



*Ministero della Salute*

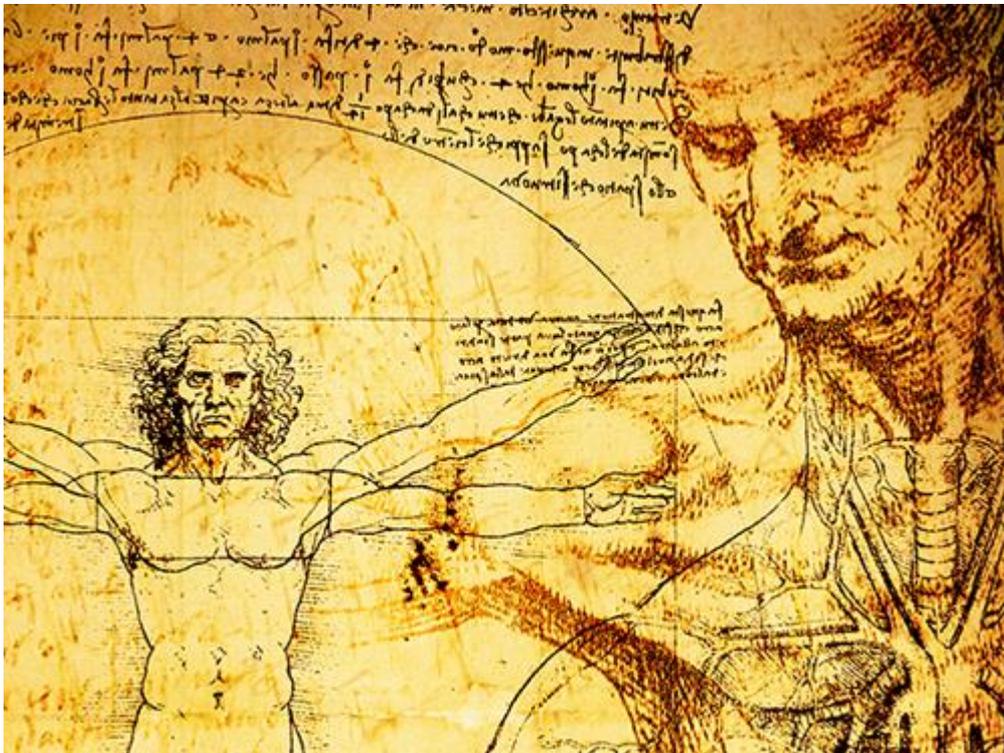
*Consiglio Superiore di Sanità*

Sessione LI (2017-2020)

**Sezione I**

*Presidente: Prof. Rocco Bellantone*

**“Medical Humanities  
nell’epoca della medicina tecnologica  
e informatica”**



*Coordinatore: Prof. A. Elio Cardinale*  
*Segretario tecnico: Dr. Stefano Moriconi*

**Luglio 2018**

## INDICE

<b>GRUPPO DI LAVORO</b> .....	3
<b>PREMESSA</b> .....	4
<b>RAZIONALE DEL DOCUMENTO</b> .....	8
<b>LE MEDICAL HUMANITIES</b>	
Il Ruolo delle Medical Humanities.....	10
L’etica del rapporto medico - paziente.....	12
La comunicazione medico-paziente.....	13
Criticità della medicina moderna.....	14
Il sostegno normativo alle MH nel contesto nazionale ed internazionale.....	15
<b>LE MEDICAL HUMANITIES COME REQUISITO FONDAMENTALE NEI CORSI DI LAUREA IN MEDICINA, ODONTOIATRIA E PROFESSIONI DELL’AREA SANITARIA</b> .....	
Situazione in Italia e all’estero.....	17
<b>GLI INSEGNAMENTI DELLE MEDICAL HUMANITIES</b> .....	
Insegnamenti .....	22
<b>CLASSIFICAZIONE DEI SAPERI</b> .....	
Criticità e aspetti futuri.....	25
Ridefinizione dei Saperi: Il parere del Consiglio Universitario Nazionale (CUN) .....	25
<b>OFFERTA FORMATIVA SULLE MEDICAL HUMANITIES</b> .....	
1. Corso propedeutico sulle MH ovvero “Battesimo delle matricole” .....	26
2. Integrazione dei Saperi nella “dorsale” dei corsi.....	27
3. Conoscenza delle tecniche di comunicazione.....	27
4. Il traguardo della consegna formale dei camici bianchi.....	28
5. Le Medical Humanities nell’Educazione Continua in Medicina (ECM).....	28
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	30
<b>ACRONIMI:</b>	
<b>CNBI</b>	<i>Comitato Nazionale di Bioetica</i>
<b>CPPCCLMM&amp;C</b>	<i>Conferenza Permanente dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia</i>
<b>CSS</b>	<i>Consiglio Superiore di Sanità</i>
<b>CUN</b>	<i>Consiglio Universitario Nazionale</i>
<b>ECM</b>	<i>Educazione continua in medicina</i>
<b>ERC</b>	<i>European Research Council</i>
<b>FAD</b>	<i>Formazione a Distanza</i>
<b>HTA</b>	<i>Health Technology Assessment</i>
<b>LEA</b>	<i>Livelli Essenziali di Assistenza</i>
<b>LG</b>	<i>Linee Guida</i>
<b>MH</b>	<i>Medical Humanities</i>
<b>OMS</b>	<i>Organizzazione Mondiale della Sanità</i>
<b>PDTA</b>	<i>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</i>
<b>SNLG</b>	<i>Sistema Nazionale delle Linee Guida</i>
<b>SSN</b>	<i>Servizio Sanitario Nazionale</i>

**Consiglio Superiore di sanità - Sezione I: Presidente Prof. Rocco Bellantone****Gruppo di Lavoro "Medical Humanities"**

- Prof. A. Elio CARDINALE** *Vice Presidente CSS - Coordinatore GdL*  
Professore Emerito di Radiologia, Università di Palermo - *Presidente della Società Italiana di Storia della Medicina (SISM)*
- Dr. Stefano MORICONI** *Segretario Sezione I CSS - Segretario tecnico GdL*  
Dirigente medico, Coordinatore e Direttore Struttura tecnica Segreteria Sezione I del Consiglio Superiore di Sanità, Min. Salute
- Prof.ssa Roberta SILIQUINI** *Presidente Consiglio Superiore di Sanità*  
Professore Ordinario Igiene e Medicina Preventiva e Direttore Scuola Specializzazione, Università di Torino
- Prof.ssa Eleonora PORCU** *Vice Presidente CSS*  
Ricercatore universitario confermato, Dip.to Scienze Mediche e Chirurgiche e Responsabile Centro Sterilità Procreazione Medica Assistita, Università di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi;
- Dott.ssa Daniela RODRIGO** *Segretario Generale Consiglio Superiore di Sanità*  
Dirigente generale, Direttore Generale D.G. Organi Collegiali per la tutela della Salute, Ministero della Salute
- Prof. Rocco BELLANTONE** *Presidente Sezione I CSS*  
Professore Ordinario Chirurgia generale; Preside Facoltà Medicina e Chirurgia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
- Prof.ssa Anna Teresa PALAMARA** *Presidente Sezione III CSS*  
Professore Ordinario Microbiologia, Facoltà di farmacia e Medicina; Coordinatore Sezione di Microbiologia del Dipartimento di Scienze di sanità pubblica e malattie infettive, Università "Sapienza", Roma
- Prof. Andrea LENZI** *Presidente Sezione V CSS*  
Professore Ordinario Endocrinologia; Direttore Sezione di Fisiopatologia Medica ed Endocrinologia, Dip.to Medicina Sperimentale, Università Roma "Sapienza"; Presidente Conferenza Nazionale Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia
- Prof. Bruno DALLAPICCOLA** *Vice Presidente Sezione I CSS*  
Professore Ordinario di Genetica Medica - Direttore scientifico IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma  
*Componente Comitato Nazionale per la Bioetica presso la Presidenza Consiglio dei Ministri*
- Prof. Placido BRAMANTI** *Vice Presidente Sezione V CSS*  
Direttore scientifico IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo" Messina - Professore Ordinario di Scienze tecniche mediche applicate, Dip.to di Scienze biomediche e delle immagini morfologiche e funzionali, Università di Messina
- Prof. Giuseppe SEGRETO** *Consigliere Sezione I CSS*  
Medico legale, Medico medicina generale, Specialista in Bioetica *Presidente della società medico-chirurgica Eracleo- Selinuntina*
- Prof. Alessandro BARGONI**  
Professore a contratto Storia della Medicina, Corso Integrato Scienze Umane, Università di Torino; *Consigliere SISM*
- Prof.ssa Ilenya GOSS**  
Storia della Medicina ed Etica, Facoltà Medicina e Chirurgia "San Luigi Gonzaga" (Orbassano-TO) – *Socio SISM*
- Prof. Luca MORONI**  
*Direttore dell'Hospice di Abbiategrosso e Presidente della Federazione Cure Palliative*
- Prof.ssa Assunta MORRESI**  
Professore Associato Chimica Fisica, Dip.to di Chimica-Biologia e Biotecnologie, Presidente Corso di Studio Magistrale in Biotecnologie Molecolari e Industriali Univ. Perugia. Componente Comitato Nazionale Bioetica, Presidenza Consiglio dei Ministri
- Prof. Italo PENCO**  
*Presidente della Società Italiana di Cure Palliative (SICP)*
- Prof. Carlo PETRINI**  
Primo ricercatore - Responsabile Unità di Bioetica, Presidente del Comitato Etico Istituto Superiore di Sanità  
Componente del Comitato Nazionale per la Bioetica in rappresentanza dell'ISS
- Prof. Antonio Gioacchino SPAGNOLO**  
Professore Ordinario di Medicina legale; Direttore Istituto Bioetica e Medical Humanities, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
- Prof. Sandro SPINSANTI**  
Direttore dell'Istituto Giano per le Medical Humanities e il Management in sanità
- Dott. Raffaele TUCCILLO**  
Giudice, Primo Referendario del TAR Lazio
- Dott.ssa Federica MIRAGLIOTTA** *Sezione I CSS*  
Collaboratore amministrativo, Segreteria Sezione I CSS, D.G. Organi Collegiali tutela della Salute, Ministero della Salute

## PREMESSA

La medicina attuale caratterizzata da continua e crescente rivoluzione tecnologico-digitale – che qualcuno paragona a una navicella verso l'ignoto – pone nuovi problemi e risvolti nei rapporti tra biodiritti, clinica e malato, con sconfinamenti verso derive utopiche. Bisogna prendere atto dei radicali cambiamenti avvenuti nella professione medica per molteplici cause, tra cui lo sviluppo drammatico della tecnologia, l'ultra specializzazione, l'espansione dell'informatizzazione e della comunicazione globalizzata, l'impatto dell'economia e del peso delle ricadute finanziarie, sempre crescenti, della medicina e delle scelte del medico, l'aziendalizzazione delle attività sanitarie e l'ingresso della managerialità in scala differenziata, ma pregnante, nell'attività professionale di ogni singolo medico.

Il progresso scientifico e tecnologico della medicina ha parcellizzato la dimensione umana riducendola ad organi, apparati, cellule, geni e reazioni chimiche. Le *Medical Humanities* (MH) permettono di recuperare la dimensione umana, il ruolo della personalità, la sensibilità, la spiritualità del malato. La Medicina e le *MH* insieme riconquistano la dimensione olistica del paziente. Il medico non può ridursi a semplice lettore di grafiche e l'uomo infermo non è solo un ammasso di molecole, un ipotetico strumento meccanicistico, che può essere analizzato e trattato per settori autonomi e separabili in base a una ipotizzata e deleteria "medicina dei tagliandi", come un'automobile e i suoi pezzi di ricambio.

Il medico si trova al centro di una variegata temperie, che non permette di saldare scienza e valori umani. La sfida sanitaria non è solo tecno-economica, ma soprattutto etico-sociale e culturale. La memoria storica diviene sorgente non sostituibile di informazioni. Merita una riflessione l'antico rapporto, ancora insuperato, tra il cittadino infermo, il medico e la società. La cura è molto più antica della terapia. Prima della svolta scientifica il medico dedicava molto tempo e attenzione nel raccogliere dati o impressioni concernenti la storia clinica. Il medico antico usava tutti e cinque i sensi per farsi un'esperienza della malattia. La comunicazione era intesa come ascolto, inclusione e coerenza: un coinvolgimento attivo delle persone, definito oggi "engagement".

Pertanto da più parti si invoca una formazione che promuova l'incontro delle insostituibili caratteristiche umane ed etiche che devono anzi essere preservate e rafforzate, il metodo clinico e investigativo del passato con quelle emergenti caratteristiche e competenze che richiede la società moderna con tutta la sua complessità, le sue innovazioni e le sue continue trasformazioni. In tale contesto si propone di coltivare una serie di valori, tra le quali: "empatia con il paziente ed i congiunti"; predisposizione psicologica ad aiutare; contatto umano e fisico con il paziente.

Nuovo paradigma della medicina è il benessere spirituale, che è unico per ogni persona. L'uomo ha una dimensione fisica e psicologica, ma anche spirituale, come afferma il concetto dualistico corpo-anima, ove la spiritualità non si riduce solo alla religione.

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la "qualità della vita" come percezione dell'individuo e della propria posizione nel contesto dei sistemi culturali, valori e prestazioni sanitarie.

Cresce la necessità di una vocazione filantropica delle diverse professioni sanitarie. La preparazione tecnico-scientifica risulta insufficiente per rispondere alle nuove e più complesse esigenze della società. Attraverso l'educazione globale – non solo tecnico-scientifica, ma anche umana – il personale sanitario deve farsi carico dei problemi dei loro pazienti, anche attraverso la comprensione del significato che la malattia ha per loro e per la loro famiglia.

Bisogna superare la scissione tra scienza, medicina, storia, filosofia e cultura umanistica, per tentare una risposta flessibile alle esigenze di una società tecnologicamente sofisticata. Se l'«arte lunga» - secondo la bella definizione di Ippocrate - si riduce solo a pratica, scienza, efficienza e tecnica, ne deriva una prassi ambigua della terapia. Entro questi confini la cura del malato non è capace di dare sollievo alla sofferenza spirituale, luogo polimorfo e dimensione intima della persona. La malattia grave minaccia l'integrità dell'uomo infermo, con crollo dell'identità spirituale accompagnato da dolore, ansia, depressione, disperazione, disfacimento dei rapporti umani.

Un sestante intellettuale che richiama le parole ammonitrici del sommo scienziato per antonomasia, Einstein: "Chi tradisce l'unità della cultura perde l'anima. Come Faust". Diviene necessario, di conseguenza, aggiornare i curricula dei futuri dottori, specialisti e professionisti dell'area sanitaria. I decisori istituzionali e politici devono riscattarsi – ricorrendo alle parole di Eugenio Montale – dal tormento dell'immobilità.

Zakharin, cattedratico, internista, medico alla corte dello Zar e Maestro di Anton Cechov, propugnava il concetto che "pensare da medico" significa individualizzare ogni singolo caso: non esiste la malattia ma il malato, in quanto ogni persona è biologicamente "unica e irripetibile", di cui bisogna conoscere, oltre i sintomi, la storia, l'ambiente di vita e di lavoro e di cui bisogna penetrare la sofferenza emotiva, oltre che fisica.

Oggi, per contro, si è realizzata una sanità frazionata e tecnocratica. Negli ultimi decenni la medicina è evoluta in organizzazioni sempre più complesse. Nel nostro Paese, oltre i medici e chirurghi, esistono 29 professioni sanitarie, 64 tra specializzazioni e discipline di perfezionamento, onerose catene gestionali e amministrative.

La medicina contemporanea, nella sua organizzazione odierna manageriale e con ritmi produttivi, quasi sempre, è intesa e praticata come professione veloce e intensa: ritmi frenetici, con impiego di tecnologie in serie, come una catena di montaggio; ordini secchi e concitati di medici e personale sanitario; barelle che passano veloci; ambulanze a sirena spiegata; una frenetica serie di azioni, operando, intubando, somministrando. Una medicina arida e distante, rinchiusa in una presupponente torre dottrinale, sorda ai valori umani, perciò condannata a non sapere nulla del mondo e della vita.

Si realizza uno stile impaziente di visita e si dedica meno tempo all'anamnesi e all'analisi, mentre è diventato più superficiale l'esame fisico. I medici sono oggi molto più efficienti nel trattare le persone, malate e non. Da tutto ciò deriva che può essere rischioso per la sopravvivenza della stessa medicina scientifica sottovalutare la relazione comunicativa con il paziente.

A differenza di altre scienze la medicina smuove emozioni forti, poco adatte a un ragionamento statistico. I medici e infermieri devono imparare a considerare sempre i malati come individui e non come corpi da aggiustare, quasi "scarti della sanità".

Anche la prestigiosa rivista medica internazionale "The Lancet" – oltre la Commissione per l'etica della ricerca del CNR – affermano che le MH vanno collocate in primo piano nell'agenda dei problemi della salute.

Qual è l'essenza della medicina? Una pratica basata su scienze ed esercitata in un mondo di valori. Una professione che ha come centro e finalità un essere sociale dotato di ragione e coscienza. Il rapporto medico-paziente, da tempo immemorabile, è saldato da un legame prevalentemente umano, che non presenta solo fondamenta scientifiche, ma è basato sulla "*religio medici*", cioè la religione medica del dovere, inerente sia alla sacralità dell'uomo che all'etica caritativa verso il soggetto debole. Bisogna ritornare al significato vero di parole antiche. Il termine *therapeia*, cioè cura, deve riacquistare il significato originale di servizio, che vuol dire sollecitudine, premura, interesse per qualcuno.

Il passaggio epistemologico dal modello biomedico (*disease-centered*) al modello centrato sulle tre dimensioni distinte e interrelate *disease-illness-sickness*, che considera olisticamente il paziente come persona in un contesto, richiede una formazione adeguata, sia teorica sia esperienziale, affinché possa realizzarsi quel rapporto medico-paziente, basato su una comunicazione efficace, che è considerato il cardine del sistema-salute in quanto elemento fondante, imprescindibile della cura.

Dialogo, comunicazione, informazione, ascolto, medicina narrativa, consenso informato che deve divenire consenso compreso e compiuto: sono questi alcuni dei cardini della buona medicina. Pensiamo a quei poveri e indifesi malati – sottoposti a prestazioni inutili, pesantemente invasive e mutilanti – che hanno firmato fogli e fogli incomprensibili. Sovviene alla memoria il ricordo dell'incontro, nei *Promessi sposi*, tra il dottor Azzecca-garbugli e l'ingenuo Renzo, tranquillizzato – scrive Alessandro Manzoni – nel "mirar proprio quelle sacrosante parole, che gli parevano dover essere il suo aiuto". Con risultato finale infausto, allora per il Tramaglino ora per il fiducioso paziente.

Di qui l'emergere di una sempre maggiore responsabilità da parte dei medici, che devono acquisire nuove abilità di comunicatori e scrupolosi mediatori tra i linguaggi scientifici e i diversi registri della comunicazione sociale, di quello che il filosofo e sociologo Habermas, sin dagli anni Ottanta del secolo scorso, efficacemente definì "agire comunicativo", non solo descrittivo ma efficace costruttore di nuove realtà e relazioni sociali. Bisogna guardare da una medicina senza saggezza a quella condivisa, con giusta

sintesi tra etica, umanità tecnica ed economia. Per queste ragioni v'è necessità di cambiare. Le scienze umane possono divenire pilastri di una benefica evoluzione. Il futuro ha un cuore antico.

Le MH si sono sviluppate, nell'ambito delle Facoltà Mediche degli Stati Uniti, nella seconda parte del XX secolo, quando si è resa necessaria una innovativa cultura del comportamento del medico che, dopo il grande sviluppo della tecnologia, si è trovato di fronte ad una nuova situazione: il letto del malato non era più il centro della sua attenzione e del suo lavoro, perché le indagini strumentali e l'utilizzo di sofisticate apparecchiature diagnostiche e terapeutiche, avevano spostato la risposta clinica, dalla corsia ospedaliera alla tecnologia, dal letto del malato al macchinario diagnostico e alla risposta del laboratorio.

Le MH sono discipline umanistiche che offrono un valido aiuto per la comprensione della condizione umana generale di un individuo assistito, e per il miglioramento dell'empatia fra medico e paziente. Esse sono uno strumento utile per coniugare la professionalità dei dottori e sanitari con le conoscenze umanistiche. Il lavoro del medico ed il suo rapporto con il malato si arricchiscono con la conoscenza di saperi espressivi di modelli spirituali ed etici.

Si fa riferimento a: filosofia, etica, antropologia, sociologia, psicologia, biopolitica, biodiritti, problemi del fine vita, cure palliative, terapia del dolore. Senza dimenticare la storia della medicina che non è solo la memoria, ma riassume travaglio, sconfitte, riprese e avanzamento della scienza biomedica. Queste cognizioni, inoltre, riportano la Medicina al centro delle dinamiche sociali e culturali, importanti per capire l'esperienza e le reazioni alla malattia di ogni singolo paziente.

Questo orizzonte diventa essenziale nel momento in cui la tecnologia, per accumulazioni successive che cambiano la qualità del rapporto con l'uomo, diventa da strumento dell'uomo a padrone dell'uomo. Ma è necessario, alla base – come propone il grande intellettuale francese Alain Touraine – la creazione di un principio centrale, fondato su un sistema di valori culturali, che possa governare la tecnologia. Perché non è possibile che avvenga il contrario; cioè che sia la tecnologia a determinare dei cambiamenti di valori e di contenuti in una società.

Eminenti rappresentanti del mondo scientifico, culturale, politico e religioso, a partire dal Sommo Pontefice della Chiesa cattolica, Papa Francesco, in occasione della giornata mondiale del malato, hanno posto in evidenza l'importanza delle *Medical Humanities* nella formazione degli operatori sanitari al fine di ricondurre il rapporto medico paziente sui giusti binari dell'empatia. Anche il Presidente della Repubblica Italiana, Sergio Mattarella ha affermato *“È necessaria la concezione del malato come persona concreta, e non come categoria astratta, valorizzando ciò che essa presenta di particolarità, di possibilità, di prospettive”*. Nessun uomo infermo deve sentirsi o invisibile o equiparato a un numero o dimenticato. L'essere medico trova i suoi pilastri nell'etica grigia del lavoro quotidiano – silenzioso, disponibile, coraggioso, corretto, serio e tollerante – praticato senza palcoscenici o riflettori.

Si aggiunge, a questo alto ammonimento, la confortante constatazione che istituzioni assai importanti (Consiglio Superiore di Sanità, l'Istituto Superiore di Sanità, Conferenza Nazionale dei

Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia) stanno formulando progetti e proposte per l'inserimento delle scienze umane nell'architettura formativa della biomedicina accademica. Inoltre, il Professore Antonino Zichichi – attraverso la “World Federation of Scientist” e Centro “Ettore Majorana” di Erice – ha inserito la medicina umana e sociale tra le emergenze planetarie.

Vere e proprie istanze per la buona medicina che si ritrovano pienamente nelle parole del cardinale Gianfranco Ravasi, Presidente del Pontificio Consiglio della Cultura: “Sta crescendo la consapevolezza che la malattia e il dolore sono un tema globale e simbolico, non soltanto fisiologico. L'accompagnamento umano, psicologico, affettivo e spirituale è tutt'altro che secondario. C'è bisogno di tornare a una concezione umanistica della medicina”.

Il governo clinico e la dignità del malato devono tornare quindi ad essere il baricentro del “pianeta sanità”: medicina incentrata sull'uomo e costruita sulle evidenze scientifiche. La sanità come servizio e non potere, patrimonio dell'intera comunità con valori senza tempo. Un'eredità disponibile per oggi e per domani. La medicina umana va collocata in primo piano nell'agenda dei problemi della salute dell'uomo. Ricollegandosi alla millenaria saggezza e ai saperi canonici dei padri fondatori, ma ampliando e integrando il distretto culturale, come strategia di sviluppo. Dentro ogni camice bianco deve esserci l'uomo. Ascoltare il passato per abitare il presente e costruire il futuro.

## **RAZIONALE DEL DOCUMENTO**

*Con l'espressione Medical Humanities - intraducibile in modo sintetico in italiano - si intende l'intero panorama dei problemi antropologici inerenti la salute e la cura, problemi che non possono essere affrontati e risolti solo con gli strumenti e la metodologia propri della biomedicina, ma anche con il contributo delle discipline umanistiche.*

Le MH studiano i problemi connessi alla salute e alla cura con un approccio multidisciplinare che coinvolge le scienze sociali e comportamentali (sociologia, psicologia, diritto, economia, storia, antropologia culturale), la filosofia morale (bioetica e teologia morale) e le arti espressive (letteratura, teatro, arti figurative). Grazie all'interazione delle discipline umanistiche coinvolte esse possono analizzare i problemi che sorgono nell'ambito della biomedicina e fornire risposte per garantire una più adeguata tutela della salute e un miglioramento del sistema sanitario, in termini di qualità delle prestazioni e di rispetto della qualità di vita del cittadino. In sostanza si può dire che le MH abbiano come compito essenziale quello di assicurare una reale sinergia tra le scienze naturali e le scienze umane, in vista di una medicina che sappia curare e prendersi cura, assicurare cure efficaci dal punto di vista biologico, ma anche rispettose di tutta la molteplicità dei bisogni umani.

L'aumento crescente delle disuguaglianze in salute e in relazione al sesso, l'epidemia globale delle patologie croniche e la complessità della loro gestione in un contesto di crescente disagio socio-economico, unitamente ai cambiamenti culturali, socio-demografici legati all'invecchiamento della

popolazione e all'immigrazione, sono componenti che contribuiscono a rendere necessaria una riflessione strutturale sui campi di applicazione clinica del concetto di equità in salute. La rilevanza delle MH è tale che la "Medicina umana e sociale" è stata considerata come una delle Emergenze Planetarie: *"The Scientific Challenges fo Mankind in the 21th Century" Science for Peace the World Over.*

Ciò avvalorava ulteriormente il riconoscimento del fatto che nessun uomo infermo deve sentirsi o invisibile, o equiparato a un numero o dimenticato. L'essere medico trova, infatti, i suoi pilastri nell'etica grigia del lavoro quotidiano - silenzioso, disponibile, coraggioso, corretto, serio e tollerante - praticato senza palcoscenici o riflettori. Il governo clinico e la dignità del malato devono tornare ad essere il baricentro del "pianeta sanità": medicina incentrata sull'uomo e costruita sulle evidenze scientifiche. La sanità come servizio e non potere, patrimonio dell'intera comunità con valori senza tempo. Un'eredità disponibile per oggi e per domani.

La centralità della persona riveste un ruolo di crescente rilevanza nella governance dei sistemi sanitari e l'attenzione alle MH è ripresa anche nel Patto per la Salute 2014 – 2016 che introduce, per la prima volta, il concetto di *"...umanizzazione delle cure, attraverso una compiuta analisi dei reali bisogni delle persone, dei contesti, delle relazioni tra persone e ambienti, dei processi cognitivi ed emotivi individuali e di gruppo, in modo da individuare i bisogni latenti e di contestualizzare le richieste esplicite"* e, in particolare, all'articolo 4 si sottolinea che *"nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale"*, le Regioni e le Province Autonome si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione delle cure prevedendo anche il monitoraggio del grado di soddisfazione dei cittadini. Anche l'atto di indirizzo 2018 prevede che *"... l'umanizzazione nella organizzazione sanitaria garantisce il recupero della centralità del paziente facendosi carico non solo degli aspetti fisici della malattia, ma anche di quelli psicologici relazionali e sociali."*

Queste premesse evidenziano la necessità di sviluppare nel percorso formativo dei professionisti della salute un approccio interdisciplinare e multidimensionale volto a creare connessioni fra bioetica, storia della medicina, antropologia medica e culturale, sociologia, igiene e sanità pubblica, letteratura e arte come strumenti di comprensione dei contesti in cui la medicina opera. Un'adeguata formazione nelle MH per le professioni sanitarie è pertanto necessaria ed il Consiglio Superiore di Sanità - con impegno culturale e capacità propositiva – ha inteso sottoporre al Ministro della Salute una proposta progettuale affinché, congiuntamente al Ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca (M.I.U.R.), le *Medical Humanities* rappresentino il prerequisito dei curricula formati dei laureandi in medicina, odontoiatria, e professioni dell'area sanitaria (con particolare riferimento agli infermieri) e nei corsi di specializzazione dell'area biomedica e sanitaria. Ciò garantirà la promozione di esperienze di sviluppo e diffusione di multi-conoscenze finalizzate a ottenere standard educativi sempre più alti. Oltretutto, la ricorrenza dei 40 anni del SSN potrebbe costituire un ulteriore momento di approfondimento e confronto sull'attività dell'Istituzione sul tema dell'umanizzazione e proporre il percorso formativo/operativo elaborato dal CSS.

## LE MEDICAL HUMANITIES

### Il Ruolo delle *Medical Humanities*

Le *Medical Humanities* si sono sviluppate negli anni '60 nelle Facoltà Mediche degli Stati Uniti come un movimento di opinione con un'avversione alla tendenza a separare il protocollo tecnico dall'evento umano rendendosi necessaria un'innovativa cultura del comportamento del medico il quale, innanzi all'imponente ed inarrestabile sviluppo della tecnologia applicata alla medicina, si è trovato di fronte ad una nuova situazione paradossale: la presenza fisica del malato diventata "non indispensabile". Il medico si è sempre più avvalso della tecnologia più avanzata per la diagnosi e la cura del paziente, seguendo percorsi diagnostico-terapeutici, determinando lo svilimento del secolare rapporto medico-paziente, spesso accompagnato da una pessima comunicazione con il malato, talvolta anche inesistente! *Le MH dovrebbero aiutare il medico a ricomporre la relazione con il proprio paziente, resa più sbiadita, incerta, debole da **diversi fattori**.*

Innanzitutto dal **mutare delle patologie nel tempo**: da malattie infettive, a decorso rapido – il cui esito poteva essere solamente guarigione o morte - a patologie, o comunque condizioni, che portano sempre più a uno stato cronico di non salute, per cui il medico non guarisce ma "stabilizza" o rallenta il peggioramento (basti pensare a tutte le patologie emerse dall'allungamento della vita).

In secondo luogo **la relazione è cambiata per la grande specializzazione**, dovuta all'avanzare di quella che potremmo chiamare tecno medicina, cioè un approccio clinico sempre più tecnicizzato e rivolto a parti sempre più limitate del corpo umano che tende a essere sempre più frammentato nei suoi organi, tessuti e cellule, e soprattutto de-materializzato, "ridotto" alle informazioni che le nuove tecniche ne possono trarre, sostituito dall'*imaging* con cui viene scandagliato nel suo interno più profondo. La medicina "antica" della semeiotica, al contrario, costringeva il medico a un rapporto personale, stringente con il proprio paziente, per le necessità di esplorarne personalmente il corpo malato che coincideva con l'informazione che il medico ne traeva. Non era possibile scindere il corpo dalla informazione clinica, contrariamente ad oggi.

Un terzo aspetto, spesso sottovalutato, è la **progressiva contrattualizzazione del rapporto medico-paziente**, che ha sostituito la relazione fiduciaria, in nome di un'impossibile autonomia decisionale del paziente, che si suppone sia sempre in grado di scegliere il meglio per sé, purché adeguatamente informato. In altre parole, il medico è l'esperto che mette a disposizione le proprie conoscenze e le proprie abilità - al pari di altri professionisti, ad esempio un informatico o un ingegnere - e quanto più sarà in grado di trasmettere informazioni chiare e complete al paziente, tanto più avrà assolto al suo compito primario, che non sembra più essere quello di curare, ma quello di consentire al paziente di effettuare, in autonomia, la scelta migliore circa i trattamenti sanitari da accettare o rifiutare. Una scelta che esula dalla qualità della relazione umana medico-paziente, dal coinvolgimento personale e all'empatia, ma dipende

solo dalla competenza professionale e dalla capacità di trasmettere informazioni del medico. Un medico sempre più “prestatore d’opera” e un paziente sempre più “cliente”.

Ma la specializzazione e l’informazione non bastano, proprio perché il medico non è “appena” un professionista e il paziente non è un “cliente”: fare il medico resta sempre un mestiere speciale, che non può prescindere da una relazione umana di qualità. Ovviamente il vantaggio dello sviluppo tecnico-scientifico per la salute e l’allungamento della vita è stato enorme, ed è impossibile anche solo immaginare di rinunciarvi per un ritorno ai “vecchi tempi” del medico condotto.

Si tratta quindi di *recuperare*, per il tramite dei saperi umanistici, ***un approccio globale alla persona che il medico ha davanti, rovesciando al tempo stesso il connotato negativo associato allo sviluppo tecnologico in campo medico***: per quale motivo una diagnostica sofisticata e ad elevato contenuto tecnologico deve necessariamente escludere una relazione medico-paziente di qualità? Dovremmo piuttosto prendere di nuovo in considerazione il concetto di autonomia del malato, troppo spesso trasformato nel feticcio di una autodeterminazione esasperata, rivendicata più dal mainstream dei nostri tempi che dal malato reale, nella sua concreta, oggettiva condizione di fragilità. Un malato a cui non bastano accurate “istruzioni per l’uso” per poter scegliere al meglio, ma che necessita di un coinvolgimento umano, empatico, del proprio medico per poter affrontare un percorso terapeutico o di accompagnamento alla morte.

Da questo punto di vista è fondamentale l’apporto offerto dalla storia della medicina che non è solo la memoria che riassume travaglio, sconfitte, riprese e avanzamento della scienza biomedica ma la storia dei luoghi, degli ambienti, delle strutture, delle persone che hanno operato, dei loro percorsi di formazione, della loro collocazione nella società, del loro rapporto con le istituzioni e con i malati e, naturalmente, è la storia dei malati. *La storia della medicina è fondamentale e deve essere inquadrata come storia del pensiero e dell’arte medica* che inevitabilmente coinvolge anche tematiche bioetiche e gli stessi moderni concetti di *Governance*. Le MH vogliono **essere luogo** in cui la medicina non solo rafforza i propri rapporti con le scienze sociali e comportamentali (sociologia, psicologia, diritto, economia, storia, antropologia culturale) ma dove può entrare in dialogo con la filosofia morale (bioetica e teologia morale) e con gli apporti delle arti espressive (letteratura, teatro, arti figurative) e si propongono di riconurre la pratica delle sanità alle sue finalità originarie: essere medicina per l’uomo.

Le MH permettono che il rapporto con il malato si arricchisca con la conoscenza di saperi espressivi di modelli spirituali ed etici (filosofia, etica, antropologia, sociologia, psicologia, biopolitica, biodiritti, i problemi del fine vita, cure palliative e terapia del dolore) e sono rilevanti rispetto a ogni forma di servizio alla salute: dalla psicoterapia al servizio sociale, dalla prevenzione alla medicina di comunità; guardano alla tutela e alla cura della salute come responsabilità collettiva chiamando in causa i sistemi politici di *welfare state* e *welfare market* rivolgendosi, non soltanto ai medici, ma a tutti gli operatori della salute al punto che si dovrebbe parlare, più appropriatamente, di *Health Professionals Humanities*.

## L'etica del rapporto medico – paziente

L'etica del rapporto medico - paziente è ancorata al Codice Deontologico di grande ausilio al fine di stabilire le regole basilari della condotta professionale medica che riguardano gli interessi essenziali della collettività e della persona umana sebbene l'inosservanza delle norme deontologiche non configura necessariamente una condotta con rilievo penale o civile ma soltanto disciplinare.

E' comunque il valore del complessivo comportamento etico del medico ciò che più deve interessare nel rapporto medico-paziente e medico-familiari del paziente considerando che, tuttavia, nei nostri ordinamenti universitari non è previsto alcun percorso formativo per quanto attiene all'etica di tali rapporti. E' fondamentale quindi che gli studenti delle Facoltà mediche e/o sanitarie possano fruire di una preparazione psicologica, anche con valutazioni attitudinali che ne misuri e/o ne migliori:

- la capacità di saper "ascoltare", analizzare, memorizzare e riflettere su quanto viene comunicato dai pazienti, accantonando l'idea che il paziente sia sempre e solo un "lamentoso" impaccio alla scienza;
- la capacità di sapersi esprimere in modo comprensibile rispetto alla persona ed ai suoi familiari in merito ad una terapia, ai suoi rischi, alle sue controindicazioni, alle eventuali alternative ovvero di una prognosi infausta.

E' ben noto i che gran parte del contenzioso, alla base della cosiddetta medicina "difensiva", nasce dal pessimo rapporto tra medico e paziente e dalla mancanza di comunicazione, delega o addirittura elusione della stessa. Non è un'esagerazione affermare che, troppo sovente, i familiari di un paziente vanno cercando "amici" o "conoscenze" per avere notizie più puntuali sui propri cari. Tale verità rappresenta una denuncia dell'assenza di "*preparazione psicologica all'etica del rapporto col paziente*" mentre un'accurata preparazione dei laureandi medici rappresenterebbe la classica riforma a costo zero, foriera, certamente, di grandi risultati. In tal senso va citata l'esperienza di alcune (purtroppo assai poche) strutture sanitarie pubbliche in ordine agli orari e alla presenza dei familiari accanto ai loro cari in cui è consentito che un parente, a turno, possa rimanere accanto al proprio caro ammalato, senza alcuna limitazione di orario (anche notturno) così da portar conforto ed aiuto al proprio assistito e seguire "*de visu*" l'attività del personale sanitario, medico e non. Ebbene, in queste situazioni, si è registrata, rispetto al panorama nazionale, una drastica riduzione delle denunce ai medici ed alle strutture.

Un'ultima considerazione, infine, riguarda - anche in questo caso come riforma a costo zero che, tuttavia, contribuirebbe non poco ad una migliore compressione del susseguirsi degli Atti medici - la Cartella Clinica. E' infatti **deontologicamente scorretto ed eticamente fuorviante** che tutti i dati clinici di un paziente (anamnesi, visite cliniche, descrizioni degli interventi chirurgici, indicazioni terapeutiche, annotazioni di rilievo clinico) siano **vergate a mano con grafia illeggibile**, con acronimi talora indecifrabili, e ancor più indecifrabili generalità dell'estensore, senza registrare differenze da una cartella clinica di 50 anni addietro, contribuendo a mantenere viva l'errata convinzione che l'Atto Medico sia un'attività segreta, riservata agli addetti ai lavori ed impermeabile ad esterne curiosità. Oltretutto, altrettanto

opportuna, sarebbe la presenza di un'epicrisi al fine di permettere una migliore e sintetica comprensione della situazione clinica.

Uno dei momenti cruciali in cui viene riconosciuta la centralità della persona umana nel sistema della relazione medica è rappresentato dal consenso che rappresenta l'elemento effettuale del passaggio dal principio di autolegittimazione del medico a quello dell'autodeterminazione del paziente il quale si è, man mano, affrancato dalla sudditanza del medico e del suo fare paternalistico. In termini umani può essere naturale che per il paziente, il quale pone nelle mani del medico le sorti della propria salute, ed il medico, il quale prende in carico il paziente per restituire il suo benessere psicofisico, si venga a stabilire un rapporto umano improntato alla fiducia che mai dovrebbe sfociare nella sudditanza. Operando il medico, abitualmente, in un sistema di consenso presunto, questo non deve rappresentare il presupposto di legittimità dell'atto medico bensì un'alleanza terapeutica, dettata da esigenze di monitoraggio della Medicina in forza dell'inviolabilità della libertà personale secondo il principio di autonomia. Tutto ciò si traduce in un migliore rapporto interpersonale medico-paziente sia pur tenendo conto dell'evoluzione tecnologica e delle carenze sempre più gravose di personale medico e sanitario.

### La comunicazione medico-paziente

Negli ultimi anni si è compreso come l'insoddisfazione dei pazienti ed i conflitti che ne conseguono siano spesso causati da una comunicazione inefficace che il paziente percepisce come distaccata e distante dal punto di vista umano. Ciò è causa, il più delle volte, della perdita di fiducia del paziente verso il medico ed il personale sanitario, con la conseguente rinuncia ad effettuare le cure prescritte e, talvolta, ricorso alla medicina difensiva con successivo aumento sia dei tempi di guarigione che dei contenziosi legati a incomprensioni e conflitti.

*La comunicazione è ampiamente riconosciuta quale fattore essenziale ai fini dell'efficacia del percorso assistenziale: **"il tempo della comunicazione va considerato quale tempo di cura"**.*

*La "buona comunicazione" permette di stabilire con il paziente un'efficace relazione che si riflette positivamente sul processo terapeutico, una **"alleanza terapeutica"**, collaborazione attiva tra terapeuta e paziente basata sulla fiducia e accettazione reciproca, sull'empatia e sul coinvolgimento.*

*E' necessario non dimenticare che il paziente è un essere umano che soffre.*

*E' necessario più che mai **capire quanto sia importante per un paziente incontrare un medico che sia capace di accompagnarlo nelle scelte terapeutiche, di ascoltare attentamente la sua storia, di comprendere le sue ansie, le sue indecisioni, e perché no, ogni tanto, fare una carezza.***

La comunicazione rappresenta pertanto una competenza dei professionisti sanitari che, al pari delle competenze squisitamente tecniche, attribuisce valore alle prestazioni offerte al paziente.

## Criticità della medicina moderna

Nella medicina moderna, la malattia viene spesso intesa, in chiave meccanicistica cartesiana, come il risultato di una macchina che si è rotta (*res extensa*) ma esiste un'altra parte (*res cogitans*) che include intenzione, libertà e consapevolezza. Essa è contenuta nell'anima che si comporta in modo esatto e non è materica. Il nostro fine primario dovrebbe pertanto quello di capire la logica del vivente, e poi, nel caso di malattia, di curare seguendo la stessa logica.

A quale persona non è mai capitato di uscire da un ambulatorio con un senso di frustrazione perché non si è sentita capita, ascoltata e/o accompagnata nel suo percorso terapeutico. Ciò deriva essenzialmente dalla frammentazione e dal poco tempo a disposizione. Di fatto, ***gli aspetti psicologici, affettivi e motivazionali della persona non vengono praticamente mai presi in considerazione***. Il fatto che la persona sia protagonista e pienamente responsabile del suo processo di cura è fondamentale. **La "rivoluzione" che ha investito la medicina è un processo inarrestabile e irreversibile**. E' necessario partire da questa constatazione per definire le proposte operative per una riumanizzazione della medicina. E' tuttavia necessario **cogliere gli aspetti positivi** e non solo quelli negativi della "rivoluzione". Gli insegnamenti delle MH dovrebbero essere trattati fin dal **primo impatto accademico dei futuri medici** ed essere ripresi nel corso di lezioni distribuite nella seconda metà del corso di laurea. Qui di seguito sono riportati alcuni aspetti e/o ragioni definiti **"criticità" della medicina moderna**:

- La **"medicina personalizzata"** promette di mettere al centro la persona-paziente ma è solo apparentemente vero; di fatto, sta prevalendo la definizione di **"medicina di precisione"**, che, se da un lato propone trattamenti più puntuali, dall'altro lato **non entra nel merito dell'umanizzazione**.
- La **telemedicina accentua la distanza fisica tra il medico e il paziente** (una volta affidato alla semeiotica) e tuttavia è noto che la durata del contatto oculare tra il medico e il paziente, nella seduta di telemedicina, può essere anche 10-15 volte superiore a quella di una visita medica standard.
- Le **tecniche genomiche** sono in grado di deciptare le variazioni collegate alla suscettibilità e alla resistenza alle malattie e, spesso, in grado di fare diagnosi e dare un nome ai malati affetti da condizioni non inquadrare a livello clinico. Perciò **la fredda tecnologia finisce per tendere la mano al paziente**, lo fa uscire dall'isolamento e lo fa sentire parte di una comunità.
- La **genetizzazione della medicina e la routinarizzazione dell'informazione genetica**, prima che ne siano compresi tutti i potenziali effetti, finisce per **promettere risultati oggi non realizzabili**.
- La **commercializzazione della rivoluzione tecnologica**, potenziata dalla pubblicità ingannevole, **finisce per allontanare i pazienti dal mondo scientifico reale**.
- La **divulgazione scientifica fortemente inadeguata a livello professionale** offre ampi varchi alle *fake news* e ai ciarlatani.

- La **dimensione olistica del paziente**, nel contesto della medicina dei sistemi o delle **4P** (**P**reventiva, **P**redictiva, **P**ersonalizzata, **P**artecipativa), dovrebbe essere allargata ad una **quinta P**, espressione del recupero della **Partnership tra medico e paziente**.

## Il sostegno normativo alle Medical Humanities nel contesto nazionale ed internazionale

L'esigenza di un'adeguata formazione in MH per le professioni sanitarie è sentita oramai a livello internazionale ed è stata manifestata in varie forme. Nel nostro Paese, la tematica del rispetto della dignità nelle cure e dell'umanizzazione delle stesse trova un sostegno normativo in numerosi strumenti legislativi e regolatori, emanati nel corso della storia della sanità pubblica con approccio universalistico dell'era repubblicana. Tra questi, sono di fondamentale rilievo:

- **art. 32 della Costituzione**, che fa esplicito riferimento alla salute come "diritto fondamentale" del cittadino, oltre che interesse della collettività;
- **L. 833/1978 di istituzione del SSN**, che, all'articolo 1, stabilisce che l'erogazione delle cure, al di là dei meri aspetti tecnico sanitari deve assicurare IL RISPETTO DELLA DIGNITÀ dei cittadini/pazienti;
- il concetto viene ripreso all'art. 1 (cc. 1 e 2 soprattutto) dal **d. lgs 502/1992**, come modificato dal d. lgs 517/1993 e successivamente dal d.lgs. 229/1999, ma poi approfondito **all'art.14 ove si introduce il concetto di UMANIZZAZIONE** (v. c. 1 in particolare);
- nell'art. 14 del citato d. lgs 502/1992 e succ. mod., il **c. 2 introduce un ulteriore concetto** (già peraltro presente nell'art. 45 della l. 833/1978), **relativo al ruolo attivo che le associazioni di cittadini e di volontariato devono giocare nel garantire la qualità delle cure e la soddisfazione dei bisogni del paziente**, concetti che racchiudono quello di umanizzazione delle cure stesse;
- la misurazione dell'umanizzazione è un aspetto tecnico complesso, affrontato dal più volte citato art. 14 del d lgs 502, che prevede la definizione da parte del Ministero della Salute, d'intesa con la Conferenza Stato Regioni, di "contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni relativamente alla personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere."
- Un ulteriore rilevante riferimento si trova nel DPCM 19/5/1995 Schema di "Carta dei servizi pubblici sanitari" in particolare nell'Allegato tecnico (punti 2.2 passo secondo, sub.6 e passo quarto).
- Un'approfondita analisi della tematica, sul piano tecnico, si trova nel volume della serie "I Laboratori" curata dalla DG Programmazione del Ministero della Salute (pagina web).
- Nel **Patto per la salute 2014-2016**, all'articolo 4 si sottolinea che *"nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale"*, le Regioni e le Province Autonome (P.A.) si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione delle cure prevedendo anche il monitoraggio del grado di soddisfazione dei cittadini in maniera continuativa e omogenea tra le Regioni, così da

consentire l'avvio di azioni correttive.

([http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pagineAree\\_248\\_listaFile\\_itemName\\_7\\_file.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_248_listaFile_itemName_7_file.pdf)).

- Tra i provvedimenti più recenti, quello che può essere considerato un punto di arrivo nel dibattito in materia di relazioni medico-paziente, nel quadro della sua umanizzazione, è la **L. 219/2017** *“Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”*, in particolare all’art. 1 che, parlando di consenso informato, al c. 1 cita *“dignità e autodeterminazione della persona”* e al c. 2 recita: *“E’ promossa e valorizzata la relazione di cura e fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l’autonomia decisionale del paziente e la competenza, l’autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l’equipe sanitaria.”* Informazione, consenso e autodeterminazione sembrano costituire, nella prospettiva del legislatore, parametri per valutare la diligenza e, quindi, gli obblighi e le eventuali responsabilità del medico. Il legislatore sembra, quindi, imporre una relazione anche verbale tra il medico ed il paziente, come emerge anche dalla precisazione secondo cui *“il tempo della comunicazione costituisce tempo di cura”* (art.1 ottavo comma, L. 219/2017).

## LE MEDICAL HUMANITIES COME REQUISITO FONDAMENTALE NEI CORSI DI LAUREA IN MEDICINA, ODONTOIATRIA E PROFESSIONI DELL'AREA SANITARIA.

Le MH si propongono di creare un ambiente educativo in cui sia possibile attivare, in modo congiunto, i processi logici, estetici e emotivi, per recuperare una dimensione più piena dell'essere umano. Lo scopo è di ottenere una comprensione più profonda dei contesti della cura (sociali, culturali, economici) e della relazione con sé stessi e con gli altri (pazienti, famiglie, altri operatori).

L'aumento crescente delle disuguaglianze in salute e in relazione al sesso, l'epidemia globale di patologie croniche e la complessità della loro gestione in un contesto di crescente disagio socio-economico, unitamente ai cambiamenti culturali, socio-demografici legati all'invecchiamento della popolazione e all'immigrazione, sono aspetti che contribuiscono a rendere necessaria una riflessione strutturale sui campi di applicazione clinica del *concetto di equità in salute*. Queste premesse evidenziano la ***necessità di sviluppare nel percorso formativo dei professionisti della salute un approccio interdisciplinare e multidimensionale volto a creare connessioni fra bioetica, storia della medicina, antropologia medica e culturale, sociologia, igiene e sanità pubblica, letteratura e arte come strumenti di comprensione dei contesti in cui la medicina opera***. Ciò garantirà la promozione di esperienze di sviluppo e diffusione di multi-conoscenze finalizzate a ottenere standard educativi sempre più alti.

### Situazione in Italia e all'estero

La ***Conferenza Permanente dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia (CPPCCLMM&C)*** si è preoccupata di disegnare un curriculum formativo capace di garantire i requisiti minimi di conoscenza e competenza a tutti gli studenti, in tutte le Facoltà di Medicina italiane (<http://presidenti-medicina.it/core-curriculum/>). Gli obiettivi di MH, nel core-curriculum, occupano un tempo e uno spazio importanti nel piano di formazione del medico, senza nulla togliere al rigore della formazione scientifica, ma evitando che questa diventi l'unico asse portante dell'intera struttura formativa (Med. Chir. 52/2011, 2312-15; Med. Chir. 53/2011, 2366-69).

Il futuro medico deve essere in grado fin dai primi anni della sua formazione di guardare oltre lo studio delle malattie ad uno scenario più vasto, in cui salute e malattia hanno implicazioni sociali molto forti, in cui la povertà è una delle cause più gravi e più frequenti di malattia e di morte, in cui le disuguaglianze sociali richiedono al medico di sapersi schierare sempre dalla parte del malato, di ogni malato, intervenendo opportunamente e positivamente anche ai diversi livelli istituzionali.

La CPPCCLMM&C dal 2000 ha individuato nella dorsale della Metodologia Medico-scientifica, che si rivolge allo studente dal primo al sesto anno di corso, lo spazio dove introdurre le Unità Didattiche delle MH. Alcune discipline ricomprese nell'ambito delle MH sono inglobate nei corsi integrati di Metodologia medico-scientifica di base al I anno. La storia del metodo in medicina, il metodo clinico, il metodo sperimentale e il rapporto con il paziente, la relazione medico-paziente sono affrontate nei corsi di

Metodologia Medico Scientifica del II e III anno. Nel IV e V anno, dove insistono le discipline specialistiche, vi è sempre un richiamo alle MH contestualizzate alle diverse condizioni. Nel VI anno nei corsi di Medicina Interna e Chirurgia Generale, per lo più dotati di tirocini professionalizzanti, vengono valutate ed analizzate le competenze raggiunte da parte del futuro medico nel rispondere alla domanda di salute di un paziente complesso, mantenendo la indispensabile visione d'insieme clinica e sociale.

### **SAPIENZA Università di Roma**

L'Università di Roma *La Sapienza* con la sua numerosità di studenti, quasi un migliaio ogni anno, è articolata in numerosi CLMs in Medicina e Chirurgia paralleli: 6 (canali da A ad F) nella sola sede Policlinico Umberto I e 1 presso l'ospedale S. Andrea, e quindi rappresenta un modello che consente un paragone, evidenzia eccellenze e criticità, e suggerisce una possibile omogeneizzazione dell'insegnamento delle MH. Malgrado l'esistenza di un impianto a grandi linee comune, alcuni corsi dimostrano attenzione particolare alle possibilità pedagogiche offerte dall'uso sistematico delle MH.

In particolare, possiamo citare in modo esemplificativo l'esperienza didattica del canale D (storicamente il più attento ai temi delle MH), in cui alcune discipline ricomprese nell'ambito delle MH (Storia della medicina, Bioetica, Pedagogia medica, Psicologia Clinica – quest'ultima non propriamente MH) sono inglobate nei CI di Metodologia medico scientifica di base, nel CI di Metodologia medico scientifica pre-clinica I, nel CI di Metodologia medico-Scientifica clinica II, Semeiotica Clinica e Metodologia Clinica I e III e nel CI di Metodologia Medico-Scientifica: Medicina Legale, costituendo di fatto una dorsale che accompagna lo studente dal primo anno al sesto e offrendo spunti di riflessione che spaziano dalla considerazione della medicina come forma culturale specialistica, alla discussione dei concetti di illness, sickness e disease, all'epistemologia medica e alle modalità di costruzione del ragionamento in medicina, sino alle applicazioni dei modelli riflessivi della pedagogia generale e clinica all'analisi delle decisioni cliniche nella relazione di aiuto e alla discussione degli aspetti etici più controversi ed attuali della biomedicina.

In altri corsi ugualmente attenti all'introduzione delle MH, come nel CdS in Medicina del S. Andrea, l'integrazione della Storia della Medicina e Bioetica con la demo-etno-antropologia e con la pedagogia generale e sociale, rappresenta di fatto in modo soddisfacente la natura multidisciplinare delle MH.

Negli altri CdS della Sapienza, la presenza delle MH è variamente distribuita, secondo pattern che prevedono in genere una maggiore presenza nei primi anni di corso e richiami soprattutto alla discussione bioetica spostati, invece, verso la conclusione del percorso formativo. L'intenzione di sostenere l'incremento della presenza delle MH all'interno dei CdS è testimoniata, inoltre, dal fatto che la "Commissione Medical Education Interfacoltà (CMEI)" ha nominato un gruppo di lavoro sulle MH, coordinato dalla Prof.ssa V. Gazzaniga, docente di Storia della Medicina, che prevede riunioni periodiche con il fine di individuare spazi e modi di maggior presenza delle MH nei percorsi formativi.

**Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma**

La Facoltà di Medicina e chirurgia “A. Gemelli” dell’Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma (UCSC) da sempre interessata alle MH, fondò già nel il Centro di Bioetica, cui seguì, nel 1992, la creazione dell’attuale “Istituto di Bioetica e Medical Humanities” (IBioMedH). Nel Corso di Laurea magistrale in Medicina e chirurgia, il piano di studi prevede sin dal primo anno un Corso Integrato (CI) di Scienze umane dove sono offerti gli insegnamenti di Storia della Medicina, Antropologia medica, Bioetica e Psicologia generale al fine di contribuire precocemente (come raccomandato dal Comitato Nazionale per la Bioetica) alla promozione di una visione unitaria dello sviluppo delle conoscenze biomediche e delle abilità professionali, decisionali ed operative dello studente di medicina. In questo modo, accanto alle competenze tecnico-scientifiche si permette l’acquisizione di una sensibilità ai problemi umani della persona sofferente, delle capacità umane e comunicative (relazione medico-paziente-famiglia e relazione medico-altri professionisti sanitari) e della responsabilità etico-sociale nell’azione di cura (educazione globale). Altrettanto dicasi per l’acquisizione dei fondamenti logici, epistemologici, psicologici ed etici che presiedono al ragionamento e alla decisione clinica nonché la costruzione di un’adeguata base di conoscenze circa le caratteristiche e le proprietà fondamentali del dominio fondamentale degli eventi attraverso il passaggio dalle neuroscienze alle emozioni. Le MH vengono riprese poi anche negli anni successivi all’interno del CI di Metodologia medico-scientifica, dove cominciano ad essere approfondite le problematiche cliniche e all’interno del CI di ginecologia e ostetricia, al sesto anno di corso, attraverso seminari interdisciplinari. Dall’anno accademico 2014-15, poi, le MH sono state anche previste nel Corso di laurea a ciclo unico in Medicina e chirurgia impartito in inglese.

Le MH sono presenti anche nel Corso di laurea a ciclo unico in Odontoiatria e protesi dentaria, nel corso di Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, nei numerosi corsi di laurea triennale delle professioni sanitarie e, infine, nelle Scuole di Specializzazione mediche post-laurea secondo le specificità dei singoli corsi.

**Humanitas University di Milano**

Nella Facoltà di Medicina internazionale (giovani studenti che provengono da tutte le parti del mondo), è stato incluso un percorso obbligatorio per gli studenti fin dal primo anno intitolato “Being a medical doctor”: i temi esaminati sono la Bioetica, la Medicina Narrativa, e le Medical Humanities. Fin dal primo anno, dopo la lezione obbligatoria di chimica organica prende scena il tema dei valori, della comunicazione e dell’approccio di cura non solo basato sulla malattia ma sulla persona. Certamente un approccio diverso e utile ad affinare il rapporto medico/paziente. Non si può altresì sottacere il ruolo fondamentale che dovrebbe rivestire, all’interno dei rispettivi corsi, la conoscenza della Storia della medicina, primo pilastro per i futuri medici, strettamente legato alla Bioetica.

### **Università di Torino**

La Facoltà di Medicina e Chirurgia, oggi Scuola di Medicina, ha attivato dall'inizio degli anni Duemila un percorso formativo denominato *Humanitas* per gli studenti di Medicina: le lezioni, circa 20 ore con relativi CFU, rientravano nelle ADE (Attività Didattiche Elettive) in cui ogni studente poteva avvalersi liberamente di insegnamenti, seminari, incontri in discipline diverse.

Attualmente è previsto un modulo di "etica della medicina" con impegno di 2 CFU all'interno del Corso Integrato di Evidence Based Medicine. A questo modulo obbligatorio con esame finale con votazione si affiancheranno tre attività didattiche elettive aperte ad almeno un terzo degli studenti dei tre bienni. La motivazione di questa scelta, dato l'attuale sovraccarico didattico delle lezioni frontali e dei tirocini del programma didattico vigente, è quella di trattare gli argomenti afferenti alle MH durante l'intero corso di studi offrendo, nel primo triennio, la formazione metodologica, l'apprendimento del ragionamento etico, una discussione relativa alle questioni etiche sollevate soprattutto dalle tecniche e dai risultati della ricerca biomedica; nel secondo triennio saranno affrontati gli aspetti clinici dei grandi argomenti già visti nella fase preparatoria di base, con un training vero e proprio di esercitazioni pratiche e discussione di casi.

In varie nazioni, come, ad esempio, la **Francia**, i corsi di formazione in MH, per lungo tempo opzionali sono diventati obbligatori nella maggior parte delle facoltà di medicina. Nel **Regno Unito** L'inserimento delle MH nei percorsi formativi dei medici è raccomandato, tra gli altri, dal *General Medical Council*<sup>1</sup> che osserva che "Gli studenti di medicina sono i dottori di domani" e che la formazione in MH è necessaria perché "in conformità con la buona pratica medica, i laureati dovranno fare della cura di pazienti la loro prima preoccupazione, applicando le loro conoscenze e competenze in modo competente ed etico" e dalla *British Medical Association* che afferma, tra l'altro che "La comprensione dell'etica medica ... e della pratica della medicina conforme all'etica è essenziale per il buon medico" e che a tale proposito "è necessaria la formazione".

Negli **Stati Uniti**, un crescente numero di Scuole di Medicina ha puntato sull'insegnamento delle MH con l'intento di colmare le lacune dei medici in fatto di empatia nei confronti dei pazienti (l'empatia in ambito clinico può essere insegnata attraverso le MH). Nel 2011, 69 delle 133 Scuole di Medicina prevedevano almeno un corso sulle MH durante il percorso di studi. Irwin Braverman, professore emerito della Yale School of Medicine, sostiene che "le capacità di osservazione degli studenti di medicina (primo anno) possano migliorare tramite l'osservazione delle opere d'arte, oggetti verso cui non si hanno pregiudizi, per sviluppare le proprie capacità di osservazione" ed ha istituito un programma: La relazione medico-paziente. Anche la Mount Sinai School of Medicine di New York ha introdotto, nel 2003, dei corsi

---

<sup>1</sup>Ente pubblico che mantiene il registro ufficiale dei medici all'interno del Regno Unito e stabilisce gli standard per le scuole di medicina

di osservazione di opere d'arte - requisito per gli studenti arrivati al terzo anno di studi - ed il programma, oltre a migliorare le capacità di osservazione, si è rivelato un vero e proprio beneficio per gli studenti: per David Muller, decano per l'educazione medica della Mount Sinai School of Medicine, è importante che gli studenti abbiano uno spazio per "evadere" dagli altri corsi, e che li aiuti a riflettere su quello che stanno facendo.

In **Canada** (*Alberta University*), gli studenti del primo anno frequentano un modulo di "Narrative Reflective Practice" che li porta a riflettere su alcuni film che presentano la professione medica come parte di un percorso di cura centrato sul paziente. Pamela Brett-MacLean, direttore dell'Arts and Humanities in Health and Medicine Program, sostiene che questo corso permette agli studenti di "connettersi" maggiormente e più profondamente con il senso dell'essere medico. Il corso non è definito "extra-curricolare", ma "co-curricolare" perché ogni cosa in cui gli studenti vengono coinvolti è pertinente alla loro educazione e al tipo di medico che vogliono diventare.

L'articolo "Medical Humanities courses becoming prerequisites in many medical schools" di Adrianna Banaszek, (*Canadian Medical Association Journal-CMAJ*) descrive l'inserimento delle MH tra i prerequisiti richiesti all'interno delle Scuole di Medicina e gli effetti positivi che ciò comporta sulla formazione dei giovani medici.

Spesso, nella formazione medica c'è così tanto da imparare, e la parte più prettamente "scientifica" è così preponderante che qualsiasi cosa, riconducibile alla categoria dei "sentimenti", viene tralasciata non ritenendola importante. Gli esempi citati dimostrano la crescente sensibilizzazione verso l'offerta di strumenti per approfondire l'ascolto del paziente, l'empatia, ed avere un approccio più narrativo alla cura, che, nell'insieme, permettono un rapporto migliore non solo con il paziente, ma anche nei confronti della stessa professione medica.

## GLI INSEGNAMENTI DELLE MEDICAL HUMANITIES

In questa fase storica della formazione degli operatori sanitari, sempre più con maggiore insistenza si fa riferimento alla necessità di sviluppare, oltre le abilità tecniche, anche le "competenze umanistiche". **Appare quanto mai necessaria un'innovazione curricolare nei percorsi formativi degli operatori sanitari. Già da** diversi decenni le Università statunitensi si sono fatte portavoce di tale innovazione prevedendo al loro interno insegnamenti di *MH*.

Facendo riferimento alla formazione di base in Italia, è importante fornire all'operatore un'impostazione rispetto allo sguardo sulla malattia e sul paziente che metterà in atto nella sua vita professionale; le *MH* potrebbero essere proposte sia come corsi obbligatori che opzionali (elettivi) o, ancora, semplicemente inserite in modo sporadico nei corsi ufficiali (esempio: durante il corso di oncologia al fine di far meglio comprendere cosa significa avere questa malattia). Inoltre, le *MH* devono

essere proposte a profili professionali diversi, in anni differenti della formazione di base e in connessione più o meno diretta con le attività formative sul campo.

Per quanto riguarda l'obbligatorietà o meno delle *MH*, la progettazione dei relativi corsi come obbligatori e, quindi, appartenenti al *core curriculum*, si potrebbe realizzare solo se tali corsi sono pienamente condivisi da una Facoltà nella sua globalità, ossia solo se essi rientrano nella mission che una Facoltà decide di darsi. D'altro canto, sarebbe preferibile rendere i percorsi di *MH* opzionali in quanto frutto di una libera scelta dello studente che, in quanto adulto, predilige differenti strategie di apprendimento e ha sviluppato specifici interessi.

Ulteriore riflessione merita la collocazione temporale di queste attività, anche se opzionali, nell'ambito del corso di studi: se proposte ai primi anni, probabilmente, sarebbero velocemente dimenticate ma se inserite negli anni clinici colluderebbero con un già troppo intenso programma di lavoro. Quindi è indispensabile che le *MH* vengano intercalate in maniera idonea tra corsi classici sia in termini di continuità temporale che in termini di integrazione orizzontale e verticale dei saperi in campo biomedico.

Fatti salvi, infatti, i requisiti minimi di conoscenza delle *MH* che la *CPPCCLMM&C* ha già delineato per i curricula formativi degli studenti, sono numerose, tuttavia, le proposte elaborate nel tempo per l'inserimento dell'etica medica e delle *MH* nei curricula delle professioni sanitarie. Tra queste va ricordato che il *Comitato Nazionale per la Bioetica* affermò la necessità di inserimento le *MH* fin dagli inizi della sua attività, dedicandovi uno dei suoi primi documenti.

Anche la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), nel documento "Progettiamo il futuro", "...si impegna a favorire la centralità della relazione di cura tra medico e paziente nell'organizzazione sanitaria".

Nella stessa "Carta dei Valori e delle Competenze degli Studenti in Medicina e Chirurgia: Il Medico nel Terzo Millennio" dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" si prende atto dei radicali cambiamenti avvenuti nella professione medica e si propone di coltivare una serie di valori, tra i quali: "empatia con il paziente ed i congiunti; predisposizione psicologica ad aiutare; contatto umano e fisico con il paziente".

Nello studio "*Medical Humanities in healthcare education in Italy: a literature review*" si evidenzia che "l'insegnamento delle *MH* è ritenuto una caratteristica fondamentale nell'educazione universitaria degli operatori sanitari che intendano proporre un approccio bio-psicologico-sociale alla cura e si evidenzia ... la mancanza di un approccio multidisciplinare e multi professionale".

Lo stesso Istituto Superiore di Sanità (ISS), pur non essendo una struttura clinica e non operando direttamente con pazienti avendo "funzioni di ricerca, controllo, consulenza, regolazione e formazione", sostiene pienamente la proposta di integrare i curricula degli studenti di medicina e delle professioni dell'area sanitaria con un'adeguata formazione avente per oggetto le *MH*. Ciò in quanto la centralità della

persona è cruciale nell'attività dei medici e dei vari professionisti della sanità non solo se operanti "al letto del malato" e, più in generale, in relazione diretta con i loro assistiti, ma anche se impegnati nei settori della sanità pubblica e della ricerca. Il rischio infatti, per i professionisti della sanità pubblica orientati alla dimensione collettiva della salute, è di dimenticare che la salute delle popolazioni si ottiene tutelando e promuovendo la salute degli individui così come il rischio, per i professionisti della ricerca, è dimenticare che il risultato della ricerca deve essere la cura delle persone.

## Insegnamenti:

### **Storia della medicina**

*Obiettivi formativi:* Al termine del corso lo studente avrà assimilato il contenuto e il senso delle idee biomediche del nostro tempo, attraverso la storia della loro evoluzione. Il corso consentirà di acquisire le idee-guida della storia dell'arte medica in una visione globale del passato, determinando le influenze esercitate sullo sviluppo del pensiero medico e l'impatto di questo sugli altri settori del sapere e sul comportamento umano. Comprensione del carattere scientifico e umano della medicina.

Lo studente sarà capace di utilizzare un corpo di conoscenze teoriche derivanti dalla Medicina, dalle scienze biologiche comportamentali e sociali e da altre discipline per riconoscere i bisogni delle persone assistite nelle varie età e stadi di sviluppo della vita. Sarà inoltre in grado di integrare le conoscenze mediche teoriche e pratiche con le scienze biologiche, psicologiche, socio-culturali e umanistiche utili per comprendere la complessità di individui di tutte le età, gruppi e comunità.

### **Antropologia medica**

*Obiettivi formativi:* Al termine del corso lo studente avrà acquisito conoscenze e competenze teoriche sui confini e frontiere dell'Antropologia e sui principali strumenti concettuali e metodologici; conoscenze e competenze rispetto alle narrative dell'evidenza (NBM e EBM) e all'evidenza delle narrative: l'esperienza, la sofferenza sociale (prospettiva antropologia medica critica). Obiettivo del corso sarà anche quello di stimolare la sensibilità all'importanza dell'approccio antropologico in un contesto sanitario e interculturale.

### **Psicologia Clinica**

*Obiettivi formativi:* Al termine del corso lo studente avrà acquisito la conoscenza degli elementi fondanti la tecnica dell'intervento psicologico clinico. La comprensione della psicologia clinica presuppone la comprensione della psicologia generale con la quale si pone in continuità. Il corso riprende il concetto di progetto di psicologia e la definizione delle rappresentazioni del soggetto (passivo, attivo, autonomo) esplorandone le conseguenze nei processi di conoscenza e di intervento psicologici. Il corso analizza la relazione clinica come risultato di una costruzione che implica una serie di elementi tecnici cruciali: la definizione del contesto all'interno del quale si sviluppa la conoscenza, la presenza nel campo dello stesso interveniente, la definizione del setting, l'analisi della domanda, il ruolo e l'uso delle emozioni. La

discussione sul normale e il patologico precede la discussione sull'osservazione e la valutazione dei processi adattativi.

### **Medicina narrativa**

*Obiettivi formativi:* Il corso intende fornire allo studente le basi teoriche della medicina narrativa e gli strumenti metodologici per la sua implementazione. Con il termine "medicina narrativa" ci si riferisce al cosciente ricorso alle narrazioni in ambito sanitario e socio-sanitario come strumento per arricchire la comprensione della storia clinica, a fini diagnostici e terapeutici, nonché per valutare e migliorare, a livello organizzativo, la qualità dei percorsi di cura, riavvicinando la prospettiva dei curanti con quella dei curati. Le narrazioni di malattia hanno avuto una notevole diffusione negli ultimi anni sia nella pratica clinica che nella ricerca sociale e il presente corso intende sviluppare competenze spendibili in entrambi gli ambiti. Sul versante clinico l'obiettivo sarà favorire l'acquisizione di competenze narrative considerate sempre più necessarie nel bagaglio formativo dei professionisti sanitari per accogliere e stimolare le narrazioni dei loro assistiti nell'ottica di diventare "co-autori" di una storia di cura condivisa. Sul versante della ricerca sociale verrà approfondito il ricorso alle storie di malattia quale tecnica di ricerca qualitativa.

Nel dettaglio, il corso si propone di far conoscere i fondamenti epistemologici della medicina narrativa, gli ambiti di ricerca e di applicazione, far acquisire le principali competenze narrative atte a sviluppare sensibilità relazionali nel lavoro di cura. Al termine del corso gli studenti sapranno, inoltre, formulare un progetto di applicazione della medicina narrativa e valutarne gli esiti.

### **Tecniche di comunicazione**

*Obiettivi formativi:* Il corso intende far acquisire agli studenti la consapevolezza delle proprie modalità di comunicazione e gli strumenti per comprendere in profondità il paziente. Attraverso lo sviluppo delle capacità di ascolto attivo e dell'empatia gli studenti saranno capaci di creare una relazione di alleanza con il paziente e gestire efficacemente situazioni ad alto contenuto emotivo. Ulteriore obiettivo del corso sarà far acquisire allo studente la capacità di utilizzare il potere delle parole in ambito medico al fine di ingenerare nel paziente la condivisione della diagnosi e l'adesione alla terapia.

### **Bioetica**

*Obiettivi formativi:* Il corso ha lo scopo di fornire gli strumenti metodologici per comprendere e assimilare i concetti fondamentali del dibattito bioetico. Si propone quindi di promuovere: 1) l'acquisizione e lo sviluppo della capacità di risolvere controversie relative ai problemi principali del dibattito bioetico contemporaneo; 2) l'acquisizione e sviluppo della capacità di rielaborare e fornire giudizi autonomi in merito ai problemi principali del dibattito bioetico contemporaneo; 3) l'acquisizione della capacità di discutere posizioni filosofiche differenti in maniera critica.

## CLASSIFICAZIONE DEI SAPERI

### Criticità e sviluppi futuri

L'opportunità di un ampliamento del percorso formativo dei professionisti della salute attraverso le MH appare sempre più attuale e necessario a guadagnare standard educativi sempre più alti. Appare però necessario da un lato superare la subordinazione delle MH verso la biomedicina, dall'altro arricchire l'offerta formativa in modo da rispettare il carattere multidisciplinare delle MH, oggi ancora rappresentate per lo più dalla storia della medicina e dalla bioetica.

E' pertanto fondamentale incentivare nel percorso formativo dei professionisti della salute un approccio multidimensionale, volto a creare connessioni fra ciò che già è insegnato (bioetica e storia della medicina) e ciò che non lo è ancora in modo strutturato (antropologia medica; sociologia; pedagogia medica; igiene e sanità pubblica; letteratura e arte). L'integrazione tra discipline diverse andrebbe monitorata in modo da garantire processi di apprendimento che abbiano ricadute concrete sugli standard delle prestazioni sanitarie.

### Ridefinizione dei saperi: il parere del Consiglio Universitario Nazionale (CUN)<sup>2</sup>

Il Consiglio Universitario Nazionale, su richiesta del Ministro de MIUR, ha espresso (7 maggio 2018) un parere generale «*Per un modello di aggiornamento e razionalizzazione della classificazione dei saperi accademici e del sistema delle classi di corso di studio, anche in funzione della flessibilità e dell'internazionalizzazione dell'offerta formativa*». In sintesi, il CUN ha proposto un nuovo modello informato a considerazioni culturali e funzionali nonché a criteri di semplificazione e razionalizzazione, costruito in modo da assicurare comunque la sostenibilità del sistema in tutte le sue funzioni.

In particolare, il CUN ritiene «*necessario intervenire effettuando una revisione complessiva delle classi di corsi di studio*» senza «*proporre una riforma del sistema di formazione universitaria... o... intervenire sul DM n.270/2004*» ma ritenendo «*sufficiente effettuare un intervento di manutenzione e di aggiornamento dei decreti di istituzione delle classi di corso di studio*» con i seguenti obiettivi:

- Aggiornare gli obiettivi culturali delle classi all'evoluzione dei saperi, della società e delle professioni;
- Aggiornare gli sbocchi professionali delle classi all'evoluzione del mondo del lavoro;
- Introdurre alcune nuove classi rispondenti alle richieste della cultura e della società contemporanea;
- Aumentare la flessibilità nella costruzione dei corsi di studio all'interno delle classi, mantenendone al contempo una piena riconoscibilità culturale e professionale;
- Facilitare l'ingresso al percorso di formazione insegnanti;
- Facilitare la creazione di percorsi internazionali;

<sup>2</sup> CUN – MIUR: Parere generale n.22 del 7/5/2018 «*Per un modello di aggiornamento e razionalizzazione della classificazione dei saperi accademici e del sistema delle classi di corso di studio, anche in funzione della flessibilità e dell'internazionalizzazione dell'offerta formativa*».

- Adeguare le classi alle modifiche normative intercorse negli ultimi dieci anni, inclusa la recente introduzione delle lauree a orientamento professionale;
- Permettere che i corsi attualmente attivi possano passare facilmente al nuovo sistema quando esso venisse accolto e introdotto;
- Assicurare al sistema una coerenza complessiva.

Infine la classificazione delle Aree dell'**European Research Council (ERC)** pone in risalto il ruolo primario delle MH e la loro necessaria collocazione nell'aggiornamento della classificazione dei saperi e dei corsi di studio, come si evidenzia dalla seguente classificazione:

**SH (Social Sciences and Humanities);**

**PE (Physical Sciences and Engineering);**

**LS (Life Sciences).**

### OFFERTA FORMATIVA SULLE MEDICAL HUMANITIES

Alla luce di quanto esposto e del recente parere del CUN che pone in risalto la necessità di un adeguamento dei corsi all'evoluzione della società e delle necessità contingenti, è ancor più palese come le MH siano deputate a svolgere un ruolo primario nella formazione dei professionisti delle aree sanitarie; indubbiamente, senza ulteriore aggravio per gli studenti i quali focalizzano i propri studi al raggiungimento dei crediti obbligatori ma, soprattutto, in relazione al fatto che le MH debbano rappresentare l'espressione del sapere scientifico e culturale del professionista della sanità.

Le MH non potranno mai essere identificate in un punteggio di crediti formativi ma dovranno essere parte integrante della filosofia degli studi per preparare i futuri professionisti a svolgere la propria attività nel rispetto dei principi della vita umana e in "scienza e coscienza" così da offrire alle persone il meglio del proprio sapere e della professionalità come un unicum rivolto a considerare la persona in quanto tale e non più come un "qualcosa", oggetto di studio e cura.

Di conseguenza, invece di incrementare le ore di lezione con le materie d'insegnamento sulle MH, sembrerebbe più utile rimodulare i corsi così da inserire negli stessi, in modo più incisivo, l'integrazione dei saperi e quindi la conoscenza delle MH secondo la seguente proposta di offerta formativa che si sviluppa attraverso vari momenti dei rispettivi corsi di laurea, secondo un modello cronologico di attuazione:

#### **1. Corso propedeutico sulle MH ovvero "Battesimo delle matricole"**

Istituzione di un modulo ad hoc, rivolto alle matricole - propedeutico ed obbligatorio – da effettuarsi prima dell'inizio dei rispettivi corsi di studio, della durata di 3-5 giorni (15 – 25 ore) in relazione alla figura

professionale considerata ed ai rispettivi corsi di studio. Il modulo potrebbe svolgersi mediante insegnamento diretto e formazione a distanza (FAD). Questo “battesimo” che introduce l’insegnamento delle MH permetterebbe ai futuri medici d’essere edotti su quali siano le aspettative cui dovranno rispondere e, al contempo, comprendere, in questa prima fase quale sia l’importanza delle rispettive professioni che “vestiranno” per tutto il corso della loro vita professionale.

Si potrebbe prevedere anche un “bonus” di crediti formativi per la frequenza del corso.

## **2. Integrazione dei Saperi nella “dorsale” dei corsi di laurea**

La formazione umanistica va interconnessa, in termini di continuità temporale, integrazione orizzontale e verticale, alle discipline biomediche. Anche alla luce del recente parere del CUN, sarebbe opportuno raccogliere in una area specifica la formazione sulle MH, strutturata lungo la “dorsale” dei rispettivi corsi, prevedendo un coordinamento da parte di una figura competente che, capace di muoversi attraverso diverse aree di conoscenza e formazione, dovrebbe necessariamente essere un medico.

Data la diversità dei rispettivi corsi di laurea, la “dorsale” potrebbe essere identificata attraverso *key words* (parole chiave), da riprendere nel corso di ciascun anno. Ciò potrebbe attuarsi anche attraverso le modalità di insegnamento digitali come, ad esempio, la FAD che non aggraverebbe le ore di studio degli studenti, potendone scegliere orario e tempistica per effettuare la stessa, ma, soprattutto, faciliterebbe l’avvicinamento alle MH offrendo una modalità d’insegnamento moderna, favorendone l’assimilazione attraverso una migliore gestione, volendo anche ripetitiva, dei saperi. Del resto i corsi FAD sono molto diffusi ed estremamente seguiti negli ECM, proprio in virtù della loro duttilità di apprendimento.

Va segnalato, infine, che il Tavolo di lavoro Misto (Ministero Salute – MIUR) e le Raccomandazioni della Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia (CPPCCLMM&C) convergono nella decisione di implementare i singoli CLM con attività didattiche riguardanti obiettivi specifici in cure palliative e terapie del dolore, temi insufficientemente trattati, fino ad oggi, nei corsi delle professioni sanitarie.

## **3. Conoscenza delle tecniche di comunicazione**

La comunicazione è qualcosa con cui ogni giorno della vita abbiamo a che fare e la comunicazione interpersonale appare come qualcosa di scontato come un qualcosa che tutti sappiamo fare quotidianamente. Una comunicazione efficace è quella nella quale sono coinvolti i tre livelli (verbale, paraverbale e non verbale) tra loro coerenti. La mancanza di coerenza tra i tre livelli determinerà una comunicazione inefficace. Conosciamo tutti l’importanza della comunicazione medico-paziente e una comunicazione è efficace per entrare in contatto con gli altri, per dare e ottenere fiducia, affermare, tranquillizzare, coinvolgere, ottenere consenso ma gli elementi che portano all’effetto voluto sono l’empatia, come capacità’ di sintonizzarsi emotivamente con gli altri, la capacità di ascolto,

la flessibilità e l'efficacia dei feedback riguardo gli sviluppi nella conversazione, la spontaneità e l'assertività.

A maggior ragione, assume rilevanza fondamentale la comunicazione medico-paziente poiché al di là della sua natura eminentemente scientifica, l'atto medico racchiude in sé componenti di natura psicologica, etica e relazionale da cui è impossibile prescindere. Da qui la "presa in carico" o il "prendersi cura" che rimandano inevitabilmente alla primaria relazione d'aiuto, i cui elementi caratterizzanti (attenzione ai bisogni e capacità di risposta, capacità d'ascolto, comunicazione anche non verbale, empatia, presenza, sostegno psicologico, etc.) non sono certo ancorati alle biotecnologie, ma a quei fattori di natura psicologica, etica e relazionale che nelle attuali modalità di esercitare la medicina rappresentano gran parte dell'insoddisfazione da parte dei pazienti. Come già precedentemente affermato "il tempo della comunicazione va considerato quale tempo di cura".

E' oggi inaccettabile che i futuri professionisti della salute non siano in grado, al termine dei rispettivi corsi di laurea, di affrontare la relazione medico-paziente o tra professionisti in quanto parzialmente privi della conoscenza delle metodologie di comunicazione (presa in carico del paziente, comunicazione di una malattia, comunicazione evento avverso, conforto fine vita, confronto con i colleghi, etc.). La conoscenza della comunicazione affina l'assorbimento delle MH e facilita anche il proprio percorso professionale. Sarebbe utile pertanto prevedere un corso agli studenti del primo anno (medicina, odontoiatria e professioni dell'area sanitaria) sulle strategie di comunicazione più innovative, ad opera di un team di docenti composto da comunicatori, psicologi, sociologi, antropologi, che affronti i diversi ambiti di sviluppo delle metodologie di comunicazione e renda questa competenza un prezioso strumento professionale per promuovere un rapporto di fiducia tra paziente ed equipe assistenziale.

#### **4. Il traguardo della consegna formale dei camici bianchi**

La cerimonia di consegna del camice bianco (*White Coat Ceremony*) è una sorta di moderno rito di iniziazione, presente nel 96% delle scuole di medicina negli Stati Uniti, che si sta diffondendo anche in altri Paesi. La cerimonia segna il passaggio, significativo, dagli studi preclinici a quelli clinici (il passaggio tra il 3 e 4 anno) in cui lo studente si accinge ad attraversare un ponte virtuale, preparandosi per la professione.

Da questo momento comincia il percorso per "diventare" un medico e non solo per esserlo. L'obiettivo della cerimonia è quello di fare in modo che i futuri medici prendano coscienza dell'importanza del loro ruolo, agli inizi del loro percorso e non alla fine, e che si rendano conto che d'ora in poi il banco di prova sarà il malato e non solo la malattia come insegnava William Osler, medico canadese, definito come il padre della medicina moderna.

#### **5. Le Medical Humanities nell'Educazione Continua in Medicina (ECM)**

L'ECM è il processo attraverso cui il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio sanitario e adeguare il proprio sviluppo professionale, e

rappresenta, per quanto concerne le MH, lo strumento elettivo affinché, terminati i rispettivi corsi di laurea, i professionisti della salute non “dimentichino” quei saperi che dovranno accompagnarli nel corso di tutta la loro vita professionale.

Tuttavia i medici, così come le altre figure professionali sanitarie, saranno volti ad effettuare gli obblighi degli ECM relativamente ai settori lavorativi e/o specialistici in cui operano e non avrebbero interesse ad effettuarne sulle MH. Sarebbe pertanto utile prevedere eventuali forme di incentivazione che potrebbero configurarsi, ad esempio, in un rilascio di crediti formativi gratuiti - validi per tutte le aree di competenza ECM - al superamento dei corsi ECM sulle MH. In particolare, potrebbe prevedersi l'obbligatorietà di svolgere almeno un corso (preferenzialmente FAD) ogni tre anni, con il rilascio di un numero di crediti formativi gratuiti (da stabilire, es. 15) validi anche per i due anni successivi.

Queste forme di “incentivazione” sulle MH rappresenterebbero una soluzione ottimale per permettere ai professionisti di “rinnovare” la conoscenza dei Saperi che altrimenti, anche a causa delle sempre più frenetiche attività professionali che caratterizzano la medicina moderna, sarebbe presto accantonata. La conoscenza delle MH deve essere al contrario incentivata e le MH vanno collocate in primo piano nell’agenda dei problemi della salute e tale esigenza viene ormai ripresa e proposta anche dai più autorevoli Consessi internazionali e dalla letteratura scientifica, non ultima “The Lancet”, per ricostruire l’empatia, legame emozionale e relazionale, del rapporto psicologico e spirituale tra il medico ed il malato e i suoi familiari.

Un’ultima riflessione, infine, che fa seguito all’istituzione del Sistema Nazionale delle Linee Guida, riguarda il dover considerare e valutare la dimensione delle MH anche nella produzione scientifica delle Linee Guida, basate ormai sull’*evidence based health care & policy*, che rappresentano uno stimolo per la comunità medico scientifica e le associazioni professionali al fine di approfondire il proprio impegno culturale di ricerca e sintesi critica delle evidenze disponibili e, al contempo, un’opportunità per “rinsaldare” i principi delle MH, garantendo ai cittadini assistenza e cure socio sanitarie migliori e sempre più secondo i principi dell’umanizzazione delle cure.

## BIBLIOGRAFIA

1. Agenas on line: Promuovere la centralità della persona nel Servizio Sanitario Nazionale: Il ruolo di Agenas – Monitor Elementi di analisi e osservazione del sistema salute40 Anno XV numero 40 • 2016 Trimestrale dell’Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali pagg. 50-53
2. Autori Vari “I libri che hanno fatto la storia della medicina” Sapienza Università Editrice, 2016.
3. Banaszek A. “Medical Humanities courses becoming prerequisites in many medical schools” Canadian Medical Association Journal (CMAJ). 17 maggio 2011; 183 (8): E441-E442.
4. Besmond de Senneville L. Pour les futurs soignants, l'éthique n'est plus une option. La Croix 6 Novembre 2017.
5. Broer T., Bal R, Pickersgill M. Problematizations of complexity: on the notion and production of diverse complexities in healthcare interventions and evaluations. Sci Culture 2017; 26: 135–60.
6. Callard F., Fitzgerald D. Rethinking interdisciplinarity across the social sciences and neurosciences. New York: Palgrave, 2015.
7. Cardinale A.E. Medicina tra Storie e Storie – pagg. 372 Magi edizioni, 2015.
8. Cardinale A.E. Nuovo Umanesimo per la Medicina - Corriere della Sera, pag. 53 foglio 1, 3 giugno 2018.
9. Cardinale A.E. Sono utili le Scienze umane in un’epoca di medicina tecnologica ed informatica? – L’Ospite, Medicina & Cultura 1, Anno 1, luglio 2018.
10. DM 27 febbraio 2018. Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG). G.U. della Repubblica Italiana - Serie generale 20 marzo 2018;159(66):16-18.
11. English V., Sommerville A., Brannan S., Chrispin E., Davies M., Mussell R., Sheather J. (British Medical Association – BMA). Medical ethics today. The BMA's handbook of ethics and law. 3rd ed. London: BMJ Books - British Medical Journal Books, British Medical Association, 2012, p. 739-769 (Chapter 18. Education and training).
12. Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - FNOMCeO. Progettiamo il futuro. Dalla III Conferenza Nazionale della Professione Medica e Odontoiatrica di Rimini: progettiamo il futuro. 16 settembre 2016.
13. Fieschi L., Matarese M., Vellone E., Alvaro R., De Marinis MG. Medical humanities in healthcare education in Italy: a literature review. Annali dell’Istituto Superiore di Sanità 2013; 49(1):56-64.
14. Fiori A., Binetti P. Bioetica ed educazione sanitaria. In: Sgreccia E, Di Pietro P. Bioetica e formazione. Milano: Vita e Pensiero, 2000, p. 67-96.
15. General Medical Council. Tomorrow’s Doctors. Outcomes and standards for undergraduate medical education. September 2009.
16. Giardina S., Viridis A., Spagnolo A.G., La Storia della Medicina e la sua dimensione etico-antropologica, Medicina e Morale 2010/6: 1069-1087.
17. Giardina S., Spagnolo A.G., I medici e il camice bianco. Note storico-culturali e implicazioni per la formazione dello studente di medicina, Medicina e Morale 2014/2: 217-231.
18. Giardina S., Spagnolo A.G., Storie di medici e malati nell’arte e nella letteratura: un approccio narrativo alla Storia della Medicina nelle Facoltà mediche, Medicina e Morale 2017/1: 11-30.
19. Giardina S., Spagnolo A.G., Perché i medici dovrebbero (ri)leggere i classici, Medicina e Morale 2017/5: 581-590
20. “I Laboratori” D.G.Programmazione sanitaria, Ministero della Salute pagina web.[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pagineAree\\_248\\_listaFile\\_itemName\\_7\\_file.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_248_listaFile_itemName_7_file.pdf)
21. Legge 8 marzo 2017, n. 24. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. G.U. della Repubblica Italiana - Serie generale 17 marzo 2017; 158 (64):1-15.
22. Ministero della Salute. Decreto 2 agosto 2017. Elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie. G.U. della Repubblica Italiana - Serie generale 10 agosto 2017; 158 (186):19-21.
23. Ministero della Salute. Decreto 24 ottobre 2014. Approvazione dello statuto dell’Istituto Superiore di Sanità, ai sensi dell’articolo 2 del Decreto Legislativo 28 giugno 2012, n. 106 (allegato, art. 1). G.U. della Repubblica Italiana – Serie Generale 18 novembre 2014; 155(268):19-24.
24. Noccelli M. Il giudice amministrativo nella tutela dei diritti fondamentali ([www.giustizia-amministrativa.it](http://www.giustizia-amministrativa.it))
25. Patto per la Salute 2014 – 2016 ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it))
26. Petrini C. Person: centre both of clinical ethics and of public health ethics. Annali dell’Istituto Superiore di Sanità 2012; 48(1):1-4.

27. Pickersgill M. Sociotechnical innovation in mental health: articulating complexity. In: Flear ML, Farrell A, Hervey TK, Murphy T, eds. European law and new health technologies. Oxford: Oxford University Press, 2013: 323–42.
28. Sridhar D, Winters J, Strong E. World Bank's financing, priorities, and lending structures for global health. *BMJ* 2017; 358: j339.
29. The social sciences, humanities, and health [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Vol 391 April 14, 2018 (p. 1462-63)
30. Volpe M., Familiari G. (Università degli Studi di Roma La Sapienza). Carta dei Valori e delle Competenze degli Studenti in Medicina e Chirurgia: "Il Medico nel Terzo Millennio". 2015.
31. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim Report. World Health Organization, Geneva, 2015  
([apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO\\_HIS\\_SDS\\_2015.6\\_eng.pdf?ua=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?ua=1)).

Il Coordinatore  
Prof. A. Elio Cardinale

Il Presidente della Sezione I  
Prof. Rocco Bellantone

Il Segretario della Sezione I  
Dr. Stefano Moriconi