, Kelley ME, Gross RE, et al. *Subcallosal cingulate deep brain stimulation for treatment-resistant unipolar and bipolar depression*. Arch Gen Psych 2012;69:150-158.
- Ineichen C, Baumann-Vogel H, Christen M. *Deep brain stimulation: in search of reliable instruments for assessing complex personality-related changes*. Brain Sci 2016;6:40.
- Johansson V, Garwicz M, Kanje M, et al. *Thinking ahead on deep brain stimulation: an analysis of the ethical implications of a developing technology*. AJOB Neurosci 2014;5:24-33.
- Kuhn J, Bauer R, Pohl S, et al. *Observations on unaided smoking cessation after deep brain stimulation of the nucleus accumbens*. Eur Addiction Res 2009;15:196-201.
- Lipsman NIR, Glannon W. *Brain, mind and machine: what are the implications of deep brain stimulation for perceptions of personal identity, agency and free will?* Bioethics 2013;27:465-470.
- López R, Trachsel M, Biller-Andorno N. *Towards a broader understanding of agency in biomedical ethics*. Med Health Care Philos 2016;19:475-483.
- Lozano AM, Lipsman N. *Probing and regulating dysfunctional circuits using deep brain stimulation*. Neuron 2013;77:406-424.
- Martin J, Sugarman JH, Hickinbottom S. *Persons: understanding psychological selfhood and agency*. Dordrecht: Springer 2009.
- Marvin C. *When old technologies were new: thinking about electric communication in the late Nineteenth Century*. New York: Oxford University Press 1988.
- McCracken CB, Grace AA. *High-frequency deep brain stimulation of the nucleus accumbens region suppresses neuronal activity and selectively modulates afferent drive in rat orbitofrontal cortex in vivo*. J Neurosci 2007;27:12601-12610.
- McIntyre CC, Hahn PJ. *Network perspectives on the mechanisms of deep brain stimulation*. Neurobiol Dis 2010;38:329-337.
- McIntyre CC, Savasta M, Kerkerian-Le Goff L, et al. *Uncovering the mechanism(s) of action of deep brain stimulation: activation, inhibition, or both*. Clin Neurophysiol 2004;115:1239-1248.
- Mele A. *Autonomous agents*. New York: Oxford University Press 1995.
- Muller UJ, Sturm V, Voges J, et al. *Nucleus accumbens deep brain stimulation for alcohol addiction – safety and clinical long-term results of a pilot trial*. Pharmacopsychiatry 2016;49:170-173.
- Ortega y Gasset J. *Meditaciones del Quijote. Obras completas. Tomo I. 1902/1915*. Taurus 2004.
- Perestelo-Pérez L, Rivero-Santana A, Pérez-Ramos J, et al. *Deep brain stimulation in Parkinson's disease: meta-analysis of randomized controlled trials*. J Neurol 2014;261:2051-2060.
- Ruoso M. *Libero arbitrio e neuroscienze. Alcuni spunti di riflessione*. Esercizi Filosofici 2014;9:126-144.
- Russo MT, Valera L. *Invito al ben-essere. Lineamenti di etica*. Roma: Aracne 2015.
- Sandel M. *Contra la perfección. La ética en la era de la ingeniería genética*. Barcelona: Marbot 2007.
- Sankar T, Lipsman N, Lozano AM. *Deep brain stimulation for disorders of memory and cognition*. Neurotherapeutics 2014;11:527-534.
- Schüpbach WM, Gargiulo M, Welter ML, et al. *Neurosurgery in Parkinson disease: a distressed mind in a repaired body?* Neurology 2006;66:1811-1816.
- Schüpbach WM, Rau J, Knudsen K, et al. *Neurostimulation for Parkinson's disease with early motor complications*. N Engl J Med 2013;368:610-622.
- Sen AN, Campbell PG, Yalda S, et al. *Deep brain stimulation in the management of disorders of consciousness: a review of physiology, previous reports, and ethical considerations*. Neurosurg Focus 2012;117:e14.
- Soon CS, Brass M, Heinze HJ, et al. *Unconscious determinants of free decisions in the human brain*. Nature Neurosci 2008;11:543-545.
- Spagnolo PA, Goldman D. *Neuromodulation interventions for addictive disorders: challenges, promise, and roadmap for future research*. Brain 2017;140:1183-1203.
- Stone SS, Teixeira CM, Devito LM, et al. *Stimulation of entorhinal cortex promotes adult neurogenesis and facilitates spatial memory*. J Neurosci 2011;31:13469-13484.
- Valenstein ES. *Great and Desperate Cures: the rise and decline of psychosurgery and other radical treatments for mental illness*. New York: Basic Books 1986.
- Vassoler FM, Schmidt HD, Gerard ME, et al. *Deep brain stimulation of the nucleus accumbens shell attenuates cocaine priming-induced reinstatement of drug seeking in rats*. J Neurosci 2008;28:8735-8739.
- Voges J, Hilker R, Botzel K, et al. *Thirty days complication rate following surgery performed for deepbrain*. Mov Disord 2007;22:1486-1489.
- Voon V, Krack P, Lang AE, et al. *A multicentre study on suicide outcomes following subthalamic stimulation for Parkinson's disease*. Brain 2008;131:2720-2728.

Il cibo: allegoria paradigmatica di introspezione

Food: paradigmatic allegory of introspection

VALENTINA RAPACCINI

Centro di Riferimento Regionale ADHD, Terni

Nell'articolo si descrivono le caratteristiche, le complicazioni e le interferenze con altre patologie dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), esplorate anche nel loro valore simbolico. Tale categoria include l'anoressia, la bulimia e i disturbi da alimentazione incontrollata. Gli studi sulla prevalenza dei disturbi alimentari indicano che nella popolazione femminile la frequenza è circa dello 0,3-0,5% (un caso ogni 200-300 persone) per l'anoressia nervosa e dell'1-2% (un caso ogni 50-100 persone) per la bulimia nervosa. Se vengono tuttavia presi in considerazione solo i dati della popolazione in età adolescenziale e giovanile, le percentuali risultano tuttavia più alte: si stima che nel corso della vita, fino al 2% delle donne si ammali di anoressia nervosa e il 4% di bulimia nervosa. Inoltre, quasi il 10% delle ragazze in età a rischio (tra i 15 e i 25 anni) soffre di un disturbo alimentare "parziale" o "subclinico", in cui cioè sono presenti solo alcuni dei criteri dell'anoressia nervosa o della bulimia nervosa, pur presentando un quadro clinico e medico che necessita di attenzione clinica da parte dei terapeuti. Allo stato attuale, pochi dati, perlopiù discordanti tra loro, sono invece disponibili sulla prevalenza del disturbo da alimentazione incontrollata (o disturbo da *binge eating*) (Smink, et al. 2012).

Parole chiave: DCA, disturbi del comportamento alimentare, anoressia, bulimia, digiuno

This article discusses the substantial characteristics, complications and interference with other pathologies of Eating Disorders through humanistic references also. Eating Disorders, according to DSM-5 criteria, include anorexia, bulimia and binge eating disorders. Prevalence studies indicate that among the female population the frequency is about 0.3-0.5% (one case every 200-300 people) for anorexia nervosa and 1-2% (one case every 50-100 people) for bulimia nervosa. However, if only young population is considered, the percentages result higher: it is estimated that during lifetime up to 2% of women is affected by anorexia nervosa and 4% by bulimia nervosa. Furthermore, almost 10% of girls aged between 15 and 25 years suffer from a "partial" or "subclinical" eating disorder, in which some criteria for anorexia nervosa or bulimia nervosa are present, showing a clinical picture that requires specific attention from therapists. Regarding the prevalence of binge eating disorder (Smink, et al. 2012), current data are limited and often discordant.

Key words: Eating disorders, anorexia, bulimia, fasting

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Valentina Rapaccini
Centro di Riferimento Regionale ADHD
Viale VIII Marzo, 05100 Terni
e-mail: rapaccinivalentina@gmail.com



Premessa

Per Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) o, più sinteticamente, disturbi dell'alimentazione si intende una specifica categoria diagnostica, principalmente di pertinenza neuropsichiatrica, caratterizzata da un'alterazione sostanziale delle abitudini alimentari correlata a un'eccessiva preoccupazione per il peso e la forma fisica (DSM 5, 2013).

Nell'ambito di tale categoria si annoverano patologie drammaticamente attuali quali forme di anoressia, di bulimia e disturbi da alimentazione incontrollata.

Mentre l'anoressia è caratterizzata dall'imposizione volontaria di un regime alimentare restrittivo, in grado di garantire un mantenimento cronico del peso corporeo prossimo a valori di oltre il 15% inferiori rispetto a quelli ritenuti consoni per un individuo di età ad altezza corrispondenti, la bulimia, in maniera simmetricamente opposta si caratterizza soprattutto per il ricorso ad abbuffate (cioè grandi mangiate), seguite da pratiche di compensazione per eliminare l'eccesso di calorie introdotto (vomito autoindotto, uso di lassativi, attività fisica esasperata) (DSM 5, 2013). Ciò può portare a un marcato dimagrimento in soggetti inizialmente in sovrappeso o in normopeso), oppure non avere un significativo impatto sull'aspetto fisico globale.

Per disturbo da alimentazione incontrollata, comunemente (Binge Eating Disorder), si intende un disordine della nutrizione e dell'alimentazione caratterizzata da abbuffate analoghe a quelle della bulimia, ma che non vengono generalmente seguite da pratiche di eliminazione o compensazione.

Circa la metà dei soggetti affetti da tale disturbo soffre di uno stato depressivo, insorto precedentemente o successivamente allo sviluppo della sintomatologia alimentare.

L'esordio classico dei DCA è adolescenziale, con una tipica predilezione per il sesso femminile. La prevalenza attuale di tali disturbi si aggira intorno al 3,5% della popolazione, escludendo patologie con sintomi sotto-soglia attualmente non inquadrabili all'interno di disturbi codificati (tra cui rientrano anche forme latenti di anoressia maschile, fenomeno attualmente in aumento).

In aggiunta alle considerazioni scientifiche, lo svolgimento di questo tema tiene in particolare conto gli sviluppi lacunari del pensiero freudiano.

L'importanza della linguistica strutturalista sottolinea la difficoltà di comprendere la parola nella sua autonoma immediatezza per l'esistenza di contenuti soggettivamente complementari e occultati. Questo impone la necessità di porsi in ascolto della condizione patologica per coglierne prospettive ed eziopatogenesi.

DCA: ampia variabilità fenotipica

Come precedentemente illustrato, i disturbi del comportamento alimentare variano ampiamente nella loro manifestazione fenotipica, da forme propriamente anoressico-restrittive a spiccatamente bulimiche.

Mentre nell'anoressia nervosa prevale un costante rifiuto del cibo associato all'ossessione persistente di un incremento ponderale, nella bulimia si evidenzia una preponderante disregolazione del comportamento alimentare con alternanza di abbuffate associate a saltuari atteggiamenti restrittivi, generalmente nell'ambito di un peso corporeo nella norma o ai limiti superiori.

È stato notato in particolare come l'anoressia nervosa condivida un substrato genetico comune con alcuni disturbi appartenenti all'ambito ossessivo compulsivo (fino al 35% dei soggetti anoressici mostra un DOC, un disturbo compulsivo ossessivo), disturbi dell'umore (tra cui in particolare quelli depressivi), disturbi dello spettro psicotico.

Nei soggetti bulimici appare maggiormente evidente la disregolazione emotivo comportamentale, per cui risulta frequentemente associato a questi disordini l'abuso di sostanze, come tossicodipendenza e alcolismo: in particolare il 50% dei soggetti affetti da bulimia mostra anche disturbi di personalità (tra cui il disturbo borderline) e disturbi dell'umore inerenti sia lo spettro maniaco-depressivo (bipolare) che marcatamente depressivo (Brooks et al., 2012).

DCA e insula

Si tratta di casi di patologie corticostriatali. L'immagine descrive uno dei principali meccanismi alla base dei disturbi alimentari, che implica il coinvolgimento dell'insula (area della corteccia cerebrale sita tra il lobo temporale e il lobo frontale), la quale funge da ago della bilancia tra il circuito prefrontale, deputato al controllo e alla pianificazione delle funzioni esecutive, e quello mesolimbico, preposto invece alla regolazione emotiva (Brooks et al., 2012).

Mentre nell'anoressia nervosa assume un ruolo determinante il circuito prefrontale, nelle patologie inerenti allo spettro bulimico l'apparato mesolimbico ha una funzione di particolare rilievo.

Infatti, come precedentemente esposto, nell'anoressia sembra maggiormente incisivo il controllo rigido e restrittivo sull'assunzione di cibo, sottoposto anche al vaglio critico della coscienza razionale.

Nella bulimia invece è di primaria importanza la disregolazione emotiva, che è in grado di causare una disfunzionalità comportamentale che si riflette in maniera significativa sull'alimentazione.

A debate on current eating disorder diagnoses in light of neurobiological findings: is it time for a spectrum model?

BMC Psychiatry 2012, 12:76 doi:10.1186/1471-244X-12-76

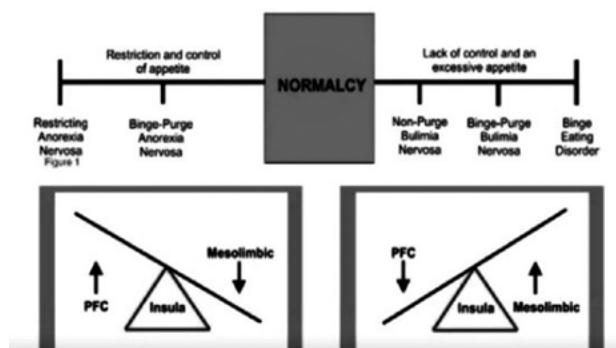


Figure 1. Schema esemplificativo del ruolo dell'insula nei DCA

Cibo come mediatore dell'esperienza umana

Da sempre il cibo ha assunto un carattere rilevante per la specie umana, non solo in termini strettamente legati alla sopravvivenza o per la sua natura aggregante e conviviale, ma anche in quanto mediatore sostanziale dell'esperienza umana.

Si potrebbe considerare il cibo come espediente attraverso il quale l'uomo marchi la pluralità delle proprie esperienze quotidiane: parallelamente, da un punto di vista fisiologico, mediante il percorso alimentare l'organismo umano risulta in grado di trasformare una sostanza in una molecola altamente energetica (ATP).

Una delle ataviche consuetudini della stirpe umana è proprio quella di allucinare abitudini mediante il ricorso al cibo: esso assurge a mediatore esperienziale rispettivamente di una circostanza comunitaria, assumendo una valenza collettiva, o di una situazione individuale, rivestendosi di una connotazione edonistico solipsistica.

A tal proposito è interessante notare come, mentre fenomeni attualmente sempre più diffusi quali ad esempio ortorexia e veganismo mostrano un substrato imprescindibile di identificazione comunitaria, l'anoressia nervosa tenda in modo diametralmente opposto a relegare l'individuo in una dimensione autistica di refrattarietà e isolamento contestuale (Dell'Osso et al., 2016).

Da sempre infatti i DCA, in particolare l'anoressia nervosa, sono ritenute patologie della convivialità.

Nella società attuale, essendoci una maggiore tendenza al ritiro sociale con paradossale rifugio nell'astrazione fittizia del mondo virtuale, è di facile intuizione immaginare come tali disturbi siano suscettibili di un progressivo incremento.

Il corpo come significante esclusivo

Attraverso una concezione sostanzialmente riduzionistica e meccanicistica del processo alimentare, afferma Feuerbach, (Feuerbach, 2017) finiamo per essere ciò che mangiamo.

In realtà, come precedentemente illustrato, il cibo non costituisce soltanto un espediente indispensabile per la sopravvivenza, ma assurge anche a sostanziale mediatore delle principali esperienze dell'individuo, soprattutto in contesti di aggregazione sociale.

Sulla scia del concetto di tecnologia del sé, descritto da Foucault (Foucault, 1992), secondo cui tutto ciò che viene operato sul corpo è fondamentale ai fini della costruzione dell'Io, che non ha una preesistente identità ontologica. Conseguentemente la manipolazione dell'organismo nella globalità delle interferenze psicosomatiche diviene strumentale all'elaborazione di un'identità intersoggettiva, che il soggetto, affetto da DCA esterna mediante il proprio corpo non avendo linguaggi alternativi per manifestarsi.

Nel soggetto anoressico in particolare si verifica una idealizzazione progressiva dell'immagine corporea.

Mentre nella psicosi il corpo viene percepito in termini segmentali, ovvero come entità disgiunta nel contesto di una parcellizzazione quantica dell'essenza costitutiva, nell'anoressia nervosa il corpo appare idealizzato nella sua sintetica armonia monodimensionale.

La personalità anoressica potrebbe essere assimilata a una piatta icona bizantina vivificata dal dominio degli impulsi di fame, in quanto il soggetto conduce la propria esistenza sotto la costante egemonia del digiuno.

Mentre nei disturbi dello spettro psicotico si smarrisce la visione globale della corporeità, nell'anoressia nervosa il corpo è pur sempre visto nella sua struttura complessiva, seppure ridimensionata dal carattere frustrante e costrittivo del depauperamento.

Nell'anoressia segnatamente subentra progressivamente un annientamento delle caratteristiche mimiche del volto e dei caratteri sessuali secondari, in virtù anche della perdita del tessuto adiposo sottocutaneo.

Si tratta di corpi ai quali non si riesce a conferire un'età anagrafica, privati di una esplicita dimensione temporale: vengono cancellati non solo i segni del tempo e ma anche le caratteristiche di genere, al punto che Jacques Lacan (Lacan, 1996) evidenzia come nei soggetti affetti da DCA sussista anche una difficoltà nel processo di sessualizzazione, ovvero nella collocazione specifica all'interno di un preciso contesto identificativo di gruppo (maschile o femminile).

Disturbi da sintomi somatici e DCA

Esiste a questo proposito un overlap tra disturbi da sintomi somatici e disturbi alimentari: in entrambe le cate-

rie infatti, l'individuo appare muto, incapace di verbalizzare esplicitamente il proprio disagio, affidando al corpo la voce della propria sofferenza: mentre nei soggetti affetti da disturbi da sintomi somatici è l'organo che parla, negli anoressici il corpo nella sua globalità assurge a paradigmatico significato esclusivo. In entrambe le categorie infatti sussiste l'impossibilità sostanziale a oggettivare e nominare esplicitamente la propria sofferenza, difficilmente identificabile ed esprimibile verbalmente (Kestenberg, 1974).

La caratteristica specifica dei disturbi da sintomi somatici, in accordo con l'attuale classificazione del DSM 5, appare infatti la rilevanza di sintomi somatici accusati dal paziente in relazione al disagio e alla compromissione clinicamente significativa percepiti sul piano funzionale. Secondo l'attuale definizione, la patologia risiede negli aspetti psico-comportamentali definiti dalla modalità abnorme con cui i sintomi vengono vissuti in termini di pensieri, sentimenti e comportamenti piuttosto che nell'assenza di una eventuale spiegazione medica esaustiva per tali sintomi.

Come fa notare infatti Gilles Deleuze... "il corpo è un sillogismo disgiuntivo mentre il linguaggio è un ovulo in via di differenziazione" (Deleuze, 1941).

DCA ed egosintonia

Notiamo a questo proposito come i soggetti anoressici sperimentino un'apparente distorsione delle percezioni sensoriali, tendendo a privilegiare il canale visivo e squalificando inconsciamente gli altri, in particolar modo il gusto.

In generale i DCA vengono considerati affetti da disturbi egosintonici, definiti tali in quanto percepiti come intimamente consonanti e armonici rispetto a esigenze e desideri mostrati dall'Io; risultando coerenti con l'immagine di sé che nutre il soggetto per tale motivo frequentemente sono difficili da diagnosticare.

Diametralmente opposti ai disturbi egosintonici, sono quelli egodistonici, incoerenti rispetto all'identità personale e disallineati nei confronti dell'ambito percettivo.

Data la sostanziale egosintonia che caratterizza i DCA, avviene generalmente una esternalizzazione dei conflitti intrapsichici.

Appare pertanto di importanza imprescindibile il lavoro di reciproca integrazione multidisciplinare svolto dall'equipe terapeutica, che tuttavia può trovarsi in difficoltà davanti al rifiuto e alla chiusura dell'individuo, il quale non appare pienamente consapevole della natura primigenia del disagio.

Si è notato infatti, a parità di approccio metabolico nutrizionale, un miglioramento in termini di efficacia delle iniziative che, oltre a fornire un importante supporto psico-pedagogico intensivo, sono mirate alla riqualificazione dell'individuo sul piano soggettivo e interpersonale.

La personalizzazione dell'individuo

L'intervento psicoterapeutico mira a trasformare il soggetto da qualcosa a qualcuno mediante il ripristino sostanziale attraverso la decodifica simbolica.

La malattia può essere considerata anche come una riprogrammazione biologica, ovvero un processo che mette in atto la mente come risposta alla alterazione di un habitat.

È stato ipotizzato che la malattia sia un linguaggio comunicativo, non un ammasso anarchico di cellule impazzite, ma un modo attraverso il quale il nostro corpo manifesti un disagio, insoddisfazione per la vita che fa, e si lamenta, tenta di opporsi, critica il cervello per le sue scelte (Crepet, 2013).

L'individuo affetto da DCA, nel suo alterato rapporto con il corpo, tende ad affidare personificazione delle proprie istanze a saltuari significanti contingenti, perlopiù contestuali: laddove infatti la sua identità è affidata unicamente al linguaggio fisico e para verbale del corpo, vengono progressivamente introdotti nuovi significanti che diventano strumenti integrativi e rappresentativi della personalità umana, progressivamente ristrutturata.

La ricodifica simbolica consente all'individuo di dispiagare la propria essenza non solo mediante il canale corporeo, ma avvalendosi di altri mediatori esperienziali.

In questo modo si favorisce la congrua e poliedrica totalità dell'identificazione somatopsichica.

DCA e COVID-19

È interessante notare che in alcune patologie psichiatriche, tra cui la bulimia, siano stati riscontrati miglioramenti a seguito del lockdown imposto dall'emergenza pandemica causata dal virus COVID-19.

Queste evoluzioni positive verosimilmente sono ascrivibili alla forzata focalizzazione di un'intensa attenzione concentrata su problematiche essenziali – come quelle relative alla sopravvivenza e alla salute – con conseguente ridimensionamento degli aspetti ansiosi altresì prioritariamente legati al disturbo psichiatrico.

L'imposizione di misure restrittive può essere considerata anche un'operazione di riscatto delle psicosi: in effetti le patologie psicotiche – che strutturano le loro caratteristiche su un costante rapporto simbiotico con un'alterità fittizia – si avvantaggiano transitoriamente di una recisione improvvisa del contatto esterno, che generalmente evidenzia una vulnerabilità destabilizzante.

L'isolamento forzato potrebbe addirittura incentivare una ristrutturazione solida dell'identità reale.

DCA e potere del digiuno

L'atteggiamento disfunzionale proprio dei soggetti con DCA non è causato soltanto dal ricorso disregolato al cibo, ma anche dall'importanza centrale che facilmente assume il ricorso al digiuno o alla eccessiva frugalità nel mangiare.

In alcune circostanze il digiuno può generare un effetto euforizzante, legato alla produzione di neurotrasmettitori specifici tra cui la dopamina e la serotonina (sostanza comunemente nota come ormone del buonumore), come osservato dal medico tedesco Andreas Michalsen nel corso di alcune sue ricerche.

Da un punto di vista psicoanalitico generale, Jacques Lacan ha evidenziato come l'oggetto trovi di per sé il suo corrispettivo simbolico opposto nel non oggetto che rappresenta, da un punto di vista concreto, l'assenza dell'oggetto di partenza e contemporaneamente, in termini teorici e assoluti, la sua negazione.

Come corollario di questa intuizione applicato all'argomento in questione, si potrebbe ritenere che l'attenzione dell'individuo affetto da DCA sia polarizzata dalla presenza-assenza di alimenti, ovvero dalla contrapposizione dialettica tra cibo e digiuno.

In epoca medievale il digiuno rappresentava spesso uno strumento di progressiva mortificazione corporea, presupposto necessario per l'elevazione ascetica.

In questa prospettiva il digiuno era parte di quell'Imitatio Christi mediante la quale si confidava di raggiungere un'unione intima con il soprannaturale, spogliandosi progressivamente del superfluo e del contingente, come viene interessantemente discusso e illustrato nella celebre opera di Rudolph Bell "La santa anoressia. Digiuno e misticismo dal Medioevo a oggi" (Bell, 2002).

Nella sostanza, scelte di contenuto etico-spirituale supportavano opzioni di carattere estetico.

Oggi si potrebbe ipotizzare un diffuso ricorso a meccanismi simmetricamente opposti: la dimensione estetica richiama scelte di natura etica, ovvero l'estetica evoca un ritorno all'etica.

I canoni estetici infatti, quando sono elevati a valori assoluti, possono richiedere per il loro conseguimento strategie asseritamente ritenute etiche, come il favore per un habitus qualificato da un prosciugamento estremo della forma fisica che, presuntivamente, potrebbe approssimare il soggetto alla malintesa e fallace convinzione di riappropriarsi così di un'identità altrimenti sfuggente e inadeguata (Dalla Ragione, 2009).

L'annientamento delle confuse e fuorvianti istanze che provengono dalla materia o il dominio su di loro sono percepiti illusoriamente come propedeutici al ripristino di una condizione di ordine intrinseca alla propria esistenza, che,

pertanto, appare necessariamente correlata a un inflessibile rigore etico morale.

Conseguentemente i soggetti anoressici sentono la necessità di una rigida attitudine perfezionistica, in costante precario equilibrio tra dolore e sofferenza da una parte, e sublime aspirazione alla perfezione e alla completezza dall'altra.

L'Arte, con il suo linguaggio immediato e non convenzionale, ha la capacità di sintetizzare pensieri complessi.

In proposito quest'ultimo concetto richiama alla mente l'immagine della sofferenza ieraticamente dignitosa del Cristo di Holbein il giovane, citato per ben due volte ne "L'Idiota" di Dostoevskij. L'aspetto ridotto all'essenziale, scarnificato ma privo di ferite sanguinanti, è un'icona decorosamente cruda degli effetti catartici della morte sulla realtà dell'incarnazione. Assente l'armonia fra materia e spirito, che invece sarà ripristinata in maniera definitivamente gloriosa, a seguito dell'ascesa celeste.

Bibliografia

- Bell RM. *La santa anoressia. Digiuno e misticismo dal Medioevo a oggi*. Roma-Bari: Laterza 2002.
- Brandt LMT, Fernandes LHF, Aragão AS, et al. *Risk behavior for bulimia among adolescents*. Rev Paul Pediatr 2019;37:217-224.
- Brooks SJ, Rask-Andersen M, Benedict C, et al. *A debate on current eating disorder diagnoses in light of neurobiological findings: is it time for a spectrum model?* BMC Psychiatry 2012;12:76.
- Crepet P. *Impara ad essere felice*. Torino: Einaudi 2013.
- Dalla Ragione L. *La casa delle bambine che non mangiano. Identità e nuovi disturbi del comportamento alimentare*. Roma: Il Pensiero Scientifico 2009.
- Deleuze G. *Logique du sens*. Paris: Les Éditions de Minuit 1941.
- Dell'Oso L, Abelli M, Carpita B, et al. *Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum*. Neuropsychiatr Dis Treat 2016;12:1651-1660.
- DSM-5. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina 2013.
- Feuerbach L. *L'uomo è ciò che mangia*. Torino: Bollati Boringhieri 2017.
- Foucault M. *Tecnologie del sé*. Torino: Bollati Boringhieri 1992.
- Giannantonio G. *I presocratici. Testimonianze e frammenti*. Roma-Bari: Laterza 1983.
- Kestemberg E, Decobert S, Kestembe J. *La fame e il corpo. Studio psicoanalitico sull'anoressia mentale*. Roma: Astrolabio Ubaldini 1974.
- Lacan J. *Il seminario. Libro IV. La relazione oggettuale 1956-1957*. Torino: Einaudi 1996.
- Michalsen A. *The natural prescription*. London: Hodder & Stoughton 2019.
- Recalcati M. *L'ultima cena: anoressia e bulimia*. Milano: Bruno Mondadori 2007.
- Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. *Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates*. Curr Psychiatry Rep 2012;14:406-414.

Controversias éticas y profesionales en la práctica de la medicina estética

Ethical and professional disputes in the practice of aesthetic medicine

EMILIO GARCÍA-SÁNCHEZ

Universidad CEU Cardenal Herrera-Valencia, España

La medicina estética es un área médica relativamente reciente, cada vez más extensa y que busca entre sus fines el mejoramiento de la belleza corporal. De modo real y efectivo son muchas las personas que logran mejorar su imagen y su autoestima corporal a través de los procedimientos estéticos. En estos casos, los médicos estéticos afirman que han logrado cumplir el interés del paciente contribuyendo a su salud y bienestar. Pero ante esta nueva medicina moderna, y después de unos años de seguimiento y estudio de sus prácticas, surgen algunas dudas o sospechas sobre su integridad como verdadera ciencia médica a la luz de los fines y la misión de la medicina. Algunos resultados adversos de sus procedimientos, el aumento de demandas judiciales por mala praxis y la influencia social negativa a través publicidades estéticas engañosas llevan a pensar si algunos aspectos – no todos – de esta nueva área se ajustan correctamente a los principios de la bioética y al buen hacer del arte médico. Concretamente, en este artículo analizamos si la práctica de la medicina estética puede estar contribuyendo a difundir estándares de belleza que no se corresponden con la normalidad corporal de la mayoría la población. Asimismo, estudiamos si los dictados de la moda pueden estar presionando a la medicina estética y a sus profesionales a someterse a un ideal estético que es motivo de discriminación social y de debilitamiento de la autonomía del paciente.

Palabras clave: Medicina estética, discriminación, belleza, bioética

Aesthetic medicine is a relatively recent medical area, increasingly extensive and seeking among its purposes the improvement of body beauty. In a real and effective way, many people manage to improve their image and body self-esteem through aesthetic procedures. In these cases, aesthetic doctors claim that they have managed to fulfill the patient's interest by contributing to their health and well-being. However, in the face of this new modern medicine, and after a few years of monitoring and studying its practices, some doubts or suspicions arise about its integrity as a true medical science in light of the aims and mission of medicine. Some adverse results of its procedures, the increase in lawsuits for malpractice and negative social influence through misleading advertisements for aesthetic clinics make one wonder if some aspects – not all – of this new area are correctly adjusted to the principles of bioethics and to the good work of medical art. Specifically, in this article we analyze whether the practice of aesthetic medicine may be helping to spread beauty standards that do not correspond to the body normality of the majority of the population. Likewise, we study whether the dictates of fashion may be pressuring aesthetic medicine and its professionals to submit to an aesthetic ideal that is a reason for social discrimination and weakening the patient's autonomy.

Key words: Aesthetic medicine, discrimination, beauty, bioethics

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Emilio García-Sánchez
Universidad CEU Cardenal Herrera
C/Luis Vives 1, 46115 Alfara del Patriarca-Valencia (España)
e-mail: emilio.garcia@uchceu.es



Influencia de la medicina estética en normalizar la apariencia y patologizar aspectos estéticos

Al margen del deseo universal de sentirse más atractivo, y de hacer uso de tratamientos para embellecerse, la realidad social constata un aumento del número de personas que, por comparación con modelos publicitarios e iconos de moda, consideran que deben “normalizar su apariencia” (Nuffield Council on Bioethics, 2017) para lo cual acuden a clínicas estéticas.

Desear verse mejor va más allá de un simple embellecimiento corriente que en muchas personas no constituye ninguna fuente de preocupación. Ahora, la mejora está acotada y determinada por un modelo de belleza normativizado que se ha ido imponiendo y publicitando socialmente (García-Sánchez, 2018). Se genera una inquietud estética por ajustarse a un canon de éxito representado por medidas corporales fijas que han sido establecidas arbitrariamente por algunos sectores de la industria de la moda, la publicidad, etc. Pero estos nuevos estándares de moda están sometidos al cambio tal y como ha sucedido siempre con los ideales de belleza, cuya variación ha sido constante a lo largo de la historia.

En este ámbito estético, conviene distinguir claramente el caso de aquellas personas que tienen un defecto físico objetivo – una deformidad de nacimiento o debida a un accidente, o una marca generada tras un tratamiento oncológico – las cuales requieren una cirugía plástica reconstructiva y estética para normalizar su imagen. En estas personas la normalización estética busca recuperar la armonía o integridad corporal que se ha visto alterada o perdida. Pero esa situación descrita no coincide con el de una mayoría de personas que acuden a clínicas buscando solo un objetivo estético: satisfacer un deseo corporal de mejora. Este numeroso grupo piensa o se le ha hecho creer que deben “normalizar” estéticamente alguna parte de su cuerpo para ajustarlo al ideal de apariencia, aunque en realidad no presentan ninguna anormalidad. Es decir, su cuerpo – su figura física – antes de enfrentarse al estímulo externo social parte ya de una normalidad física sin motivos para dudar de ella, porque de hecho no hay asimetrías ni desviaciones que pudieran conformar un diagnóstico estético crítico desde el punto de vista médico. En la gran mayoría de los casos, lo que en cambio sí que se constata es un alto nivel subjetivo de percepción corporal.

El bombardeo mediático de imágenes de bellezas exageradas, muchas de ellas manipuladas informáticamente (incluyendo las imágenes difundidas en las webs de las clínicas estéticas) está generando un aumento de procesos personales de autocritica corporal cuyo resultado es la generación de un déficit de normalidad estética. Esta autopercepción negativa es el resultado de la comparación con cuerpos espectaculares presentados como si estos encarnaran la normalidad y la naturalidad. La brecha producida entre la propia corporalidad y el icono dominante, conduce al pensamiento de que aún

uno mismo no ha sacado lo mejor de su cuerpo y por tanto no ha alcanzado esa normalidad.

Mínimas imperfecciones físicas apenas percibidas como problemáticas ahora se agrandan ante la comparación del modelo. Como consecuencia, aparecen personas con insatisfacción corporal que se precipitan a resolverla con urgencia para evitar consecuencias negativas en la propia autoestima, considerada como una condición de felicidad actualmente hipervalorada.

Con estas motivaciones y preocupaciones un número creciente de personas se presentan en las clínicas para someterse a diferentes cirugías y tratamientos corporales. En estos casos, la preocupación estética sí que ya aparece identificada como una fuente de ansiedad en mayor o menor grado (García-Sánchez, 2016). La extensión de este comportamiento social ha conducido a identificar la belleza con un problema de salud o de carácter médico. Asistimos a una situación médica un tanto anómala e inaudita porque se llegan a patologizar aspectos estéticos que hasta la fecha no representaban ningún problema en la ciencia médica (Aquino, 2020). Aparece una nueva tipología de paciente, el paciente estético, que, por supuestos problemas de belleza, teme una posible alteración en su salud física o mental (García-Sánchez, 2018b). El salto experimentado es de carácter cualitativo porque la belleza evoluciona de ser un aspecto valioso en la vida de una persona a convertirse en un problema de salud que debe ser tratado medicamente en el ámbito de las clínicas estéticas. Incluso, algunos sectores estéticos vinculan casi de modo unívoco la belleza con salud, llegando a plantearse como un riesgo tanto la ausencia de belleza como imperfecciones estéticas no tratadas. Algunos plataformas o corporaciones estéticas lo usan como eslogan en campañas de marketing: la belleza es salud y la salud es bella (Díaz Rojo, 2002).

Entre otros muchos ejemplos, hay dos que ilustran bien esta vinculación. Nos referimos concretamente a las *mummy make over* en mujeres que han dado a luz, y a los tratamientos antienvjecimiento en personas de mediana y tercera edad.

Desde hace unos años se ha vertido una cierta presión estética sobre las mujeres embarazadas, para que una vez den a la luz vuelvan a recuperar la normalidad y la perfección corporal. El mensaje transmitido se traduce en que el cuerpo de mujer-madre postparto provoca una baja autoestima o temor a comentarios críticos externos. Algunas famosas que han tenido hijos han puesto de moda las *mummy makeover* (Day)¹, sometiéndose a cirugías estéticas tras el parto y apareciendo pocas semanas después desfilando ante los medios como si no hubiera pasado nada. En concreto, desde clínicas estéticas recomiendan y ofertan a las madres tras el embara-

¹ Cfr. Vanity cosmetic surgery (<http://vanitymiami.com/plastic-surgery-blog/hot-moms-5-celebrity-mommy-makeover/>) [Consulted 23.12.2019]).

zo procedimientos como mastopexia, liposucciones y abdominoplastia².

Inevitablemente se corre un riesgo innecesario de patologizar el embarazo y sus consecuencias físicas corporales, generando una nueva inquietud añadida a la del propio proceso de gestación (Hodgkinson et al., 2014). De algún modo se deslizaría la sospecha de que, si decides ser madre, deberías prestar atención a las heridas estéticas que causará el embarazo y el parto. Por otra parte, se ha comprobado que esas señales o pequeñas variaciones en el cuerpo postparto no influyen en la propia salud física de la madre. Simplemente se ha generado un ligero aumento de grasa, y una variación “estética” en el aparato genital femenino cuando el parto ha sido vaginal (Edmonds, 2013). Lo cierto es que, si durante siglos se han visto esas señales posparto como signos naturales de la maternidad fuera de toda problemática o estigma, ahora se tildan como “marcas de la vergüenza” (Singer, 2007). En general, la idea que se transmite es que la mujer madre resultaría finalmente menos atractiva que la que no lo es, evidenciándose una nueva inquietud y situación de discriminación o enjuiciamiento estético.

Igualmente, se patologiza el envejecimiento con la aparición de arrugas, flacidez dérmica, sobrepeso, celulitis, bolsas bajo los párpados, caída de pelo, pérdida de visión, menopausia y andropausia. Consideran que el conjunto de estos factores traumáticos podría poner en peligro el “estatus social, la calidad de vida, el bienestar físico y psíquico de estas personas que han iniciado la vejez” (Tiggemann, Slevic, 2010). La propaganda estética y cosmética transmite subliminalmente el mensaje de que ser longevo, con sus consecuencias estéticas visuales, equivaldría a un estado próximo a lo patológico. Critica Marshall que tiendan a patologizarse estas características hasta el punto de asociarlas a síntomas de “enfermedades degenerativas” (Marshall, 2009) en vez de considerarlas como efectos normales del paulatino proceso de desgaste biológico al que está sometida la vida humana (Wiesing, 2011). La mayoría de este tipo de señales de envejecimiento no plantean ningún problema de funcionalidad corporal, de hecho, ni siquiera representan síntomas que entren en el diagnóstico de una enfermedad. La presión estética – publicitaria- para frenar el envejecimiento se inicia en la mediana y tercera edad: 50-75 años, grupo de edad al que van dirigidas una amplia variedad de tratamientos para rejuvenecerse³. Aparece una nueva estigmatización cosmética y social: hacerse viejo. De hecho, ninguna persona vieja aparece en la publicidad de productos de belleza y de clínicas estéticas. Pochintesta demuestra que la mujer y el hombre viejos

no representan una imagen deseable y adecuada a las necesidades del mercado del cuidado corporal (Pochintesta, 2012).

Aunque algunos sectores de la medicina estética se apropien del concepto de salud de la OMS, vinculado directamente a la belleza y al bienestar, en la práctica, la gran mayoría de los procedimientos y tratamientos estéticos que ofertan siguen sin cubrirlos la seguridad social ni los seguros privados. La realidad es que a nivel médico y científico el conjunto de esas actividades estéticas continúa sin ser consideradas como terapéuticas por la sanidad pública. La conclusión que se puede extraer de este hecho es que resulta difícil integrar algunos aspectos de esta nueva área de la estética en lo que consideramos la medicina como ciencia basada en evidencias (Edmonds, 2011).

Contribución de la medicina estética en uniformar la belleza corporal

La mayoría de *mass media*, agencias de publicidad, empresas y revistas de moda, películas y series, etc., se han puesto de acuerdo en difundir un único modelo de belleza tanto para hombres como para mujeres. Se trata de un modelo encarnado igualmente por los famosos, artistas, cantantes, modelos, *influencers*. Todos se parecen mucho entre sí al reproducir con bastante exactitud el icono de belleza exclusivo cuyas características principales prefijadas son: rasgos occidentales caucásicos, blancos, esbeltos, jóvenes, alto atractivo físico/sexual, cierta voluptuosidad muscular en chicos, delgadez en chicas. Fuera de estas características icónicas, el resto están subrepresentadas y de hecho apenas aparecen en la publicidad de productos de consumo o de estética. Al ser el modelo de éxito, y el que predomina en influyentes redes sociales (Instagram), constituye el tipo de corporalidad más deseado por todos.

Por cuestiones comerciales y de competencia, numerosas clínicas estéticas se ven abocadas a publicitar en sus páginas webs exactamente ese icono de moda al tratarse del mismo que sus clientes les piden reproducir e imitar⁴. Aunque luego los médicos convencen a sus clientes de que no se les puede hacer todo lo que solicitan cuando quieren imitar a los famosos, informativamente, no dejan de ofertar ese modelo uniforme al que luego los clientes se referirán en sus concretas peticiones. Es decir, tanto la publicidad en sí como a posteriori los procedimientos estéticos aplicados buscan reproducir total o parcialmente el icono de éxito. De esto modo, contribuyen a la difusión de un modelo dominante y normalizado de lo que debería ser la belleza perfecta o adecuada para la población. A este respecto, conviene señalar que ya algunos médicos estéticos han manifestado estar influidos

² Cfr. <https://www.dorsia.es/blog-cirugia-estetica/dorsia-beauty-blog/todo-lo-que-debes-saber-sobre-el-mommy-makeover/>; <https://www.clinicamontecarmelo.es/blog/que-es-mommy-makeover-por-que-esta-tan-de-moda>

³ <https://www.telva.com/belleza/2019/04/22/5cb737c502136e7d608b45dd.html>; <https://www.dorsia.es/tratamientos-de-belleza-facial/sin-cirugia/>

⁴ Cfr. Páginas webs de clínicas estéticas: <https://www.clinicalondres.es/>; <https://www.dorsia.es/>; <https://www.clinicamenorca.com/>; <https://www.clinicaszurich.com/>

por esos ideales de apariencia, interiorizando esos rasgos de moda que luego esculpirán en los cuerpos de sus clientes o pacientes (Rumsey y Diedrichs, 2018).

Pero si nos fijamos detenidamente en el perfil corporal de moda, la mayoría de las características físicas con las que es definido no se corresponde con las que posee la mayoría de la población, es decir no encajan con lo que denominamos la belleza real/normal corporal⁵. De tal modo que una parte del sector médico estético (aunque no todo), en unión con modistos, publicistas, etc., contribuyen al proceso de homogenización corporal por el cual se impone un único modelo de mujer y de hombre, que no es ni mucho menos el más representado.

Al uniformizar estéticamente a la población se apropian de la exclusividad del canon de belleza, encerrándola en un molde en el que no cabe la gran variedad estética multicultural y étnica repartida por el mundo. Tal restricción da a entender que, si uno desea embellecerse, solo es posible hacerlo de un único modo impuesto por unos pocos que se han arrogado el poder de secuestrar la belleza en unas medidas muy limitadas. Al final acaban negando que exista como un hecho universal la diversidad de bellezas de diferente geografías y culturas. Unas de las consecuencias es el rechazo no solo de la diversidad en sí de formas y tamaños de cuerpos físicos sino también las de sus diferentes partes que entran dentro de la normalidad corporal. En la oferta de procedimientos quirúrgicos estéticos se uniformiza no solo la figura general del cuerpo, sino que se fija como ha de ser la nariz, el pecho, la cara, la cadera, el glúteo, etc. A modo de ejemplo, desde hace años en países orientales han crecido las cirugías de párpados para “occidentalizar los ojos” (Aquino, 2017).

La industria de la moda y de las clínicas, al monopolizar la belleza prefiriendo sobre todo modelos jóvenes atractivos, blancos, delgados en chicas y corpulentos en chicos, les acaban atribuyendo a ellos un mayor valor como personas⁶ con respecto a otros diferentes. Las fotos en las que se muestran al público encarnando esa belleza normativa emiten solo positividad: buena vida, saludable, alegres y sonrientes, virtuosos y exitosos. Por comparación, el resto de rasgos estéticos “menos bellos y atractivos” – según el canon de moda – denotarían un “cierto descuido en la salud, mayor posibilidad de fracaso, rechazo, vicios”, etc. (Aquino, 2020).

Las clínicas de medicina estética, entre otros sectores comerciales y sociales, han ayudado en la construcción de un nuevo *imaginarium* estético, un icono de belleza universalizado que desde hace tiempo está siendo fuente de insatisfacción o descontento corporal, así como de discriminaciones y desigualdades sociales. En cambio, algunas investigaciones ya han demostrado que el aumento en la publicidad y en los *mass media* de la diversidad de apariencias, así como la inclusión estética multirracial, está resultando beneficiosa para la imagen corporal al reducir la insatisfacción estética o la preocupación corporal general (Rumsey y Diedrichs, 2018).

La complicidad de la medicina estética en fomentar la discriminación estética

A pesar de los esfuerzos realizados por fomentar la inclusión e igualdad, determinados estándares de belleza de moda constituyen una ocasión para discriminar y excluir a las personas que no se ajusten a ellos. Persisten niveles de discriminación estética por motivo de peso y forma corporal, juventud, atractivo físico, pertenencia a una raza o por tener algún defecto físico o discapacidad etc. Estas formas de discriminación todavía persisten en algunos ámbitos de carácter social, laboral, artístico, en el de la propia industria de la moda, y sobre todo en las redes sociales, consideradas las “nuevas pasarelas” (García-Sánchez, 2019).

La amplia difusión de un icono de moda altamente atractivo conduce a muchas personas a iniciar un estresante itinerario de imitación para no quedar fuera y excluidas de ese ideal. Aparece el temor a poder ser discriminadas si no se alcanza ese nivel de atractivo físico y por tanto se ven presionadas a someterse a tantas pruebas y procedimientos estéticos/cosméticos como sean necesarios. En no pocas ocasiones, la sola evitación de ser víctima de la discriminación puede constituir el principal motivo para someterse a esos tratamientos.

Teniendo en cuenta la discriminación objetiva a la que se ven sometidas algunas personas por sus características corporales estéticas, ¿hasta qué punto las propias clínicas de medicina estética pueden estar contribuyendo a este tipo de discriminación? Con sus publicidades y procedimientos ¿son cómplices de la difusión y promoción de estándares de belleza poco saludables y con riesgos? Determinados autores adoptan una actitud crítica o cuanto menos sospechosa respecto a estas clínicas y a esta nueva área médica. Consideran que no siempre adoptan medidas que favorezcan patrones de belleza más reales y por tanto alejados de “ideales estéticos discriminatorios” (Amadio, 2010; Little, 2000) y más aconsejables para la salud.

El hecho inevitable es que cuando los cirujanos estéticos reproducen esos perfiles de moda refuerzan las desigualdades, es decir no logran minimizarlas sino al contrario (Nuffield Council on Bioethics, 2017). Aunque intencionadamente las clínicas no lo pretendan de modo directo, ni sean

⁵ Dove, (2011), “Dove Real Beauty” (<http://realbeautysketches.dove.com> [Consulted 25.01.2020]); Dove (2011), “Campana por la belleza real” (<http://www.dove.com/es/Nuestra-mision/Nuestra-vision/Campana-de-Dove-por-la-Belleza-Real.aspx> [Consulted 25.01.2020]).

⁶ Harper’s Bazaar (10 September 2015) *A new report shows that fashion ads are still overwhelmingly white* (<http://www.harpers-bazaar.com/fashion/models/news/a12148/fashion-models-diversity-2015>). See also: TED Talks (2012) *Looks aren’t everything. Believe me, I’m a model* (https://www.ted.com/talks/cameron_russell_looks_aren_t_everything_believe_me_i_m_a_model?language=en).

la causa originaria de la discriminación, al operar a aquellos que lo desean, reproducen el icono que constituye la causa de sufrimiento y de ansiedad para muchas personas. Operar a una persona con inquietud y baja autotestima corporal porque dice que está siendo discriminada por sus rasgos, edad, peso, etc., supone acabar dando la razón al discriminador (Amadio, 2010; Little, 2000). Confirmaría que determinados rasgos son discriminatorios y por ese mismo motivo los opera. Y ninguna persona debería ser discriminada por su belleza física porque su dignidad no depende de ella. El fundamento de respeto de cualquier persona no se puede hacer depender injustamente de su nivel de atracción física fijado exageradamente por el canon de éxito (Nuffield Council on Bioethics, 2017). Operar a una persona que dice que se siente discriminada estéticamente significaría una cierta connivencia con esa injusticia cometida sobre ella. No dudamos que se logre amortiguar algo el sufrimiento de esa persona afectada, pero de ningún modo se ha resuelto la causa de su sufrimiento, que podría reaparecer ulteriormente por nuevos motivos estéticos.

Además, hay que tener en cuenta que la extensión de personas operadas estéticamente, amplificaría simultáneamente la desigualdad y la inquietud hacia todas aquellas no operadas por su bajo nivel económico o sencillamente porque se oponen a sujetarse a esa belleza normativa. Y estas últimas, – las no operadas – al verse rodeadas de más personas ajustadas al icono, sentirían una mayor presión al comprobar el avance de esa discriminación estética. A mayor número de operadas, resaltarán más las no operadas, cayendo sobre estas una mayor agresividad discriminatoria dada su inferioridad numérica.

También se ha criticado que este tipo de prácticas de belleza y sus publicidades resultan discriminatorias por la presión sobre personas que, por sus circunstancias, se encuentran en una mayor situación de vulnerabilidad estética y psicológica. Nos referimos, en concreto, a algunos adolescentes/jóvenes con problemas de adaptación o trastornos de la conducta alimentaria, personas con dismorfia corporal, parejas en crisis, personas de la tercera edad, discapacitados físicos y/o mentales con alguna desfiguración y problema mental previo. En la mayoría de estos casos, además de que el beneficio psicológico estaría muy cuestionado si se operaran, ni de lejos se correspondería con las altas expectativas poco realistas con las que suelen acudir. Más bien, lo que se ha confirmado es un empeoramiento de su situación cuando indebidamente se han sometido a un operación estética (Rumsey y Diedrichs, 2018). Hay que tener en cuenta que este sector social vulnerable es al que más les afectan las publicidades estéticas cuando están son provocativas o engañosas.

En definitiva, las clínicas estéticas y sus médicos deberían manifestar públicamente su oposición a esta discriminación para no acabar, de modo solapado, pactando con los dictados de la moda. Si una persona es discriminada por su físico,

el arreglo o mejora no lo necesita ella sino sus discriminadores y las instituciones o sectores sociales que los alientan.

Por tanto, parece lógico que el modo de ganarle la batalla a la discriminación estética “no se logrará operando a cuantas más personas mejor, sino cambiando el contexto social discriminatorio” (Oryet et al., 2003). Y, en esta particular misión, el mundo de las clínicas y las agrupaciones de cirujanos y médicos estéticos tiene una especial responsabilidad. Deberían posicionarse y comprometerse con más claridad para ser “parte de la solución” (Rumsey y Diedrichs, 2018). Porque de no hacerlo, o si adoptaran una posición tibia o ambigua, no tendríamos más remedio que sospechar de su integridad ética y profesional, convirtiéndose en cómplices de la difusión de esa lacra social en la que consiste la discriminación por la belleza física. Entrarían a formar parte del problema (Rumsey y Diedrichs, 2018) respaldando implícitamente la idea de que determinadas formas de apariencia son inaceptables socialmente y necesitan ser cambiadas. Le corresponde como profesionales de la medicina probar la realidad de que la mayoría de los casos solicitantes no presentan ningún problema físico, poniendo en duda la necesidad de operarse o al menos ofreciéndoles alternativas no quirúrgicas. La disyuntiva, aunque polémica, no puede ser más clara: o contribuyen a extender la insatisfacción corporal entre la población reproduciendo estereotipos discriminatorios o se posicionan contra ellos, reduciendo y ajustando las operaciones a aquellas personas a las que médicamente se les diagnostica un sufrimiento objetivo causado por un problema estético. El propósito médico al que habría que aspirar es la reducción de un nuevo tipo de ansiedad motivado por el rechazo o discriminación estética. Exigir en particular a las propias corporaciones estéticas que dejen de alimentar a través de modelos publicitarios irreales el deseo de operarse por miedo a la exclusión.

Finalmente, conviene resaltar que ninguno de los procedimientos estéticos promotores de la discriminación (véase, en otros, aclarar la piel, occidentalizar los parpados, aumento de pecho, lipoesculturas y liposucciones abdominales) suponen una contribución objetiva a mejorar la salud de la persona o de la funcionalidad de los miembros operados.

La debilitada autonomía en los nuevos pacientes estéticos

Dado el nivel de presión social e intimidación estética, un número creciente de personas se sienten condicionadas a tener que someterse a tratamientos estéticos para poder alcanzar un reconocimiento público positivo entre amigos, compañeros, en la propia familia y pareja, en las redes sociales. La dependencia e influencia de los demás acerca de lo que piensan sobre la propia imagen corporal ya se ha convertido en una fuente de inquietud. Como es comprensible, no es fácil en esta situación asegurar que la decisión de operarse sea fruto de una elección completamente libre. Existen con-

dicionamientos que conducen a que la toma de decisiones se haya ido construyendo no de modo aislado sino en medio de un contexto de presión en el que uno está metido y vive. Si nos atenemos a lo que describe el principio de la autonomía del paciente (Beauchamp y Childress, 2001), cuando propone que la persona ha de poder tomar las decisiones médicas por sí mismo sin influencia o coacción de otro ¿cómo asumir y reconocer esta autonomía en este nuevo ámbito médico?

Muchos pacientes se acercan a las clínicas con una motivación no tanto personal por querer sentirse bien con su propio cuerpo, sino por esa presión externa que condiciona la decisión. Para un determinado número de personas bastaría la única motivación de saber que una vez operadas ya serían como los demás que se han ajustado al ideal de moda. René Girard recuerda que, en estos casos, lo que empuja a la persona a actuar es el “deseo mimético” (Girard, 2009), imitar el modelo perseguido y “deseado” por todos. De este modo, nadie podría criticarles de vivir al margen de una mayoría ya iconificada estéticamente porque ellas ya lo habrían conseguido (García-Sánchez, 2018).

A la vista de esta situación previa en la que se encuentran muchos pacientes estéticos ¿Se debería operar a un paciente que acude a la clínica con una autonomía debilitada? ¿Puede considerarse un acto libre satisfacer un deseo que ha sido manipulado o sobrealimentado?

Como estamos observando la propia autoestima corporal se está haciendo depender mucho del juicio de los otros sobre la propia imagen, el cual viene expresado a través de opiniones, comentarios, número de likes en redes. Sin duda, constituyen factores externos que tienen mucho peso en la decisión final para someterse a un tratamiento estético.

Por tanto, si operamos a una persona con este tipo de condicionamientos no estamos siguiendo una indicación médica que justifique la operación tal y como se hace en cualquier área médica antes de aplicar un tratamiento. Ni siquiera podemos recabar del paciente un auténtico y libre consentimiento. Al contrario, se está dando la razón a la presión externa – fuente de ansiedad (Nuffield Council on Bioethics, 2017) – como decisor final de una operación quirúrgica con riesgos importantes para la salud. En ese caso, en vez de empoderar la autonomía de la persona haciéndole ver que su autoestima corporal – su bienestar y felicidad – no debería hacerla depender de lo que los demás piensen sobre ella (Maio, 2007), se aprueba finalmente que se someta al dictado de otros y al de la moda. En cambio, el médico es igual de médico, si como alternativa a la operación quirúrgica reforzara la personalidad de la paciente y le hiciera algunas recomendaciones para que trabajara sobre ella. Además, previamente, le ha podido confirmar su normalidad corporal. Maio sostiene que cuando el cirujano hace esto así, le está ofreciendo a su paciente “un tratamiento que sería más efectivo y duradero a la largo plazo” (Maio, 2007). De lo contrario, acabaríamos cediendo ante una dudosa normalidad física impuesta arbitrariamente por la moda, convirtiendo a

esta y al deseo de seguirla en un indicador médico que autorizaría la operación. Debemos advertir que, en la ciencia médica basada en evidencias, este tipo de deseos o motivaciones carecen de rigor científico.

La persona operada podría salir contenta y satisfecha en un inmediato plazo pero no porque estuviera realmente convencida de haber cubierto de modo autónomo una necesidad física esencial de la que no podía prescindir, sino porque el resultado estético le legitima como miembro del grupo de las que encarnan el modelo. No dudamos de que este tipo de aspiraciones estéticas puedan agradar a una persona, pero cuestionamos que desde el punto de vista médico y sobre todo desde el principio de la autonomía, constituyan un motivo suficiente que pruebe la voluntariedad de un paciente para someterse a una cirugía médica.

Por último, se está comprobando que la presión externa condiciona hasta el punto de que ya hay personas que asisten a clínicas solo por temor a futuras imperfecciones estéticas que podrían aparecer con la edad, sometiéndose a tratamientos preventivos. No desearían que, por no prevenir, al final, los demás acaben haciendo una crítica negativa sobre su imagen. De nuevo, ese temor ¿no constituiría otro condicionante de lo que debería ser una buena autonomía del paciente?

Bibliografía

- Amadio J. *Are cosmetic surgeons complicit in promoting suspect norms of beauty?* Virtual Mentor 2010;12:401-405.
- Aquino YSJ. “Big eye” surgery: the ethics of medicalizing Asian features. *Theor Med Bioeth* 2017;38:213-225.
- Aquino YSJ. *Is ugliness a pathology? An ethical critique of the therapeuticalization of cosmetic surgery.* *Bioethics* 2020;34:431-441.
- Beauchamp T, Childress J. *Principles of biomedical ethics.* 6th ed. New York: Oxford University Press 2001.
- Nuffield Council on Bioethics. *Cosmetic procedures: ethical issues,* 2017.
- Day V. *Top 10 celebrity Mommy makeovers* (<http://www.plasticsurgeryportal.com/articles/celebrity-mommy-makeovers/231> [Consulted 23.12.2019]).
- Vanity cosmetic surgery (<http://vanitymiami.com/plastic-surgery-blog/hot-moms-5-celebrity-mommy-makeover/> [Consulted 23.12.2019]).
- Díaz Rojo JA. *La belleza es salud: la medicalización lingüística de la publicidad de los cosméticos.* *Contextos* 2002;37-40:109-121.
- Dove Campaigns. *Dove real beauty* (<http://realbeautysketches.dove.com>); *Campaña por la belleza real*, 2011 (<http://www.dove.com/es/es/Nuestra-mision/Nuestra-vision/Campana-de-Dove-por-la-Belleza-Real.aspx>).
- Edmonds A. *Can medicine be aesthetic? Disentangling beauty and health in elective surgeries.* *Med Anthropol Q* 2013;27:233-252.
- García-Sánchez E, Ed. *Belleza fantasma y deporte a lo loco. Los riesgos de la obsesión corporal.* Madrid: Ed. Teconté 2019, pp. 47-52.
- García-Sánchez E. *La iconificación estética post-moderna y su efecto desintegrador en la persona.* *Quién*, Revista de Filosofía Personalista 2018:35-55.
- García-Sánchez E. *¿Son enfermos reales los pacientes estéticos? la bioética ante la atención de dudosas patologías. Juicio moral y democracia. Retos de la ética y la filosofía política.* Granada: Comares 2018b, pp. 745-749.

García-Sánchez E. *Cosmetic vulnerability: the new face of human frailty*. En: García Sánchez E, Masferrer A, Eds. *Human dignity of the vulnerable in the age of rights: interdisciplinary perspectives*. Series: *Ius gentium: comparative perspectives on law and justice*. Springer 2016, pp. 189-221.

Girard R. *La anorexia y el deseo mimético*. Barcelona: Marbot 2009, p. 2.

Hodgkinson EL, Smith DM, Wittkowski A. *Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis*. BMC Pregnancy Childbirth 2014;14:330.

Little MO. *Cosmetic surgery, suspect norms, and the ethics of complicity*. In: Parens E. Ed. *Enhancing human traits: ethical and social implications*. Washington, DC: Georgetown University Press 2000, p. 168.

Maio G. *Is aesthetic surgery still really medicine? An ethical critique*. Handchir Mikrochir Plast Chir 2007;39:189-94.

Ory M, Hoffman MK, Hawkins M, et al. *Challenging aging stereotypes: strategies for creating a more active society*. J Prev Med 2003;25(3 Suppl 2):164-171.

Rumsey N, Diedrichs PC. *Part of the problem or part of the solution? Plastic surgeons and body image dissatisfaction*. Aust J Plast Surg 2018;1:74-84.

Seminari di Chirurgia Estetica. *La chirurgia estetica di fronte alla nuova domanda di bellezza*. (Roma, marzo-giugno 2010). MEDIC 2010;18:6-48.

Singer N. *Is the 'Mom job' really necessary?* The New York Times, 4 October 2007.

RECENSIONI
BOOK REVIEWS

Testimone a Chernobyl La catastrofe che sconvolse l'URSS

FRANCESCO BIGAZZI

Mauro Pagliai editore, Firenze 2020

Giornalista e saggista, Francesco Bigazzi è uno dei massimi esperti di storia e cultura russa. Il 9 maggio del 1986, 13 giorni esatti dopo l'esplosione della centrale di Chernobyl, fece parte del gruppo di otto cronisti che le autorità sovietiche portarono sul luogo della catastrofe nucleare, per accertare "che in fondo non era successo niente di irreparabile". Nel corso degli anni, come inviato dell'Ansa, quei viaggi si sono ripetuti e hanno reso Bigazzi un testimone d'eccezione degli eventi che hanno accompagnato il disastro nucleare più devastante della seconda metà del XX secolo. Questo libro raccoglie i suoi dispacci e reportage e riporta in primo piano quel dramma, in cui i ritardi e le menzogne del regime sovietico si affiancano agli eroismi di tanti tecnici, scienziati e operai. A 33 anni di distanza e dopo una vasta letteratura, quell'esplosione nucleare propone in modo ancora più vistoso le sue implicazioni non soltanto politiche e scientifiche, ma anche e soprattutto sociali, per le ricadute a breve e lungo termine nell'ambito della salute e per l'abitabilità di un territorio vasto quanto tutta l'Italia centrosettentrionale. Il premio Nobel per la letteratura, assegnato nel 2015 a Svetlana Aleksievic, ha riaperto i riflettori su quel suo romanzo scritto nel 2005, *Preghiera per Chernobyl*, in cui l'autrice aveva dato voce ai protagonisti della tragedia, mostrandone angosce, false certezze e paure. E la miniserie televisiva statunitense e britannica, *Chernobyl*, trasmessa nel del 2019, ha suscitato un rinnovato interesse per lo svolgimento esatto dei fatti e le responsabilità individuali e collettive.

Bigazzi, facendoci ripercorrere l'uno dopo l'altro i suoi asciutti dispacci Ansa, ci mostra con efficacia le tortuosità di un'informazione di regime, che passerà dalla negazione del disastro alla sua minimizzazione, fino a doverne ammettere la reale portata di fronte all'opinione pubblica mondiale. Il 10 maggio 1986, durante la visita sul posto, Bigazzi nota l'assoluta mancanza di informazione e scrive: "I giornalisti che dovevano fare interviste, avere notizie sul modo in cui è avvenuta l'evacuazione, sulle nuove condizioni di vita, finiscono per dover essere loro a dare informazioni" (p. 71). E ancora, ricorda le parole pronunciate all'arrivo da parte delle autorità: "Siete venuti per rendervi conto che non esiste panico. Non abbiamo niente da nascondere. È stata una grande disgrazia, ma sarà fatto tutto il possibile per aiutare chi è stato colpito e per prevenire il peggio" (p. 76).

Dando prova di grande professionalità giornalistica, l'autore visita luoghi, intervista protagonisti, associa i fatti, annota impressioni. Particolarmente efficace il reportage cinque anni dopo l'esplosione, durante la visita nella cosiddetta "zona proibita", con la natura che ha ripreso il sopravvento, tornando a far maturare i suoi frutti, tanto invitanti quanto malefici. E l'altro reportage, nel 1999, accompagnato da uno dei massimi scienziati del posto, Vladimir Shikalov, ascoltando l'ormai logora autodifesa: "Le centrali atomiche russe? Sono le più sicure del mondo. Chernobyl? Una delle oltre cinquemila catastrofi nucleari dall'inizio delle prime esplosioni atomiche. Il futuro dell'energia nucleare? Radioso. L'umanità non ha alternativa" (p. 203). Ancora, nel 2006, la visita a Prypiat, la città modello costruita per l'élite operaia del settore industriale nucleare: una città fantasma, una desolata Pompei post-atomica, evacuata in 36 ore e rimasta ferma a quei giorni, dove sulla lavagna di un'aula scolastica si può ancora leggere: "Non torneremo. Arrivederci Prypiat. 28 aprile 1986" (p. 228).

In chiusura, un "omaggio ai liquidatori-eroi dell'inferno di Chernobyl". Il disastro ha infatti dato vita a un nuovo personaggio, il *liquidatore-eroe*: quella schiera di circa 600.000 tra scienziati, tecnici, ingegneri, pompieri, operai, che hanno contribuito a imbrigliare il reattore esploso e a ripulire la zona dalle radiazioni, spesso con mezzi precari e senza preparazione adeguata. Eppure, intervistato da Bigazzi, Oleg Genrikh, uno dei liquidatori sopravvissuti, invalido a causa delle radiazioni, alla domanda su eventuali rimpianti (*C'è qualcosa che si rammarica di aver fatto o di non aver fatto in quei drammatici momenti?*) risponde senza epica: "Non ho rimpianti. Feci tutto il possibile per lo stato fisico in cui ero" (p. 294). In situazioni estreme, l'ultima risorsa è sempre l'uomo.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Maria Teresa Russo
Università degli Studi di Roma Tre
Dipartimento di Scienze della Formazione
Via Milazzo 11/B, 00185 Roma
e-mail: mariateresa.russo@uniroma3.it

RECENSIONI
BOOK REVIEWS

L'epopea dell'amianto Una mortale pandemia di lunga durata

FRANCESCO CARNEVALE

Polistampa, Firenze 2020

L'autore, medico del lavoro pubblico, da tempo coltiva la storia della salute dei lavoratori. L'ampio saggio, corredato da un imponente apparato bibliografico, rappresenta una documentata storia naturale, medica e sociale dell'amianto, che da minerale prodigioso, impiegato in misura crescente in molteplici ambiti, si è trasformato in un potente vettore di malattia e di morte per i lavoratori. Si può dire, dunque, che l'epopea dell'amianto lungo i secoli si sia trasformata in tragedia. Il primo capitolo di questo volume è dedicato alla sua epopea (pp. 25-66). Con ricchezza di riferimenti storici e letterari e con un corredo di immagini, si ripercorre il "mito" del favoloso elemento inattaccabile dal fuoco, celebrato nell'antichità da Plinio il Vecchio e denominato nei modi più suggestivi: *amianto*, incorruttibile, immacolato; *asbesto*, inestinguibile, perpetuo; *lino*, per la possibilità di filarlo e di tesserlo. Secoli più tardi lo celebreranno Marco Polo, di ritorno dall'estremo oriente, Rabelais e il medico bolognese Leonardo Fioravanti. Ma è a partire dalla seconda metà del Seicento che se ne analizzano sperimentalmente le proprietà, come la resistenza al fuoco e la tessibilità. È il periodo industriale tra la metà del XIX secolo e gli inizi del XX a sancire nel panorama internazionale la lavorazione e il massiccio impiego dell'amianto, per la coibentazione di edifici, navi, veicoli di locomozione. Se ne elogiano i vantaggi per la sicurezza, in un periodo in cui gli incendi erano ancora una delle principali cause di incidente e di distruzione. Tuttavia, le ombre della tragedia non tardano a manifestarsi: già a fine '800 appaiono le prime

segnalazioni degli effetti devastanti dell'amianto sulla salute dei lavoratori.

La prima descrizione di "malattia d'amianto" risale al 1906, quando il medico londinese Hubert Montague Murray informa la commissione governativa di un caso di fibrosi polmonare di un operaio addetto alla cardatura dell'amianto. Seguiranno altre relazioni e successive indagini, con l'emissione di provvedimenti per la salute dei lavoratori, a partire dal 1933 in Gran Bretagna, ma sono troppo forti gli interessi industriali, che vedono l'impiego del cemento-amianto nell'edilizia e il suo utilizzo nei materiali di frizione. L'impennata del suo consumo si avrà nei primi anni '70. Stufe, aerei, macchine del caffè, caldaie, persino bigiotteria e pasta da modellare per bricolage (il ben noto "DAS", prodotto in Italia a partire dal 1962) sono solo alcuni degli impieghi massicci dell'amianto, paradossalmente proprio mentre ne viene accertato l'effetto cancerogeno, con l'entrata in scena del mesotelioma pleurico, osservato inizialmente nei minatori del Sudafrica. La diffusione delle malattie professionali legate alla lavorazione dell'amianto assume una proporzione tale, che l'autore non esita a definirla una pandemia, dedicando una dettagliata analisi alle sue manifestazioni in Italia, dove una cultura clinica dell'asbestosi si consoliderà solo a partire dagli anni '40, ma toccando solo marginalmente la medicina del lavoro (pp. 209 e ss.).

Nel nostro Paese, la storia dell'impiego industriale dell'amianto è legata soprattutto alle vicende dell'*Eternit*, cemento-amianto brevettato in Austria nel 1901 e prodotto a partire dal 1928 nello stabilimento omonimo di Casale Monferrato. L'autore ripercorre tutte le tappe che hanno portato al riconoscimento delle malattie professionali dei lavoratori dell'industria, fino all'accertamento delle responsabilità, culminato nel processo penale del 2016 nei confronti dei dirigenti dell'azienda. Casi simili saranno quelli di Grugliasco, con la *Società Italiana dell'Amianto* e della cava di Balangero. Ma anche la successiva rimozione dell'amianto, ad esempio da vagoni ferroviari e da edifici, non è stata esente da rischi. Sorprende, d'altra parte, che l'OMS (*Organizzazione Mondiale della Sanità*) abbia tardato a riconoscere la tossicità dell'amianto e l'OIL (*Organizzazione Internazionale del lavoro*) solo nel 1986 abbia dato indicazioni sul suo controllo negli ambienti di lavoro, giungendo alla risoluzione di bandirlo solo nel 2006 (p. 405).

La lunga e tormentata storia solleva delicati e complessi interrogativi etici, che l'autore rende espliciti nel prologo: sull'uso della conoscenza scientifica e sulla responsabilità dell'accertamento dei dati e dell'informazione; sulla percezione del rischio e sulla sua comunicazione; sul rapporto tra medicina, politica e industria; infine sulla necessità di compaginare il profitto con il diritto al lavoro e il diritto alla salute (pp. 14-15).

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Maria Teresa Russo
Università degli Studi di Roma Tre
Dipartimento di Scienze della Formazione
Via Milazzo 11/B, 00185 Roma
e-mail: mariateresa.russo@uniroma3.it

RECENSIONI
BOOK REVIEWS

Aver cura del parto ed esserne felici

SARA BIGNOTTI, ANDREA LOJACONO

Scholé-Morcelliana, Brescia 2020

Saggio scritto a due mani, che intreccia tre dimensioni di un evento, il parto, che l'arte ostetrica sta recentemente riscoprendo in tutta la sua complessità, anche grazie al contributo delle scienze umane: la fisiologia, l'etica, l'affettività. Con la progressiva medicalizzazione della gravidanza, abbiamo infatti assistito all'oscuramento del suo valore simbolico, mentre l'umano "venire al mondo" è ricco di significati e la generazione non può essere intesa come semplice ri-produzione.

Il breve saggio riempie dunque un vuoto, facendo dialogare discipline, professionalità e linguaggi diversi, che tuttavia trovano il loro punto d'incontro in una esperienza squisitamente umana e femminile, che le nuove tecniche di procreazione medicalmente assistita stanno trasformando radicalmente.

Una tematizzazione esplicita della nostra origine oggi è un compito particolarmente imprescindibile e urgente, sia perché, dal punto di vista antropologico e ontologico, in quanto inizio caratterizza la storia di ognuno di noi, contribuendo a disegnare i tratti della nostra identità, sia per far emergere quanto nelle narrazioni biomediche rischia di rimanere inevitabilmente taciuto, con tutta la pericolosità etica che tale processo di occultamento potrebbe comportare. Il dubbio, infatti, è che l'attuale progresso biomedico rischi di essere governato da criteri che privilegiano l'efficienza piuttosto che custodire l'esperienza.

Ben venga allora una riflessione in grado di arginare il rischio di ridurre la procreazione alla sua "immediatezza naturale" o alla "fattibilità tecnica" e il parto a evento clinico. In linea con il pensiero di alcune filosofe, come Luce Irigaray e Julia Kristeva, la gravidanza va considerata come un divenire dinamico che ha nel corpo femminile la sua sede privilegiata di espressione, in relazione reciproca con un'altra soggettività a sua volta diveniente, quella del feto, né semplice ospite né parassita.

Significativo è, infine, il legame tra la cura e la felicità, esplicitato fin dal titolo: perché si dia la fioritura dell'umano occorrono cuore e mani che lo coltivino e lo proteggano.

Indirizzo per la corrispondenza
Address for correspondence

Maria Teresa Russo
Università degli Studi di Roma Tre
Dipartimento di Scienze della Formazione
Via Milazzo 11/B, 00185 Roma
e-mail: mariateresa.russo@uniroma3.it

FASCICOLI MEDIC PUBBLICATI 2006-2020

Anno 2006

Fascicolo 1: aprile

EDITORIALE

EDITORIAL

Scienza e Media
Science and Media

CLINICA E RICERCA DI BASE
CLINICAL MEDICINE AND BASIC RESEARCH

Motilità del Colon Umano: 40 Anni Dopo
Human Colonic Motility: 40 Years Later

C. SEVERI, E. LAHNER, M. DI CAMILLO, G. MILITE,
R. CAPRILLI

**Evidence-based Medicine e Management dei Servizi Sanitari:
una Missione Possibile**
Evidence-based Medicine and Management: a Possible Mission
F. RUBBA, S. PANICO, M. TRIASSI

EDUCAZIONE

EDUCATION

**Adozione di Percorsi Clinico Assistenziali ed Educazione
Continua in Medicina: Una Esperienza di Formazione
sull'Ictus con gli Operatori dell'Emergenza della Regione Lazio**
*Implementation of Evidence-based Clinical Pathways and
Continuing Medical Education: the Experience of Emergency
Health Workers Training on Stroke. The Lazio Region*
A. DE LUCA, A. CAPRARA, M. FERRI, S. MAMEDE, P. BORGIA,
G. GUASTICCHI

**Sviluppo delle Competenze Decisionali negli Studenti di
Medicina**
*The Development of Decision-making Skills in Medical
Students*
PAOLA BINETTI, G. CURCIO, L. CINQUE

**C-DKN: una Nuova Metodologia per l'Analisi delle Reti
Concettuali Collettive nell'Apprendimento a Distanza**
*C-DKN: a new Methodology for the Analysis of Collective
Concept Maps in Distance Learning*
U. GIANI

**Pedagogy Between Life Sciences and the Humanities:
Anthropological, Ethical, and Epistemological Suggestions
for a Human Life Science**

*La Pedagogia tra Scienze della Vita e Humanities: Spunti
Antropologici, Etici ed Epistemologici per una Scienza della
Vita Umana*

G. FARINELLI

STORIA DELLA MEDICINA

MEDICAL HISTORY

**William Osler: il Modello Imitabile di un Grande Medico
Umanista**

William Osler: the Imitable Model of a Great Humanist-physician
L. BORGHI

Claude Bernard e l'Introduzione alla Medicina Sperimentale
*Claude Bernard and the Introduction to Experimental
Medicine*
G. DELVECCHIO

FORUM

**Migliorare la Disciplina della Procreazione Assistita: Dieci
Punti sui Quali Riflettere e Intervenire**
*Improve the Legislation on Assisted Procreation: Ten Issues
To Think over and Change*
F. SANTOSUOSSO

**Riflessioni per Difendere il Testo Attuale della Legge 40/2004
sulla Procreazione Medicalmente Assistita**
*Observations to Maintain the Present Text of the Law
40/2004 on Medically Assisted Procreation*
C. CASINI

INFORMAZIONI

**Ricerca Scientifica e Orientamento Valoriale: il Rapporto
Scienza-società**
*Scientific Research and Value Orientation: the Relation
Between Science and Society*
L. FRUÀ

RECENSIONI

BOOK REVIEWS

L'Informazione nel Rapporto Medico-paziente
Information in the Doctor-patient Relationship
G. LA MONACA, V. TAMBONE, N. ZINGARO, M. POLACCO

Apprendimento Basato sui Problemi: una Guida per gli Studenti*What your Tutor May Never Tell you. A Guide for Medical Students in Problem-based Learning*

H.S. BARROWS (A CURA DI M. MATARESE)

Il Corpo che Parla. Comunicazione ed Espressività nel Movimento Umano*The Speaking Body. Communication and Expressiveness of Human Movements*

F. CASOLO, S. MELICA

Credere e Curare*To Believe and to Heal*

I.R. MARINO

Il Corpo a più Dimensioni. Identità, Consumo, Comunicazione*The Multidimensional Body. Identity, Consumption, Communication*

F. D'ANDREA (A CURA DI)

Anno 2006

Fascicolo 2: agosto

EDITORIALE
*EDITORIAL***Ricerca Biomedica in Africa: Siamo Pronti?**
*Biomedical Research in Africa: Are We Ready?***INGEGNERIA BIOMEDICA**
*BIOMEDICAL ENGINEERING***New Perspectives in Biorobotics and Biomechatronics**
Nuove Prospettive in Biorobotica e Biomecatronica
P. DARIO, E. GUGLIELMELLI, M.C. CARROZZA, C. LASCHI,
A. MENCIASSI, S. MICERA**Il Volto e il Nome. Implicazioni Etiche, Sociali e Antropologiche delle Tecniche di Identificazione Biometriche**
The Face and the Name. Ethical, Social and Anthropological Implications of Biometrical Identification
E. MORDINI**CLINICA E RICERCA DI BASE**
*CLINICAL MEDICINE AND BASIC RESEARCH***La Nutrizione Enterale nella Malattia di Crohn Attiva: Risultati Diversi tra Adulti e Bambini**
Enteral Nutrition in Active Crohn's Diseases: Different Results in Adults and Children
A. ARATARI, R. CAPPUCCIO, P. VERNIA, R. CAPRILLI**Percorso Formativo per il Personale dell'Emergenza sull'Uso della Cartella Clinica Computerizzata di Pronto Soccorso nel Lazio***Educational Program to Use the Computerized Clinical Chart in the Emergency Department of Lazio Region*

A. POLENTA, A. DE LUCA, M.C. PARDI MONTI, G. GUASTICCHI

EDUCAZIONE
*EDUCATION***Analisi Topologica della Struttura della Conoscenza Individuale e di Gruppo nella Formazione Multimediale e a Distanza. Un'Applicazione alle Scienze Infermieristiche**
Topological Analysis of the Individual and Collective Knowledge Structures in Multimedia and Distance Learning. An Application to Nursing Sciences

U. GIANI, G. BRASCIO

COMMENTI
*COMMENTS***La Medicina come Problema Scientifico e Filosofico**
Medicine as a Scientific and Philosophical Issue
M. PELAEZ**FORUM****Il Ruolo del Farmacologo nei Comitati Etici**
Pharmacologist's Role in Ethical Committees
A. BIANCHI**La Disciplina Giuridica della Sperimentazione Clinica dei Medicinali tra "Comunitarizzazione" delle Norme di Buona Pratica Clinica e Competenze dei Comitati Etici**
Law and Clinical Experimentation of Drugs: Between Good Practice Regulations and Ethical Committees
L. MARINI**CONVEGNO "A VOLTO SCOPERTO: ESTETICA DEL VOLTO E DIRITTO ALLA SALUTE" ROMA 27 FEBBRAIO 2006**
*CONGRESS "TILL WE HAVE FACES: FACE AESTHETICS AND THE RIGHT TO HEALTH" ROME FEBRUARY 27TH 2006***PROGRAMMA**
*PROGRAMME***Introduzione**
*Introduction***Il Significato del Volto Umano tra Etica ed Estetica**
The Meaning of the Human Face Between Ethics and Aesthetics
M.T. RUSSO

Disagio Psicologico ed Estetica: come Interpretare le Aspettative del Paziente
Psychological Distress and Aesthetics: How to Interpret the Patient's Expectations

P. BINETTI

Bellezza e Verità nell'Indicazione Terapeutica
Beauty and Truth in the Therapeutic Prescription

P. PERSICHETTI

La Chirurgia dell'Invecchiamento del Volto: Chirurgia Cosmetica o Chirurgia Riparatrice?
Surgery of the Aging Face: Cosmetic or Reconstructive Surgery?

N. SCUDERI, S. TENNA

"Dant vulnera formam": gli Interventi di Chirurgia Plastica sui Bambini

"Dant vulnera formam": Pediatric Plastic Surgery

C. DE STEFANO

Chirurgia Estetica e Bellezza nei Mass Media: uno Sdoganamento Schizofrenico
Aesthetic Surgery and Beauty in Mass Media: a Schizophrenic Legitimation

P. BRAGA

Società, Domanda di Salute e Chirurgia Estetica
Society, Health Need and Aesthetic Surgery

I. CAVICCHI

Giurisprudenza ed Evoluzione della Società
Law and Society's Evolution

V. MELE

La Responsabilità del Chirurgo Estetico e il Diritto
The Responsibility of the Aesthetic Surgeon and Law

A. FIORELLA

Conclusioni
Conclusions

P. ARBARELLO

RECENSIONI BOOK REVIEWS

La Ferita di Chirone. Itinerari di Antropologia ed Etica in Medicina
Chiron's Wound: Anthropological and Ethical Tracks in Medicine

M.T. RUSSO

Ascesa e Declino della Medicina Moderna
Ascent and Decline of Modern Medicine

J. LE FANU

Fattori Predittivi in Oncologia
Predictive Factors in Oncology

G. TONINI (A CURA DI)

Anno 2006

Fascicolo 3: novembre

EDITORIALE EDITORIAL

La Rivoluzione Endoscopica e l'Interfaccia tra il Gastroenterologo e il Chirurgo
The Endoscopic Revolution and the Interface between Gastroenterologist and Surgeon

QUADERNO

LA RICERCA CLINICA E LA SUA APPLICABILITÀ AL "LETTO DEL PAZIENTE": LE DUE FACCE DI GIANO
CLINICAL RESEARCH AND ITS APPLICABILITY AT THE BED-SIDE: JANUS' TWO FACES

Introduzione
Introduction

La Stesura delle Linee Guida: dai Trial Clinici Controllati alle Metanalisi, i Livelli di Evidenza
The Development of Guidelines: from Controlled Clinical Trials to Meta-analyses, the Levels of Evidence

M. DI MAIO, E. DE MAIO, F. PERRONE, A. MORABITO

Guidelines in Clinical Practice: "Plus" for Internal Validation, "Minus" for Application
Applicabilità nella Pratica Clinica delle Linee Guida: Maggiore Validità Interna Minore Applicabilità

A. PICARDI, U. VESPASIANI GENTILUCCI, D. D'AVOLA, E. FIORI, J. RAKELA

Priorità e Criteri di Scelta degli Argomenti delle Linee-Guida
Setting Priorities and Selecting Topics in Guideline Development

F. LAURIA

Il Valore Giuridico delle Linee Guida nell'Accertamento della Responsabilità Professionale
Practice Guidelines and Legal Implications in Malpractice Litigation

G. LA MONACA

Screening Genetici in Sanità Pubblica: quali Applicazioni per la Medicina Preventiva
Genetic Screening in Public Health: Perspectives in Medical Prevention

S. BOCCIA, P. VILLARI, G. RICCIARDI

Il Ruolo delle Linee Guida nella Formazione Medica*Guidelines and Medical Education***L. VETTORE****Costi del Trattamento del Carcinoma Colorettale in Stadio Avanzato o Metastatico***Economic Burden of Advanced or Metastatic Colorectal Cancer***S. RAVERA****ECONOMIA SANITARIA****HEALTH ECONOMICS****Il Quasi-Mercato Sanitario Indotto dai Drg alla Luce delle Teorie dei Costi di Transizione***Drg Charges and the Health Market in Italy: a Transaction Costs Theory Application***C. CIAPPEI, N. GORDINI, C. LEPORATTI****EDUCAZIONE****EDUCATION****Il Laureato in Educazione Professionale e il suo Ruolo nella Gestione dei Pazienti con Malattie Croniche***The University Graduate in Professional Education and his/her Role in the Management of Chronic Disease***A. MARTIN, M.C. CIANFRIGLIA****La Sincronizzazione in Ambito Sanitario***Synchronization in Healthcare Systems***C. PENSIERI****Formazione Specifica in Medicina Generale:****Insegnamento e Ricerca***Vocational Training in General Practice: Teaching and Research***S. ALICE****CLINICA E RICERCA DI BASE****CLINICAL MEDICINE AND BASIC RESEARCH****Radioterapia Oncologica: Ieri, Oggi e Domani***Oncology Radiotherapy: Yesterday, Today and Tomorrow***L. TRODELLA, R.M. D'ANGELILLO, S. RAMELLA, F. CELLINI, M. CIRESA, M. FIORE****STORIA DELLA MEDICINA****MEDICAL HISTORY****Il Rapporto Medico-paziente Secondo Maria Teresa d'Austria***The Doctor-patient Relation According to Maria Theresa of Austria***D. LIPPI, M. BALDINI****INFORMAZIONI****INFORMATION****Esperienza di un Dipartimento Integrato di Scienze Gastroenterologiche: Pratica Clinica e Didattica Integrata***The Experience of an Integrated Department of Gastroenterology: Clinical Practice and Integrated Education***A. ARULLANI, M. CICALA, A. GABBRIELLI****DOCUMENTAZIONE****DOCUMENTATION****Una Solidarietà che è Giustizia: Il Comitato Nazionale per la Bioetica sui Trattamenti Vitali a Favore dei Malati in Stato Vegetativo Persistente***A Solidarity which is Justice: the National Committee for Bioethics on the Vital Treatment in Favour of Persistent Vegetative State Patients***C. SARTEA****ATTUALITÀ****CURRENT AFFAIRS****Il Caso Welby. Quel Morire che Tanto Spaventa e Tanto Attrae***The Welby Case. Dying so Much Scares and so Much Attracts***P. BINETTI**

Anno 2007

Fascicolo 1: aprile

EDITORIALE**EDITORIAL****Morte Cerebrale: Medicina Basata sull'Evidenza e Buona Pratica Clinica***Brain Death: Evidence-based Medicine and Good Clinical Practice***EDUCAZIONE****EDUCATION****PBL e Mappe Concettuali Collettive per l'Apprendimento della Pediatria: un'Esperienza di Didattica Tutoriale a Piccoli Gruppi***Problem-based Learning and Collective Concept Maps for Learning Paediatrics: An Experience Small Groups Tutorials***F. PARIZZI****Nuove Prospettive nella Formazione dell'Ingegnere: le Engineering Humanities***New Perspectives in Engineering Education: the Engineering Humanities***M.T. RUSSO**

Sperimentazione di un "Progetto di Formazione a Distanza" in Campo Oncologico per Medici di Medicina Generale
Experimentation of a "Distance Education Project" in Oncology for General Practitioners

M.M. GIANINO, L. MAINA, A. MORRA, O. BERTETTO,
 L. CIUFFREDA, G. RENGÀ

CLINICA E RICERCA DI BASE CLINICAL MEDICINE AND BASIC RESEARCH

Nuove Acquisizioni sulla Patogenesi, Diagnosi e Terapia delle Sindromi Mieloproliferative Croniche

New Acquisitions in the Pathogenesis, Diagnosis and Treatment of Chronic Myeloproliferative Disorders

A.A. ROMEO, C. NOBILE, V. SUMMA, E. CERCHIARA,
 M. DE MURO, R. GRECO, O.M. OLIMPIERI, O. ANNIBALI,
 M.C. TIRINDELLI

Caratterizzazione del Diabete Doppio

Characterization of Double Diabetes

P. POZZILLI, C. GUGLIELMI

INFORMAZIONI INFORMATION

Il Trapianto Crossover: Aspetti Generali e di Etica

Crossover Transplantation: General and Ethical Aspects

C. PETRINI, S. VENETTONI, A. NANNI COSTA

ATTUALITÀ CURRENT AFFAIRS

Verso una Pedagogia della Nascita. Un'Indagine Qualitativa sulla Donazione del Sangue del Cordone Ombelicale

Towards Birth Education. A Qualitative and Quantitative Survey on Cord Blood Donation

P. ANZILOTTI, P. BINETTI, C. DE LUCA, I. LORUSSO, E. MARFOLI,
 M.C. TIRINDELLI

RECENSIONI BOOK REVIEWS

Le Forme della Vita. L'Evoluzione e l'Origine dell'Uomo

The Shapes of Life: Evolution and Man's Origin

E. BONCINELLI

Curarsi e Farsi Curare: tra Abbandono del Paziente e Accanimento Terapeutico

Heal Yourself and Allow to be Healed: Patient Abandonment and Aggressive Medical Treatment

M. CALIPARI

Psicoanalisi del Mal di Denti

Psychoanalysis of Toothache

H. STROBEL (A CURA DI M.A. MASSIMELLO)

Sulla Malattia

On Being Ill

V.WOOLF (A CURA DI N. GARDINI)

La Bioetica nel Quotidiano

Bioethics in Everyday Life

E. SGRECCIA

Anno 2007 Fascicolo 2: agosto

EDITORIALE EDITORIAL

L'Ospedale Luogo della Complessità e dell'Alleanza Terapeutica

Hospitals: where Complexity is Combined with the Therapeutical Alliance

STORIA HISTORY

Il Posto del Malato tra Ethos e Logos. Luoghi di Cura e Saperi nel Mondo Antico e Tardoantico

The Space of the Sick Between Ethos and Logos. Healthcare Settings and Knowledge in the Late Antiquity

M. LA MATINA

Ospedale, Accademie, Esperimenti: Giovanni Maria Lancisi e l'Ospedale del S. Spirito in Sassia

Hospitals, Academies, Experiments: Giovanni Maria Lancisi and the S. Spirito in Sassia Hospital

M. CONFORTI, S. MARINOZZI, V. GAZZANIGA

MEDICAL HUMANITIES

L'Ospedale come Metafora: un Percorso attraverso la Narrativa Italiana del '900

The Hospital as a Metaphor: Going through 20th Century Italian Literature

M.T. RUSSO

Fiction Medica e Ospedale Umano

Medical Fiction and the Caring Hospital

L. FARSI

TECNOLOGIA E URBANISTICA TECHNOLOGY AND CITY PLANNING

Accoglienza Ospedaliera: Criteri Progettuali e Proposte

Hospital Reception: Planning Criteria and Proposals

A. GORGERINO

La Tecnologia Incentrata sull'Uomo: un Ruolo nell'Umanizzazione dell'Ospedale
Human Centred Technology: a Role to Play in Hospital Humanization

S. CRISTINA, M. TROMBETTA

Ospedali, Città, Territorio
Hospitals, Cities, Territory
 M.I. PINZELLO

ETICA, SOCIOLOGIA E DIRITTO
ETHICS, SOCIOLOGY AND LAW

Aspetti Etici e Profili Giuridici dell'Umanizzazione dell'Ospedale
Ethical and Legal Aspects of Hospital Humanization
 G. GRASSANI

L'Ospedale Come Rete di Relazioni da Persona a Persona
The Hospital as a Network of Relationships among People
 C. LAZZARI

L'ASSISTENZA
CARE

La Direzione Sanitaria di un Policlinico Universitario e l'Umanizzazione dell'Assistenza
Health Management of a University Hospital and the Humanization of Care
 A. PANÀ, S. AMATO

Un Modello di Organizzazione dell'Attività Assistenziale Infermieristica Centrato sul Paziente Ricoverato: l'Esperienza del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma
Nursing Care Delivery Model Centred on In-hospital Patients: the Campus Bio-Medico University Hospital Experience
 C. BARROS, M.G. DE MARINIS, M. MATARESE, S. MURGESE, D. TARTAGLINI

Family-centered and Family-oriented Care in Pediatrics
L'Assistenza Family-centered e Family-oriented in Pediatria
 M. PETTOELLO-MANTOVANI, A. CAMPANOZZI, L. MAIURI, I. GIARDINO

L'Assetto Culturale e Istituzionale della Psichiatria in Italia
Cultural and Institutional Order of Italian Psychiatry
 I. CARTA

RECENSIONI
BOOK REVIEWS

Ti Racconto il mio Ospedale. Esprimere e Comprendere il Vissuto della Malattia
 F. BIANCHI DI CASTELBIANCO, M. CAPURSO, M. DI RENZO

L'Etica a Servizio della Persona Malata. Esperienze e Riflessioni Maturate al San Raffaele di Milano
 C.G. VELLA

Vento delle Ande. Storia dell'Ospedale in Cima al Mondo
 G. BAVETTA

Lo Scafandro e la Farfalla
 J.D. BAUBY

Numero Speciale dicembre 2007/aprile 2008

QUADERNO

NUOVE FRONTIERE DELLA RICERCA BIOMEDICA
RESEARCH HIGHLIGHTS IN BIOMEDICAL RESEARCH

CARDIOLOGY

Research Highlights on the Role of Statins in Invasive Cardiology

Recenti Traguardi sul Ruolo delle Statine nella Cardiologia Interventistica

A. NUSCA, R. MELFI, G. DI SCIASCIO

DIABETOLOGY

Highlights in Diabetologia 2007

Ultimi Aggiornamenti in Diabetologia 2007

P. POZZILLI, C. MORETTI

HAEMATOLOGY

Research Highlights on Molecular Targeted Therapies in Haematology. Part I: Compounds Targeting Chromosomal Translocation Products or Signalling Pathways

Ultimi Aggiornamenti sulla Ricerca In Terapie Molecolari in Ematologia. Parte I°: Composti Sviluppati per Colpire Prodotti di Traslocazioni Cromosomiche o Vie di Trasduzione del Segnale

O.M. OLIMPIERI, V. SUMMA, G. AVVISATI

NEUROIMAGING

Research Highlights in Neuroimaging

Ultimi Aggiornamenti sulla Ricerca in Neuroimaging

J.M. MELGARI, P.M. ROSSINI

OPHTHALMOLOGY

Research Highlights on Nerve Growth Factor Effects on Ocular Diseases

Ultimi Aggiornamenti della Ricerca sugli Effetti del "Nerve Growth Factor" nelle Patologie Oculari

A. LAMBIASE, S. BONINI

PHARMACOTHERAPY**Cardiotoxicity of Antitumor Drugs***Tossicità Cardiaca dei Farmaci Antitumorali***P. MENNA, G. MINOTTI, E. SALVATORELLI****TROPICAL MEDICINE****Dalla Cina un Nuovo Farmaco Antimalarico e un Insegnamento per la Ricerca Biomedica***A New Antimalarial Drug from China and a Lesson for Biomedical Research***G. MOTTINI****EDUCAZIONE MEDICA****MEDICAL EDUCATION****The Epistemic Nature of Package Leaflet Information: a Contribution to the Legal Debate on the Role of Package Leaflets in Therapeutic Consent***La Natura Epistemologica dei Foglietti Illustrativi: un Contributo al Dibattito Legale sul Loro Ruolo Relativamente al Consenso Informato***B. OSIMANI****Progettazione e Sperimentazione di un Piano di Valutazione di un Corso di Formazione***Experiment of an Evaluation Plan for Educational Courses***M.M. GIANINO, I. FINIGUERRA, L. MAINA, M. AVANZATO, D.FIORINA, G. RENGÀ****STORIA DELLA MEDICINA****MEDICAL HISTORY****Camillo Golgi: un Secolo dopo il Nobel***Camillo Golgi: a Century from his Nobel Prize***G. DELVECCHIO, L. BETTINESCHI****CLINICA E RICERCA DI BASE****CLINICAL MEDICINE AND MEDICAL RESEARCH****Costi del Trattamento del Carcinoma Gastrico in Stadio Avanzato***Economic Burden of Advanced Gastric Cancer***S. RAVERA, A. FALCONE****RECENSIONI****BOOK REVIEWS****Scelte sulla Vita. L'Esperienza di Cura nei Reparti di Terapia Intensiva****G. BERTOLINI (A CURA DI)****Vissuti di Cura. Competenze Emotive e Formazione nelle Professioni Sanitarie****D. BRUZZONE, E. MUSI****Paziente e Medico. Fenomenologia e Prassi della Relazione Terapeutica****C. CAZZULLO, F. POTERZIO****La Sfida della Bioetica. La Vita, la Libertà e la Difesa della Dignità Umana***Life, Liberty, and the Defense of Dignity: the Challenge for Bioethics***L.R. KASS**

Anno 2008

Supplemento dicembre

EDITORIALE**EDITORIAL****La Cura dell'Anziano tra Tecnica, Medicina e Antropologia***Treatment of Elderly People Amid Technology, Medicine and Anthropology***QUADERNO****UNO SGUARDO MULTIDIMENSIONALE SULLE ESIGENZE NELLA TERZA E QUARTA ETÀ: SPUNTI PER UNA TECNOLOGIA UMANIZZANTE***A MULTIPROFESSIONAL VIEW OF MULTIDIMENSIONAL NEEDS IN THE THIRD AND FOURTH AGE: A HUMANIZING TECHNOLOGY***DIMENSIONE ETICO-ANTROPOLOGICA****Il Messaggio Intergenerazionale di Giovanni Paolo II***John Paul II's Intergenerational Message***M. PELÁEZ****Invecchiamento e Antropologia della Dipendenza***Aging and the Anthropology of Dependence***A. MARCOS****DIMENSIONE DEL NURSING****Reflective Nursing Practice: A Way to Combine Technical Skills with Humanism***L'Assistenza Infermieristica "Riflessiva": come Conciliare le Capacità Tecniche con l'Umanizzazione***M.R. OROZ EZCURRA****Nursing Care and Technology on Easing Pain at End-of-life***La Tecnologia e l'Assistenza Infermieristica nella Palliazione del Dolore alla Fine della Vita***A. RAMIÓ JOFRE, A. GUILERA ROCHE****DIMENSIONE ASSISTENZIALE: MODELLI****Multidimensional Geriatric Assessment (MGA): an Overview***Analisi del Modello MGA: una Rassegna***R. ANTONELLI INCALZI**

Geriatric Care in Europe: Current and Outstanding Models of Care

L'Assistenza Geriatrica in Europa: Modelli Rilevanti Attuali

A.H. RANHOFF

Un'Esperienza di Assistenza all'Anziano Fragile:

L'Associazione Alberto Sordi di Roma

An Experience of Care to the Frail Elderly People: the Alberto Sordi Association in Rome

E. DI FILIPPO, R. LIANA, G. MILITO, A.M. PARISI

DIMENSIONE NEURO-RIABILITATIVA

Progettazione Centrata sulla Persona e Applicazioni Cliniche di Sistemi Robotici per la Neuroriabilitazione

Human-centred Design and Clinical Application of Robotic Systems for Neuro-rehabilitation

E. GUGLIELMELLI

Neuroimaging of Dementia

Neuroimaging della Demenza

J.C. MASDEU

Late-life Depression

La Depressione in Tarda Età

J. PLA-VIDAL

Modern Technological Approach to Evaluate Brain Ageing in Normal Elderly and Patients with Neurodegeneration: Role of Neurophysiology

Un Moderno Approccio Tecnologico per una Valutazione dell'Invecchiamento Cerebrale in Anziani Sani e in Pazienti con una Neurodegenerazione: Ruolo della Neurofisiologia

P.M. ROSSINI, L. PARISI

DIMENSIONE CLINICA: CASI

Invecchiamento e Carcinomi Cutanei: il Ruolo della Chirurgia Plastica nella Gestione e nel Trattamento dei Carcinomi Cutanei della Terza Età

Aging and Cutaneous Carcinoma; the Role of Plastic Surgery in the Treatment of Cutaneous Carcinomas in Elderly People

P. PERSICHETTI, S. DELFINO, B. BRUNETTI, C. CARNEVALE, I. POCCIA, V. TOTO

La Blefaroplastica Funzionale nel Paziente Anziano: il Ruolo della Chirurgia Plastica nel Trattamento delle Patologie da Invecchiamento Palpebrale

Functional Blepharoplasty in Elderly People: the Role of Plastic Surgery in the Treatment of Eyelid Aging

P. PERSICHETTI, S. DELFINO, B. BRUNETTI, C. CARNEVALE, I. POCCIA, V. TOTO

EDUCAZIONE MEDICA

MEDICAL EDUCATION

Contributo ad una Pedagogia dell'Errore

A Contribution to a Training through Error

G. DELVECCHIO

La Percezione a Distanza delle Competenze Acquisite nelle Scuole Universitarie Post Base per la Dirigenza Infermieristica e Ostetrica

Long Term Perception of Expertise Gained During Post Basic University Courses for Management in Nursing and Midwifery

L. GARRINO, A. GARGANO, S. LOMBARDO, P. DI GIULIO, V. DIMONTE, G. RENGÀ

EXPERT OPINION PAPERS

Recent Highlights on Management of Crohn's Disease

Ultimi Aggiornamenti sul Trattamento della Malattia di Crohn

R. CAPRILLI, E. ANGELUCCI, V. CLEMENTE, M. CESARINI, A. CRUDELI

Research Highlights on Molecular Targeted Therapies in Hematology. Part II: Compounds Targeting Intracellular Protein Degradation and Apoptosis, Cell Cycle Control, Cellular Surface Molecules

Ultimi Aggiornamenti sulla Ricerca in Terapie Molecolari in Ematologia. Parte 2°: Composti Sviluppati per Colpire il Sistema di Degradazione Proteica Intracellulare e l'Apoptosi, il Sistema di Controllo del Ciclo Cellulare e le Molecole di Superficie.

V. SUMMA, O.M. OLIMPIERI, G. AVVISATI

RECENSIONI

BOOK REVIEWS

Nuovo Manuale di Bioetica

S. LEONE

Rimanere Umani. High-tech e Cuore per una Medicina dal Volto Umano

D. GRÖNEMEYER

La Vecchiaia e i suoi Molti Volti. Una Lettura Etico-antropologica

S. GIARDINA, D. SACCHINI

Etica del Virtuale. Annuario di Etica 4/2007

A. FABRIS (A CURA DI)

Eutanasia. Della Morte e di Altre Cose

A. PESSINA

Anno 2009

Fascicolo 1-3: dicembre

QUADERNO DI METODOLOGIA CLINICA *CLINICAL METHODOLOGY GUIDE*

CONVEGNO DI METODOLOGIA CLINICA: SHERLOCK HOLMES E IL PROCESSO INVESTIGATIVO.

*UNIVERSITÀ CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA, 12
OTTOBRE 2009*

INTRODUZIONE

Introduction

Sir Arthur Conan Doyle, Medico

Sir Arthur Conan Doyle, Physician

L. BORGHI

Il Corso di Metodologia Clinica come Laboratorio di Formazione Didattica

*The Clinical Methodology Course as a Training Laboratory
for Education*

P. BINETTI

La Metodologia Clinica secondo Sherlock Holmes: un Rammarico e tre Lezioni

*Clinical Methodology According to Sherlock Holmes: a
Regret and Three Lessons*

V. TAMBONE

Il Paradigma Indiziario

The Circumstantial Paradigm

I. CAVICCHI

L'Approccio Probabilistico alla Diagnosi

The Probability Approach to Diagnosis

A. SERIO

L'Approccio Categoriale, l'Emergenza in Medicina

The Categorical Approach, Medical Emergency

F.E. AGRÒ

"Modus Tollens" Probabilized: Deductive and Inductive Methods in Medical Diagnosis

*Il "Modus Tollens" Probabilistico: Metodo Deduttivo e
Induttivo nella Diagnosi Medica*

B. OSIMANI

EDUCAZIONE MEDICA

MEDICAL EDUCATION

Processi Comunicativi in Area Sanitaria, Comunicazione e Bioetica

*Communication Processes in Healthcare: Communication
and Bioethics*

C. PENSIERI

Il "Progetto Accoglienza": Sperimentazione di un Percorso Formativo nella Facoltà di Medicina

*The "Progetto Accoglienza": Testing a Training Course in
Medical Schools*

**A. IMBASCIATI, A. GHILARDI, C. CRISTINI, L. CENA,
A.M. DELLA VEDOVA, C. BUIZZA**

ETICA E ANTROPOLOGIA

ETHICS AND ANTHROPOLOGY

La Professione Medica in Prospettiva di Genere: uno Sguardo tra Presente e Passato

*The Medical Profession in a Gender Perspective: an Outline
Between Present and Past*

M.T. RUSSO

RECENSIONI

BOOK REVIEWS

Eterna Giovinezza o Fragilità. Le Conoscenze di Base sull'Invecchiamento

P. CARBONIN

Obesità Infantile: un Problema "in Crescita". I Consigli dei Medici ai Genitori

A. SARTORIO, J.M.H. BUCKLER

La Nevrosi tra Medicina e Letteratura

E. COMOY FUSARO

Anno 2010

Fascicoli 1-3: dicembre

SEMINARI DI CHIRURGIA ESTETICA: "LA CHIRURGIA ESTETICA DI FRONTE ALLA NUOVA DOMANDA DI BELLEZZA" – ROMA, MARZO- GIUGNO 2010

*SEMINARS: "AESTHETIC SURGERY FACING THE
NEW QUEST FOR BEAUTY" – ROME, MARCH-JUNE
2010*

Presentazione e Programma

Presentation and Programme

P. PERSICHETTI, M.T. RUSSO, N. SCUDERI

Corpo, Persona, Bellezza

Body, Person, Beauty

P. PERSICHETTI, N. SCUDERI

Bellezza e Unità del Corpo Personale

Beauty and Personal Unity of the Body

M.T. RUSSO

Bellezza, Ordine e Proporzione*Beauty, Neatness and Proportion***M.V. MARINI CLARELLI****Il Corpo come Linguaggio della Bellezza***The Body as the Language of Beauty***L. COSÌ****Il Bello come Scoperta dell'Armonia***Beauty as the Discovery of Harmony***O. RAINALDI****Estetico/Antiestetico: Cos'è la Bellezza?***Aesthetic / Unaesthetic: What is Beauty?***P. PERSICHETTI, N. SCUDERI, M.T. RUSSO****Il Bello Artistico e il Bello Etico***Artistic Beauty and Ethical Beauty***R. PAPA****Di Bellezza è Piena la Terra***The Earth is Full of Beauty***P. GROSSI GONDI****Psicologia del "Mal d'Immagine"***Psychology of the "Image Disease"***M. CUZZOLARO****La Bellezza tra Consumo e Comunicazione***Beauty between Consumption and Communication***P. PERSICHETTI, M.T. RUSSO****Il Corpo nella Comunicazione di Moda****The Body in Fashion Communication***A. FUMAGALLI****A Proposito di Chirurgia Estetica e Comunicazione con il****Paziente: Undici Tesi e una Conclusione***About Aesthetic Surgery and Patient Communication: Eleven Thesis and a Conclusion***I. CAVICCHI****Fotografia Digitale e Immagine del Corpo***Digital Photography and Body Image***P. GANDOLA****La Bellezza, Promessa di Immortalità?***Beauty, a Promise of Immortality?***G. DI GIACOMO****TAVOLA ROTONDA: "MEDICINA E SANITÀ: SNODI CRUCIALI" DI IVAN CAVICCHI****PANEL DISCUSSION: "MEDICINE AND HEALTH: CRUCIAL CONNECTIONS" BY IVAN CAVICCHI****Un Dibattito a Partire dal Libro: *Medicina e Sanità. Snodi Cruciali* di Ivan Cavicchi***A Debate from the Book: Medicine and Health. Crucial Connections by Ivan Cavicchi***M. PENNACCHINI****Le Donne e la Medicina***Women and Medicine***M.G. DE MARINIS****L'Atto Medico***Medical Procedure***M. CICALA****Risk Management: Minaccia o Opportunità?***Risk Management: a Threat or an Opportunity?***F. RUSSO****Risposte dell'Autore***Answers by the Author***I. CAVICCHI****EDUCAZIONE MEDICA****MEDICAL EDUCATION****Il Medico: Professione o Vocazione?***The Doctor: Profession or Vocation?***M. PELÂEZ****Ruolo del Tutor Clinico nelle Attività di Volontariato nei Paesi in Via di Sviluppo: l'Esperienza dei "Workcamp Perù" dell'Università Campus Bio-Medico di Roma***Clinical Tutoring for Medical Students in Volunteer Programs: "Workcamp Peru", University Campus Bio-Medico of Rome***R. ALLONI, M.F. NAVAJAS, A. D'ELIA, A. ALTOMARE, I. VISCONI****Specializzandi in Anestesia e Rianimazione: Gruppo di Formazione***Anaesthesia and Reanimation Post-graduate Students: a Training Group***P. MANFREDI****RECENSIONI****BOOK REVIEWS****Avatar: Dislocazioni Mentali, Personalità Tecno-mediate, Derive Autistiche e Condotte Fuori Controllo****T. CANTELMÌ, M.B. TORO, M. TALLI****Mangi Chi Può. Meglio, Meno e Piano. L'Ideologia di Slow Food****L. SIMONETTI**

Anno 2011

Fascicolo 1: giugno

QUADERNO: "IL CORPO TRA INDISPONIBILITÀ E AUTODETERMINAZIONE: UNO SGUARDO TRANSDISCIPLINARE"
"THE BODY BETWEEN UNAVAILABILITY AND SELF-DETERMINATION: AN INTERDISCIPLINARY APPROACH"

A CURA DI C. SARTEA

Introduzione

Introduction

Il Corpo Umano tra Disponibilità e Autodeterminazione: un Caso di Giustizia Asimmetrica
Human Body Between Unavailability and Self-determination: a Case of Asymmetric Justice

A. MALO

Metafora del Dono e Statuto del Corpo

The Donation Metaphor and the Body Status

M.T. RUSSO

Potere sul Corpo o Cura del Corpo?

Power over the Body or Care of the Body?

P. BINETTI

CORPO UMANO E DIRITTO: ORIENTAMENTI E PROSPETTIVE FONDATIVE
HUMAN BODY AND LAW: GUIDELINES AND FOUNDING PERSPECTIVES
 L. PALAZZANI

Alleanza Terapeutica e Decisioni Condivise sul Corpo

Therapeutic Alliance and Shared Decision-making about the Body

M. PENNACCHINI

L'Autodeterminazione Quando Manca l'Autonomia: Riconciliare Libertà e Responsabilità nelle Volontà Anticipate di Trattamento

Self-determination without Autonomy: Reconciling Freedom and Responsibility in Living Wills

A.G. SPAGNOLO

Test Genetici e Tutela della Persona

Genetic Testing and Protection of the Person

B. DALLAPICCOLA

Trapianto da Donatore Vivente: Necessità di un Ritorno alle Origini?

Living Organ Donation: Need to Get Back to its Roots?

N. PANOCCHIA

Il Dono nel Trapianto d'Organo

Donation in Organ Transplantation

G. NANNI

Ampiezza e Limiti della Libertà di Autodeterminazione: Osservazioni Medico Legali

Extent and Limits of Right to Self-determination: Medical and Legal Observations

G. LA MONACA

Autodeterminazione: Profili Etici e Biogiuridici

Self-determination: Ethical and Bio-juridical Profiles

L. EUSEBI

Il Potere dei Privati sul Corpo tra Indisponibilità e Autodeterminazione

The Power of Private Persons over the Body Between Unavailability and Self-determination

M.C. VENUTI

Strumentalità del Corpo Umano nell'Orizzonte Tecnologico: Alcune Suggerimenti Letterarie

Instrumentality of the Human Body in the Technological Horizon: Some Literary Suggestions

V. MELE, S. GIARDINA

"Sette Anime": Quando la Totale Libertà di Autodeterminarsi È Poco Convincente

"Seven Pounds": When Total Self-determination Does Not Convince

P. BRAGA

EDUCAZIONE MEDICA
MEDICAL EDUCATION

Il Trattamento del Dolore come Dovere dei Sanitari: l'Uso della Morfina in Cure Palliative

Pain Management as Duty of Healthcare Personnel: the Use of Morphine in Palliative Care

L. SANGALLI, A. TURRIZIANI

"Come Posso Diventare un Buon Medico?": Gli Studenti di Medicina del III Anno Raccontano le Loro Difficoltà Attraverso l'Utilizzo del CIR (Critical Incident Report)

"How Can I Become a Good Doctor?": Third Year Medical Students Tell Their Difficulties Through the Use of CIR (Critical Incident Report)

D. LEONE, E. ZITO, E. VEGNI, E.A. MOJA

RECENSIONI

BOOK REVIEWS

Corps en Miettes

S. AGACINSKI (H. BRAHO)

Il Consenso Informato. La Relazione di Cura tra Umanizzazione della Medicina e Nuove Tecnologie

P. BINETTI (S. ANZILLOTTI)

Filosofia dell'Agire Scientifico. Le Nuove Dimensioni

A. MARCOS (E. AGAZZI)

Anno 2011

Fascicolo 2: dicembre

QUADERNO:**“IL CINEMA NELLA MEDICINA, LA MEDICINA NEL CINEMA”****“CINEMA IN MEDICINE, MEDICINE IN CINEMA”**

A CURA DI C. PENSIERI

Introduzione*Introduction***IL CINEMA NELLA MEDICINA***CINEMA IN MEDICINE***Il Cinema Contemporaneo e la Bioetica***Contemporary Cinema and Bioethics*

P. DALLA TORRE

L'Immagine Filmica nella Formazione alle Cure: Indicazioni Metodologiche e Pratiche di Utilizzo*The Film Image in the Healthcare Training: Methodological and Practical Directions of Use*

L. GARRINO, S. GREGORINO

Il Cancer Movie*Cancer Movie*

D. CARAMAZZA

Il Cinema come Strumento di Riflessione Critica nella Formazione degli studenti di Medicina*Cinema as a Tool of Critical Reflection in Medical Students' Education*

L. VALERA

LA MEDICINA NEL CINEMA*MEDICINE IN CINEMA***Fiction Mediche: il Senso Religioso in Prima Serata***Medical Drama: the Religious Sense During Prime Time*

C. BELLINI

Pelle*Skin*

C. SINISCALCHI

Scienza e Società: la Medicina della Saga di Twilight*Science and Society: Medicine in the Twilight Saga*

S. UGOLINI, M. BERTOLASO

La Vita e la Morte*Life and Death*

A. PIERSANTI

Il Senso della Malattia in “Sette Anime” e ne “Lo Scafandro e la Farfalla”*The Sense of Disease in “Seven Pounds” and in “The Diving Bell and the Butterfly”*

E. GENOVESE

FILOSOFIA DELLA SCIENZA*PHILOSOPHY OF SCIENCE***LA FILOSOFIA DELLA BIOLOGIA DI HANS JONAS COME UN POSSIBILE FONDAMENTO DELLA NORMATIVITÀ INTRINSECA NELLA PRATICA MEDICA***HANS JONAS' PHILOSOPHY OF BIOLOGY AS A POSSIBLE BASIS OF THE INTRINSIC NORM IN MEDICAL PRACTICE*

M. PENNACCHINI

EDUCAZIONE MEDICA*MEDICAL EDUCATION***La Comunicazione dell'Errore in Medicina: Valutazione di un'Esperienza Formativa***Communication of Medical Errors: Evaluation of a Training Programme*

G. LAMIANI, D. LEONE, E. VEGNI

RASSEGNA BIBLIOGRAFICA*LITERATURE REVIEW***I Medici e la Medicina nel Cinema: una Breve Bibliografia***Doctors and Medicine in Cinema: a Short Bibliography***I parte**

L. FIESCHI

II parte

C. PENSIERI

IN MEMORIAM**Ricordo di Ferdinando Dianzani, Clinico, Ricercatore, Umanista***In Memory of Ferdinando Dianzani, Clinician, Researcher, Humanist*

P. BINETTI

Anno 2012

Fascicolo 1: giugno

QUADERNO: "LA MEDICINA ECOLOGICA. DIMENSIONI TEORICHE, ETICHE ED APPLICATIVE"
"ECOLOGICAL MEDICINE. THEORETICAL, ETHICAL AND APPLIED ASPECTS"

A CURA DI L. VALERA

Introduzione

Introduction

V. TAMBONE, L. VALERA

DIMENSIONE TEORICA THEORETICAL ASPECT

Il Concetto di Ecologia Umana nel Magistero di Benedetto XVI

Human Ecology in the Teaching of Benedict XVI

E. SGRECCIA

La Medicina Ecologica: Ordine, Ecologia e Natura Umana

Ecological Medicine: Order, Ecology and Human Nature

L. VALERA

Medicina Ecologica: una Proposta

Ecological Medicine: a Suggestion

S. MORINI

Scienza che Serve alla Vita, Scienza che Serve la Vita

Science Useful for Life, Science that Serves Life

P. RICCI SINDONI

Un Paradigma Ecologico per la Medicina

An Ecological Paradigm for Medicine

A. GIULIANI

DIMENSIONE APPLICATIVA APPLIED ASPECT

L'Approccio Rigenerativo in Ortopedia e Traumatologia

The Regenerative Approach in Orthopaedic and Trauma Surgery

G. VADALÀ, V. DENARO

Ginecologia Ecologica: Trattamento della Sterilità di Origine Tubarica

Ecological Gynaecology: Tubal Sterility Treatment

L. MUZZI, R. MONTERA, P. DAMIANI, S. LOPEZ, S. CAPRIGLIONE, A. MIRANDA, R. ANGIOLI

Cardiologia Ecologica: Natural Healing

Ecological Cardiology: Natural Healing

A. D'AMBROSIO

Medicina dei Trapianti: Scelta Ecologica tra Donazione di Organi e Organi Artificiali

Transplantation Medicine: Ecological Choice between Organ Donation and Artificial Organs

R. CAVIGLIA

Umanizzazione dell'Assistenza

Humanization of Healthcare

M.G. DE MARINIS, M. PIREDDA

Ecologia del Comportamento: Sport e Attività Fisica

Ecology of Conduct: Sport and Physical Activity

F. BRESSI, M. MASELLI, M. MORRONE, M. BRAVI, F. SANTACATERINA, S. STERZI

Ecologia dei Comportamenti a Rischio: Prevenzione e Psicologia

Ecology of Risk Behaviour: Prevention and Psychology

G. MOTTINI, P. PELLEGRINO

INTERVISTE

INTERVIEWS

S. Em. Card. Elio Sgreccia. Ecologia Umana per la Medicina, Ecologia Umana Aperta alla Trascendenza

Human Ecology for Medicine, Human Ecology Open to Transcendence

A CURA DI C. PENSIERI

RECENSIONI

BOOKS REVIEWS

Il Cancro come Questione

M. BERTOLASO (A. MARCOS)

Jacob Von Uexküll. Alle Origini dell'Antropologia Filosofica

C. BRENTARI (L. VALERA)

Le Donne Sono Umane?

Are Women Human?

C.A. MACKINNON (F. DE SANTIS)

Salute e Qualità della Vita

B. MUZZATTI (L. CAMPANOZZI)

PNL Medica e Salute

C. PENSIERI (M. DI LUZIO)

Anno 2012

Fascicolo 2: dicembre

QUADERNO: "L'INFORMAZIONE GENETICA: QUESTIONI TEORICHE, SFIDE ETICHE ED IMPLICAZIONI GIURIDICHE"

"GENETIC INFORMATION: THEORETICAL ISSUES, ETHICAL CHALLENGES, AND LEGAL IMPLICATIONS"

A CURA DI **B. OSIMANI**

Editoriale

Editorial

B. OSIMANI

PARTE I – QUESTIONI TEORICHE *PART I – THEORETICAL ISSUES*

Il Concetto di Informazione Genetica: un Contributo dalla Filosofia della Biologia e dalle Teorie Filosofiche sulla Causalità

The Concept of Genetic Information: a Contribution from Philosophy of Biology and Philosophical Theories of Causality

B. OSIMANI

Complessità e Informazione in Biologia

Complexity and Information in Biology

M. DI BERNARDO

Le Basi Filologiche della Vita: dal Codice Genetico al Trascritto

The Philological Basis of Life: from the Genetic Code to the Transcript

M. LA MATINA

Genetica, Determinismo e Libertà

Genetics, Determinism and Freedom

P. SGRECCIA

Genetica e Responsabilità: il Contributo di Hans Jonas

Genetic and Responsibility: the Contribution of Hans Jonas

A. VENDEMIATI

Informazione Genetica, Danno da Procreazione e Disabilità. Aggiornamenti Concettuali sull'Eugenetica

Genetic Information, Wrongful Life and Disability. A Conceptual Update on Eugenics

Y.E. CANTO

PARTE II – SFIDE ETICHE

PART II – ETHICAL CHALLENGES

The Five Ws and the H: a Checklist for Genetic Counseling

Cosa, Chi, Come, Quando, Dove e Perché: una Checklist per la Consulenza Genetica

L. SINIBALDI

Effective Provision of Information to Individuals and Families Affected by a Genetic Condition: what Does this Mean and How do We Achieve This?

Informare Adeguatamente le Famiglie e gli Individui Affetti da Patologie Genetiche: Cosa Significa e Come si fa?

C. LEWIS, H. SKIRTON

Non-directiveness in Genetic Counseling: Necessity, Possibility or Utopia?

Non-direttività nel Counseling Genetico: Necessità, Possibilità o Utopia?

M. FARISCO

Challenging the Boundaries of Medicine: Consumer Culture and Genetic Testing

Una Sfida per i Compiti della Medicina: la Cultura del Consumo e la Pratica dei Test Genetici

M. CURNUTTE

The Transition from Genetic Tests to the Genomic Era

Dai Test Genetici all'Era Genomica

D.A. COVIELLO, C. LANZA, A. SERI, M. SEIA, E. CASATI

PARTE III – IMPLICAZIONI LEGALI

PART III – LEGAL IMPLICATIONS

Genetic Information and Human Rights: Balancing Individual and Collective Interests

Informazione Genetica e Diritti Individuali: il Bilanciamento degli Interessi Individuali e Collettivi

D. MARRANI

Dati Genetici, Diritto a Non Sapere e Riservatezza: un Approfondimento sulla Normativa Italiana

On Genetic Data, Right Not to Know and Privacy: the Italian Regulatory Approach

L. NEPI

Biobanks and Biobank Networks: Sample and Data Sharing and Safeguarding of Research Participants' Rights

Biobanche e Reti di Biobanche: Condividere i Campioni e i Dati Salvaguardando la Privacy dei Soggetti Partecipanti

I. SEVERINO

Guidelines for our Genomic Futures

Linee Guida per i Nostri Futuri Genomici

R. BROWNSWORD

RECENSIONI BOOK REVIEWS

La Danza delle Ombre: con Mohammed nel Mondo degli Ultimi

M. SCARDAVI (L. ANDRISSI)

Idee per il Rinnovamento della Medicina: Epistemologia, Antropologia ed Etica

M. PENNACCHINI (C. PENSIERI)

Gen-Ius. Consulenza Genetica e Normative Europee

L. PALAZZANI, L. NEPI (A CURA DI)

Anno 2013 Fascicolo 1: giugno

TRADIZIONE E INNOVAZIONE NELLA FORMAZIONE DEL MEDICO: ASPETTI DIDATTICI E BISOGNI EDUCATIVI

TRADITION AND INNOVATION IN MEDICAL EDUCATION: METHODOLOGICAL ASPECTS AND EDUCATIONAL NEEDS

Editoriale

Editorial

P. ARULLANI

Spunti per un Possibile Aggiornamento del Piano di Formazione nella Facoltà di Medicina del CBM dopo i suoi Primi Venti Anni

Ideas for a Possible Updating of the Educational Plan in the Faculty of Medicine of the CBM after its First Twenty Years

P. BINETTI

Medical Humanities e Formazione del Medico

Medical Humanities and Medical Education

V. TAMBONE

Il Paziente al Centro del Sistema Sanitario: una Questione di Curriculum Nascosto

The Patient Centred Health System: a Matter of Hidden Curriculum

M.G. DE MARINIS, M. MATARESE, M. PIREDDA

La Formazione Pedagogica e la Valutazione delle Competenze Didattiche del Docente Universitario per le Scienze della Salute e della Cura

Education and Didactic Competences Assessment of University Teachers in Health Sciences

L. VETTORE

La Realtà Internazionale della Formazione Medica

International Reality of Medical Education

G. FAMILIARI, C. VIOLANI, M. RELUCENTI, R. HEYN, F. CONSORTI, A. LENZI, E. GAUDIO, L. FRATI

Etica della Prima Persona, Scienza e Tecnica

First Person Ethics, Science and Technology

M. PELÀEZ

Governo Clinico, Qualità dell'Assistenza e Formazione Continua: Analisi e Sviluppo di Competenze Avanzate in Ambito Infermieristico Presso il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma

Clinical Governance, Quality of Care and Education: Analysis and Development of Advanced Nursing Skills at the University Hospital Campus Bio-Medico of Rome

A. DE BENEDICTIS, R. GUALANDI, T. IORI, C. PROIETTI PANATTA, D. VIGLIONE, A. CUCCHI, D. TARTAGLINI

La Metodologia Clinica nella Formazione del Medico

Clinical Methodology in Medical Education

A. SERIO, M. CICALA

Il Servizio di Tutoring nella Facoltà di Medicina e Chirurgia: Esperienze Ventennali e Nuove Prospettive dell'Università Campus Bio-Medico di Roma

The Tutoring Service in the Faculty of Medicine: Twenty Years Experiences and New Perspectives for the University Campus Bio-Medico of Rome

F. BRESSI, S. CAROTTI, G. PERRONE, S. MORINI

"A Thing of Beauty is a Joy for Ever". Sul Come Aiutare gli Studenti a Capire che è Bello - e Utile - Studiare la Storia della Medicina

"A Thing of Beauty is a Joy for Ever". How to Help Students to Understand that the Study of the History of Medicine is a Beautiful and Useful Thing

L. BORGHI

Autopsia e Formazione Medica

Autopsy and Medical Education

A. ONETTI MUDA

FORUM: METODOLOGIE ED ESPERIENZE FORMATIVE NELL'UNIVERSITÀ CAMPUS BIO-MEDICO DI ROMA

METHODS AND EDUCATIONAL EXPERIENCES AT THE UNIVERSITY CAMPUS BIO-MEDICO IN ROME

Il Ruolo dell'Inglese nella Facoltà di Medicina

The Role of the English Course in the Faculty of Medicine

R. ARONICA

Utilizzo dell'Ausilio Multimediale per l'Insegnamento Universitario della Chirurgia: Risultati di un'Esperienza presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma

Use of Multimedia for Teaching Surgery in a Medical School: Results of an Experience at the University Campus Bio-Medico of Rome

D. BORZOMATI, G. MANGIAMELI, R. COPPOLA

Il Tirocinio Clinico nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia: Tirocinio Formativo o Valutativo?

Clinical Training in Medical Schools: Training or Competence Assessment Internship?

R. ALLONI, D. BORZOMATI

Nati per Essere Solidali: il Campus Bio-Medico al Servizio del Bene di Tutti

Born to Sympathize: Campus Bio-Medico at the Service of Common Wealth

G. MOTTINI

Il Club di Filosofia: Platone, Cartesio e gli Interrogativi di Sempre

Philosophy Club: Plato, Descartes and the Questions of All Time

N. DI STEFANO, L. VALERA

RECENSIONI

BOOK REVIEWS

Quando il Gioco non è più un Gioco

P. BINETTI (C. PENSIERI)

Decidere in Terapia: Dialogo sul Metodo nella Cura

G. DEL VECCHIO, L. VETTORE (P. BINETTI)

Coscienza. Che cosa è?

D. DENNETT (G. GHILARDI)

Il Tempo delle Neuroscienze

G. GHILARDI (L. GIULIANI)

Anno 2013

Fascicolo 2: dicembre

I DISABILITY STUDIES: UNA NUOVA AREA DI RICERCA

DISABILITY STUDIES: A NEW RESEARCH AREA

Introduzione

Introduction

S. UGOLINI

Editoriale

Editorial

P. BINETTI

Disability Studies in medical curriculum. Transforming medical practice and making it more human

Disability Studies nel curriculum di medicina. Trasformare la pratica medica per renderla più umana

A. KHETARPAL

Disability Studies at the University of California, Los Angeles

Disability Studies: l'esperienza dell'UCLA

V. MARKS

ASPETTI ETICO-ANTROPOLOGICI

ANTHROPOLOGICAL AND ETHICAL ASPECTS

La dipendenza condivisa

The shared dependency

E. COLOMBETTI

¿Por qué los seres humanos vulnerables solo pueden ser dignos? Reflexiones bioéticas desde el pensamiento de Joseph Ratzinger

Why vulnerable human beings can only be worthy? Bioethical reflections from the thought of Joseph Ratzinger

E. GARCÍA SÁNCHEZ

Discapacidad y perspectiva de género

Disability and gender perspective

M. MIRANDA

Triple discriminación: mujer, pobre y discapacitada

Triple discrimination: women, poor and disabled

M. DE LA LUZ CASAS MARTÍNEZ

ASPETTI GIURIDICO-LEGALI

LEGAL ISSUES

La protección de las personas con discapacidad en el derecho internacional. Especial referencia a las situaciones que implican la intervención de varios estados

The protection of persons with disabilities in the international legislation. Special reference to situations involving intervention of several states

A. MUÑOZ

Orientamenti legislativi sul tema della disabilità

Legislation trends on the disability issue

A.N. AUGENTI

ASPETTI CLINICO-TERAPEUTICI

CLINICAL AND THERAPEUTICAL ASPECTS

La diagnosi prenatale e la disabilità: dal rifiuto della malattia all'accoglienza della malattia

Prenatal diagnosis and disability: from the refusal of disease to the patient's acceptance

M. DE NICOLA

Lower limb wearable robots for physiological gait restoration: state of the art and motivations

Robot indossabili per arti inferiori per il ripristino della camminata fisiologica: stato dell'arte e motivazioni

G. CARPINO, D. ACCOTO, N.L. TAGLIAMONTE, G. GHILARDI, E. GUGLIELMELLI

PROSPETTIVE EDUCATIVE EDUCATIONAL PERSPECTIVES

Il centro di consulenza tiflodidattica della Biblioteca Italiana per i Ciechi "Regina Margherita"

Counselling centre at the Italian Library for the Blind "Regina Margherita"

D. BRESCIAMORRA

Satisfaction with early attention services and the perception of disability among parents of Down's syndrome children: a pilot study in Spain

Soddisfazione per i servizi di "Presa in Carico" precoce e la percezione della disabilità tra i genitori di bambini affetti da sindrome di Down: uno studio pilota in Spagna

F. PERALTA, B. OCHOA, A. ARELLANO

CINEMA E DISABILITÀ CINEMA AND DISABILITIES

Cinema. "Amour" e "A Simple Life": la disabilità generatore di disperazione o di umanità?

Cinema. "Amour" and "A Simple Life": the disability: desperation or humanity?

E. GENOVESE

Neurolinguistic programming in health: an analysis of the literature

Programmazione neurolinguistica nella sanità: analisi della letteratura

C. PENSIERI

La Scuola Napoletana di Medicina Interna "Frugoni – Magrassi": un ricordo

History of the Neapolitan Internal Medicine School "Frugoni Magrassi": a recollection

P. ALTUCCI, G. ABBATE

RECENSIONI BOOK REVIEWS

Ecologia umana.

Le sfide etiche del rapporto uomo/ambiente

L. VALERA

Qualità della vita ed invecchiamento.

Modelli educativi per le persone anziane e con disabilità

L. COTTINI, D. FEDELI, G. IANNELLO, M. MATARESE, A. MORGANTI, R. VALENTI

Anno 2014 Fascicolo 1: giugno

GLI OPERATORI DELLA SALUTE E LE CURE PALLIATIVE: BISOGNI FORMATIVI E ASPETTI ETICI

HEALTH CARE PERSONNEL AND PALLIATIVE CARE: EDUCATIONAL NEEDS AND ETHICAL ISSUES

Editoriale

Editorial

M. PENNACCHINI

PROSPETTIVE EDUCATIVE EDUCATIONAL PERSPECTIVES

Problematiche e prospettive nell'insegnamento relativo alle cure palliative

Problems and perspectives in teaching concerning palliative care

S. MORINI, M.G. DE MARINIS

ASPETTI STORICI HISTORICAL ASPECTS

Le cure palliative in Italia: inquadramento storico

Palliative care in Italy: a historical perspective

G. CASALE, A. CALVIERI

ASPETTI GIURIDICI LEGAL ISSUES

Cure palliative: profili deontologici e giuridici

Palliative care: deontological and legal issues

G. LA MONACA, C. SARTEA

ASPETTI CLINICO-TERAPEUTICI CLINICAL AND THERAPUTICAL ASPECTS

Terapie palliative di supporto e modelli di medicina integrata: Istituto Nazionale dei Tumori di Milano e Università Campus Bio-Medico di Roma a confronto

Palliative care and models for integrated medicine. The National Cancer Institute of Milan and the Campus Bio-Medico University of Rome: a comparison

G. ARMENTO, G. TONINI

Aspetti etico-clinici del percorso decisionale ed assistenziale per la sedazione palliativa

Ethical and clinical issues in palliative sedation: the decision making process and the care plans

M. CARASSITI, A. DE BENEDETTIS, N. COMORETTO, B. VINCENZI, V. TAMBONE

La gestione del sintomo con la radioterapia*Radiotherapy in symptom management*

C. GRECO, L. TRODELLA

La rete di cure palliative: realtà hospice e realtà domiciliare*The Italian palliative care network: hospice and home care reality*

C. MASTROIANNI, A. CALVIERI

Esperienze e bisogni degli adolescenti che perdono un genitore: il ruolo delle cure palliative nel sostegno all'elaborazione del lutto*Experiences and needs of adolescents who lose a parent: the role of palliative care in supporting the elaboration of mourning*

A.C. PUNZIANO, L. MONTAGNA, C. MASTROIANNI, M. PIREDDA, M.G. DE MARINIS

ASPETTI FILOSOFICI*PHILOSOPHICAL ISSUES***La percezione del tempo nei pazienti di cure palliative: una revisione della letteratura***The perception of time in palliative care patients: a review of the literature*

L. GIULIANI, G. GHILARDI

Clinico o "combattente"? Prospettive etiche su dolore e morte
Doctor or "fighter"? Ethical perspectives about pain and death

L. VALERA

L'attenzione spirituale nelle cure palliative e il ruolo della cappellania nel prendersi cura della speranza*Spiritual care in palliative care and the role of chaplaincy in taking care of hope*

L. SANDRIN

RECENSIONI*BOOK REVIEWS***Estetica evolucionistica. Darwin e l'origine del senso estetico**

L. BARTALESI

Game therapy: l'uso dei mondi virtuali in campo sanitario

C. PENSIERI

Il giornale come cura. Medicina e sanità nelle pagine della "Domenica del Corriere" dalle origini alla Grande Guerra

S. UGOLINI

The nature of water

N.G. DE SANTO, C.A. BISACCIA, R.M. DE SANTO

Anno 2014

Fascicolo 2: dicembre

CANCER AND ITS COMPLEXITY: ETHICAL AND EPISTEMOLOGICAL ASPECTS*IL CANCRO E LA SUA COMPLESSITÀ: ASPETTI ETICI ED EPISTEMOLOGICI*

A CURA DI M. BERTOLASO

Editoriale: Il cancro e la sua complessità: implicazioni epistemologiche*Editorial: Cancer and its complexity: epistemological implications*

M. BERTOLASO

SPIEGARE E CURARE IL CANCRO: TEORIE SULLA CARCINOGENESI E APPROCCI TERAPEUTICI*EXPLAINING AND CURING CANCER: THEORIES ON CARCINOGENESIS AND THERAPEUTIC APPROACHES***Paradossi nella teoria carcinogenica basata sulle mutazioni somatiche***Paradoxes in somatic mutation theory of carcinogenesis*

M. BIZZARRI, A. CUCINA, R. VERNA

Il cancro è ontogeneticamente pre-programmato*Cancer is ontogenetically pre-programmed*

J. ERENPREISA

Metilazione del DNA come biomarcatore prognostico e predittivo nelle neoplasie colon-rettali nel contesto delle tecnologie emergenti*Prognostic and predictive DNA methylated biomarkers in colorectal cancer in the era of emerging technologies*

E. MASSI, V. SUMMA, M. DE ROBERTIS, A. ROMANELLI, F. PICARDO, M. COSTANTINI, L. LOIACONO, M.L. POETA

PRENDERSI CURA: QUESTIONE ETICHE E APPROCCI NELLA CURA DEI PAZIENTI*CARING: ETHICAL ISSUES AND APPROACHES IN PATIENTS' CARE***Implicazioni etiche nella cura dei malati terminali***Ethical implications of care in terminally ill patients*

L.M. PICHARDO GARCÍA, J.A. SÁNCHEZ BARROSO, C.M. COULON

Approcci di cura per il cancro al seno, verso una consapevolezza dell'immagine corporea*Care approaches of breast cancer, towards an awareness of body image*

L. GIULIANI, M. LANGELLA

La dipendenza dall'assistenza nel paziente oncologico*Nursing care dependency in cancer patients*

M. PIREDDA, M.T. CAPUZZO, M. MATARESE, M.G. DE MARINIS

“Active home-based”: un nuovo modello per il trattamento del cancro

“Active home-based”: a new model for cancer treatment

A. DI MARI, S. BORDONARO, P. TRALONGO

INTERVISTA

INTERVIEW

Intervista a Sylvie Ménard

Interview with Sylvie Ménard

E. LISI, P. BINETTI

ETICA DELLA RICERCA

RESEARCH ETHICS

Filosofia pratica: studio teoretico delle “Good Laboratory Practice”

Good Laboratory Practice Handbook

G. GHILARDI

Il caso Avastin: tra regolamentazione dell'uso dei farmaci e contenimento della spesa

The Avastin affaire: between regulation of drug use and expenditure restraint

M. CATALINI, R. APPIGNANESI

RECENSIONI

BOOK REVIEWS

La salute della filosofia. Sintomatologia e politiche della cura tra l'antica Grecia e il contemporaneo

A CURA DI S. BARANZONI, P. VIGNOLA

L'utilità dell'inutile

N. ORDINE

Francesco Antonini. La vita e le intuizioni di un geriatra

G. FERRETTI

Anno 2015

Fascicolo 1: giugno

ETICA DELLA RELAZIONE CON IL PAZIENTE PEDIATRICO

ETHICS OF THE RELATIONSHIP WITH THE PEDIATRIC PATIENT

Editoriale

Editorial

M. MANCO

ACCOGLIERE, INFORMARE, PRENDERSI CURA:

ASPETTI PSICOLOGICI E RISVOLTI ETICI

WELCOME, INFORM, TAKE CARE OF:

PSYCHOLOGICAL AND ETHICAL ISSUES

Avere un figlio gravemente malato: la reazione dei genitori alla diagnosi

Having a child with a severe disease: parents' reaction to diagnosis

P. CASTELLI GATTINARA, S. PALLINI

Da Baby Doe a Nicolas Perruche: conflitti bioetici e interesse del bambino

From Baby Doe to Nicolas Perruche: ethical conflicts and the child's interest

M.T. RUSSO

Comportarsi in modo etico con i bambini ospedalizzati

Behaving ethically with hospitalized children

S. KANIZSA

Family Centered Care: the “Accoglienza” therapyfileadmin/MEDICS/archivio/vol1-2015/numero_1/06_Celesti.pdf

Cura centrata sulla famiglia: la “Terapia dell'Accoglienza”

L. CELESTI

COMUNICARE LA DIAGNOSI E I PERCORSI

TERAPEUTICI: ASPETTI CLINICI

COMMUNICATING THE DIAGNOSIS AND THE

THERAPEUTIC TREATMENT PLAN: CLINICAL

ISSUES

I difetti dello sviluppo sessuale nel neonato. Dalla diagnosi alla comunicazione con i genitori

Sexual development disorders. From diagnosis to communication with parents

G.A. MARROCCO

Living donation for a paediatric liver transplantation: an opportunity to be used in accordance with ethical principles

La donazione di organi da vivente per un trapianto di fegato in pediatria: la possibilità di utilizzo nel rispetto dei principi etici

J. DE VILLE DE GOYET

Clinical features and ethical issues in pediatric epilepsy

Caratteristiche cliniche e problematiche etiche nelle epilessie dell'età pediatrica

C. BARBA

TRATTAMENTO ED EDUCAZIONE TERAPEUTICA

TREATMENT AND THERAPEUTIC EDUCATION

Anorexia nervosa in children: ethics of treatment

Anorexia nervosa in età evolutiva: etica del trattamento

V. ZANNA, M.C. CASTIGLIONI, S. VICARI

L'educazione terapeutica: strumento di cura del sovrappeso e dell'obesità in età evolutiva*Therapeutic education: care tool for overweight and obesity in children*

M.R. SPREGHINI

L'OSPEDALE PSICHIATRICO TRA REALTÀ, STORIA E IMMAGINARIO*PEDIATRIC HOSPITALS BETWEEN REALITY, HISTORY AND IMAGINATION***Un atto di amore e di beneficenza: l'idea di pediatria alle origini dell'Istituto Gaslini e i primi contatti in Italia e all'estero***An act of love and charity: the idea of Pediatrics at the origins of the Gaslini Institute and its first contacts in Italy and abroad*

A. INFANTE

La rappresentazione mediatica del bambino ospedalizzato
Media representation of the hospitalized child

F. ORLANDO

FILOSOFIA DELLA SCIENZA
*PHILOSOPHY OF SCIENCE***Intervista a G.H. Pollack***Interview with G.H. Pollack*

E. BARTOLINI

Thinking out of the box: education as a relational challenge*Pensare fuori dagli schemi: l'educazione come sfida relazionale*

M. DI BERNARDO, A.M. DIELI, M. BERTOLASO

RECENSIONI
*BOOK REVIEWS***Il giornale come cura. Medicina e sanità nelle pagine della "Domenica del Corriere" dalle origini alla Grande Guerra**

S. UGOLINI

Bioetica e infanzia. Dalla teoria alla prassi

M.L. DI PIETRO, M.P. FAGGIONI

Giuseppe Barellai (1813-1884): il dovere del medico, la situazione sanitaria dell'Ottocento e le nuove realtà epidemiologiche

F. CARNEVALE, E. DIANA

Anno 2015

Fascicolo 2: dicembre

LA SIMULAZIONE: UN'INNOVATIVA METODOLOGIA DIDATTICA NELLA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI*SIMULATION: AN INNOVATIVE TEACHING METHODOLOGY IN THE EDUCATION OF HEALTH-CARE PROVIDERS***Editoriale***Editorial*

P. BINETTI

LA SIMULAZIONE NELLA FORMAZIONE
*SIMULATION IN TRAINING SETTINGS***Simulazione della realtà vs realtà virtuale***Simulation of reality vs virtual reality*

C. PENSIERI

Simulazione e riflessività*Simulation and reflexivity*

P. DE MENNATO, M. PENNACCHINI

Progettazione per competenze e simulazione*Competency-based design and simulation*

F. CONSORTI

La simulazione nella formazione di base e specialistica*Simulation in undergraduate and graduate medical education*

P. SESTINI

Esperienze di formazione interprofessionale in simulazione*Experiences of inter-professional education in simulation*

L. MONTAGNA, G. GAMBALE, M.G. DE MARINIS

L'uso della simulazione nella formazione chirurgica*Simulation in surgical education*

R. ALLONI

La simulazione in medicina d'emergenza-urgenza*Simulation in emergency medicine*

F. INNOCENTI, R. PINI

L'organizzazione di un centro di simulazione: l'esperienza dell'Università di Genova*The organization of a simulation centre: the experience at Genoa University*

G. TORRE, A. LOTTI

Il briefing e il debriefing nell'apprendimento protetto in simulazioni per le professioni della cura: analisi della letteratura

Briefing and debriefing in protected learning during simulations for the healthcare professions: literature review

L. GARRINO, C. ARRIGONI, A.M. GRUGNETTI, B. MARTIN, S. COLA, V. DIMONTE

Un laboratorio sullo sviluppo delle competenze relazionali realizzato con la partecipazione del paziente esperto: la soddisfazione e l'apprendimento percepito dagli studenti e l'efficacia formativa in uno studio pilota

A laboratory on the development of relationship skills realized with the participation of the expert patient: the satisfaction and perceived learning by the students and the educational effectiveness in a pilot study

P. MASSARIELLO, C. BUTTÒ, L. GARRINO, V. DIMONTE

Il laboratorio teatrale e la formazione degli operatori sanitari

The theater workshop and the training of health-care providers

F. FAVA

ETICA E PEDAGOGIA

ETHICS AND MEDICAL EDUCATION

Cure palliative e Islam. Il paziente musulmano in Hospice

Palliative care and Islam. Muslim patients in Hospice

G. COSTANZO

La figura del "tutor" nel Corso di laurea "Tecniche della prevenzione negli ambienti e nei luoghi di lavoro" dell'Università di Napoli "Federico II": analisi e prospettive di miglioramento

Tutor in the Degree course in "Techniques of accident prevention in the environments and workplaces" of the University of Naples "Federico II": analysis and prospects for improvement

C. COSTA, T.L. MAIONE, A. REA, T. REA

Approccio transazionale all'educazione alimentare

Transactional approach to nutritional education

M. PENNACCHINI

RECENSIONI

BOOK REVIEWS

Care professions and globalization. Theoretical and practical perspectives

A.M. GONZÁLEZ, C. IFFLAND

Fine della maternità. Il caso degli embrioni scambiati e la fecondazione eterologa

E. ROCCELLA

Anno 2016

Fascicolo 1: giugno

HIDDEN CURRICULUM E FORMAZIONE

HIDDEN CURRICULUM AND EDUCATION

Editoriale

Editorial

F. CONSORTI

Il curriculum nascosto: quale definizione?

The hidden curriculum: which definition?

M. CINQUE

Il valore formativo dell'hidden curriculum

The educational value of the hidden curriculum

M. PENNACCHINI

Lo spazio del sapere personale nella formazione medica

The space of personal knowledge in medical education

P. DE MENNATO

L'hidden curriculum nell'insegnamento della medicina: le virtù del "maestro"

Hidden curriculum in medical education: the master's virtues

G. GHILARDI, S. MORINI

L'hidden curriculum nella formazione infermieristica: evoluzione del concetto e implicazioni attuali

Hidden curriculum in nursing education: evolution and current implications of the term

A. RASO, D. CASASANTA, L. GARRINO, V. DIMONTE, M. PIREDDA, M.G. DE MARINIS

Il contributo della "Clinica della formazione"

nell'esplorazione dell'hidden curriculum: una ricerca-intervento con un gruppo di infermieristi italiani

The contribution of clinical approaches to qualitative research on hidden curriculum: a participative study with a sample of Italian Nursing Faculty

L. ZANNINI, G. RANDON, L. SAIANI

Hidden curriculum e potenza dei modelli educativi praticati e non solo predicati

The hidden curriculum and the power of the ruling, and not just preached, educational models

P. BINETTI

Bio-techno-practice: personal and social responsibility in the academic work

Bio-techno-practice: responsabilità personale e sociale nel lavoro di ricerca

M. BERTOLASO, G. FREZZA

Il saper essere del tutor. Valore dell'autovalutazione nella relazione con lo studente

Knowing how to be a tutor. The importance of self-assessment in the relationship with the student

V. AUCONE, S. FILIPPI

EDUCAZIONE MEDICA MEDICAL EDUCATION

Accesso ai corsi di laurea in medicina: messa a punto di un questionario conoscitivo relativo a equilibrio personale e relazionale, attitudini, motivazioni e valori in contesti educativi (EMAV-E)

Access to Medical Degree courses: development of a cognitive questionnaire relating to personal and relational balance, attitudes, motivations and values in educational settings (EMAV-E)

A. BOSCO, G. CURCIO, P. PELLEGRINO, A.O. CAFFÒ, M.N. DI MASI, G. FAMILIARI, G. CAVAGGIONI, S. MORINI

Sviluppo tecnologico e progresso clinico: assoluta sinonimia?
Technological development and clinical progress: absolute synonyms?

G. MAZZACCA

RECENSIONI BOOK REVIEWS

Filosofia chimica

E. BENCIVEGNA, A. GIULIANI

About the living body: introduction to philosophical anatomy

M. BARONE, N. DI STEFANO, V. TAMBONE (A CURA DI)

L'identità di genere. Pensare la differenza tra scienze, filosofia e teologia

C. CALTAGIRONE, C. MILITELLO (A CURA DI)

Natura e cultura nella questione del genere

F. FACCHINI (A CURA DI)

Anno 2016 Fascicolo 2: dicembre

RESPONSABILITÀ SOCIALE E SALUTE SOCIAL RESPONSIBILITY AND HEALTH

Editoriale

Editorial

P. BINETTI

RESPONSABILITÀ SOCIALE E SALUTE SOCIAL RESPONSIBILITY AND HEALTH

Introduzione

Introduction

F. RUSSO

Il Social Responsibility and ethics in organizational management

La responsabilità sociale ed etica nel management

A. ARGANDOÑA

Una storia di responsabilità sociale in ambiente sanitario pubblico: gli indicatori di umanizzazione

A history of social responsibility in a public health care setting: the humanization indicators

L. HINNA

Stakeholder pressure and the adoption of proactive environmental strategies in healthcare: the mediating effect of "green" HRM

Pressione degli stakeholder e adozione di strategie ambientali proattive in sanità: il ruolo di mediazione delle pratiche di gestione delle risorse umane "orientate alla sostenibilità ambientale"

M. PINZONE, E. LETTIERI

Quale relazione tra l'Unità Operativa Programmazione e Controllo e la responsabilità sociale di un'azienda ospedaliera?

What is the relationship between the Planning and Control Operational Unit and the social responsibility of a hospital?

F. RUSSO

Il contributo dei farmaci all'aumento dell'aspettativa di vita: ricerca, crescita e sostenibilità

The contribution of medicines to the increase of life expectancy: research, growth and sustainability

M. SCACCABAROZZI

Medicina e prospettive di vita

Medicine and life perspectives

G. TARRO, P. ALTUCCI

EDUCAZIONE MEDICA MEDICAL EDUCATION

La concordanza nel rapporto medico paziente e la formazione medica

The concordance in the doctor patient relationship and medical education

P. MANFREDI

RECENSIONI BOOK REVIEWS

The Future of Scientific Practice: 'Bio-Techno-Logos'

M. BERTOLASO

PNL medica e salute: la linguistica di precisione in sanità

C. PENSIERI

Annotazioni al "Trattato delle malattie dei lavoratori" di Bernardino Ramazzini

F. CARNEVALE

Anno 2017

Fascicolo 1: giugno

LA NEUROETICA TRA REALTÀ E UTOPIA: QUESTIONI ATTUALI

*NEUROETHICS BETWEEN REALITY AND UTOPIA:
CURRENT ISSUES*

Editoriale

Editorial

L. ECHARTE ALONSO

Neurociencia y libertad. Aportaciones fenomenológicas de Paul Ricoeur

Neuroscience and freedom. Paul Ricoeur's phenomenological contribution

I. MORALES BENITO

Alianza terapéutica y tratamientos obligatorios en adicciones y salud pública: equilibrio de la neuroética

Therapeutic alliance, involuntary treatment against addictions and public health: the neuroethics' equilibrium

B. GONZALVO, M. GONZALVO-CIRAC

Empathy in patient care: making a concept (1940-1959)

Empatia nella cura del paziente: formazione di un concetto (1940-1959)

P. LEÓN-SANZ

Emergencia y manejo de emociones antagónicas en la crisis de la sociedad moderna

Emergence and management of antagonist feelings on the crisis of modern society

L. ECHARTE ALONSO, M. GRIJALBA-UCHE

Autoengaño y consumismo como elementos coadyuvantes en la construcción de una sociedad transhumanista

Self-deception and consumerism as supporting elements in the construction of a transhumanist society

M. GRIJALBA-UCHE, L. ECHARTE ALONSO

Tecnociencia y mejoramiento de la naturaleza humana

Technoscience and the improvement of human nature

M.V. ROQUÉ, L. GORDILLO

El mejoramiento moral

Moral enhancement

I. MACPHERSON

Transhumanism on artificial intelligence portrayed in selected science fiction movies and TV series

La rappresentazione del transumanesimo e dell'intelligenza artificiale in alcuni film di fantascienza e serie televisive

D. EZPELETA, I. SEGARRA

Echoes of perception: cultural reflections in Aldous Huxley's mystical exodus

Echi della percezione: riflessioni culturali nell'esodo mistico di Aldous Huxley

D. LARRIVEE

ETICA E PEDAGOGIA MEDICA

ETHICS AND MEDICAL EDUCATION

Le dimensioni psicosociali del cancro e l'approccio terapeutico

The psychosocial dimensions of cancer and therapeutic approach

D. TARTAGLINI, A. SISTO, F. VICINANZA, S. DI SANTO, P. PELLEGRINO

La persona con CIDP. Bisogni di cura e promozione del benessere

The person with CIDP. Care needs and promoting well-being

S. PINNELLI, A. FIORUCCI

Helicobacter pylori e cancro gastrico: importanza dell'associazione e dell'ottimizzazione delle strategie di prevenzione

Helicobacter pylori and gastric cancer: importance of combining and optimizing prevention strategies

M. DI STEFANO, I. BENEDETTI, G.R. CORAZZA

RECENSIONI

BOOK REVIEWS

I giudici e la bioetica. Casi e questioni

G. CRICENTI

Maternità surrogata: un figlio a tutti i costi

P. BINETTI

Dottori, domani... Storie, dialoghi e riflessioni per una nuova educazione alle cure

L. VETTORE, G. DEL VECCHIO

Anno 2017

Fascicolo 2: dicembre

MATERIA MEDICA. PERCHÉ E COME DOBBIAMO PRESERVARE IL NOSTRO PATRIMONIO MATERIALE LEGATO ALLA SALUTE?*MATERIA MEDICA. WHY AND HOW DO WE HAVE TO PRESERVE OUR HEALTH-RELATED MATERIAL HERITAGE?***Editoriale***Editorial*

L. BORGHI

“Repairers of broken walls”. Ten years of Himetop - The History of Medicine Topographical Database
“Riparatori di brecce”. Dieci anni di Himetop - Il database topografico di storia della medicina

L. BORGHI

Interdisciplinary study on the role and the evolution of anatomical theatres in the modern era: the first results of the THESA Project*Uno studio interdisciplinare sul ruolo e l'evoluzione dei teatri anatomici nell'era moderna: primi risultati del Progetto THESA*

E. ARMOCIDA, C. IANESELLI, A. COZZA

The unspoken history of medicine in Russia*La storia non raccontata della medicina in Russia*

E. BERGER, N. CHIZH, K. PASHKOV, G. SLYSHKIN, M. TUTORSKAYA

Monuments of physicians in Vienna. What do they teach us and how?*Monumenti di medici a Vienna. Come e cosa ci insegnano?*

J. RÜDIGER

British medical topography*Topografia medica britannica*

A.M.K. THOMAS

From hospital “knife” to cultural museum artefact*Da “ferro” ospedaliero a bene culturale musealizzato*

F. VANNOZZI, D. ORSINI

La morte e il morire: un problema tecnico o una questione di senso?*On death and dying: a technical problem or a question of meaning?*

M.T. RUSSO

La comunicazione alimentare: aspetti etici e risvolti educativi*Food communication: ethical aspects and educational implications*

C. PENSIERI

RECENSIONI*BOOK REVIEWS***Il capitale umano dell'età. La saggezza della vita**

N.G. DE SANTO, L. SANTINI, V. BONAVIDA

Il regime di salute in medicina. Dalla dieta ippocratica all'epigenetica

S. BUZZI

Anno 2018

Fascicolo 1: giugno

FAKE NEWS E INFORMAZIONE RESPONSABILE TRA ETICA ED EDUCAZIONE*FAKE NEWS AND RESPONSIBLE INFORMATION BETWEEN ETHICS AND EDUCATION***Editoriale***Editorial*

C. PENSIERI

Fake news: un problema social-mente educativo*Fake news: an educational fake-social problem*

C. PENSIERI

Fake news: a look back at the dominant, and rather depressing theme of 2017*Fake news: uno sguardo a un argomento importante e sconcertante del 2017*

D. SANDERS

Chi dobbiamo incolpare per la crisi delle fake news? Tre fattori in gioco sulla verità online*Whom do we have to blame for the fake news crisis? Three factors at stake for online truth*

J. PUJOL SOLER

La comunicazione in sanità: una sfida che richiede strumenti e strategie profondamente rinnovati*Healthcare communication: a challenge that requires deeply renewed tools and strategies*

A. CONTE, F. ANELLI

Fake news e vaccini: un problema educativo?*Fake news and vaccines: an educational problem?*

C. PENSIERI, S. ANGELETTI, M. CICCIOZZI

Fake news sull'aborto*Fake news about abortion*

G. NOIA, M. BELLIA, F.R. POLEGGI, D. VISCONTI, M. DE SANTIS

Fake news e comportamenti alimentari. Educare ai media per promuovere stili di vita salutari*Fake news and food behavior. Health promoting media literacy education*

M. CINQUE, E. MESSA

EDUCAZIONE MEDICA**MEDICAL EDUCATION****Care pathways and management: a health education program for family caregivers***Il ruolo e il valore dell'educazione alla salute per il caregiver nel percorso di cura e assistenza*

C. CIANFROCCA, A. SISTO, F. VICINANZA, L. QUINTILIANI, I. QUAGLIA, D. TARTAGLINI

Di formazione e di felicità: riflessioni sul percorso formativo di medicina*On education and happiness: reflections on medical training*

P. MANFREDI

RECENSIONI**BOOK REVIEWS****Bioetica per tutti**

R.L. LUCAS

I quattro codici della vita umana. Filialità, maternità, paternità, fraternità

I. PUNZI

La natura dell'umana generazione

E. SCABINI, G. ROSSI (A CURA DI)

Anno 2018

Fascicolo 2: dicembre

PHARMA 4.0: OPPORTUNITÀ E VINCOLI DELLA DIGITALIZZAZIONE DELL'INDUSTRIA FARMACEUTICA*PHARMA 4.0: OPPORTUNITIES AND CONSTRAINTS OF THE PHARMACEUTICAL INDUSTRY DIGITALIZATION***Editoriale***Editorial*

G. OLIVA

Industria 4.0: questione di leadership*Industry 4.0: question of leadership*

E. CATANIA

Next generation pharma: le imprese del farmaco e la trasformazione digitale*Next generation pharma: drug companies and digital transformation*

C. RICCINI

Pharma 4.0: a new perspective of opportunities and constraints*Pharma 4.0: nuove prospettive di opportunità e vincoli*

T. MINERO, A. AUGERI

Aspetti innovativi dell'industria 4.0 e applicazione alla sanità e all'industria farmaceutica*Innovative aspects of Industry 4.0 and its application to health and the pharmaceutical industry*

G. ASSENZA, L. FARAMONDI, L. VOLLERO, G. OLIVA

La cyber security in Industria 4.0 e Pharma 4.0*Cyber security in Industry 4.0 and Pharma 4.0*

E.M. TIEGHI

Un percorso pratico verso l'Industria 4.0*A practical path to Industry 4.0*

A.L. VIGNOLI, G. RUGGIRELLO, M. CHIAPPETTA

Come assicurare la conformità delle soluzioni Industry 4.0 ai requisiti delle GMP e della data integrity*How to ensure compliance of Industry 4.0 solutions with GMP requirements and data integrity*

P.L. AGAZZI

SOCIOLOGIA DELLA SALUTE**HEALTH SOCIOLOGY****Brevi riflessioni sulla necessità di servizi di welfare****partecipativo e sussidiario, come forma di concorso alle spese pubbliche***Brief considerations on the need for participatory and subsidiary welfare services, as a form of public expenditure competition*

V. BASSI

Tutta la salute è sociosanità*All health is social health*

A. MONTELEONE

Governare la domanda di servizi sanitari e sociosanitari in Italia: inquadramento e prospettive*Organizing the demand for healthcare and social services: framework and perspectives*

A. RICCI

Progettazione e sviluppo di una Personal Care App per promuovere il monitoraggio delle attività centrate sul paziente nell'autogestione delle malattie rare. Il progetto RareBox
Design and development of Personal Care App to promote patient-centered activity monitoring in the self-management of rare diseases. RareBox project

S. PINNELLI, A. FIORUCCI

STORIA DELLA MEDICINA MEDICAL HISTORY

Le contraddizioni del corpo nella rivoluzione chirurgica di William Stewart Halsted
The body and its contradictions in the surgical revolution of William Stewart Halsted

L. BORGHINI

Creatività e scoperte di artisti e scienziati dopo i sessantacinque anni
Creativity and discoveries of artists and scientists after sixty-five years

N.G. DE SANTO

Figure di maestri: il professor Leonardo Donatelli e la sua biblioteca. Un'esperienza di catalogazione di una raccolta storica

Figures of masters: professor Leonardo Donatelli and his library. An experience of cataloguing a historical collection

P. PREZIOSI, P. PAOLUCCI

RECENSIONI BOOK REVIEWS

The Home. Multidisciplinary reflections

A. ARGANDOÑA (A CURA DI)

Mal di zolfo. Minatori, medici e malattie nella Valle del Savio e nel Montefeltro nella seconda metà dell'Ottocento

G. CERASOLI, P.P. MAGALOTTI

Anno 2019

Fascicolo 1: giugno

LA CONSULENZA BIOETICA NELL'AMBITO CLINICO HEALTHCARE ETHICS CONSULTATION

Editoriale
Editorial

A.G. SPAGNOLO, G. GHILARDI

Scopi della medicina e consulenza etica
Purposes of medicine and ethical counseling
 M. PICOZZI

Valutazione etica di casi clinici: una proposta di metodo
Clinical case ethical evaluation: a methodological proposal
 G. GHILARDI, V. TAMBONE

Medical humanities e consulenza etica
Medical humanities and ethical counseling
 S. GIARDINA

Spunti di antropologia medica per la consulenza etica nella pratica clinica
Notes on medical anthropology and ethical counseling in clinical practice
 F. GIGLIO

Le procedure operative nella consulenza di etica clinica: l'esperienza del Servizio di Bioetica clinica presso la Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli" IRCCS, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma (IT)
Standard operating procedures in clinical ethics consultation: the experience of Clinical Bioethics Service by Institute of Bioethics and Medical Humanities of Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli" IRCCS, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome (IT)

D. SACCHINI, B. CORSANO, A.G. SPAGNOLO

Il format jam session per la consulenza di etica clinica del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma
The "jam session format" for the clinical ethical consulting of the Campus Bio-Medico University Hospital of Rome
 L. LEONARDI CAMPANOZZI

Trent'anni di bioetica all'Ospedale San Giovanni Calibita Fatebenefratelli dell'Isola Tiberina di Roma: la storia di un servizio
Thirty years of bioethics at the San Giovanni Calibita Fatebenefratelli Hospital of the Tiberina Island of Rome: the history of a service
 M.T. IANNONE

Un altro tipo di consulenza etica in ambito sanitario: l'analisi etica nei processi di Health Technology Assessment (HTA)
Another type of healthcare ethics consultation: ethical analysis within Health Technology Assessment (HTA) processes
 P. REFOLO, D. SACCHINI, A.G. SPAGNOLO

ETICA MEDICA MEDICAL ETHICS

Bioethics and the risks of meta-nudging relativism
La bioetica e i rischi derivanti dalla meta-induzione del relativismo
 A. SANMARCHI

La malattia e la vecchiaia nell'epoca dei social network
Illness and old age in the age of social networks
 L. MONTEROSA

EDUCAZIONE MEDICA MEDICAL EDUCATION

Formazione al caring in infermieristica: correlazione tra i comportamenti degli studenti e la loro percezione del tutor clinico

Caring nursing education: correlation between the nursing students' behaviors and their perception of their clinical instructor

E. FENIZIA, S. SCOLLO, A. GAMBERA, M. CASTAING

STORIA DELLA MEDICINA MEDICAL HISTORY

Là dove nacque la più geniale “plante de la montagne jurassienne”: Xavier Bichat

In search of the birthplace of Xavier Bichat, the most brilliant “plante de la montagne jurassienne”

P. COSMACINI

RECENSIONI BOOK REVIEWS

Etiche applicate. Una guida

A. FABRIS

Anno 2019 Fascicolo 2: dicembre

PROMOZIONE DELLA SALUTE ED ETICA DELLA SICUREZZA STRADALE TRA PRESENTE E FUTURO HEALTH PROMOTION AND ETHICS OF ROAD SAFETY BETWEEN PRESENT AND FUTURE

Editoriale

Editorial

A. ELENA

Ranking EU progress on road safety

Classificazione dei progressi dell'UE in materia di sicurezza stradale

D. ADMINAÏTÉ-FODOR, C. HEILPERN, G. JOST, A. AVENOSO

L'incidentalità stradale in Italia, caratteristiche, circostanze e obiettivi. A che punto siamo

Road accidents in Italy, features, causes and goals. State of the art

S. BRUZZONE, G. ZACCHI

Come i Centri Regionali di Monitoraggio della Sicurezza Stradale possono contribuire alla riduzione dell'incidentalità stradale e dei costi sociali da essa derivanti

How “Regional Road Safety Monitoring Centers” can contribute to the reduction of road accidents and the social costs arising from them

A. MALLAMO, A. ELENA, I. VERNIERI

Il controllo di Polizia Stradale come misura di prevenzione e repressione: gli effetti delle azioni messe in campo per la sicurezza stradale

Control as a measure of prevention and repression: the effects of the actions implemented for road safety

G. BUSACCA

I delitti di omicidio e lesioni stradali introdotti dalla legge n. 41 del 2016

Murder and road injury crimes introduced by law n. 41 of 2016

G. MARAZZITA

Applicazioni ITS per il miglioramento della sicurezza e della salute nel sistema dei trasporti italiano

ITS applications for improving safety and health in the Italian transport system

O. LANDOLFI

Psychophysical fitness to drive: possible new methods of monitoring drivers under the influence of psychoactive substances, by means of artificial intelligence systems

L'idoneità psico-fisica alla guida: possibili nuovi metodi di monitoraggio dei guidatori sotto effetto di sostanze psicoattive, tramite sistemi di intelligenza artificiale

G. POLIDORI

L'uso dei dispositivi di sicurezza su strada in Italia: un approccio osservazionale

Use of safety devices on the road in Italy: an observational approach

M. GIUSTINI, A. PITIDIS

Guida autonoma e smart road: per un futuro con vittime zero
Autonomous driving and smart road: for a future with zero casualties

D. CROCCO, L. CARRARINI

La sostenibilità dei cambiamenti in atto nella mobilità
Sustainability of the changes taking place in mobility

A. STICCHI DAMIANI, E. PAGLIARI

Lo sviluppo dei sistemi di trasporto stradale e dell'incidentalità nei paesi a basso e medio reddito
Development of road transport systems and road traffic crashes rates in developing countries

L. PERSIA, B. GONZÁLEZ-HERNÁNDEZ, R. CARROCCIA, M.R. SAPORITO, D. SHINGO USAMI

Il contributo della psicologia alle condotte di guida*Contribution of psychology to driving behavior*

T. CANTELM, S. STOMEIO

Sicurezza stradale e cultura della vita. Considerazioni etiche, antropologiche e teologiche*Road safety and the culture of life. Ethical, anthropological and theological considerations*

A. MANTO

EDUCAZIONE MEDICA*MEDICAL EDUCATION***Ageing and working capability: volunteer work as a means to an active longevity***Invecchiamento e capacità lavorativa: il volontariato come mezzo per una longevità attiva*

M.R. BRIZI, M. PENNACCHINI, M. BERTOLASO

Promozione della salute e lavoro sociale per le persone vulnerabili: l'educatore professionale*Health promotion and social work for the vulnerable person: the social health educator in Italy*

D. FORTIN

La contenzione in RSA: tra libertà, necessità, contingenza, ordinarietà e attualità*Physical restraint in Italian nursing homes between freedom, necessity, contingency, normality and current events*

A. MONTELEONE

IN MEMORIAM**Ricordando Augusto Arullani († 24 agosto 2019)**

P. BINETTI

Anno 2020

Fascicolo 1: giugno

LA RIFLESSIONE BIOETICA DI FRONTE ALLA CRISI PANDEMICA DEL COVID-19*THE BIOETHICAL REFLECTION FACING THE COVID-19 PANDEMIC CRISIS***Editoriale***Editorial*

M.V. ROQUÉ SANCHEZ

Coronavirus: aspetti epidemiologici*Coronavirus: epidemiological aspects*

M. CICCIOZZI

La cura degli anziani ai tempi dell'epidemia da COVID-19*The care of the elderly at the time of the COVID-19 epidemic*

P. BINETTI

COVID-19 e caring: il valore dello sguardo*COVID-19 and caring: the value of a caring gaze*

E. FENIZIA

Science as a weapon of mass distraction (the virus warfare)*La scienza come arma di distrazione di massa (la guerra del virus)*

B. OSIMANI, M.L. ILARDO, P. CASTALDO

L'ospedale "flessibile": come il Policlinico Universitario**Campus Bio-Medico ha affrontato l'epidemia da coronavirus***The "flexible" hospital: how Campus Bio-Medico University Hospital has faced the coronavirus epidemic*

L. SOMMELLA

Una nueva distribución de recursos en salud: las radiografías de torax en UCI frente al problema de salud pública, COVID-19*A new distribution of health resources: thorax radiographies in the ICU facing the public health issue, COVID-19*

M.J. GAYÁN BELMONTE, M. GONZALVO-CIRAC

La interpretación del principialismo desde la ética de la ley natural*The interpretation of principlism based on the ethics of natural law*

I. MORALES BENITO

El consenso en Medicina*Consent in medicine*

A. PARDO

Two habits of the heart: a bridge-building proposal for professionalism, medical ethics and bioethics*Due "abiti del cuore": una proposta per costruire ponti tra la professionalità, l'etica medica e la bioetica*

L. ECHARTE ALONSO

ETICA E ANTROPOLOGIA DELLA TECNICA*ETHICS AND ANTHROPOLOGY OF TECHNOLOGY***Un análisis antropológico del preámbulo del Transhumanist****Bill of Rights – version 3.0 – U.S. Transhumanist Party***An anthropological analysis of the preamble of the Transhumanist Bill of Rights – version 3.0 –**U.S. Transhumanist Party*

L.M. PASTOR GARCÍA

Gender of machines: is she a woman or is it a female device?*Il genere delle macchine: è una donna o un congegno femminile?*

K. INCARNATO, R. NIRO, E. ROSSI, F. CHETTINO, G. GHILARDI

Infosfera e umanesimo. Intervista a Luciano Floridi*Infosphere and humanism. An interview with Luciano Floridi*

A. PETAGINE

RECENSIONI*BOOK REVIEWS*

Le emozioni della salute

S. GRIFONI

PNL e didattica: piccolo manuale di sopravvivenza alla preparazione delle lezioni universitarie

C. PENSIERI

Bioetica della medicina e psicologia della cura

G. CHIMIRRI

Anno 2020-2021

Fascicolo 2: dicembre 2020

- Fascicolo 1: giugno 2021

LA RIVISTA MEDIC: TRENT'ANNI DI MEDICAL HUMANITIES

THE JOURNAL MEDIC: THIRTY YEARS OF MEDICAL HUMANITIES

Editoriale. MEDIC: ripercorrendo una storia e guardando al futuro...

MEDIC: retracing a story and looking to the future...

P. ARULLANI, G. MINOTTI

One Health: un approccio multisettoriale e interdisciplinare a tutela della salute globale

One Health: a multi-sectorial and interdisciplinary approach for protecting global health

V. MASTROBUONO, A. MACRÌ, M. GHERARDI, A. GENTILI, C. FANALI, L. DE GARA

Healthcare 4.0 and human-centric approach

Sanità 4.0 e l'approccio human-centric

L. CORTI, P. AFFERNI, M. BERTOLASO

L'evoluzione del rapporto medico-paziente: l'esperienza del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico

The evolution of the doctor-patient relationship: the experience of the Campus Bio-Medico University Hospital

R. ALLONI

Il consenso informato tra mito e realtà: riflessioni su un percorso trentennale

Informed consent between myth and reality: reflections on a thirty years route

G. LA MONACA

Etica della cura e pensiero femminile

Ethics of care and feminine thinking

P. RICCI SINDONI

La speranza come risorsa nell'etica della relazione con il malato

Hope as a resource in the ethics of the relationship with the patient

M.T. RUSSO

Famiglia ed etica della cura dell'anziano

Family and ethics of care in old age

M. PENNACCHINI

Il ragionamento clinico: analitico, intuitivo o entrambi?

Clinical reasoning: analytical, intuitive, or both?

M.V. LENTI, A.S. BRERA, L. PADOVINI, A. BALLESEO, G. CROCE, G.R. CORAZZA

Medical Humanities e neuroestetica: la percezione della bellezza tra complessità e riduzionismo

Medical Humanities and neuroaesthetics: the perception of beauty between complexity and reductionism

N. DI STEFANO

Taking care of beauty

La cura della bellezza

R. PAPA

L'università come Convivio

University as Convivio

V. TAMBONE, G. GHILARDI, L.L. CAMPANOZZI

Campus Bio-Medico: un'università che educa alla solidarietà.

Il modello del work camp nei paesi in via di sviluppo

Campus Bio-Medico: a university that educates in solidarity.

The model of the labor camp in developing countries

G. MOTTINI

Il tutorato nell'università, un cantiere sempre aperto

Tutoring in the university, an always-open building site

S. MORINI

Disabilità e diritti

Disability and rights

F. BRESSI, P.M. CAMPOGRANDE, S. MORINI

Non mi diverto più: divagazioni antropologiche di un farmacologo nella tempesta

No more fun: anthropological digressions by a pharmacologist in the storm

G. MINOTTI

Ricordando Aldo Torsoli e gli inizi della rivista MEDIC

A. TORSOLI, M. CICALA

**QUADERNO: RISCHIO, STRATEGIE
COMUNICATIVE E RISPOSTE INDIVIDUALI
DURANTE LA PANDEMIA COVID-19:
UNA PROSPETTIVA EDUCATIVA**
*RISK, COMMUNICATION STRATEGIES AND
INDIVIDUAL ANSWERS DURING THE COVID-19
PANDEMIC: AN EDUCATIONAL PERSPECTIVE*

A CURA DI **C. PENSIERI**

Editoriale

Editorial

C. PENSIERI

Il gap educativo nel periodo dell'emergenza COVID

Educational gap during the COVID's Italian lockdown

P. BINETTI

La pandemia COVID-19 e la bioetica della cura

The COVID-19 pandemic and the bioethics of care

M. GENSABELLA FURNARI

COVID-19: giovani e adulti: quale relazione?

COVID 19: what kind of youth-adults relationship?

M. DI RENZO, F. FERRAZZOLI

**Educazione sanitaria e popolazione. Corretto uso dei
Dispositivi di Protezione Individuali (DPI)**

Healthcare education and population on right usage of

Personal Protective Equipment (PPE)

C. PENSIERI

**Misure di protezione e compliance del personale sanitario: un
problema educativo**

Protection measures and compliance of health personnel: an

educational problem

R. ALLONI

**“Progetto Favoloso”: educare alla salute attraverso la
narrazione ai tempi della pandemia COVID-19**

*“The Fabulous Project”: health education through storytelling
during the COVID-19 pandemic*

C. RUSSO, D. BARNI

ANTROPOLOGIA ED ETICA

ANTHROPOLOGY AND ETHICS

Estimulación cerebral profunda: consideraciones éticas

Deep brain stimulation: ethical considerations

J. OTAYZA, L. VALERA, R. LÓPEZ

Il cibo: allegoria paradigmatica di introspezione

Food: paradigmatic allegory of introspection

V. RAPACCINI

**Controversias éticas y profesionales en la práctica de la
medicina estética**

*Ethical and professional disputes in the practice of aesthetic
medicine*

E. GARCÍA-SÁNCHEZ

RECENSIONI

BOOK REVIEWS

Testimone a Chernobyl. La catastrofe che sconvolse l'URSS

F. BIGAZZI

L'epopea dell'amianto.

Una mortale pandemia di lunga durata

F. CARNEVALE

Aver cura del parto ed esserne felici

S. BIGNOTTI, A. LOJACONO



- 56 **Medical Humanities e neuroestetica: la percezione della bellezza tra complessità e riduzionismo**
Medical Humanities and neuroaesthetics: the perception of beauty between complexity and reductionism
NICOLA DI STEFANO
- 60 **Taking care of beauty**
La cura della bellezza
RODOLFO PAPA
- 65 **L'università come Convivio**
University as Convivio
VITTORADOLFO TAMBONE, GIAMPAOLO GHILARDI, LAURA LEONDA CAMPANOZZI
- 72 **Campus Bio-Medico: un'università che educa alla solidarietà. Il modello del work camp nei Paesi in via di sviluppo**
Campus Bio-Medico: a university that educates in solidarity. The model of the labor camp in developing countries
GIOVANNI MOTTINI
- 77 **Il tutorato nell'università, un cantiere sempre aperto**
Tutoring in the university, an always-open building site
SERGIO MORINI
- 83 **Disabilità e diritti**
Disability and rights
FEDERICA BRESSI, PAOLO MASSIMO CAMPOGRANDE, SERGIO MORINI
- 90 **Non mi diverto più: divagazioni antropologiche di un farmacologo nella tempesta**
No more fun: anthropological digressions by a pharmacologist in the storm
GIORGIO MINOTTI
- 92 **Ricordando Aldo Torsoli e gli inizi della rivista MEDIC**
ALBERTINA TORSOLI, MICHELE CICALA
- QUADERNO: RISCHIO, STRATEGIE COMUNICATIVE E RISPOSTE INDIVIDUALI DURANTE LA PANDEMIA COVID-19:
UNA PROSPETTIVA EDUCATIVA
RISK, COMMUNICATION STRATEGIES AND INDIVIDUAL ANSWERS DURING THE COVID-19 PANDEMIC:
AN EDUCATIONAL PERSPECTIVE
A CURA DI CLAUDIO PENSIERI
- 97 **Editoriale**
Editorial
CLAUDIO PENSIERI
- 100 **Il gap educativo nel periodo dell'emergenza COVID**
Educational gap during the COVID's Italian lockdown
PAOLA BINETTI
- 107 **La pandemia COVID-19 e la bioetica della cura**
The COVID-19 pandemic and the bioethics of care
MARIANNA GENSABELLA FURNARI
- 113 **COVID-19: giovani e adulti: quale relazione?**
COVID-19: what kind of youth-adults relationship?
MAGDA DI RENZO, FLAVIA FERRAZZOLI
- 117 **Educazione sanitaria e popolazione. Corretto uso dei Dispositivi di Protezione Individuali (DPI)**
Healthcare education and population on right usage of Personal Protective Equipment (PPE)
CLAUDIO PENSIERI
- 125 **Misure di protezione e compliance del personale sanitario: un problema educativo**
Protection measures and compliance of health personnel: an educational problem
ROSSANA ALLONI
- 128 **“Progetto Favoloso”: educare alla salute attraverso la narrazione ai tempi della pandemia COVID-19**
“The Fabulous Project”: health education through storytelling during the COVID-19 pandemic
CLAUDIA RUSSO, DANIELA BARNI
- ANTROPOLOGIA ED ETICA**
ANTHROPOLOGY AND ETHICS
- 132 **Estimulación cerebral profunda: consideraciones éticas**
Deep brain stimulation: ethical considerations
JOSÉ OTAYZA, LUCA VALERA, RODRIGO LÓPEZ
- 139 **Il cibo: allegoria paradigmatica di introspezione**
Food: paradigmatic allegory of introspection
VALENTINA RAPACCINI
- 144 **Controversias éticas y profesionales en la práctica de la medicina estética**
Ethical and professional disputes in the practice of aesthetic medicine
EMILIO GARCÍA-SÁNCHEZ
- 151 **RECENSIONI**
BOOK REVIEWS