

## Spunti per un possibile aggiornamento del Piano di formazione nella Facoltà di Medicina del CBM dopo i suoi primi venti anni

*Ideas for a possible updating of the educational Plan in the Faculty of Medicine of the CBM after its first twenty years*

**PAOLA BINETTI**

**Università Campus Bio-Medico di Roma**

La Facoltà di Medicina dell'Università Campus Bio-Medico di Roma nasce nel 1992, con una spiccata vocazione umanistica, che la pone fin dagli inizi all'avanguardia nel processo di riflessione sulle Medical Humanities, considerate essenziali nel piano di formazione degli studenti. Obiettivo del progetto Campus è la centralità della persona sia nel processo di formazione degli studenti che in quello di cura dei pazienti, ma anche e soprattutto nel governo clinico del policlinico. Solida formazione scientifica e nuove competenze tecnologiche affiancano il senso di responsabilità dei medici e degli infermieri, che debbono acquisire nuovi livelli di competenza in campo economico-organizzativo per dare fondamento all'etica della cura. A distanza di 20 anni si rende urgente inserire nel piano di studi una nuova dimensione culturale, in linea con le sfide che si pongono oggi alla sanità. Concretamente si tratta di imparare a muoversi su di un nuovo binario in cui da un lato si concentrano le problematiche di natura bio-giuridica e bio-politica e dall'altro quelle di natura economico-organizzativa. Occorre insegnare a muoversi all'interno di nuovi modelli socio-assistenziali anche alla luce della progressiva riduzione delle risorse disponibili in sanità. Mentre sul piano bioetico occorre tener conto che il principio di autodeterminazione, così come proposto in molti ambienti culturali, corre il rischio di convertirsi in un rifiuto delle cure salvavita, che impone al medico di non-curare, capovolgendo il paradigma strutturale della medicina. Di tutto ciò non può non tenere conto la formazione che la Facoltà di Medicina dà agli studenti, specialmente ai suoi specializzandi, una formazione sempre più esigente, capillare e rigorosa, in cui il medico non rinuncia ad educare alla vita e alla salute mentre cura i suoi pazienti.

**Parole chiave:** Educazione medica, medical humanities

Indirizzo per la corrispondenza  
*Address for correspondence*

**Prof. Paola Binetti**

Università Campus Bio-Medico di Roma  
Via Álvaro del Portillo, 21 - 00128 Roma  
e-mail: p.binetti@unicampus.it

*The Medical Faculty of the Campus Bio-Medico University was founded in 1992 with a deep humanistic vocation which, since the beginning, placed it at the forefront in the process of studying Medical Humanities which are considered essential in the students' educational plan. The aim of the Campus project is the centrality of the person in the educational process as well as in the caring of patients but especially in the clinical governance of the university hospital. Sound scientific education and new technological skills are required alongside with the sense of responsibility of doctors and nurses who have to acquire new levels of competence in the economic and organizational fields in order to provide a foundation for the ethics of care. After twenty years it is urgent to include in the curriculum a new cultural dimension in line with the challenges which the healthcare system is facing today. In practice this means that we need to move on a new track where the bio-law and the bio-political issues are concentrated and figure next to problems of economic and managerial nature. It is necessary to teach how one has to move within these new care models in the light of a progressive reduction of available resources in the healthcare system. On the bioethical level it is necessary to consider that the principle of self-determination, as presented in many cultural environments, is likely to deny life-saving treatments thus requiring the physician not to treat [the sick] and therefore changing radically the structural concept of medicine.*

*The education given to medical students and especially to residents can not fail to take into account these aspects. It has to be always more demanding, extensive and rigorous, so that the doctor does not give up educating to life and health, while treating his patients.*

**Key words:** *Medical Education, medical humanities*

## Premessa

Fin dagli inizi della vita dell'Università Campus Bio-Medico era chiaro a chi si apprestava a creare la nuova Università che il futuro della medicina non passava solo attraverso i progressi delle scienze sperimentali, ma richiedeva una profonda interazione con le scienze umane (Mottini, 1999). Un'interazione indispensabile per dare risposte significative ai grandi quesiti, spesso del tutto inediti e inattesi, che già in quegli anni si ponevano alla medicina. In 20 anni sono cambiate molte cose nel nostro Sistema Paese. Da un lato ci sono stati i grandi progressi tecnico-scientifici nel campo della biomedicina, ma dall'altro la crisi economico-finanziaria che ha investito l'Europa, ha creato una forte contrazione delle risorse e un impoverimento progressivo nelle Istituzioni: Università e Sanità, e nella maggioranza delle famiglie.

Come sempre i grandi cambiamenti sociali hanno indotto nuove domande di formazione, per intercettare i nuovi bisogni di salute. I modelli didattici e i modelli assistenziali sono andati incontro ad un lento processo di cambiamento nel tentativo di adattarsi in modo costruttivo alle mutate condizioni del sistema universitario e del sistema sanitario. Si è cercato di immaginare nuovi modelli assistenziali in tempi di grave crisi economica; di accogliere l'aziendalizzazione del mondo sanitario senza cadere nella spersonalizzazione del rapporto medico-paziente; di creare team di curanti sempre più articolati, composti da profili professionali diversi. È diventato urgente valutare anche sotto il profilo economico l'impatto delle nuove tecnologie su interventi impensabili fino a poco tempo fa, per contribuire alla rapida diffusione delle conoscenze scientifiche anche al di fuori della cerchia degli esperti. I medici hanno imparato, ed insegnato, a dialogare con una nuova tipologia di pazienti, sempre più competenti e sempre più decisi ad intervenire attivamente nel processo di cura che li riguarda, assumendo una posizione critica nei confronti del personale sanitario e delle istituzioni ospedaliere. Tutti i docenti hanno cercato di familiarizzarsi con la nascita di nuove discipline come la biopolitica e la bio-giuridica, per rispondere alle domande che un'opinione pubblica sempre più coinvolta poneva loro.

Luci ed ombre che non sempre hanno contribuito a migliorare le condizioni di cura offerte ai pazienti, e forse neppure le proposte didattiche rivolte agli studenti, ma certamente hanno fatto evolvere il livello di consapevolezza con cui docenti e studenti da un lato, medici e malati dall'altro, affrontano il rapporto salute-malattia, ridisegnando stili relazionali nuovi e nuovi livelli di responsabilità nella formazione e nell'assistenza. E da qui occorre ripartire.

## Le *Medical humanites*

Sono proprio i nuovi grandi quesiti che toccano lo statuto della medicina a reclamare nuovi livelli di conoscenza

e di competenza nella formazione del medico. La domanda chiave riguarda il nuovo profilo del medico, quello che richiedono i progressi della scienza e della tecnica, ma anche quello che richiedono i mutamenti sociali, i crescenti livelli di competenza raggiunti da molti pazienti e soprattutto una percezione sempre più forte e determinata del loro ruolo nel processo di diagnosi e cura. La domanda è quindi: di quale medico c'è bisogno oggi e quale medico vogliamo formare oggi per domani. La domanda riguarda non tanto il medico che vorrei... quanto il medico che serve, perché la dimensione del servizio è la filigrana sulla quale s'iscrivono tutte le altre conoscenze e competenze del medico. E in questa chiave devono orientarsi anche i piani di studio delle Facoltà di Medicina: quale medico serve al Paese nella concretezza delle sue circostanze socio-economiche e nella prospettiva che la ricerca scientifica permette.

Fin dagli inizi della vita del Campus Bio-Medico uno dei punti di riferimento nella costruzione del curriculum di studi sono state le *Medical Humanities*, per la loro capacità di abbattere gli steccati tra le varie discipline e di esigere una riflessione sull'uomo nella sua completezza. A tutti i docenti si è sempre chiesto un sapere sapienziale che andasse oltre il proprio sapere disciplinare, frutto di esperienza umana oltre che di conoscenza scientifica. Un sapere che aiutasse a considerare l'uomo, soprattutto l'uomo malato, nella sua integrità, prendendo in considerazione tutti gli aspetti della sua vita, alla luce della profonda correlazione che c'è tra di loro. Le *Medical Humanities*, senza nulla togliere al rigore della formazione scientifica, evitano che questa diventi l'unico asse portante dell'intera struttura formativa. Perché il medico, proprio per poter essere un buon medico, non può sottrarsi alle domande che, dietro il concetto di salute e malattia, di vita e di morte, pongono anche interrogativi sul bene e sul male, sul vero e sul falso. Sono domande che inquietano anche l'uomo di oggi, come è sempre accaduto e riguardano il senso della sua vita. Per questo è necessario imparare a riconoscerle attraverso le diverse emozioni del malato, dando un nome alle sensazioni che in lui creano dolore, fastidio o semplice disagio. In altri termini occorre accogliere la soggettività del malato come un bene prezioso, come un libro che occorre saper leggere ed interpretare. Si è cercato di far credere ai medici in formazione che solo un sapere distaccato, separato dal suo apparato emotivo, fosse un vero sapere; si è cercato di rafforzare nel medico la convinzione che solo un'oggettività disincarnata offrisse la garanzia adeguata per trattare il malato con la necessaria lucidità scientifica. Al Campus si è cercato fin dagli inizi di capovolgere questo strano paradigma suggerendo agli studenti e ai giovani medici di accogliere il vissuto del paziente con tutta l'umanità di cui erano capaci, chiedendo loro di individuare realisticamente la propria personale soglia di criticità per imparare a chiedere aiuto con schiettezza e semplicità ai loro tutor o ai colleghi più esperti.

Comprendere il valore delle scienze umane nella formazione medica significa anche interrogarsi su come sia stato

possibile giungere alla loro obsolescenza dopo oltre venti secoli di forte tradizione umanistica. Fino a poco più di cento anni fa infatti il curriculum di studi prevedeva un biennio di studi filosofici con due solidi punti di riferimento: da un lato la filosofia morale, necessaria per dare fondamento all'indispensabile etica medica, e dall'altro la logica, per garantire al ragionamento clinico il rigore necessario per sottoporre a vaglio critico le diverse ipotesi interpretative, confutando i pregiudizi nascosti in teorie pseudoscientifiche. Gli studi di Antropologia medica e di Etica generale, insieme al corso di lezioni di filosofia della scienza hanno contribuito a colmare questa lacuna già nel primo biennio, fornendo agli studenti del Campus un surplus di energie morali ed intellettuali per completare il loro curriculum.

In questi ultimi anni molti problemi sono stati risolti sul piano delle conoscenze scientifiche, ma se ne sono aperti di nuovi sul piano della relazione interpersonale, altrettanto difficili da interpretare e da risolvere, con forti ricadute sul piano clinico e su quello etico (Jasper, 1991). La soggettività del paziente ha un valore etico incommensurabile e non può essere accantonata o subordinata ad una oggettività scientifica, che senza la prima appare arida e incapace di raggiungere i suoi stessi obiettivi. Recuperare il senso della tradizione umanistica, senza perdere il valore delle nuove conquiste scientifiche, richiede uno sforzo di sintesi impegnativo e coraggioso, non facile, ma irrinunciabile. Al Campus da anni si sta lavorando alla revisione dei modelli in medicina, intesi sia come modelli di apprendimento che come modelli assistenziali (Farinelli, 2006), nella ferma convinzione che etica della cura ed etica della formazione siano due facce di una stessa medaglia, per cui condividono obiettivi e strategie, ma anche strumenti di valutazione e di interazione.

### **Mantenere la continuità con gli studi liceali: il valore della letteratura**

Una delle strategie perseguite fin dagli inizi della vita del Campus per includere con naturalezza le Medical Humanities nel progetto formativo degli studenti è stata quella di non interrompere il delicato filo di Arianna che collega studi liceali e studi universitari, cominciando proprio dalla letteratura. Lo studente a volte rimane sorpreso quando il tutor chiede: cosa stai leggendo, che impressioni ne ricavi, oppure cosa hai letto più volentieri, cosa ha contribuito a dischiudere i tuoi orizzonti culturali. Nella letteratura infatti è sempre possibile rintracciare il tema del dolore e della sofferenza, l'esperienza della morte e del morire, il disagio della malattia, la ricerca affannosa della felicità e del bene che vi è inestricabilmente legato. Il dolore, narrato dalla viva voce di chi lo vive, è più facile da comprendere e da condividere che non un'astratta analisi scientifica, pur essenziale nella formazione del medico. Per lo studente di medicina è fondamentale mantenere viva nella memoria la ricchezza delle conoscenze

umanistiche, acquisite negli anni di liceo, con l'impatto che hanno avuto sulla sua vita emotiva e nella sua sfera valoriale.

Gli studenti vivono spesso la prima fase della loro esperienza universitaria con una certa fatica intellettuale, non solo per la complessità degli esami da affrontare, ma anche per la sensazione di spaesamento, che nasce dalla delusione per il mancato rapporto con i pazienti. La maggioranza di loro si è iscritta a medicina con questo obiettivo: occuparsi di malati, capirne le necessità, andare incontro al loro dolore e alla loro sofferenza. Non sempre colgono la rilevanza clinica che le discipline di base hanno, non capiscono a cosa serva passare tante ore sulle formule di biochimica o sui calcoli di statistica (Vettore e Scandellari, 2000). Per questo le scienze umane svolgono una funzione compensatoria importante, sia nel senso della continuità con gli studi liceali, sia perché anticipano future esperienze di contatto con i malati. Il dolore narrato attraverso il romanzo, le storie che raccontano i protagonisti quando descrivono le loro ansie e le loro paure, i loro sogni e le relative frustrazioni, le dinamiche interrelazionali che caratterizzano i rapporti umani, sono una fonte di esperienza virtuale che si affianca a quella che gli studenti fanno in aula, in laboratorio e al letto del paziente.

Un corso di scienze umane, ben caratterizzato, offre chiavi di lettura alternative all'impianto astrattamente tecnico-scientifico; permette attraverso la discussione di casi reali o simulati, di imparare a riconoscere e a rafforzare un proprio stile personale, indispensabile per l'elaborazione delle emozioni, per la gestione dei propri dubbi e per prendere le proprie decisioni in una prospettiva relazionale sempre viva, anche se a volte dolorosa. Possiamo comprendere noi stessi solo a partire dalle esperienze dell'altro, dalle sue interpretazioni, dalle sue paure e soprattutto dai suoi tentativi, più o meno sofferti e riusciti, di cercare di venirne a capo. Un clima accademico indifferente ai bisogni emotivi dello studente, incapace di cogliere la necessità di favorire in lui momenti di rielaborazione di quel lutto che scaturisce dal primo impatto con la morte del paziente, con il dolore e con la sofferenza, non permette allo studente di maturare come persona, con i suoi limiti, imparando ad ammettere che ci sono malattie che non è in grado di curare né di controllare.

La nostra identità prende forma nel dialogo con gli altri, si sostanzia delle esperienze che facciamo con loro nella molteplicità delle sfumature che possono assumere e nella pluralità dei ruoli che di volta in volta giochiamo. La personalità del futuro medico, per crescere in umanità ha bisogno di leggere perché attraverso un itinerario riflessivo, scandito dalla risonanza emotiva (Kaneklin e Scaratti, 1998), impara a capire meglio se stesso e ciò che gli altri si aspettano da lui. Il lettore, soprattutto quello più giovane ed in formazione, pone ai suoi personaggi una domanda avanzata sul senso dell'esistenza, sul perché delle scelte di valori a geometria variabile. Il suo interesse cresce mano a mano che i protagonisti del racconto forniscono risposte ai suoi interrogativi, soprattutto se queste risposte, gli consentono di rispondere ad altre

domande, poste da altri uomini, sul senso della loro malattia e sul valore della propria vita.

### **La storia clinica come biografia personale: alla scoperta del paziente**

La prima richiesta che uno studente di medicina riceve dal suo tutor quando incontra un paziente è quella di scriverne la storia, di cimentarsi con una narrazione tutt'altro che facile da riassumere e da ricostruire nelle sue fasi più significative. Lo studente di medicina si trova davanti al testo della storia clinica, nel duplice ruolo di chi a volte la raccoglie, la struttura e la compone, mentre altre volte legge storie cliniche scritte da altri e deve ricavarne elementi adeguati per comprendere chi sia il paziente e in quale rapporto stiano tra di loro storia personale e storia della malattia. La storia clinica è quindi una sorta di testo con cui occorre confrontarsi come co-autore insieme al paziente e come co-autore insieme ai colleghi che vi hanno lavorato prima.

Conoscere la trama di una storia è essenziale per collocare al suo interno i diversi fatti, le azioni-reazioni che la puntellano, le emozioni che la caratterizzano. L'interpretazione che il paziente dà della sua malattia ha una grande influenza sulle sue conseguenze nel costruito esistenziale del paziente, sia a livello personale che familiare. Un lungo e ordinato elenco di fatti, sia pure clinicamente rilevanti come sono i problemi attivi, possono dare un'immagine così anonima del paziente da far perdere di vista gli agganci necessari per calibrare adeguatamente il piano terapeutico, che deve includere i necessari riferimenti allo stile di vita del malato. Imparare ad integrare oggettività dei dati e soggettività dei vissuti nel momento di scrivere e di leggere una storia clinica è la nuova sfida che si pone ai professionisti in formazione in questo campo (Cavicchi, 1998). È ciò che rivendica la medicina narrativa, intesa come ricostruzione della storia personale di un uomo concreto, che non è solo un corpo ammalato, ma una persona che vuole guarire, che vuole vivere.

I dati di laboratorio, a cui il medico, ogni medico!, attribuisce giustamente grandissima importanza hanno spesso un certo grado di contraddizione interna, che lascia aperta la strada a ipotesi interpretative di tipo probabilistico, che esigono una integrazione, un supplemento di riflessione critica per orientare con più determinazione la decisione in un senso o nell'altro. È un esercizio di logica clinica, di ragionamento clinico, in cui il medico impegna la sua esperienza precedente, la sua casistica concreta, il suo intuito clinico. In tutto ciò la logica si appoggia su di un fattore totalmente soggettivo: la soggettività del malato che racconta di sé, senza reticenze e senza timore di mettere a nudo la sua anima oltre al suo corpo.

Tutto ciò però oggi può essere vanificato da un'informaticizzazione eccessiva della cartella clinica, che presenta indubbi vantaggi, perché facilita la condivisione tra gli specialisti,

grazie anche all'asciuttezza del linguaggio, alla chiarezza con cui sono registrati i dati diagnostici, alla accuratezza con cui sono ricostruite le terapie registrate con i loro effetti e i loro aggiustamenti legati alla evoluzione della malattia. Ciò nonostante, la nuova cartella clinica, tecnologica e ben strutturata, consente poche aperture illuminanti sulla vita reale del paziente, sul suo stile di vita, sulle esperienze significative che l'hanno caratterizzata, sulle sue credenze e sui suoi interessi. Corre il rischio insomma di restare una sorta di radiografia scheletrica della sua malattia e non della sua vita, mancano, ad esempio, le motivazioni che potrebbero accompagnare la sua lotta nel caso di una malattia cronica o di una malattia gravemente invalidante.

Il medico deve ricostruire con la sua esperienza gli elementi essenziali su cui innestare un programma di *medical education*, che consenta di rendere il paziente protagonista del suo processo di cura, interpellando i suoi valori, e le sue aspirazioni, le ragioni per cui può considerare la sua vita degna di essere vissuta nonostante le limitazioni e la sofferenza. Per questo è necessario che non si perda del tutto la prospettiva narrativa e che chi raccoglie l'anamnesi sappia evidenziare anche questa dimensione soggettiva del malato, perché è proprio a partire da questo aspetto che si può costruire una alleanza terapeutica efficace, che abbia una buona tenuta anche nei momenti più critici e che comunque non faccia mai sentire solo il paziente davanti alla sua malattia.

### **Imparare a comunicare con il paziente: *soft skills* & educazione terapeutica**

Nel piano di formazione degli studenti della Facoltà di Medicina, medici e infermieri, il Campus ha sempre dedicato particolare attenzione alle cosiddette *Communication skills*, tanto da creare fin dal primo momento un laboratorio attrezzato in tal senso. Ovviamente servono canoni diversi per poter parlare di buona comunicazione: occorre saper accogliere e trasmettere fiducia fin dal primo incontro; saper comunicare una cattiva notizia, una diagnosi difficile, lasciando aperta la porta della speranza, senza minimizzare le difficoltà con cui il paziente s'imbatte. È necessario saper convincere il paziente ad affrontare un intervento difficile, oppure incoraggiarlo ad affrontare una lunga terapia piena di insidie e dall'esito non sempre prevedibile. Una buona comunicazione comincia con l'ascolto, chiarisce i passi da percorrere e sostiene nel momento di prendere una decisione soprattutto se scomoda. Ma lo fa senza sostituirsi al paziente nella sua personalissima e intrasferibile autonomia. In altri termini per una buona comunicazione servono: calore umano, obiettivi chiari, rispetto per l'altro e per le sue scelte, e una discreta capacità persuasiva.

S'impara a comunicare meglio in un contesto orientato alla buona comunicazione, in cui tutti sono disponibili all'accoglienza, sanno essere chiari e precisi nel fornire i dati

necessari, senza perdersi in lunghi giri di parole; ma sanno anche ascoltare, cambiare di parere se necessario, collaborare a prendere insieme le migliori decisioni possibili. Una buona comunicazione a livello istituzionale favorisce una buona comunicazione terapeutica. Il Campus ha sempre considerato l'Istituzione nel suo insieme come un laboratorio di buona comunicazione, in cui lo studente impara a comunicare in un certo modo perché ottiene risposte qualitativamente soddisfacenti alle sue richieste, sul piano personale e professionale. Se lo studente si sente al centro dell'attenzione di un universo di buona comunicazione, sarà naturalmente predisposto a mettere il paziente al centro della sua dinamica comunicativa. È uno degli assiomi del progetto formativo Campus: gli obiettivi formativi non si predicano, ma si praticano.

La relazione medico paziente ha una natura così peculiare da condizionare intrinsecamente i modelli comunicativi che possono darsi al suo interno. Si è discusso a lungo della potenziale simmetria di questa relazione, partendo dal presupposto che ogni medico fa esperienza dell'essere o dell'essere stato malato e ogni malato ha in se stesso l'esperienza dell'essere stato sano oltre al desiderio di voler tornare ad essere sano. Si tratta di pre-condizioni che rendono possibile immaginare un linguaggio condiviso, un'analogia grammatica emotiva, fatta di timori e di speranze, secondo i criteri propri dell'empatia che permette di comprendere e – se lo si desidera – di aiutare un altro uomo. Ma nel rapporto medico-paziente le cose stanno un po' diversamente: il paziente nella sua condizione di fragilità interpella il medico nella sua condizione di guaritore competente, ciò che gli interessa è che sia capace di guarirlo, perché possiede gli strumenti necessari per farlo. L'asimmetria trae forza proprio dalla vulnerabilità di chi soffre, che genera una richiesta di aiuto solidale e competente. Un'asimmetria relazionale analoga si stabilisce tra il docente che sa e lo studente che vuol sapere, tra il primo che insegna e il secondo che vuole imparare. Appartiene alla libertà e alla responsabilità dello studente voler apprendere, perché non c'è nessuna possibilità di insegnare cose a chi non ha quella apertura di cuore e di mente che rendono permeabili alla formazione.

Primo obiettivo di una buona comunicazione nel Campus è quindi fare in modo che lo studente voglia entrare in un contatto didatticamente qualificato con i suoi docenti. L'asimmetria relazionale tra docente e studente si accentua davanti alla vulnerabilità dello studente, legata ad un esame andato male oppure a fatti legati alla sua vita personale: un lutto in famiglia, una delusione nei rapporti umani, ecc. Il punto veramente qualificante della relazione sta nel modo in cui il docente, generalmente il tutor, gestisce questo momento: con lo studente e per lo studente. Sono atteggiamenti diversi, che mettono in risalto rischi diversi, come ad esempio quello di un autoritarismo presuntuoso e supponente o quello di un paternalismo iperprotettivo. Il docente-tutor, pur consapevole del suo ruolo, non può sostituirsi allo studente delegittimando la sua responsabilità nell'affrontare la

situazione. Il suo primo obiettivo resta quello di coinvolgere lo studente facendo della sua vulnerabilità un fattore di forza e di energia. L'asimmetria che fonda la loro relazione è un'asimmetria dinamica, destinata a ridursi progressivamente, mano a mano che lo studente impara a controllare la sua vulnerabilità e a gestire la sua situazione. Per investire nella qualità della relazione con lo studente il docente deve mettere in gioco quelle che oggi si chiamano *soft skills*, qualità professionali che hanno la loro radice e il loro fondamento nel suo stile personale, nella sua qualità umana, nella sua affidabilità e nella sua disponibilità: una dimensione che sta oltre qualsiasi tecnicismo didattico. Ed è di questa dimensione umana che oggi il docente si deve riappropriare, perché è qualcosa che tocca il suo modo di essere ben più di quanto non tocchi il suo sapere.

## Il rapporto con la tecnica e con le nuove tecnologie

Dopo i primi anni di vita al Campus nel 1999 è nato il corso di laurea in Ingegneria biomedica, con la peculiarità di vedere futuri medici e futuri ingegneri formarsi gli uni accanto agli altri, in lezioni, seminari, laboratori di ricerca, fino ad arrivare a progettare tesi di laurea con gli stessi argomenti, anche se – ovviamente – con diversi linguaggi e diverse metodologie. Accanto alle *Medical Humanities* sono quindi sorte le *Technical Humanities* e il dibattito tra etica della cura ed etica delle biotecnologie si è arricchito molto. Natura e tecnologia sono pian piano diventate due facce di una stessa medaglia, due pagine di uno stesso libro, su cui gli studenti di entrambe le facoltà sono andati formandosi insieme, smussando i reciproci pregiudizi a tutto vantaggio di una conoscenza più ampia e profonda.

La nostra società sembra infatti oscillare tra un tecnocentrismo ricco di speranze e di illusioni! E un antropocentrismo di nuovo conio, in cui mentre cerca di affermarsi l'immagine dell'uomo di successo, sempre giovane e in forma, torna a riaffiorare l'immagine dell'uomo anziano, solo, malato, disabile. Una medicina tecno-centrica tende a concentrarsi eccessivamente sui mezzi, dimenticando che il suo fine è da sempre, e resta pur sempre, la cura dell'uomo, secondo quell'etica della cura che ancora oggi deve fare i conti con i propri limiti. Perché sull'onda di un neopositivismo scientifico si va diffondendo l'idea che la medicina possa e debba diventare esente da errori, incluso l'errore umano, deplorabile quanto si vuole, ma pur sempre in agguato per stanchezza, distrazione, incompetenza specifica. Tolleranza zero per l'errore in medicina è un obiettivo tendenza, a cui la tecnologia può dare un grosso aiuto, ma che non potrà mai eliminare del tutto. È chiaro che senza tecnologia non c'è buona medicina e senza buona tecnologia non c'è una medicina efficace. Ma la tecnologia così come l'organizzazione va umanizzata, deve essere concepita da uomini per altri uomini, in uno spirito di condivisione che riconosce ad ognuno il suo livello di respon-



sabilità. Un buon management aziendale affronta i rischi del techno-centrismo, cercando di coinvolgere nei processi decisionali tutti coloro che condividono la responsabilità delle decisioni e delle azioni che ne discendono.

Fino a pochi anni fa nelle scienze sperimentali e in particolare in medicina la ricerca scientifica ha sempre operato sinergicamente con la tecnologia per mettere a punto strumenti utili al malato. Il progresso scientifico piuttosto lento fino alla metà del secolo XIX, ha avuto una progressiva accelerazione con l'avvento delle biotecnologie, che hanno permesso scoperte rivoluzionarie<sup>1</sup>. Per avere una visione d'insieme delle linee-tendenza dell'attuale ricerca biomedica di base e traslazionale basta dare uno sguardo alla lista delle priorità pubblicate dal CNR, a cominciare dall'*e-health*, definito come un'area d'intersezione tra innovazione tecnologica e diffusione della conoscenza e delle comunicazioni che consente di utilizzare servizi per migliorare le condizioni di conoscenza, tutela e promozione della salute, favorendo un miglioramento della qualità della vita. I progressi della scienza e della tecnica soprattutto quando si collocano sulle due frontiere essenziali della vita dell'uomo, l'origine della vita e la sua fine, non permettono ai medici di sottrarsi alle responsabilità di fare una continua riflessione di natura bioetica. Il dominio delle tecnologie che si richiede ad un medico, fino a farne un esperto di *technical skills*, risiede nella sua capacità di giudizio e nella sua capacità di relazione con il malato. La sua intelligenza, tecnologicamente agile e sensibile, deve integrarsi con la sua intelligenza critica e la sua intelligenza emotiva. In questo nuovo autodomínio intellettuale ed affettivo-relazionale c'è il fondamento di quel principio etico che ricorda che non tutto ciò che si può fare è buono, per il solo fatto che è possibile farlo (Van der Vleuten et al, 2000). La formazione del medico oggi deve confrontarsi anche con questo tipo di problemi, sapendo che può sperimentare un enorme senso di potere davanti alla tecnologica di cui dispone, ma di cui corre il rischio di diventare schiavo più che padrone.

### **L'incontro tra la soggettività del paziente e l'oggettività della scienza**

La centralità dello studente nel piano di formazione e l'analoga centralità del paziente nel piano dell'assistenza hanno permesso di valorizzare fin dal primo momento la soggettività dell'uno e dell'altro. Malattia e dolore appartengono principalmente al paziente che le vive e le soffre: solo lui può dire contemporaneamente: ho una malattia e sono ammalato. Ma la sua soggettività di malato deve di spiegarsi davanti al medico, raccontando la sua malattia e il suo vissuto, altrimenti non riuscirà a farsi capire per farsi curare, nonostante il supporto che il medico ricaverà dalla tecnologia e dagli ap-

profondimenti diagnostici che rende possibili. La scienza e la conoscenza, quando accettano di misurarsi con la soggettività del malato, acquistano un calore e un colore che ne umanizzano le considerazioni, favorendo conclusioni più vicine alla dimensione esistenziale dell'uomo e quindi più vere e più credibili. A questo contribuiscono anche le scienze umane che in un certo senso recuperano la dimensione soggettiva del conoscere, con le sfumature proprie della vita emotiva, considerata un valore aggiunto rispetto all'approccio distaccato di un sapere oggettivo, facilmente quantificabile, ma non sempre in grado di raggiungere la sfera dei significati.

Ma anche la soggettività dello studente merita il massimo di attenzione negli anni del suo percorso formativo, e nel Campus il sistema tutoriale gli offre un costante parametro di riferimento, se lo desidera, per riflettere su ciò che accade nei suoi primi anni di impatto professionale, quando tutto ciò che accade lascia traccia e modifica profondamente atteggiamenti e valori. Il medico che domani sarà non è fatto solo delle cose che oggi apprende, ma anche dell'uomo che sta diventando; della consapevolezza con cui accede a quell'agire in scienza e coscienza che connotano la sua statura morale e professionale. L'uomo è una creatura di frontiera e ciò che separa la soggettività dall'oggettività è una linea fragile e preziosa, che gli consente di conoscere oggettivamente qualcosa che appartiene alla sua intimità e di conoscere soggettivamente ciò che invece appartiene al mondo che lo circonda (Morin, 1993). La nostra soggettività rende unica la nostra conoscenza delle cose e delle persone, mentre il nostro sforzo per essere obiettivi ci consente il confronto e la condivisione. La malattia è esperienza oggettiva e soggettiva nello stesso tempo: il corpo malato può essere osservato attraverso un esame obiettivo, può essere sottoposto ad accertamenti di laboratorio, guardato attraverso tecniche di immagine radiodiagnostica, ma resta comunque il corpo "personale" di qualcuno. Anche il dolore, esperienza sommamente soggettiva, può essere descritto, parametrizzato, quantificato con scale *ad hoc*, e può quindi essere in un certo senso oggettivato e condiviso con altri. Ma in realtà è sempre il dolore "personale" di qualcuno, perché tocca in profondità e in modo esclusivo il nucleo della sua intimità.

È importante che mentre si sviluppa la formazione del medico, con il suo rigore scientifico, non si perda o non si diluisca il senso profondo della sua umanità e della sua consapevolezza di essere prima di tutto un uomo accanto ad un altro uomo, che soffre. Rafforzare questa dimensione empatica della professionalità medica resta uno degli obiettivi più importanti della formazione del Campus, perché i malati chiedono soprattutto maggiore umanità. Oggettività e soggettività non sono fronti contrapposti e rigidamente separabili, né in chiave personale, né sul piano dell'analisi dei problemi, né tanto meno nella valutazione dei risultati, sono sempre facce di una stessa realtà. Imparare a riflettere non solo sul medico che voglio diventare, ma anche sull'uomo che sono e che posso diventare è un *must* della formazione.

<sup>1</sup> CNR: Dipartimento Medicina Contesto.

## La formazione alla responsabilità

Il progetto Campus fa della libertà dello studente, e per analogia della libertà di tutte le persone che a qualsiasi titolo lavorano al suo interno, docenti, medici, personale amministrativo, l'architrave di tutto il sistema formativo, organizzativo e gestionale. Solo in un sistema caratterizzato dal rispetto per la reciproca libertà è possibile far emergere virtù e qualità personali nella loro interfaccia sociale. La libertà dell'uomo è uno dei valori che più e meglio esprimono la sua dignità, per questo ogni volta che si parla di libertà si parla anche di responsabilità. Nell'età dei diritti Jonas richiama costantemente ai doveri, soprattutto al dovere di rispettare la dignità umana e ricorda che *finché non migliorano le premesse cognitive il rispetto e la prudenza di cui si è parlato nel Principio responsabilità e la coscienza del pericolo devono trattenerci nel senso più generale da una rovinosa leggerezza e far crescere in noi uno spirito di nuova modernità* (Jonas, 1997). Sembra che Jonas, pur stando dalla parte della scienza e della tecnica, voglia mettere in guardia dalla rincorsa alla modernità per la modernità e voglia richiamare tutti a quel principio di precauzione che impone di essere prudenti davanti a innovazioni non sufficientemente fondate o non sufficientemente orientate alla tutela della dignità umana. È ciò che lui chiama principio responsabilità: un principio che ha le sue radici nella coscienza individuale, ma che guarda a tutti i rapporti interpersonali come occasioni concrete in cui ognuno deve sentirsi responsabile degli altri. Il rapporto medico-paziente, per sua natura fortemente asimmetrico, impegna il medico ad agire secondo questo principio-responsabilità, che collega in modo efficace tecnica, medicina ed etica. Analogamente il rapporto studente-docente, altrettanto asimmetrico, ha nella loro personale dignità un punto di contatto che deve essere riconosciuto da entrambi e rispettato con grande senso di responsabilità.

È il clima che caratterizza l'insieme delle attività didattiche del Campus, al rispetto per i docenti si affianca inseparabilmente il rispetto per gli studenti, essendo entrambi mossi da uno stesso spirito di responsabilità, che non ignora la diversità dei ruoli, ma ne fa un elemento in più di qualità relazionale. Più che ricorrere a regole esterne, a protocolli rigidamente codificati, a organismi di controllo burocratico, il fondamento teorico che garantisce nella vita accademica un forte livello etico è dato dal principio responsabilità. C'è nell'uomo un insaziabile desiderio di conoscere, anche perché nella natura stessa delle cose c'è sempre qualcosa che è degno di essere conosciuto. E questo desiderio è la molla dello studio soprattutto in una facoltà come quella di medicina. Si studia perché si vuole studiare.

Il principio responsabilità è il filo conduttore che lega scienza e tecnica, ricerca ed assistenza, e sta alla base di un'etica per la civiltà tecnologica. Perché la conoscenza dell'uomo si traduca in un'applicazione efficace a breve, medio e lungo termine, è necessario che sia anche eticamen-

te coerente con alcuni valori essenziali, come sono la vita e la dignità dell'uomo. L'uomo moderno non può rinunciare al desiderio di interrogare la modernità con i suoi profondi cambiamenti scientifici e culturali, sia che faccia scienza sia che si serva della tecnica che ne è l'applicazione pratica. Ma la modernità non può e non deve stravolgere il paradigma fondativo dell'etica della conoscenza, che esige rispetto per la natura delle cose, rispetto per la dignità del soggetto che vuole conoscere e ancora rispetto per le persone alle quali si vogliono applicare le conclusioni tratte dalle nuove conoscenze acquisite. Per non perdere di vista nessuna delle tre dimensioni che connotano l'etica della conoscenza è necessario farsi guidare da un forte senso di responsabilità. Il rispetto per la natura delle cose che si vogliono conoscere implica amore alla verità e la convinzione che si possa raggiungere nelle nostre conoscenze un grado di oggettività, che faciliti la comunicazione, il confronto e l'arricchimento continuo. Il rispetto per la dignità dello studente che vuole conoscere come stanno le cose sul piano scientifico implica un atto di fiducia nelle sue capacità intellettuali e nella sua capacità di utilizzare una metodologia scientificamente fondata, sottoponendo i suoi risultati alla valutazione critica dei suoi docenti, senza timore di esporsi e di esporre i suoi risultati anche al vaglio dei colleghi.

C'è un'etica della responsabilità che coinvolge docenti e tutor nel loro rapporto con gli studenti. In Jonas s'intravede come l'etica della cura, in questo caso della cura dello studente, costituisca la dimensione applicativa ed esperienziale di chi vuole vivere nella prospettiva del principio responsabilità. Non c'è un senso di reale responsabilità senza un'azione di cura, altrettanto reale, che si fa carico dei bisogni delle persone, in un'ottica che va oltre il presente. Il principio responsabilità chiede alle persone che ne riconoscono l'intrinseca forza di vivere non solo di puro presente ma di apertura dialettica con i bisogni del futuro, riconoscendo alla prospettiva del tempo: l'ora per allora tutta la tensione etica che comporta. Il senso di responsabilità porta a sentirsi responsabili non solo di quanto si fa, ma anche di tutte le conseguenze, vicine e lontane, di ciò che si fa... Esige una capacità di riflessione che va oltre la percezione immediata e si sofferma a chiedersi quali cambiamenti introduce una scelta, quali alternative apre o chiude, ecc... Sentirsi responsabili di qualcuno e di qualcosa significa sentire il peso di quanto ci si accinge a fare in risposta ad una richiesta più o meno implicita che viene posta. Impedisce di banalizzare un intervento, un commento, una decisione, obbliga a penetrare nel senso delle cose e nel loro possibile divenire, sentendosi responsabili di orientarlo in un modo o nell'altro... Fa di ogni rapporto umano qualcosa di più di un incontro fugace, ne coglie la traccia durevole che possono lasciare sia in senso positivo che negativo. Ogni docente può e deve chiedersi che medico diventerà questo ragazzo, di cosa ha bisogno oggi per essere migliore domani, e poi con lealtà affronterà il tema con lo studente, riconoscendogliene piena libertà e responsabilità.



## La formazione bioetica

Un aspetto importante della formazione degli studenti al Campus è la formazione bioetica (Assal, 2008). Si tratta di affrontare problemi tutt'altro che facili da inquadrare: cos'è la vita, quando inizia, come si sviluppa; cos'è la morte: quando si può parlare di morte, come si può dialogare con la morte... Ci si chiede se accanto al diritto alla vita esista anche un diritto alla morte oppure la morte vada accettata con i suoi tempi e i suoi modi; cos'è il dolore: come si può affrontarlo e fino a che punto ci si può spingere per sopprimerlo; come si può aiutare un paziente a confrontarsi con la disabilità, che prima o poi, in grado maggiore o minore, appare quasi inevitabilmente nella vita di ognuno di noi. Cosa significa oggi parlare di qualità e di dignità della vita: è lecito chiedersi se ci sono vite più o meno degne di essere vissute, se ha un senso decidere chi far nascere e chi no. Diventa sempre più importante capire se davvero c'è un'eugenetica di nuovo conio, che si insinua nelle maglie di un diritto come quello alla vita, che non dovrebbe mai più essere messo in discussione. Ci si chiede in che rapporto stanno tra loro autonomia del paziente e responsabilità del medico soprattutto nella dinamica del consenso informato; come si può promuovere l'educazione del paziente, soprattutto in tema di stili di vita, nel rispetto delle sue credenze e delle sue convinzioni, dei suoi giudizi di valore sulla vita e sulla morte, sul dolore e sulla qualità di vita. In che modo si può integrare il rispetto per la privacy e la tutela della salute pubblica; e ancora come possono convivere privacy e razionalizzazione dei flussi informativi a cui sono affidati tanti dati sensibili della vita individuale. Anche sotto il profilo organizzativo le questioni sono molte e mettono a confronto l'esigenza di un miglioramento continuo della qualità in sanità con il progressivo assottigliamento delle risorse disponibili; in che modo la responsabilità personale può tradursi in responsabilità sociale quando i processi decisionali coinvolgono sempre più persone, e la diversità dei giudizi e delle valutazioni sembra interpellare la coscienza di tutti e di ciascuno, ecc.

La formazione bioetica è in un certo senso l'anima di tutta la formazione professionale del medico e richiede la capacità di andare a fondo nei problemi, cogliendone tutte le relative implicazioni al di là della risonanza emotiva che possono avere e che comunque non può essere esclusa. Basta pensare ad uno degli interrogativi più inquietanti che il medico oggi deve affrontare: quello del possibile rifiuto delle cure da parte del paziente, perfino dei trattamenti salvavita, un rifiuto che espropria il medico del valore fondamentale della sua professione, quello che lo vede impegnato sempre e comunque dalla parte della cura e della vita del paziente. Dialogare con un paziente che intende rinunciare alle cure e che interPELLA il medico per essere assistito in tal senso è una sfida inedita per il medico. Deve capire cosa esattamente il paziente stia chiedendo e cosa si aspetti da lui, senza per questo rinunciare alla sua responsabilità personale e ai

principi della deontologia professionale (Russo, 2006). Al Medico si richiede una grande capacità di ascolto, per evitare accuratamente qualsiasi forma di banalizzazione o di *déjà vu*: le richieste del paziente possono spiazzarlo e possono perfino tentare di capovolgere la tradizionale dinamica medico-paziente. Gestire questa nuova relazione può diventare davvero problematico e il medico può sentirsi in difficoltà ad agire in scienza e coscienza. Quando il malato si rivolge al medico la sua vita non è più "solo" sua, proprio perché in un certo senso ha deciso di dividerne la cura con quel medico e si affida a lui, perché si fida di lui. È la relazione di fiducia quella in cui si iscrive il riconoscimento della competenza del medico, ed è sempre la relazione di fiducia che fa da cornice e da sfondo a tutti gli interventi del medico, concordati sì con il paziente, ma poi assunti con piena responsabilità personale e gestiti autonomamente (Bruera, 2001). È questa la maggiore sfida per la formazione bioetica del medico che oggi si sta formando, difendere la propria identità di curante con umiltà e determinazione, cercando argomenti per convincere, senza rinunciare a ciò che sostanzia il suo essere medico.

## L'interdisciplinarietà e la formazione multiprofessionale

È stato un altro degli obiettivi perseguiti fin dal primo momento al Campus: la formazione multi professionale tra soggetti con diverse competenze specifiche. Il nuovo paradigma della salute infatti include professionisti, con competenze e responsabilità diverse, ma con una forte propensione al confronto, alla dialettica interdisciplinare, all'abbandono di logiche semplicistiche che non consentono di elaborare una nuova e più solida conoscenza dei processi che coinvolgono la tutela della vita e della salute. La formazione dei futuri medici ha sempre avuto momenti di stretto contatto con la formazione dei futuri infermieri, oltre che con la formazione dei futuri ingegneri biomedici. Dai primi ha imparato a valorizzare gli aspetti propri della cura e dell'assistenza, dai secondi il rigore e la fiducia nelle tecnologie, vecchie e nuove. In un certo senso gli studenti di medicina hanno imparato a fare da cerniera tra un'assistenza *patient centered* e una logica *technical centered*. Perché la professione medica non può eludere nessuna delle domande sulla salute e sulla malattia, sulla vita e sulla morte che ogni epoca, sia pure in modo diverso, pone a tutti gli uomini, medici o pazienti, scienziati o comuni cittadini.

Le competenze tecnico-scientifiche, pur così necessarie da risultare imprescindibili, non sono sufficienti e a volte non bastano neppure ad inquadrare correttamente i problemi clinici che i malati pongono ai loro medici (Moja e Vegni, 2000). C'è bisogno di attingere continuamente ad altri saperi, per evitare false soluzioni e comprendere almeno in parte la complessità che presentano i nuovi problemi, che non consentono di rinchiudersi in confini strettamente specialistici e meno ancora nei limiti angusti dell'ultra specializzazione. Il biso-

gno di aggiornamento non è solo interno al proprio profilo di competenze, richiede nuove e costanti aperture ai saperi confinanti, perché solo così diventa possibile rispondere ai bisogni multidimensionali che pongono i pazienti complessi.

Ogni medico ha piena consapevolezza che le sue competenze hanno un livello di sviluppo disuguale e non sempre sono sufficienti per rispondere alle esigenze dei pazienti: ci sono ambiti in cui sa molto, altri che conosce sufficientemente ed altri ancora che non appartengono al suo profilo professionale. Ci sono cose per cui ha maggiore sensibilità e maggiore curiosità, mentre altre gli sfuggono in maniera più o meno rilevante. Sono le luci e le ombre che definiscono la sua competenza e che diventano preoccupanti soprattutto quando non ne coglie la portata e le possibili conseguenze. Viceversa il sapere di non sapere tutto genera quella sana umiltà intellettuale che spinge a cercare un costante e continuo aggiornamento, a volte nella linea del perfezionamento di competenze già possedute, altre volte nell'ampliamento del suo ambito culturale. È questa costante tensione intellettuale che pone il medico in atteggiamento di apertura e di dialogo sia nei confronti del malato che di altri esperti, per valutarne la congruenza o le eventuali discordanze in rapporto alle proprie conoscenze. In un gruppo interdisciplinare l'equilibrio è assicurato dal riconoscimento delle rispettive leadership, senza prevaricazioni, ma anche senza rinunciare a mettersi in gioco. Per questo formarsi fin dal primo momento in *team working*, diventa un modo concreto per imparare a lavorare in equipe multidimensionali per negoziare degli obiettivi e imparare risolvere insieme problemi non sempre di facile soluzione, così come oggi accade in qualsiasi tipo di lavoro professionale. L'obiettivo Campus è stato quello di stimolare fin dall'inizio un tipo di *learning in action*, in cui si apprende facendo, ma facendo cose insieme agli altri, per cui si imparano cose sulle cose e sulle persone.

### Nuovi orizzonti della formazione medica

Per capire cosa bisogna aggiungere a distanza di 20 anni ad un piano di formazione come quello del Campus Bio-Medico che fin dal primo momento ha accettato le nuove sfide che l'esser medici andava ponendo alla nostra società, bisogna tener conto delle mutate circostanze socio-economiche e delle sollecitazioni che la biopolitica sta ponendo alla medicina, con la crescente attenzione verso i nuovi diritti individuali. Si tratta quindi di puntare su una più spiccata formazione nell'area bio-giuridica e nel campo economico-organizzativo della sanità.

### Consenso informato e alleanza terapeutica

La salute rappresenta uno dei paradigmi più interessanti per valutare come si articolano i nuovi rapporti che inter-

corrono tra diritti individuali: come il diritto alla cura e le responsabilità sociali: il dovere della cura. L'obiettivo verso cui far convergere queste riflessioni è sostanzialmente rappresentato dal diritto alla salute, previsto dall'art. 32 della nostra Costituzione. Sulla scia di alcuni casi recenti, che hanno fortemente impegnato l'opinione pubblica, come quello di Welby, Englaro, ecc. è emersa però una nuova richiesta che il malato può porre al medico e che tende a sostituire il diritto alla vita con il diritto alla morte. Si cerca di sostituire alla relazione di cura, che impegna il medico in scienza e coscienza, una relazione di non-cura, con cui il paziente, in base al principio di autodeterminazione, rivendica il diritto a non essere curato e chiede al medico di astenersi dall'intervenire.

L'uomo moderno è sempre più consapevole del suo diritto a intervenire nei processi decisionali che lo coinvolgono e vuole sentirsi protagonista sia sul piano professionale, che su quello politico e sociale, ma vuole esercitare questo diritto soprattutto quando si tratta della sua salute e della sua vita. Capire chi può aiutarlo a sviluppare le capacità decisionali necessarie, non è del tutto semplice né scontato, soprattutto se il problema emerge drammaticamente davanti ad eventi critici, come un incidente, una malattia, ecc. In famiglia è naturale che, finché i figli sono piccoli, siano i genitori a prendere decisioni invece loro, ma è proprio lì che inizia la loro formazione a riflettere su perché si fa una cosa piuttosto che un'altra. Successivamente dovranno scegliere i propri interlocutori, meglio il medico di famiglia che Internet! Per una corretta educazione alla salute, che li renda protagonisti di scelte consapevoli e responsabili.

Va in questa direzione la prassi ormai consolidata del consenso informato. Una forma di informazione, dai risvolti formativi, non preventiva o sistematica, ma legata a circostanze concrete, che si dà nel momento in cui il soggetto deve prendere una decisione e ha bisogno di elementi precisi per non sbagliare. Rispettoso della sua libertà e della volontà del paziente, il medico lo aiuta a orientarsi nel labirinto delle possibili alternative, a chiarire dubbi, a superare ostacoli e a vincere la paura per riaffermare una volta di più il suo diritto alla vita e alla salute. In questo senso il medico unisce ai suoi compiti tradizionali di diagnosi e cura, anche quella di un *magister*, che aiuta a prevenire il più possibile gli effetti secondari di possibili patologie, riconoscendo al paziente un ruolo di protagonista nel progetto terapeutico. Più le decisioni hanno carattere definitivo, irrevocabile, più il medico deve essere sicuro che il paziente abbia compreso a cosa va incontro e sia disposto ad accettare le conseguenze che ne scaturiscono (Ricoeur, 1993). Il consenso informato si snoda lungo un arco di tempo più esteso di quanto non siamo abituati a credere. Non è mai la semplice accettazione di una proposta del medico, ma è parte integrante del processo di cura, perché il paziente che si è ammalato senza volerlo, sappia che difficilmente guarirà, o più semplicemente migliorerà, se non è lui stesso a volerlo. Ed è questo il punto determinante che

lo studente deve comprendere negli anni della sua formazione: capire che attraverso il consenso informato sta svolgendo il ruolo del medico che cura mentre educa, per questo deve imparare a farlo con competenza e serietà.

Il tempo è maturo perché la cultura del consenso informato inauguri una nuova stagione: quella della decisione consensuale, in cui i due profili di conoscenze, quella del medico e quella del paziente, vanno progressivamente avvicinandosi<sup>2</sup>. Per arrivare a questo risultato il medico deve rivedere il proprio modo di fare il medico, tornando ad occuparsi del malato come persona, comprendendo che la parte più efficace del suo lavoro è quella che spende a parlare con il suo malato e non solo a parlare con i colleghi del suo malato. Il motivo essenziale di questa impostazione è che il paziente non è oggetto delle cure del medico, ma soggetto delle cure stesse e in quanto tale è coinvolto in prima persona sul piano decisionale. Nonostante il consenso informato abbia rilevanza giuridica e penale, oltre che etica, il contenzioso medico legale continua a crescere, perché cresce il livello di insoddisfazione del malato davanti a determinati comportamenti del medico: comportamenti che non capisce, che non condivide e da cui non sa difendersi in modo preventivo, per cui interviene ex post rivolgendosi al magistrato. È sorprendente come in un tempo in cui la comunicazione occupa un posto centrale in qualsiasi profilo professionale, proprio il medico investa ancora così poco nella sua competenza comunicativa e che ha forti risvolti sul piano terapeutico, economico e legale.

### Un nuovo modello di paziente: il malato competente

Una delle novità più interessanti del nostro tempo è l'indubbio aumento delle conoscenze e delle competenze dei pazienti, che vogliono provare a far da sé, come protagonisti nell'iter diagnostico e successivamente delle scelte terapeutiche che li riguardano. Si discute spesso su chi sia il paziente competente e se la sua competenza gli sia davvero di aiuto nel vivere da paziente la sua malattia, nel controllarne gli effetti negativi e nel potenziarne le prospettive di risoluzione. Appare spesso più impaziente degli altri, più critico e a volte più saccente, per cui non è facile saper gestire un paziente competente. Al medico si richiedono più competenze, sia sul piano argomentativo: saper spiegare il perché delle proposte, sia sul piano relazionale, per evitare di entrare in conflitto con lui o peggio ancora sembrare incompetente e quindi non riuscire ad ispirare fiducia!

<sup>2</sup> I riferimenti al consenso informato nella normativa vigente si possono ritrovare nelle leggi sui trapianti (458/1967 e 483/1999), nella legge sui TSO 180/1978, nella legge sulla tutela sociale della maternità e IVG 194/78, nella legge per la lotta contro l'AIDS 135/1990, nella normativa sulla sperimentazione clinica 230/1995, nella legge 145/2001, che ratifica in Italia la Convenzione di Oviedo, nella legge 40/2004 sulla procreazione medicalmente assistita. Si trovano inoltre riferimenti importanti al consenso informato e alle sue caratteristiche nel Piano sanitario nazionale 2006-2008 e nel nuovo Codice di Deontologia medica del 2006.

Nel naturale desiderio di sapere di più della propria condizione di malato spiccano tre aspetti problematici nel rapporto con il medico. Prima di tutto l'uso delle conoscenze acquisite attraverso internet, navigando su siti non sempre qualificati ed accreditati, fornisce informazioni non sempre corrette. In secondo luogo le informazioni raccolte sono spesso utilizzate per valutare il medico e il suo aggiornamento, per capire se ci si può fidare di lui. È un esame al quale viene sottoposto il medico, spesso con un po' di malizia e con qualche trabocchetto. Terzo ed ultimo obiettivo, utilizzare internet per individuare i luoghi in cui la patologia in questione è trattata con maggiore successo e con maggiore soddisfazione da parte dei malati. Ignorando però che la comunicazione su Internet è spesso una pura e semplice operazione di marketing sanitario.

Il rapporto con il malato competente pone al medico nuove responsabilità sotto il profilo della comunicazione che deve essere nello stesso tempo educativa e terapeutica e pertanto deve riflettere un alto livello di tensione etica. Il medico esperto sa che le sue informazioni saranno attentamente soppesate, filtrate, interpretate e probabilmente amplificate o distorte a seconda del livello di ansia, più o meno espresso oppure abilmente dissimulato da parte del paziente. Non è facile rispondere serenamente alle domande poste dal malato, quando ci si sente messi sotto esame, serve una risposta in cui l'efficacia è affidata non solo alle argomentazioni scelte per dimostrare una tesi, ma anche al modo in cui il medico le porge al paziente, cercando di ricreare l'empatia che aiuta a comprendere l'ansia dell'altro, nonostante la supponenza di certi atteggiamenti. È un ruolo nuovo per chi è abituato a prendere lui l'iniziativa.

Non tutti i medici sono a loro agio davanti a pazienti di questo tipo, anche perché non hanno ancora imparato a riconoscere le loro paure, dietro un approccio che sembra direttivo, perfino saccente quando non decisamente petulante. È una nuova stagione quella che caratterizza il rapporto medico-paziente e fa perno sulla educazione del paziente, perché impari ad essere protagonista attivo del suo progetto salute, sapendo che l'informazione non sempre significa formazione. Il binomio educazione-salute, ma anche educazione-libertà e libertà-responsabilità sta diventando sempre più importante nei nuovi modelli che la medicina sperimenta per riuscire a curare più, prima e meglio. E le Facoltà di Medicina debbono investire tempo e competenze per insegnare ai futuri medici come si educano i pazienti, a cominciare da quelli più difficili, perché, almeno apparentemente, più competenti.

### Formazione economica e responsabilità sociale

In tempi di risorse decrescenti, con bilanci regionali che oscillano tra l'85% e il 90% dei costi per la Sanità, il medico deve imparare a diventare un miglior amministratore delle risorse di cui dispone, perché sprecarle significa attentare al

diritto alla salute delle persone. Solo recentemente si sta cercando di inserire nella riflessione generale, e in quella personale, la consapevolezza che le risorse disponibili sono limitate e ognuno deve farsi carico non solo della propria ma anche di quella altrui. I giovani medici dovrebbero sapere che nel loro iter formativo accanto alla progressiva specializzazione tecnico-scientifica, gli aspetti economici occupano un ruolo strategico, come forma di rispetto autentico verso il paziente, come fattore sociale di corretta gestione delle risorse disponibili nel Sistema sanitario nazionale. Parametri che contribuiscono a definire il profilo dell'etica del lavoro ben fatto, parte integrante dell'etica pubblica.

I costi in Sanità hanno un aspetto più complesso di quanto non possa lasciar intravedere una contabilità sia pure molto sofisticata. Il costo della non-qualità, ad esempio, anche se non sempre evidente, è tra i più alti. Un paziente insoddisfatto, dubbioso, in preda all'ansia, è un paziente che va alla ricerca di un nuovo rapporto, di nuove risposte, di verifiche e di controlli sulle informazioni e sulle proposte ricevute. Tutto ciò si traduce in un fattore di moltiplicazione dei costi per il SSN. Costi reali che gravano sul Sistema sanitario nazionale e inducono a moltiplicare gli accertamenti diagnostici, ad allungare le file per avere una visita, a finire col rivolgersi ad un avvocato per avere giustizia, aumentando i costi della medicina difensiva. Sono sfide con cui la medicina è chiamata a confrontarsi per suggerire soluzioni, per orientare i processi di sviluppo, per formare i nuovi professionisti, per fare della ricerca eccellente non solo nei suoi laboratori clinici, ma anche nel campo della comunicazione sociale e interpersonale. Un *management* efficace dell'attività diagnostico-terapeutica dovrebbe produrre prima di tutto un apprezzabile grado di ordine e di coerenza nei processi decisionali e nelle dimensioni organizzative che ne conseguono. L'ordine che rende possibile il raggiungimento degli obiettivi specifici in ambito sanitario ha sempre una sua struttura di natura etica, in cui si manifestano contemporaneamente gli aspetti della competenza professionale e della relazione interpersonale; della gestione delle risorse e della responsabilità.

La crescente complessità del sistema sanitario nazionale richiede modelli organizzativi sempre più razionali e controllabili, per evitare emorragie economico-finanziarie che lo condurrebbero facilmente sull'orlo del collasso, come accade in alcuni contesti regionali. C'è un *gap* che appare insanabile tra il crescente bisogno di risorse economico-finanziarie e la drammatica esperienza della loro insufficienza; tra l'evidente conflittualità che separa la medicina dei desideri, declinata a livello individuale, e l'obbligo di garantire a tutti almeno i livelli essenziali di assistenza. Il diritto alla salute occupa un luogo sempre più importante nell'allocazione delle risorse di un Paese, non a caso rappresenta la cifra della sua democraticità e della sua capacità di garantire a tutti le stesse opportunità, almeno sotto il profilo della tutela della salute (Binetti, 2009). Si tratta di uno dei problemi etici più importanti che si impongono all'attenzione del legislatore perché,

mentre la domanda individuale cresce in modo esponenziale, la responsabilità sociale stenta a trovare le giuste formule per fronteggiare vecchi e nuovi bisogni espressi a livello nazionale. Eppure di tutto ciò lo studente di medicina, al momento della laurea o drammaticamente al momento in cui conclude la sua specializzazione, sembra non avere nessuna consapevolezza. Nessuno gli ha spiegato in modo adeguato che si fa terapia anche combattendo gli sprechi, cancellando i duplicati di indagine quando sono inutili o comunque non aggiungono nulla alla conoscenza dello status reale del paziente. Si fa buona terapia prescrivendo i farmaci necessari, tutti quelli che servono, senza però prescrivere i farmaci che non servono. La riduzione dei costi dei farmaci comincia con la non-prescrizione di quelli inutili.

Secondo i dati OECD, nell'ultimo decennio i costi della spesa sanitaria sono aumentati del 50% in Francia, di più del 50% in Germania (che è la terza nazione dopo Stati Uniti e Svizzera come percentuale di spesa sanitaria sul Prodotto Nazionale Lordo), di più del 70% in Italia, dell'80% in Inghilterra e di più del 90% in Spagna. In Italia, secondo la Corte dei Conti, tra il 1995 e il 2005, la spesa sanitaria pubblica è cresciuta di 1,5 punti, misurata in percentuale del Pil, e di quasi 4 punti percentuali rispetto alle uscite totali delle amministrazioni pubbliche. Il tema della sostenibilità economica dell'innovazione tecnologica e la constatazione della limitazione delle risorse porta a ridisegnare una collaborazione più mirata ed intelligente tra università/istituti di ricerca e industria dove insieme all'ottimizzare delle poche risorse disponibili si associa la sinergia dell'interscambio tra ricerca teorica e applicata, caratteristica della ricerca traslazionale. In ogni caso vanno ripensate e studiate strategie perché i costi di tecnologie sempre più sofisticate siano giustificati da un reale valore aggiunto dal punto di vista dell'accuratezza diagnostica o dei benefici terapeutici in modo tale che l'inevitabile incremento sulla spesa sanitaria venga ammortizzato da una significativa riduzione di morbilità e mortalità nel lungo termine (Cislaghi, 2006). Esiste il pericolo, inaccettabile sul piano etico, che i produttori di tecnologie medico-sanitarie tendano ad aumentare i profitti con proposte di mercato sempre più pressanti per promuovere nuovi bisogni con la conseguente medicalizzazione della vita sotto il pretesto della prevenzione (OECD, 2006). La sfida proposta dalle nuove tecnologie esige una capacità critica, che sappia distinguere tra le mode tecnologiche e le necessità reali (Andre, 1992), per scegliere tra ciò che serve al paziente e non per inseguire l'ultimo ritrovato tecnologico. Ma per scegliere occorre conoscere bene le tecnologie e soppesare le loro proposte in termini oggettivi di costi-benefici. In questo senso la stretta collaborazione tra medici ed ingegneri bio-medici può aiutare ad acquisire una mentalità più orientata alla valutazione tecnico-economica delle innovazioni, senza mai perdere di vista la centralità del paziente.



## Formare alla *governance* con modelli di governo clinico efficaci

Anche questo è un aspetto essenziale da inserire nella formazione del medico: davanti ad un processo di aziendalizzazione crescente della sanità lo studente di medicina deve familiarizzarsi bene con le logiche aziendali, per imparare a partecipare alle decisioni che comunque lo coinvolgono come professionista. Ragionare di modelli aziendali significa ragionare di processi decisionali. Un processo decisionale condiviso è indubbiamente più lento e più complesso, deve fare i conti con un maggior numero di varianti, ma è in grado di garantire i risultati sul piano applicativo più e meglio di improvvise forme di velocizzazione di processi decisionali, destinati a naufragare nell'anonimato delle resistenze operative. A ben pensare non si tratterebbe altro che di applicare per analogia gli stessi criteri che caratterizzano il consenso informato richiesto al paziente, coinvolgendo direttamente chi è parte integrante del processo "produttivo", a cui si può per analogia assimilare l'intera filiera diagnostico-terapeutica. Ci sono processi decisionali, maturati in un clima centralizzato di stampo non inclusivo, che impattano facilmente con le diverse forme di resistenza proprio da parte di chi dovrebbe tradurli in atto. Macchine mai usate, tecnologie abbandonate prima ancora di essere messe in uso perché giudicate poco adatte allo stile di lavoro nell'azienda, tempi di lavoro in cui si alternano accelerazioni improvvise a frenate non previste... sono tutte occasioni di sprechi economici che periodicamente vengono denunciati da qualcuno, oppure che sommessamente vengono raccontati in incontri informali.

L'intero sistema della *governance* di un ospedale, il suo modello organizzativo più profondo, dovrebbe riconoscere non solo la competenza scientifica, ma anche la capacità decisionale di quanti lavorano al suo interno, dai medici a tutti gli altri operatori. Il loro coinvolgimento nelle decisioni cruciali della vita e della organizzazione dell'Azienda sanitaria, che resta pur sempre solo e prima di tutto un ospedale, è essenziale per il suo buon funzionamento, per il livello di soddisfazione di ognuno e quindi per la capacità di contribuire al benessere del paziente e al rispetto per la sua dignità. Il dibattito attuale sul governo clinico richiede la partecipazione di tutti, ognuno al proprio livello di responsabilità e di competenza, nel buon funzionamento dell'Azienda. Una sana *spending review* è possibile solo quando ognuno definisce il margine degli sprechi della propria area di competenza, prima di procedere a nuove richieste. Ma lo studente viene tenuto lontano da questo lavoro di riflessione, come se non fosse parte integrante del suo successivo lavoro professionale. Come se in un domani diagnosi e cura fossero atti esclusivamente individuali e non risentissero pesantemente delle condizioni del contesto, che deve avere una sua razionalità riconoscibile. Ragionare sulla complessità è oggi una sfida ineludibile nel processo di formazione. Per governare i processi in modo efficace è necessario fare riferimento all'espe-

rienza morale che riguarda l'applicazione pratica dei principi della corretta gestione amministrativa alla concretezza dei problemi in cui ci si imbatte quotidianamente. Sono le nuove sfide della Sanità. Se l'obiettivo è imparare a decidere insieme per governare i processi in modo efficace, è proprio in questo circuito che va inserito lo studente perché impari a cogliere significati che non conosce e che pure lo riguardano profondamente personalmente e professionalmente.

## Educare alla complessità

Una considerazione che deve guidare tutti i processi di formazione del medico, soprattutto i medici di nuova generazione tecnologicamente dipendenti, è che niente e nulla sostituiranno mai il ragionamento clinico e la relazione interpersonale che lega medico e paziente. Tutta la ricchezza di dati e d'informazioni che scaturiscono da una lunga lista di analisi hanno bisogno di un pensiero intelligente, ordinatore, che dia loro senso e li renda non solo intelligibili, ma anche spendibili al servizio di questo paziente concreto di cui ci si sta occupando ora. E la formazione del ragionamento clinico resta il *gold standard* della formazione medica: insegnare a ragionare secondo regole e criteri propri del ragionamento clinico: ci sono tanti tipi di ragionamento! Ma al medico serve saper ragionare clinicamente e a questo possono contribuire anche le scienze umane, che possono aiutare mantenere al centro dell'attenzione il valore della relazione interpersonale. Non deve accadere che si formi, né nel medico né tanto meno nel paziente, la sgradevole convinzione che essendo osservato, indagato e curato dalle macchine, possa essere considerato solo come un corpo-oggetto tra strumenti oggetto.

Il rapporto tra formazione clinica, formazione tecnico-scientifica e formazione umanistica è di fatto uno dei nodi cruciali nel campo della *Medical Education*, perché ne costituisce il costrutto epistemico e relazionale. I tre aspetti della formazione debbono integrarsi in modo armonico, nella piena consapevolezza che per un medico, l'uno non può darsi senza l'altro. La formazione scientifica è base irrinunciabile della formazione clinica, ma la stessa formazione clinica trae linfa dalla formazione umanistica, al punto che nell'azione concreta diventa impossibile distinguere dove comincia l'aspetto scientifico e come si prolunga e si esplicita nell'aspetto umanistico. Il primo punto del ragionamento clinico resta la raccolta dell'anamnesi, dialogo medico-paziente in cui il secondo si racconta, rispondendo alle sollecitazioni poste dalle domande del medico. Nel modo in cui il medico pone le domande, nelle intuizioni con cui cerca di fare ipotesi interpretative che orientino le domande successive, c'è tutto l'intreccio tra il sapere scientifico, la competenza clinica, e la capacità di mettere il paziente a suo agio, di facilitare la descrizione dei disturbi che lo affliggono. I vecchi clinici dicevano che l'anamnesi ben fatta costituiva il 75% della diagnosi. Dietro quell'espressione "ben fatta", si nascondeva un mix



di qualità che il medico doveva possedere e di cui era parte integrante e qualificante la capacità umana che costituiva il suo quadro valoriale di riferimento.

Anche davanti alla lunga sequenza di analisi che il laboratorio è in grado di effettuare, il medico deve esercitare la sua capacità critica, parte essenziale della sua capacità clinica, per associare dati e formulare ipotesi, confermarle e confutarle, prendere decisioni tenendo conto del principio di precauzione, esercitando la virtù della prudenza, essenziale nel suo profilo professionale. Tutto ciò mostra in modo inequivocabile quanto sia importante nel processo di diagnosi e cura il “fattore umano”, sia che si pensi al medico che al paziente (Donati e Colozzi, 1999). Ed è proprio questo fattore umano che caratterizza e connota la dimensione etica dell’agire dell’uomo, medico e malato, per la sua libertà, la sua intenzionalità, la responsabilità che ne consegue, e l’impegno che tutto ciò può avere nei modelli sociali più diffusi.

Il fattore umano è il fondamento della “intrinseca eticità dell’atto umano, sia esso clinico che scientifico” ed è la ragione per cui non può esistere una “neutralità etica della scienza” né una neutralità etica della clinica. La prima e più profonda dis-umanizzazione della scienza come della medicina consiste nel dire che il soggetto di essa non è più l’uomo, ridotto ad oggetto, sia pure oggetto di studio o oggetto di cura. L’etica della scienza, come l’etica clinica, non è qualcosa che dall’esterno si aggiunge all’agire dello scienziato o del clinico, ma un modo concreto di ordinare mezzi e fini, di salvaguardare la centralità dell’uomo, di agire sempre per l’uomo e non contro l’uomo. Manca spesso alla formazione dei giovani medici questa visione d’insieme che evidenzia come alcuni aspetti ne implicino necessariamente degli altri. Un ragionamento clinico, fatto su di un caso concreto, su di un paziente reale, può essere diverso da quello che si affronta con un caso da manuale, costruito a tavolino, con una sua esemplarità clinica, ma privo della complessità esistenziale. Per impostare e gestire il quadro clinico che presenta un paziente concreto è necessario integrare continuamente le competenze cliniche con le competenze relazionali, la valutazione scientifica con la valutazione etica.

Il medico e la medicina diventano punto di riferimento per scelte che riguardano il paese intero, i suoi stili di vita, i modelli comportamentali e la sua cultura. Di tutto ciò è importante che il medico sia consapevole fin dai primi anni della sua formazione per imparare a riflettere andando anche oltre i confini dell’ospedale (Berti, 1989). È importante che cerchi di guardare 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. Alla *medical education* tocca un lavoro molto complesso, perché tutto ciò è tutt’altro che facile e scontato sia sotto il profilo culturale che sotto quello

didattico-metodologico. Comprendere il valore delle scienze umane nella formazione medica significa anche interrogarsi su come sia stato possibile giungere alla loro obsolescenza dopo oltre venti secoli di forte tradizione umanistica.

## In conclusione

Alla formazione umanistica dei medici è affidata la possibilità di una relazione di cura che mantenga solidamente in equilibrio quella duplice polarità all’interno della quale Jaspers (1991) iscrive il paradigma della medicina: *da un lato la conoscenza scientifica e la tecnica e dall’altra l’ethos umanitario*, anche se oggi appare più che mai necessario umanizzare la tecnica e le sue tecnologie e riscoprire l’intrinseca dimensione etica della ricerca. Le *Medical humanities*, su cui tanto stanno cercando di investire le diverse Facoltà di Medicina, devono ricomporre al loro interno questa unità del sapere che poi si tradurrà nell’unità di vita del medico, al tempo stesso umanista e scienziato, clinico e filosofo, capace di una diagnosi rigorosamente esatta, ma anche di un calore comunicativo che la renda accettabile quando appare troppo dura ed ostile (Whitmore, 1996). La *téchne* medica non è una tecnica come tutte le altre: ne differisce per gli scopi specifici, per i modi con cui si applica e soprattutto per le persone a cui si applica. È un’arte-tecnica appositamente pensata dall’uomo per sollevare l’uomo dal suo dolore e dalla sua sofferenza, ma può risultare del tutto inefficace se il professionista-esperto non coinvolge il paziente a diventare un protagonista a tutti gli effetti, con piena libertà: una libertà di adesione alla proposta del medico, soprattutto quando gli mancano gli elementi per decidere da solo o ancor più gli mancano gli strumenti necessari. In questo intenso contesto relazionale è difficile dire dove finisce la tecnica e comincia la relazione interpersonale. La tecnica ha già un suo intrinseco aspetto relazionale e la relazione sarebbe pura astrazione se non poggiasse su di una effettiva competenza professionale da parte del medico.

Callahan parlando recentemente degli obiettivi e degli scopi della medicina (Handson e Callahan, 2007) ha messo in evidenza come tra i compiti del medico non ci sia solo quello della cura del paziente, ma anche quello di favorire il suo pronto e pieno reinserimento nel contesto socio-professionale, aiutandolo – se necessario – a convivere con uno stato solo parziale di benessere fisico e con alcuni dei suoi sintomi. Le patologie croniche costituiscono attualmente la nuova linea di confine della medicina, che è rimasta intrappolata nelle problematiche della cronicità, da cui stenta a emergere. Ed è nei confronti delle patologie croniche che oggi si pongono gli interrogativi più inquietanti, sul piano dei costi economici in sanità, sul piano dei costi sociali in famiglia e negli ambienti di lavoro, sul piano etico, per tutti quanti si occupano a vario livello delle problematiche connesse con la salute, fisica e mentale.

Sempre più alla medicina del curare si va affiancando la medicina dell'educare, come luogo in cui prima, più e meglio si raggiungono gli obiettivi propri della tutela della salute. E i medici, dai più giovani ai più esperti, si stanno familiarizzando con questo nuovo paradigma della medicina che ha il suo epicentro proprio nella formazione alla salute, nella partecipazione responsabile a tutte le decisioni che hanno come oggetto specifico la loro salute. Non c'è niente di più estraneo ad una moderna visione della medicina di quello di una medicina esclusivamente ancorata all'oggettività scientifica e incapace di confrontarsi con la soggettività del paziente. Possono cambiare le strategie, come cambiano le terapie, ma l'obiettivo resta il medesimo ed è questa fedeltà del medico al patto per la salute con il suo paziente che assicura a quest'ultimo il pieno esercizio della sua libertà. I medici dovranno imparare sempre di più ad ascoltare, a stare un passo indietro per non rubare al paziente la parte di protagonista, ma non per questo possono rinunciare alla loro responsabilità, che diventa più sottile e più incisiva sotto il profilo dell'educazione medica.

### **Bibliografia**

- Andre J. *Learning to see: moral growth during medical education*. J Med Ethics 1992;18(3):148-52.
- Assal JP. *Concepts and practice of humanitarian medicine. Social and medical progress through patient education in chronic diseases*. Springer, New York, 2008.
- Berti G, Quadrino S. *Il Medico e il counseling*. Il Pensiero Scientifico, Roma 1989.
- Binetti P. *La vita è uguale per tutti*. Mondadori, Segrate 2009.
- Bruera G. *La medicina centrata sulla persona. La formazione dei medici nel terzo millennio. Istituti editoriali e poligrafici internazionali*, Pisa 2001:108.
- Cavicchi I. *L'uomo inguaribile*. Editori Riuniti, Roma 1998.
- Cislaghi C. *Gli scenari della sanità*. Franco Angeli, Milano 2006.
- Donati PP, Colozzi I. *Giovani e generazioni*. il Mulino, Bologna 1999.
- Farinelli G. *Pedagogy between life sciences and the Humanities: anthropological, ethical, and epistemological suggestions for a Human Life Science*. MEDIC 2006;14(1):59-63.
- Handson MJ and Callahan D. *The goals of medicine. The forgotten issue in health care reform*. Georgetown University Press, Washington DC 2007.
- Jasper K. *Il medico nell'età della tecnica*. Raffaello Cortina, Milano 1991.
- Jonas H. *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*. Einaudi, Torino 1997.
- Kaneklin C, Scaratti G. *Formazione e narrazione*. Raffaello Cortina, Milano 1998.
- Moja E.A, Vegni E. *La visita medica centrata sul paziente*. Raffaello Cortina, Milano 2000.
- Morin E. *Introduzione al pensiero complesso*. Sperling & Kupfer, Milano 1993.
- Mottini G. *Medical humanities. La scienza umana in medicina*. SEU, Roma 1999.
- Organizzazione Mondiale della Sanità. 2000. *The world health report 2000: health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization.
- Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico. OECD health data 2006: Statistics and indicators for 30 countries (15ª edizione). Paris, OECD Publishing 2006.
- Ricoeur P. *Sé come un altro*. Jaca Book, Milano 1993:433-41.
- Russo MT. *La ferita di Chirone. Itinerari di antropologia ed etica in medicina*. Vita e Pensiero, Milano 2006:131-73.
- Van Der Vleuten CMP et al. *Come individuare le competenze essenziali per conseguire la laurea in medicina? Una proposta di metodo*. Medicina e Chirurgia 2000;15:518-25.
- Whitmore J. *Coaching for performance*. Nicholas Brealey, London 1996.