

EDITORIALE

Guido Giarelli*

Ci sono almeno tre buone ragioni che rendono questo numero speciale di “Studi di sociologia”, che raccoglie contributi sul tema delle Medical Humanities (MH) con particolare riferimento al loro inserimento nella formazione delle professioni mediche e sanitarie, di particolare interesse.

La prima è relativa alla messa a fuoco che esso offre circa le modalità che rendono tale inserimento ormai non solo imprescindibile e necessario, ma soprattutto appropriato: e che si potrebbero sintetizzare nella necessità sempre più evidente di superamento di un modello formativo basato esclusivamente sulle scienze naturali e sul paradigma biomedico. Un modello empirista-positivistico erede della scissione cartesiana mente-corpo che ancora oggi, nonostante la sua crisi evidente (Wulff et al. 1995), appare tuttora dominante nei percorsi formativi dei medici e delle professioni sanitarie, in special modo nel nostro paese. Una ragione fondamentale di tale persistenza è ben illustrata nel primo articolo di Lombi e Lombardi che, attraverso una revisione narrativa della letteratura internazionale, mette in evidenza come, benché siano ormai considerati come assodati tra studiosi e formatori i molti benefici teorici connessi all’inserimento delle MH nei percorsi formativi medico-sanitari (Giarelli 2020), risultino invece carenti di rigore scientifico e spesso frammentati, disomogenei e di portata limitata gli studi di valutazione di esito del loro effettivo valore pratico. Il che sposta il livello della discussione dal *perché* dell’inserimento delle MH al *come* esse vengono inserite nei percorsi formativi e agli *outcome* concretamente raggiunti in termini di efficacia formativa. La

* Guido Giarelli, Ph.D. allo University College London, è professore ordinario di Sociologia generale presso la Scuola di Medicina e Chirurgia dell’Università “Magna Græcia” di Catanzaro. È stato presidente della European Society for Health and Medical Sociology (ESHMS), vice-presidente del Research Committee 15 (Sociology of Health) dell’International Sociological Association (ISA) e coordinatore del Consiglio scientifico della Sezione di Sociologia della salute e della medicina dell’Associazione Italiana di Sociologia (AIS); ed è attualmente coordinatore del board del RN16-Sociology of Health and Medicine dell’European Sociological Association (ESA). È direttore del Centro di Ricerca Interuniversitario sull’Invecchiamento Sano e Attivo (C.R.I.S.A.). (Dipartimento di Scienze della Salute, Campus di Germaneto, Università “Magna Græcia”, 88100 Catanzaro, giarelli@unicz.it)

cui misurazione solleva questioni sia di carattere teorico-epistemologico che metodologico su cui si confrontano le diverse ipotesi post-positiviste, costruzioniste sociali e critiche con risposte differenti che le due autrici ben sottolineano nelle loro implicazioni, arrivando a formulare anche alcune raccomandazioni per lo sviluppo di ricerche future in questo ambito.

Il nodo fondamentale della questione attorno a cui ruotano le questioni indicate, al di là di false dicotomie quali quella tra valore strumentale e valore intrinseco delle MH, è rappresentato dal problema di un reale superamento della scissione tra le tradizionali “due culture”, scientifica e umanistica (Snow 1960), derivate dalla scissione cartesiana. Solo quando i tre ambiti disciplinari delle scienze umane, delle scienze sociali e delle arti – che costituiscono le tre componenti fondamentali delle Medical Humanities (Zimmerman - Marfuggi 2012) – concorreranno alla formazione medica e dei professionisti sanitari assieme alle scienze naturali e alle discipline cliniche e assistenziali in modo realmente integrato diverrà possibile superare tale scissione per pervenire a una concezione unitaria della natura umana, non più dualistica, atomistica, riduzionistica, empirista e positivista, fondata sull’illusione *naïve* di un accesso diretto al corpo-macchina privo d’interpretazione e scisso dalla mente (Macnaughton 2012). Ma ciò appare lontano all’orizzonte di una concezione ancora prevalentemente “additiva” di tale integrazione, fondata sulla semplice giustapposizione di elementi “*soft*” agli elementi “*hard*” rappresentati dalle scienze naturali e clinico-assistenziali con finalità di “umanizzazione” delle pratiche di cura, che lascia sostanzialmente intoccate le concezioni tradizionali sottostanti di medicina e di cura. Da tale modalità di incorporazione per giustapposizione *multidisciplinare* delle MH nel curriculum medico-sanitario tradizionale è necessario far emergere, magari gradualmente, una modalità realmente “integrata”, che implichi invece una radicale rimessa in discussione dei confini disciplinari secondo una prospettiva *interdisciplinare* che, a partire dalla ricomposizione dell’unità della natura umana, ripensi profondamente i diversi aspetti del sapere medico e delle pratiche di cura (Greaves 2001).

La presentazione e discussione dei risultati di ricerche e di revisioni sistematiche rilevati dalla revisione narrativa della letteratura internazionale, pur con tutti i loro limiti evidenziati, non potrà che arricchire una situazione italiana di insegnamento delle MH nelle facoltà di Medicina che appare ancora tragicamente arretrata rispetto a quanto avviene invece da tempo negli altri paesi occidentali: e questa è la seconda ragione di interesse di questo numero, ovvero le resistenze radicate che tuttora si frappongono a un organico, sistematico e appropriato inserimento curriculare delle MH nella formazione medico-sanitaria. Essa è ben documentata per la prima volta nel caso italiano nel secondo articolo di Murero e Porrovecchio, che riporta i risultati di un’indagine empirica nazionale sull’insegnamento delle MH nei 679 corsi di laurea delle professioni medico-sanitarie. Una prima mappatura nazionale condotta utilizzando anche un algoritmo di intelligenza artificiale per l’analisi dei dati che ha evidenziato le forti criticità rilevate: una distribuzione alquanto disomogenea dei crediti formativi universitari (CFU) tra le diverse discipline che compongono le MH, con una forte carenza in particolare delle scienze umane, una assai scarsa quando nulla rappresentanza delle arti, e una diffusa assenza in particolare della sociologia. Una congerie di elementi che illustra

le resistenze che il contesto formativo medico-sanitario italiano continua a frapporre a un organico inserimento delle MH nei propri curricula accademici.

All'origine di tali resistenze possiamo cogliere il persistere di quello che è stato definito il "curriculum nascosto" (*hidden curriculum*), ovvero "un insieme di influenze che operano a livello di struttura organizzativa e di cultura che influenzano la natura dell'apprendimento, le interazioni professionali e la pratica clinica" (AFMC 2010: 6). Si tratta di quel curriculum occulto che gli studenti apprendono al di fuori del curriculum formale assorbendolo dalla struttura organizzativa e dalla cultura professionale in special modo durante i tirocini da essi svolti nei diversi contesti sanitari ospedalieri e territoriali: che spesso comportano un effetto controproducente rispetto all'apprendimento teorico dello studente attraverso il linguaggio (specie non verbale), gli atteggiamenti e i comportamenti dei professionisti che lo studente incontra. Un complesso di fattori che si caratterizzano talora per la loro natura cinica, fatalista, opportunistica, autoritaria sia nei confronti di colleghi che deresponsabilizzante nei confronti dei pazienti, tale da indurre nello studente un processo di "cripto-socializzazione" che tende a colorare la professione medico-sanitaria in modo non così nobile come formalmente insegnato. Il curriculum nascosto opera una ridefinizione negativa dell'immagine professionale che la rende assai meno disponibile ad affrontare o a considerare del tutto irrilevanti le problematiche sollevate dalle MH in seguito alla forte disillusione prodotta dalla deidealizzazione traumatica sperimentata. Se si vuole evitare che a prevalere in seguito sia questo tipo di identità professionale, diviene fondamentale per le Facoltà di Medicina garantire che il curriculum nascosto sia identificato e affrontato da studenti, tutor di tirocinio e docenti durante tutte le fasi dell'apprendimento al fine di tematizzarne e cercare di superarne l'influenza negativa.

Da questo punto di vista, le Medical Humanities possono offrire un contributo significativo mediante le proprie metodologie di coinvolgimento attivo, sia prima che durante e dopo il periodo di tirocinio clinico, per aiutare lo studente a riflettere e a rielaborare opportunamente in maniera non cinica l'esperienza avuta: e questo ci porta alla terza ragione d'interesse di questo numero, ossia le metodologie più appropriate per l'insegnamento delle MH. Proprio la difficoltà e l'ostilità manifesta o implicita di insegnamento di queste discipline a studenti spesso ancora convinti che la medicina sia una tecnologia per salvare l'umanità sul modello del Doctor House dovrebbe indurre chi insegna MH a privilegiare quelle tecniche pedagogiche atte a creare un ambiente di apprendimento di tipo laboratoriale, creativo, esperienziale che ponga al centro lo studente al fine di valorizzarne le competenze e la capacità di rielaborazione del vissuto relazionale. Pratiche formative di apprendimento attivo e cooperativo che richiedono l'attivazione di piccoli gruppi di lavoro (il che spesso si scontra con la realtà di classi numerose): quali, ad esempio, il seminario interdisciplinare per superare la tradizionale visione settoriale delle singole discipline; il "tempo circolare" (*circle time*), nel quale i discenti si dispongono in cerchio con un conduttore-formatore che ne sollecita l'intervento in ordine circolare e secondo un tempo prefissato; il *role playing*, con la simulazione di comportamenti e atteggiamenti adottati nella vita reale; l'"apprendimento cooperativo" (*cooperative learning*) mediante lavori di gruppo; o la "classe capovolta" (*flipped classroom*), in cui lo studio precede la lezione in classe (anche mediante slide/

video), nella quale si svolgono attività collaborative, dibattiti, laboratori sulla base di quanto appreso (Konopka et al. 2015).

In tale ambito, il terzo articolo di Scavarda, Moretti e Green ci offre un'ulteriore interessante proposta: quella dell'utilizzo creativo dei fumetti nei corsi di laurea in Medicina, presentando i risultati di uno studio qualitativo condotto in Nord America che analizza il ruolo dei fumetti nel promuovere l'empatia clinica e la socializzazione emotiva degli studenti. Sulla base delle interviste in profondità con essi realizzate, lo studio ha valutato positivamente l'impatto dell'uso delle narrazioni grafiche sullo sviluppo di empatia clinica nei confronti dei futuri pazienti e di consapevolezza delle diverse prospettive che caratterizzano l'esperienza di malattia. I fumetti si sono rivelati utili a sviluppare in particolare il pensiero critico degli studenti nei confronti del loro percorso formativo, del sistema sanitario, e a elaborare le complesse emozioni associate alla transizione verso il futuro ruolo professionale.

Gli ultimi tre articoli di questo numero offrono ulteriori spunti di riflessione e di approfondimento particolarmente significativi sulle potenzialità formative delle MH. Quello di Rebecca Volpe e colleghi del Pennsylvania State University College of Medicine presenta un nuovo curriculum preclinico sperimentale in MH da essi realizzato che si focalizza in particolare sul problema della giustizia sociale. I risultati evidenziano lo sviluppo di una consapevolezza critica da parte degli studenti nei confronti dei valori e delle questioni etiche implicate nella pratica medica; di un atteggiamento empatico nei confronti dell'esperienza di malattia del paziente e dei diversi valori e credenze che ne supportano i comportamenti; nonché una consapevolezza critica delle proprie capacità e dei propri limiti.

Di Placido e Palmisano affrontano invece la questione dell'integrazione dell'assistenza spirituale nella pratica medica e assistenziale, intesa come processo di cura da parte del personale ospedaliero dei bisogni esistenziali, religiosi e spirituali che sorgono nei pazienti a seguito di una patologia severa. Sulla base dei risultati di una "ricerca azione" da essi condotta in un ospedale torinese, partendo da una definizione della spiritualità come ricerca di senso, essi mostrano come essa sia una componente fondamentale della salute e del benessere dell'individuo e di conseguenza una risorsa cruciale nel processo di cura, con particolare riferimento alle dimensioni che attengono al senso del sé personale e al rapporto con gli altri, sia da parte dei pazienti che da parte degli operatori sanitari.

Infine, l'articolo di Sannella che chiude il numero esplora la connessione tra MH e approccio One Health, che interconnette salute umana, animale e contesto ecologico. In una prospettiva transdisciplinare, la natura interconnessa della salute umana con quella delle diverse specie animali ed ecosistemi ambientali amplia la possibilità di un approccio olistico quale quello proposto dalle MH ponendolo in grado di affrontare le problematiche sempre più complesse della società globalizzata come il periodico emergere di fenomeni pandemici.

Nel complesso, il numero offre dunque un contributo significativo all'analisi del ruolo che le MH possono svolgere non semplicemente per una banalizzante "umanizzazione" della biomedicina, ma per contribuire a costruire un percorso congiunto con la medicina stessa di fecondo ripensamento dei paradigmi e delle metodologie con cui

sino a oggi essa ha affrontato il significato di salute, malattia, medicina, cura, guarigione a partire dalla formazione del medico e dei professionisti sanitari nelle società complesse del XXI secolo.

BIBLIOGRAFIA

- AFMC
(2010) *The Future of Medical Education in Canada (FMEC): A Collective Vision for Medical Education*, The Association of Faculties of Medicine of Canada, Ottawa (https://www.afmc.ca/wp-content/uploads/2022/10/2010-FMEC-MD_EN.pdf, 29/08/2023).
- GIARELLI G.
(2020) *Le Medical Humanities nelle Facoltà di Medicina: Una prospettiva internazionale*, "Medicina e Morale", 69(4), pp. 435-452.
- GREAVES D.
(2001) *Two conceptions of medical humanities*, "Nursing Philosophy", 2, pp. 270-271.
- KONOPKA C.L. - BOHRER M.A. - MOSELE P.H.
(2015) *Active teaching and learning methodologies: Some considerations*, "Creative Education", 6, pp. 1536-1545.
- MACNAUGHTON J.
(2011) *Medical humanities' challenge to medicine*, "Journal of Evaluation in Clinical Practice", 17, pp. 927-932.
- SNOW C.P.
(1960) *The Two Cultures and the scientific revolution*, Cambridge University Press, Cambridge (UK).
- WULFF H.R. - PEDERSEN S.A. - ROSENBERG R.
(1990) *Filosofia della medicina*, tr. it. Raffaello Cortina Editore, Milano (ed. orig. 1986).
- ZIMMERMAN T. - MARFUGGI R.
(2012) *Medical Humanities Role in Medical Education*, "World Medical & Health Policy", 4 (2), pp. 1-11.

