

Le Medical Humanities nelle Facoltà di Medicina: una prospettiva internazionale*

GUIDO GIARELLI

Dipartimento di Scienze della Salute, Università “Magna Græcia”, Catanzaro.

Corrispondenza: Guido Giarelli, Dipartimento di Scienze della Salute, Università “Magna Græcia”, Catanzaro, Italia; e-mail: giarelli@unicz.it

Ricevuto il 22 settembre 2020; Accettato il 9 novembre 2020

RIASSUNTO

Questo intervento ha lo scopo di presentare la nascita e l'evoluzione delle Medical Humanities a livello internazionale sia in senso spaziale che temporale, nell'intento di mostrare come ciò che viene definito “Medical Humanities” non costituisca un ambito statico, ma sia il risultato di un processo di diffusione culturale nel quale l'ampliamento della dimensione spaziale dal Nordamerica all'Europa e, successivamente, agli altri continenti ha coinciso con una evoluzione significativa sul piano temporale, che ha comportato l'attribuzione di significati diversi a questo ambito di studi di natura multi o interdisciplinare.

ABSTRACT

The Medical Humanities in the Faculties of Medicines: an international perspective.

This paper aims to show the origin and evolution of the Medical Humanities at an international level both in a spatial and temporal sense, with the purpose of showing how what is defined as ‘Medical Humanities’ does not constitute a static field, but is the result of a process of cultural diffusion in which the expansion of the spatial dimension from North America to Europe and subsequently to the other continents coincided with a significant evolution in terms of time, which entailed the attribution of different meanings to this field of studies of multi- or interdisciplinary nature.

Parole-chiave: Medical Humanities, curriculum medico, Health Humanities, Critical Medical Humanities, Hard Medical Humanities, multi/inter-disciplinare.

Key-words: Medical Humanities, medical curriculum, Health Humanities, Critical Medical Humanities, Hard Medical Humanities, multi/inter-disciplinary.

* Il presente articolo costituisce una rielaborazione ampliata dell'intervento svolto nel corso del convegno su “Il contributo delle Medical Humanities nella formazione dei professionisti sanitari”, tenutosi presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma il 4 ottobre 2019 e organizzato dal Centro di Ateneo di Bioetica e Scienze della Vita in collaborazione con la Sezione di Sociologia della salute e della medicina dell'Associazione Italiana di Sociologia (AIS).

Dal momento che le ragioni ed i problemi che l'introduzione delle *Medical Humanities* nella formazione del medico e degli altri professionisti sanitari sono già stati opportunamente puntualizzati da Antonio G. Spagnolo in un suo *Editoriale* su questa rivista [1], questo intervento ha lo scopo di cercare di ampliare l'orizzonte di riferimento sia in senso spaziale che temporale, nell'intento di mostrare come ciò che viene definito "*Medical Humanities*" non costituisca un ambito statico, ma sia il risultato di un processo di diffusione culturale nel quale l'ampliamento della dimensione spaziale ha coinciso con una evoluzione significativa sul piano temporale.

1. Negli Stati Uniti

Alle origini di ciò che oggi definiamo *Medical Humanities*¹ si colloca infatti un movimento d'opinione sviluppatosi nel corso degli anni '60 e '70 del secolo scorso negli USA e composto da medici, operatori sanitari e assistenti spirituali preoccupati della direzione fortemente tecnicista che la medicina all'epoca stava cominciando ad imboccare e della conseguente inadeguatezza che tale approccio comportava [2]. Principale² ispiratore e leader ca-

ismatico di tale movimento è la figura di Edmund Pellegrino, medico e filosofo, direttore del Kennedy Institute of Ethics alla Georgetown University di Washington, considerato uno dei fondatori della bioetica negli USA ed un pioniere nell'introduzione delle *Humanities* (discipline umanistiche) nei *college* di Medicina statunitensi. La sua opera infaticabile di diffusione in ambito accademico, attraverso conferenze e pubblicazioni relative all'importanza di tali discipline nella formazione del medico contemporaneo,³ si focalizza in quegli anni sulle problematiche etiche e bioetiche connesse con gli sviluppi della medicina e della biologia, sul rischio di perdita di una visione olistica della persona che tali sviluppi comportano, e sulla conseguente necessità di "umanizzazione" che riporti la persona nella sua globalità multidimensionale al centro dell'attività di cura e di ricerca clinica [4]. Introducendo un numero del *Journal of Medicine and Philosophy* (da lui fondato), dedicato alla figura e all'opera di Edmund Pellegrino in occasione del suo 70° compleanno, Tristram Engelhardt [5], allora direttore della rivista, ha riconosciuto pienamente il ruolo svolto da Pellegrino nel cercare di rendere consapevole il mondo della medicina e delle scienze biologiche

¹ In realtà, la denominazione "Medical Humanities" venne coniata negli anni '40 da George Sarton, storico della scienza inglese.

² Tra i precursori, è il caso di citare anche Francis Peabody (1881-1927), docente della Harvard Medical School e autore, tra gli altri, del celebre saggio *The care of the patient* (pubblicato su JAMA 1927 (88): 877-882); nonché K. Danner Clouser (1930-2000), bioeticista, tra i primi a stabilire un corso di *Medical Humanities* al Pennsylvania State University College of Medicine e a sostenere la necessità di una visione integrativa e non semplicemente additiva delle *Medical Humanities*.

³ Come racconta Sandro Spinsanti, «tra il 1968 e il 1978 Pellegrino visitò un'ottantina di istituzioni: incontrando professori e studenti, sensibilizzando alla necessità di introdurre le *medical humanities* nell'insegnamento della medicina, fornendo egli stesso dimostrazioni di come tale insegnamento poteva essere condotto. Il progetto era sostenuto economicamente dal "Fondo nazionale per le *humanities*", mediante un sostanzioso stanziamento destinato a promuovere un riavvicinamento tra formazione umanistica e formazione tecnologica» [3, p. 186].

dei nuovi problemi derivanti dai maggiori poteri tecnoscientifici acquisiti.

Inoltre, nel 1969 viene fondato a New York l'Hastings Center, il più famoso centro di ricerca indipendente sulla bioetica a livello mondiale, ad opera principalmente di Daniel Callahan, suo direttore sino al 1983, filosofo particolarmente attivo nello sviluppo della bioetica su tematiche quali il controllo delle nascite, la morte e il morire, la genetica umana.

I frutti di tali attività non si fanno attendere: già nel 1967 viene istituito il primo programma di *Medical Humanities* alla Pennsylvania State University di Hershey, con corsi istituzionalmente riconosciuti all'interno del corso di Medicina relativi alla morte e al morire, etica e medicina, letteratura medica, religione e medicina, filosofia della medicina e filosofia della genetica. Nel 1973 esistono già ben 40 programmi di *Medical Humanities* istituiti nelle scuole mediche statunitensi. Nello stesso anno, viene fondato all'Università del Texas l'Institute for the Medical Humanities, dal 1982 diretto da Ronald Carson, altro pioniere nell'introduzione delle problematiche etiche, legali, filosofiche, storiche, religiose e letterarie della medicina. Anch'egli fondatore di un'altra rivista in questo ambito nel 1987, la *Medical Humanities Review*, inserisce in tutte le fasi del corso di Medicina dell'Università del Texas tali problematiche: a partire dal primo anno, in cui collabora al corso di *Practice of Medicine* presentando le problematiche etiche della pratica medica; per proseguire al secondo anno, in cui tali problematiche vengono approfondite con un approccio storico mediante una didattica per piccoli gruppi basata sulla metodologia del *pro-*

blem solving; per concludere, al quarto anno, con approfondimenti specifici nel corso di *Basic Sciences and Humanities Selectives*, in cui si cerca di favorire ulteriormente l'apertura della mente del medico in formazione alla complessità e alle integrazioni necessarie alla miglior comprensione del fenomeno "malattia", incluso il punto di vista del paziente [6].

Nel decenni successivi, anche negli altri *college* di Medicina statunitensi si verifica una progressiva introduzione sistematica a macchia d'olio delle medesime problematiche di natura prevalentemente filosofica, etica e bioetica nell'ambito dei *curricula* universitari dei corsi di Medicina e delle diverse professioni sanitarie: al punto che oggi praticamente in tutti i 133 *colleges* di Medicina statunitensi esistono dipartimenti di *Medical Humanities* o con denominazioni equivalenti che erogano regolarmente i loro corsi istituzionali e svolgono attività di ricerca in questi ambiti. Dal 2015 poi, l'American Association of Medical Colleges (AAMC) ha significativamente modificato il *Medical College Admission Test* (MCAT), sulla base dei risultati di una *survey* dalla quale è risultato che il pubblico ha un alto livello di fiducia nel sapere medico e nelle capacità dei medici, ma ritiene che spesso essi difettino nelle competenze sociali basilari richieste per connettersi con il paziente. Un'équipe composta da esperti psicometrici e rappresentanti dei *college* di Medicina ha quindi messo a punto sei nuove competenze da valutare nel test d'ingresso assieme a quelle classiche basate sulle scienze naturali [7, p. 2]:

1) *integrità ed etica*: adesione ai principi etici e resistenza alle pressioni dei pari ad assumere comportamenti non etici; in-

coraggiamento degli altri a comportarsi in modo onesto;

2) *affidabilità e lealtà*: coerente adempimento degli obblighi in modo puntuale e soddisfacente; assunzione di responsabilità per le azioni e performance personali;

3) *orientamento al servizio*: desiderio di aiutare gli altri e sensibilità ai loro bisogni e sentimenti; desiderio di alleviare le loro affezioni;

4) *competenze sociali, interpersonali e di lavoro in équipe*: consapevolezza dei bisogni, finalità e sentimenti altrui e di quanto questi influenzino i comportamenti e le interazioni sociali; nonché di come essi si possano modificare trattando gli altri con rispetto, dimostrando rispetto per i diversi gruppi etnici;

5) *desiderio di apprendimento*: continuo auto-miglioramento e apprendimento di nuovi concetti e abilità; valutazione dei propri punti di forza e di debolezza; sollecitazione e risposta appropriata ai *feedback*;

6) *resilienza e adattabilità*: tolleranza verso ambienti o situazioni stressanti o mutevoli e adattamento efficace ad essi; capacità anche in condizioni difficili; capacità di resilienza dalle battute d'arresto.

L'elenco volutamente dettagliato delle nuove competenze evidenzia l'importanza attribuita agli aspetti morali e alle performance relazionali che dovrebbero caratterizzare «l'ideale dello studente di Medicina del XXI secolo e, dunque, del medico come dottore a tutto tondo, in grado di interagire ad un livello più profondo con il paziente e non secondo ristrette aspettative di tipo mentale, divenendo perciò un medico più umano» [7, pp. 2-3]. Il che segna il definitivo superamento di quella “dottrina

Flexner” che ha caratterizzato la formazione del medico statunitense nel corso del XX secolo, fondata sull'integrazione tra scienze di laboratorio e scienze cliniche. Oggi oltre la metà (69 su 133) dei *college* di Medicina richiedono un corso preliminare di *Medical Humanities* ai propri studenti. La principale rivista di riferimento è il *Journal of Medical Humanities*.

La prevalenza di un approccio di natura filosofica ed etica nell'ambito delle *Medical Humanities* statunitensi è testimoniata dalla stessa denominazione della società scientifica di riferimento fondata nel 1969, la Society for Health and Human Values: il focus è principalmente sui valori umani quale dimensione essenziale della formazione sanitaria. Nel 1998 tale società si fonde con la Society for Bioethics Consultation e la American Society for Bioethics, formando la American Society for Bioethics and Humanities, nella quale la dimensione etica e bioetica risulta ulteriormente rafforzata: l'obiettivo è superare la spersonalizzazione, la centralità della medicina molecolare e dell'insegnamento di una medicina meccanicistica [8]. Il limite di tale impostazione, secondo i suoi critici [2; 8], consiste nel ritenere che tale ambizioso obiettivo, comportante una necessaria riforma complessiva della medicina, si possa acquisire solo cambiando la formazione medica e attraverso il dialogo e la persuasione a tutti i livelli della professione, oltre che nel contesto sociale. Secondo lo storico Daniel Fox [8], in particolare, la strategia formativa fondata sui “programmi dimostrativi”, tanto di moda per perseguire tali cambiamenti fondamentali della medicina, raramente ottiene i propri risultati: per cui la radicalità dell'approccio rischia di dissi-

parsi venendo riassorbita dalle categorie mediche e dalle strutture istituzionali preesistenti che si intende cambiare.

2. In Canada

Nelle università del Canada, solo negli ultimi due decenni le *Medical Humanities* sono state introdotte, sia pure in maniera differenziata: in quelle anglofone come quelle di Toronto, Manitoba e Dalhousie di Halifax (Nuova Scozia) esistono dipartimenti e corsi di formazione dedicati, sul modello di quelli statunitensi; mentre in quelle bilingui come la McGill University di Montreal (Quebec) l'offerta relativa alle *Medical Humanities* è più frammentata sulla base di diversi moduli formativi tematici (inclusi quelli sulla medicina indigena dei nativi) erogati da diversi dipartimenti, rispecchiando maggiormente, come vedremo, la situazione francese.

Nel 2018 viene fondata ad Halifax la Canadian Association for Health Humanities: la ridefinizione da "Medical" a "Health" Humanities ha un'implicazione non semplicemente terminologica, che si rifà alla critica di Crawford e colleghi [9] al primo termine, ritenuto avere una focalizzazione troppo ristretta sull'ambito esclusivamente medico, marginalizzando l'esperienza delle professioni sanitarie (infermieri, ostetriche, fisioterapisti, tecnici sanitari), delle professioni alleate (psicologi, farmacisti, assistenti sociali), dei *caregivers* (familiari, badanti) e degli stessi malati. L'intento è quindi quello di «discutere e sviluppare il ruolo delle discipline umanistiche nell'ambito della salute nel suo complesso piuttosto che soltanto della medicina» [9,

p. 8] attraverso la «comprensione della condizione umana e promuovendo la pratica di cura del paziente mediante il dialogo critico nell'ambito dell'assistenza sanitaria», come recita il sito dell'associazione [10]. L'associazione pubblica una rivista, *ARS Medica*, che già nel titolo rivela un forte interesse per l'utilizzo delle arti nell'ambito delle *Health Humanities*.

Benché in Canada i corsi di *Health Humanities* non siano ancora ufficialmente tra i prerequisiti richiesti per l'ingresso in una delle 17 Facoltà di Medicina, l'Association of Faculties of Medicine of Canada (AFMC) ha redatto nel 2010, un secolo dopo il Rapporto Flexner, un documento intitolato *The Future of Medical Education in Canada*, nel quale propone una profonda rivisitazione della formazione medica avanzando quindici raccomandazioni finalizzate a ridefinire la responsabilità sociale del medico verso i bisogni di salute della comunità nel rispetto delle diversità culturali. Questo riorientamento in senso comunitario e non puramente individualistico della professionalità del medico, sostenuto da una particolare attenzione per le differenze antropologiche, trova nella raccomandazione n. 5 una specifica focalizzazione formativa su quello che viene definito "*hidden curriculum*", ovvero il curriculum nascosto, occulto: come recita il testo, «il curriculum nascosto è 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. Le Facoltà di Medicina devono quindi garantire che il curriculum nascosto sia regolarmente identificato e affrontato da studenti, educatori e do-

centi durante tutte le fasi dell'apprendimento» [11, p. 6].

Il curriculum occulto costituisce dunque ciò che gli studenti apprendono al di fuori del curriculum formale, assorbendolo dalla struttura organizzativa e dalla cultura professionale [12] in cui si ritrovano: se alcuni dei suoi aspetti possono avere valenza positiva (come l'acquisizione di un *expertise* e di pratiche che possono rendere più efficace l'attività clinica), più spesso esso comporta un effetto controproducente rispetto all'apprendimento dello studente. Il linguaggio (anche non verbale), gli atteggiamenti, i comportamenti degli educatori e dei professionisti che lo studente incontra nel corso del proprio percorso formativo, sia teorico che pratico, si caratterizzano talora per la loro natura cinica, fatalista, opportunistica, autoritaria sia nei confronti di colleghi che deresponsabilizzante nei confronti dei pazienti, tali da indurre nello studente un processo di "cripto-socializzazione" per cui ella/egli scopre che la professione medica non è poi così nobile come l'aveva immaginata. Il paradosso che si verifica è quindi che, se inizialmente lo studente dei primi anni è ancora particolarmente ricettivo alle problematiche delle *Medical Humanities* quando non ne avrebbe particolare necessità (non avendo ancora affrontato il tirocinio), successivamente, con il passaggio dagli anni pre-clinici a quelli clinici – o come talvolta si afferma, da quelli "pre-cinici" a quelli "cinici" [13] – il curriculum nascosto opera una ridefinizione negativa dell'immagine professionale che lo rende assai meno disponibile ad affrontare tali problematiche in seguito alla forte disillusione prodotta dalla de-

idealizzazione traumatica sperimentata. Se si vuole evitare che a prevalere in seguito sia questo tipo di identità professionale, diviene fondamentale tematizzare le problematiche di identità e pratica professionale che il curriculum nascosto solleva, a partire soprattutto dalle esperienze di tirocinio clinico: cercando di identificare gli elementi di maggior criticità che, consapevolmente o inconsapevolmente, potrebbero portare lo studente a ritenere di aver compreso quale sia il "curriculum reale" al di là di quello che gli viene formalmente insegnato. Da questo punto di vista, le *Medical Humanities* possono offrire un contributo significativo mediante le proprie metodologie di coinvolgimento attivo, anche durante e dopo il periodo clinico, per aiutare lo studente a riflettere e a rielaborare opportunamente, in maniera non cinica, l'esperienza avuta: «la presentazione di un paziente seguita da una discussione clinica sofisticata per dimostrarne la rilevanza possono essere utilizzati per un approccio alle discipline umanistiche. I contenuti umanistici (artistici, verbali, cinematografici, letterari) possono impegnare l'emisfero sinistro del cervello così potentemente da vincere ogni resistenza, classificando l'esperienza come indimenticabile» [13, p. 93].

3. Nel Regno Unito

Che il primo paese europeo a vedere introdotte le *Medical Humanities* da oltre Atlantico sia stato il Regno Unito non può stupire, date le affinità linguistiche e culturali: semmai stupisce che siano arrivate con un paio di decenni di ritardo rispetto al

Nordamerica. È infatti solo nel 1993 che il General Medical Council,⁴ in un documento ufficiale di raccomandazioni relative alla formazione medica [14], apre le porte a queste nuove discipline nell'ambito del percorso formativo sotto forma di "moduli speciali di studio" [15]. È così che, negli anni successivi, nelle università britanniche fioriscono diversi centri di ricerca e formazione: tra i primi, alla School of Health Sciences dell'Università di Swansea viene istituito il Centre for Philosophy, Humanities and Law in Health Care; e nel 1998 il Centre for Medical Humanities dello University College London. A seguire, nel 2000, viene fondato all'Università di Durham il Centre for Arts and Humanities in Health and Medicine, diretto da Jane Macnaughton in collaborazione con Martin Evans, altro storico leader nell'introduzione di queste discipline nell'ambito accademico inglese; mentre alla School for Health and Social Care dell'Università di Bristol viene creato il Centre for Health, Humanities and Science. Contemporaneamente, vengono istituite le prime cattedre all'Università di Swansea, di Durham e al King's College di Londra [16].

È così che queste prime esperienze danno vita nel 2002 all'Association for Medical Humanities che, con il supporto del Nuffield Trust, promuove iniziative formative e di ricerca a livello nazionale e internazionale mediante conferenze annuali e la

redazione della nuova rivista *Medical Humanities* pubblicata dal BMJ Group. Oggi quello che nella proposta iniziale dell'associazione viene definito un campo di «indagine interdisciplinare sugli aspetti della pratica, formazione e ricerca medica espressamente interessati al lato umano della medicina» [17, pp.104-105], costituisce un ambito formativo ormai consolidato presente in quasi tutte le università inglesi, sia nei *colleges* di Medicina che nelle scuole interdisciplinari di *Health and Social Care* come quella di Bristol, nelle quali professionisti sanitari e sociali vengono formati assieme.

Più di recente, l'ambito si è differenziato ad opera principalmente di Paul Crawford che, dopo la sua critica della definizione di "*Medical Humanities*" [9], è divenuto professore di "*Health Humanities*" all'Università di Nottingham; e ha dato vita all'International Health Humanities Network, una rete internazionale che intende coinvolgere, oltre che medici, professionisti sanitari e sociali, professioni alleate, *caregivers*, volontari, artisti e pazienti nell'esplorazione di nuovi approcci alla salute e al benessere attraverso le arti e le discipline umanistiche nei diversi *setting* residenziali, territoriali e comunitari. Autore di un recentissimo manuale, un'antologia e addirittura un'enciclopedia sulle *Health Humanities* [18-20], Crawford ha svolto attività di ricerca soprattutto nell'ambito della salute mentale e dei relativi servizi territoriali.

La risposta del Centre for Medical Humanities dell'Università di Durham e degli altri centri è stata una critica serrata del suo presunto passaggio dalle "Medical" alle "Health" Humanities, definito come

⁴ È l'organo di autogoverno della professione medica britannica, istituito dal *Medical Act* del 1858 con quattro funzioni principali: la tenuta del *Medical Register* dei professionisti abilitati, la rimozione dal medesimo dei medici per casi di particolare gravità, la definizione delle buone pratiche mediche, e la promozione della formazione medica accademica.

«empiricamente e concettualmente discutibile», dal momento che «l'idea che questo ambito abbia operato per escludere ogni voce al di fuori di quella del medico o dello studente di medicina è chiaramente falsa» [21]. La controproposta è invece quella di una ridefinizione dell'ambito come "*Critical Medical Humanities*" che, superando una visione fuorviante che pretende di distinguere le "Health Humanities" dalle "Medical Humanities" sulla base di una visione riduttiva di quest'ultime, non corrispondente agli effettivi oggetti di ricerca e di formazione, proponga un "impegno critico" volto ad interrogare «i molteplici modi in cui ciò che è "medico", medicina e salute sono affrontati ed esperiti» [21, p. 73]. Sulla base di una specifica attenzione ai contributi delle scienze sociali e, in particolare, della teoria culturale critica ma, anche, delle attività artistiche nell'ambito dei servizi di salute comunitaria e delle pratiche creative contro-culturali, nonché delle strategie dei movimenti di attivisti in questo campo, la proposta si incentra su di una ridefinizione intersoggettiva e relazionale del soggetto e del suo benessere che superi il modello individualistico neoliberale, enfatizzando la interconnessione spaziale tra i corpi e «"il sociale" in termini di interrelazioni, molteplicità, eterogeneità e flusso. (...) La salute, quindi, è riconcettualizzata come qualcosa che è prodotto attraverso le relazioni tra corpi piuttosto che come qualcosa che un corpo è o non è» [21, p. 77].

È evidente che tale impegno critico «distrugge la visione dell'individuo come sempre e necessariamente un soggetto delimitato e sfida le spazio-temporalità proprie dei concetti dominanti di guarigione

e terapia riconoscendo che il benessere è sempre nel flusso e consentendo "spazio per auto-sviluppi differenziati"» [21, p. 77]: che tutto ciò comporti in termini formativi un mutamento davvero radicale è qualcosa che aspettiamo ancora di vedere.

4. Nell'Europa continentale

Nell'Europa continentale la situazione delle *Medical Humanities* è piuttosto variegata: poiché la stessa denominazione di origine anglosassone è arrivata solo molto di recente, per trovare qualcosa occorre spesso cercare sotto altre etichette. È il caso, ad esempio, della Francia, dove pur non esistendo un contenitore complessivo come quello delle *Medical Humanities*, tuttavia nelle Facoltà di Medicina sin dai primi anni di corso sono numerosi e piuttosto corposi i moduli di Scienze umane e sociali previsti: essi comprendono sia moduli disciplinari di storia della medicina, etica, deontologia, psicologia, antropologia ed economia, sia interdisciplinari relativi a temi come la vulnerabilità, il dolore e le cure palliative, la morte e il morire, handicap, disabilità e dipendenza.

Nei paesi scandinavi la diffusione delle *Medical Humanities* è piuttosto embrionale: in Svezia esiste un "nodo di ricerca" all'Università di Lund il cui particolare interesse è dato dalla specifica attenzione posta alle relazioni con il modello di welfare nordico e al suo storico impatto sull'assistenza sanitaria e sulla vita quotidiana delle persone malate. Anche all'Università di Umeå, nel nord della Svezia, esiste un *Medical Humanities Network* che raggruppa una trentina di docenti e ricercatori il cui

approccio è particolarmente orientato agli studi di carattere storico, antropologico e di salute pubblica.

In Spagna la situazione è abbastanza simile a quella italiana, con una inclusione limitata e selettiva delle *Medical Humanities* nei curricula delle Facoltà di Medicina, come risulta da un'analisi comparata [22]: esse sono presenti in 39 università spagnole, di cui 9 private (rispetto a 42 italiane, di cui 3 private). Le tre principali discipline offerte risultano essere le stesse, con qualche differenza: storia della medicina è offerta in 33 università spagnole (41 italiane), filosofia (principalmente bioetica) in 35 spagnole (31 italiane), antropologia medica in 11 spagnole (12 italiane). In entrambi i casi esse sono per lo più parte di corsi integrati obbligatori impartiti nei primi anni di corso, con un peso in termini di crediti ECTS lievemente superiore in Spagna (almeno 2) rispetto all'Italia (1). Nelle università spagnole la presenza di altre discipline risulta poi decisamente superiore all'Italia, sia pure sempre in misura limitata: è il caso della letteratura presente in 9 università spagnole (1 italiana), degli studi religiosi (7 spagnole contro 1 italiana), del cinema (5 spagnole contro 0 italiane), della sociologia (4 spagnole contro 0 italiane). Nel complesso, quindi, se risultano sufficientemente inclusi gli ambiti della storia della medicina e della bioetica e, in minor misura, l'antropologia medica, le altre discipline hanno una presenza trascurabile. Il loro peso in termini di crediti e di scarsa autonomia preclude comunque un ruolo significativo nel complesso della formazione medica. Per un certo periodo (dal 2003 al 2010) è stata anche pubblicata una rivista, *Humanitas. Humanidades Médicas*, a cura

della Fundación Medicina y Humanidades Médicas.

In Svizzera le *Medical Humanities* sono state introdotte in maniera sistematica in diverse università: tra le altre, a Ginevra l'Institut Éthique, Histoire, Humanité propone insegnamenti interdisciplinari di etica medica, scienze umane in medicina e storia della medicina in collaborazione con il Centre Interfacultaire en Bioéthique et Sciences Humaines en Médecin, un laboratorio d'innovazione nella logica di una riflessione contestualizzata sull'evoluzione delle pratiche sanitarie e sulla costruzione delle conoscenze mediche. All'Università di Friburgo, presso la Facoltà di Scienze e Medicina, è stato istituito un dottorato in *Medical Humanities* multilingue (inglese, francese, tedesco) con una prospettiva internazionale. Dal 2006 viene pubblicata quale organo ufficiale della Commissione di Etica Clinica dell'Ente Ospedaliero Cantonale del Canton Ticino in collaborazione con la Fondazione Sasso Corbaro, con sede a Bellinzona, la *Rivista per le Medical Humanities* diretta da Roberto Malacrida, professore associato all'Università della Svizzera Italiana (USI).

Un caso di particolare interesse è rappresentato infine dalla Germania, dove dal 2003 nei Dipartimenti di Medicina è stata istituita la cosiddetta "trinità" interdisciplinare di Storia, Teoria ed Etica della medicina in ottemperanza a quanto previsto dalla legge sull'abilitazione medica del 2002. Benché le singole istituzioni accademiche abbiano poi definito autonomamente quali contenuti includere in essa, l'Associazione Tedesca di Storia della Medicina e l'Accademica di Etica Medica hanno emanato delle raccomandazioni in un *position paper*

congiunto [23] con le quali si propongono di colmare il gap tra le “due culture” delle scienze e delle discipline umanistiche, riconoscendo che la medicina non si fonda esclusivamente sulle scienze naturali: lo studente deve quindi apprendere a riflettere criticamente sugli aspetti storici, socioculturali ed epistemologici della moderna medicina. Come proposto da un gruppo di medici sulla rivista ufficiale dell’Associazione Medica Tedesca, *Deutsches Arzteblatt*, si è trattato di fatto di reintrodurre il cosiddetto “*philosophicum*”, un corso che combinava intenzionalmente concetti filosofici e scientifici un tempo incluso nel curriculum medico [24].

Nella maggior parte dei Dipartimenti di Medicina tedeschi, come quello dell’Università di Ulm [25], la “trinità” di Storia, Teoria ed Etica della medicina è organizzata in forma integrata nella formazione medica durante il periodo clinico del quarto e quinto anno sulla base di due seminari ed un corso interdisciplinari, con un peso complessivo di 34 ore superiore ai due classici insegnamenti di Medicina sociale (28 ore) e di Patologia forense (22 ore). Il primo seminario (10 ore) al quarto anno prevede un’introduzione ai principali paradigmi filosofici e morali e alle prospettive storiche dell’etica medica. Il secondo seminario al quinto anno (14 ore) è invece focalizzato sull’approccio detto “dei quattro strumenti” per la comprensione della storia e della teoria della medicina, secondo una prospettiva di storia culturale: paradigmi, discorsi, sistemi sociali e cosmologie. Infine, il corso (10 ore) accompagna il secondo seminario sintetizzandone i contenuti al fine di sviluppare nello studente una capacità riflessiva autonoma sulla base di pre-

cisi quadri di riferimento teorici che gli consentano di saper utilizzare il nuovo sapere e di guidare le proprie percezioni.

Sulla base di tale modello strutturato, ad essere enfatizzato è dunque soprattutto un *approccio riflessivo* fondato sulla comprensione di come i diversi aspetti delle *Medical Humanities* si manifestano storicamente nell’ambito della medicina moderna, in tal modo integrandoli direttamente nell’ambito scientifico medico, sulla base dell’idea che «soltanto quando le *medical humanities* utilizzano l’analisi teorica culturale, piuttosto che l’autodescrizione medica, esse svolgeranno il loro ruolo quale componente intrinseca della medicina e della formazione medica» [25, p. 125]. Il modello “dei quattro strumenti” dell’Università di Ulm si pone in aperta antitesi al modello anglosassone dominante di *Medical Humanities*, focalizzato sull’inclusione di testi narrativi e delle arti quali strumenti pedagogici principali. In alternativa a tale approccio narrativo, esso privilegia un approccio fondato sui quattro strumenti cognitivi indicati, che consentono di integrare senza soluzione di continuità gli aspetti storici, etici e culturali all’interno del curriculum medico. In tal modo, si ritiene che questo tipo di “*Hard Medical Humanities*” «sia precluda la necessità di giustificare le *medical humanities*, sia superi la dicotomia prima d’ora esistita tra le due culture della scienza e delle discipline umanistiche in medicina» [25, p. 121].

5. In Australia

Al di fuori del contesto nordamericano ed europeo, nel continente oceanico in vir-

tù dei legami coloniali storici con la madrepatria britannica è l'Australia il paese dove l'influenza del movimento delle *Medical Humanities* si è manifestata maggiormente negli ultimi due decenni, benché la sua diffusione sia ancora piuttosto limitata. Dal 2003 è stato istituito un Ph.D. in *Medical Humanities* all'Università di Sidney in collaborazione con il Centre for Values, Ethics and Law (poi Centre for Medical Humanities); successivamente anche un Master in *Medical Humanities* e corsi più brevi (*Certificate, Diploma*). All'Università di Melbourne esiste una Health Humanities and Social Sciences Unit che svolge attività di ricerca con prospettive interdisciplinari in ambito sanitario. Alla University of Western Australia (UWA) di Perth dal 2019 è attivo un corso triennale in *Humanities in Health and Medicine* che si rivolge sia ad aspiranti medici e professionisti sanitari che alle professioni sociali. Alla University of Queensland di Brisbane è stato costituito nel 2017 presso l'Institute of Advanced Studies un network di ricerca transdisciplinare sulle *Medical Humanities*, che si propone di sviluppare una specifica agenda australiana per le *Medical Humanities*: un concetto ripreso nel corso di un incontro congiunto con colleghi inglesi svoltosi il 23 luglio 2019 nella medesima università, nel corso del quale, preso atto che nel contesto accademico australiano le *Medical Humanities* sono ancora ad uno stadio embrionale, si è considerata la possibilità di emergenza di un campo interdisciplinare con caratteristiche distintive australiane, con particolare riguardo ai saperi e alle medicine aborigene e alla multietnicità della popolazione australiana.

6. In Cina

Sempre in virtù dei precedenti legami coloniali, non stupisce scoprire che nella ex-colonia britannica di Hong Kong – dal 1997 passata alla Cina secondo la formula “un paese, due sistemi”, rimessa di recente in discussione dal governo cinese dopo le note rivolte popolari – nel 2009 viene istituito all'Università di Hong Kong il Centre for the Humanities & Medicine, il primo del genere in Asia: che ha tra le sue finalità quella di mettere a punto un *Medical Humanities Syllabus* quale parte integrante del curriculum medico alla Li Ka Shing Faculty of Medicine, oltre a formulare i moduli per un *Humanities Common Core Curriculum* dal 2012 collegato alla più ampia riforma del curriculum universitario «al fine di rendere gli studenti più sensibili alle aspettative dei pazienti e alle nuove domande della società» [26].

Sulla stessa lunghezza d'onda della proposta delle “*Critical Medical Humanities*” britanniche delineate [27], si colloca la proposta di Harry Yi-Jui Wu [28], basata sulla sua esperienza formativa e di ricerca quale storico della medicina all'Università di Hong Kong. Egli individua sei ambiti considerati fondamentali per comprendere l'evoluzione della medicina moderna ed il mutamento del contesto della pratica clinica, nonché la natura della sofferenza sia a livello personale che comunitario:

1) *identità*: con il prevalere delle malattie croniche, il medico perde gran parte del suo potere d'intervento e diviene l'accompagnatore delle sofferenze individuali e comunitarie nella gestione dei rischi e dell'incertezza clinica che i diversi stadi di evo-

luzione della malattia producono modificando lo stile di vita del paziente;

2) *sguardo*: l'evoluzione dell'occhio clinico con l'ausilio delle attuali sofisticate tecnologie visuali e le possibilità da esse offerte di esplorare il corpo umano richiedono di sviluppare le capacità osservative del medico e di analisi critica delle rappresentazioni visuali della malattia modellate dalla cultura e dai valori sociali;

3) *storie*: le narrazioni di malattia dei pazienti presuppongono una pluralità di modelli esplicativi la cui comprensione consente al medico di ampliare i livelli di empatia con il paziente attraverso un approccio olistico e la costruzione di una partnership con il paziente;

4) *contesto*: dal momento che le espressioni della sofferenza sono influenzate dalla cultura locale del paziente ed i suoi percorsi di cura sono condizionati dalla realtà del suo contesto sociale strutturale, il medico necessita della competenza culturale per saper identificare queste situazioni e le dinamiche relative che esse producono nel *setting* clinico;

5) *cittadinanza*: il superamento della tradizionale relazione paternalistica medico-paziente comporta una ridefinizione dei diritti e delle obbligazioni dei diversi ruoli del medico, del paziente e del *caregiver* sulla base della nuova agenda della "cittadinanza sanitaria";

6) *incertezza*: poiché il sapere medico progredisce interagendo con incertezze ed errori che rendono consapevoli dei limiti della conoscenza scientifica, il medico deve saper gestire le proprie emozioni ed i propri comportamenti quando le cose non vanno come si era aspettato.

Focalizzando l'attenzione dello studen-

te di Medicina su questi sei ambiti, è possibile sviluppare le sue capacità autoriflessive e la sua capacità di decostruire il proprio sapere, mettendolo in grado di affrontare con competenze adeguate l'evoluzione della pratica clinica e dell'organizzazione dei servizi sanitari.

7. In Africa

Anche nell'ambito delle *Medical Humanities* non poteva non svilupparsi quella riflessione autocritica che, sull'onda dei "Cultural Studies" e dei "Postcolonial Studies", ha portato a riconsiderare il ruolo delle istituzioni sociali e del potere occidentale nella produzione dei saperi e della cultura. È così che nell'ultimo decennio è andata affermandosi una consapevolezza crescente anche in questo campo di quanto le *Medical Humanities* possano essere considerate espressione della cultura e dei valori occidentali attraverso l'utilizzo acritico di concetti e metodi propri della biomedicina [29].

La storia delle *Medical Humanities* comincia così in Africa nel settembre 2017 con un workshop tenutosi allo Wits Institute for Social and Economic Research (WISER) dell'Università di Witwatersand in Sudafrica, al quale partecipano accademici e professionisti sanitari provenienti da Zimbabwe, Kenya, Nigeria, Tanzania, Malawi, Swaziland e Sudafrica, per incontrarsi con colleghi provenienti dal Regno Unito e dal Canada. L'incontro è l'occasione per una presa d'atto degli elementi transculturali comuni che caratterizzano il campo delle *Medical Humanities* in Africa come altrove: la critica del dualismo bio-

medico e del suo riduzionismo, l'apprezzamento del valore delle evidenze scientifiche qualitative oltre che quantitative, il ruolo delle arti visuali e performative nell'ambito della ricerca e della terapia medica. Tuttavia, è anche l'occasione per una presa di coscienza delle differenze che caratterizzano il contesto africano rispetto a quello occidentale: differenze significative di identità, di concettualizzazione e di metodologie che si traducono anche in uno specifico apporto a questo campo particolarmente orientato a sviluppare forme di collaborazione tra studiosi di discipline diverse in una prospettiva interdisciplinare [30].

Dall'incontro nasce un blog dedicato [31], una rete denominata *Medical and Health Humanities Africa* (MHHA), che già nella denominazione denota l'intento di unificare i due filoni britannici, con la finalità di interconnettere e unire ricercatori, professionisti, artisti e guaritori in Africa operanti in questo ambito; e un numero speciale della rivista britannica *Medical Humanities* pubblicata dal BMJ Group [32] dedicato all'Africa: in esso ricercatori e studiosi di diversi paesi africani presentano contributi di ricerca originali e sviluppano riflessioni critiche su diversi aspetti delle *Medical Humanities* in Africa. Tra essi, di particolare rilievo per l'ambito educativo di cui qui ci occupiamo è il contributo offerto da Pentecost et al. [33], che si propone l'"umanizzazione" e la "decolonizzazione" dei curricula medici e sanitari in Sudafrica utilizzando il concetto di *integrazione* quale principio guida. In ambito educativo, tale principio significa costruire un quadro concettuale di riferimento che includa ed assegni uguale valore per la pra-

tica sanitaria alle scienze naturali e biomediche, alle scienze umane e sociali, e alle arti. Ciò comporta il superamento di una inclusione delle *Medical Humanities* di tipo additivo o sulla base di corsi elettivi, per sviluppare quattro fondamentali orientamenti critici: l'inclusione delle fonti di conoscenze marginalizzate (scienze umane e sociali, arti, ma anche cultura popolare) per un superamento delle gerarchie dei saperi ed una decolonizzazione dei curricula; una ridefinizione dell'immagine e dell'identità professionale più appropriata al contesto sociale e culturale di riferimento; la promozione di un'etica sociale del professionista centrata sui problemi di inclusione, accesso ai servizi sanitari e giustizia sociale; e incorporare la relazionalità nella pratica clinica quale parte integrante del lavoro di cura. Tali orientamenti dovrebbero consentire di formare medici e professionisti sanitari in grado di affrontare le complesse sfide per la salute individuale e collettiva che il contesto africano contemporaneo comporta.

8. In America latina

Se nei contesti continentali asiatici, oceanici e africani le *Medical Humanities* sono arrivate in base all'influenza britannica e, in minor misura, nordamericana, in quello latinoamericano è invece l'influenza iberica a prevalere, dato anche qui il precedente passato coloniale. Il modello spagnolo fondato sull'introduzione limitata e selettiva delle discipline di Storia della medicina, Bioetica e, in misura minore, Antropologia medica è stato infatti introdotto sin dal XIX secolo: in Argentina, il primo

insegnamento di Patologia, Medicina legale e Storia della medicina risale al 1856; in Venezuela, il primo insegnamento di Storia della Medicina all'Universidad Central de Venezuela (UCV) di Caracas viene istituito nel 1896; in Colombia l'inserimento dell'insegnamento di Storia della medicina nel curriculum medico avviene nel 1934; in Messico nel 1956 viene istituito il Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina nella Escuela Nacional de Medicina; in Perù nel 1978 viene fondata la Sociedad Peruana de Etnología e Historia de la Medicina, le cui attività di ricerca e formazione rivolte anche ai medici si focalizzano in particolare sulle civiltà precolombiane; anche alla Universidad Nacional de San Antonio Abad di Cuzco esiste un insegnamento di Historia de la Cultura Andina; in Ecuador viene fondato nel 1982 a Quito il Museo Nacional de Historia de la Medicina, che ha operato come centro di ricerca e di formazione in Storia della salute, della Scienza e della Tecnica, Antropologia medica, Etnomedicina, Etnobotanica, Etnofarmacologia, Etnopsichiatria, Salute pubblica e Bioetica in collaborazione con le diverse università del paese. Nel complesso, gli insegnamenti indicati si collocano prevalentemente nei primi anni di corso e sono obbligatori [34].

Un caso particolare è rappresentato da Cuba, dove la Storia della Medicina viene introdotta nel curriculum medico sin dal 1842 e impartita sino al 1898, per essere poi reincorporata dopo la rivoluzione nel 1962, ma nuovamente esclusa dal 1969 [35]. Nel 1999 è stato tuttavia istituito il Centro de Desarrollo de las Ciencias Sociales y Humanísticas en Salud (CENDEC-SA) a Camagüey all'interno della Univer-

sidad de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay", che ha attivato un Master in *Medical Humanities* e opera in stretta connessione con il Servizio sanitario nazionale cubano, dipendendo dal Ministero della Salute; e pubblica la *Revista Humanidades Médicas*, particolarmente attiva nella diffusione delle *Medical Humanities* in America latina.

In Brasile, infine, è più l'esperienza angloamericana ad aver influenzato l'introduzione piuttosto recente a partire dal nuovo secolo delle *Medical Humanities* nelle facoltà mediche, che nonostante una esplicita direttiva ministeriale in tal senso risalente al 2001, appare ancora piuttosto embrionale e limitata ai primi anni di corso, anche se esperienze significative sono state messe in atto all'Università di San Paolo e all'Universidade Estadual do Ceará di Fortaleza, nella quale di particolare interesse risulta essere l'approccio interdisciplinare inserito nell'ambito della promozione della salute collettiva [36].

9. Conclusioni: un campo multi o interdisciplinare?

Quali conclusioni è possibile trarre da questo viaggio intorno al mondo delle *Medical Humanities*, relativo al loro stato dell'arte nei diversi paesi? Come spesso accade, un processo di diffusione di un complesso di elementi culturali come quello descritto, nel momento in cui produce un progressivo allontanamento spaziale dal suo centro originario di produzione, comporta necessariamente una significativa evoluzione temporale che ne modifica anche sostanzialmente i tratti originari. È quanto è accaduto alle *Medical Humani-*

ties: nate negli USA sotto l'egida della filosofia e dell'etica medica, successivamente ampliandosi alle altre discipline umanistiche e sociali e alle arti, già in Canada subiscono una prima significativa metamorfosi ampliandosi nella versione delle *Health Humanities*, adottata anche nel Regno Unito ma trasformata poi nelle *Critical Medical Humanities*, che abbiamo visto sviluppate anche in Cina. Quello delle "*Harder*" *Medical Humanities* tedesche rappresenta poi un potenziale modello alternativo a quello "*soft*" prevalentemente narratologico anglosassone, che ha la pretesa di superare, integrandole, la scissione tra le tradizionali "due culture", scientifica e umanistica [37]. Se l'Australia è ancora alla ricerca di una propria variante culturalmente appropriata, le *Medical and Health Humanities* africane sono un tentativo di costruirne una versione interdisciplinare che risponda alle specificità culturali e ai problemi di salute del continente. In America Latina, infine, l'assunzione di un modello di origine iberica sin dall'800 con un taglio prevalentemente storico-antropologico-etico lo ha trasformato in uno strumento di rivalutazione delle culture mediche precolumbiane da una parte, e di elaborazione di un approccio originale alla salute collettiva dall'altra.

Ha forse quindi ragione chi sostiene che, in fondo, quella di "*Medical Humanities*" è solo un'etichetta in mancanza di un termine migliore, un ombrello sotto il quale possono trovar posto le più svariate discipline e versioni di esse [38]? Quel che è certo, è che le *Medical Humanities* non hanno un'identità fissa [39], né probabilmente potrebbero averla, trattandosi come abbiamo visto di un complesso culturale

che necessariamente si adatta al contesto storico-sociale e accademico entro cui viene recepito. Allora possiamo considerarlo solo un coacervo informe e indistinto delle più diverse discipline? Da questo punto di vista, fa chiarezza la visione delle *Medical Humanities* proposta da due autorevoli medici statunitensi: «Tre ampi elementi debbono essere considerati nella formazione del medico. Le discipline umanistiche classiche (letteratura, filosofia e religione) concorrono allo sviluppo del giudizio etico, del senso di giustizia sociale, e al rispetto per le persone. Le scienze sociali (antropologia, archeologia, economia, geografia, storia, diritto, linguistica, scienze politiche, sociologia, relazioni internazionali, comunicazione e psicologia) aiutano a collocare l'erogazione dell'assistenza sanitaria nel contesto dell'individuo, della famiglia, della comunità, dell'équipe assistenziale sanitaria, della nazione e del mondo. Le arti (letteratura, teatro, cinema, arti visive e della performance) servono a sviluppare e a sostenere le capacità di autoapprendimento, osservazione, analisi, empatia e autoriflessione» [7, p. 5].

I tre ambiti disciplinari delle scienze umane, delle scienze sociali e delle arti costituiscono dunque le tre componenti fondamentali delle *Medical Humanities*, che concorrono alla formazione medica dei professionisti sanitari assieme alle scienze naturali e alle discipline cliniche e assistenziali: il diverso dosaggio di questi elementi in termini di peso specifico curriculare e le modalità di integrazione tra essi è ciò che fa la differenza tra le diverse concezioni delle *Medical Humanities*.

Per quanto riguarda il primo aspetto, il diverso dosaggio dei vari elementi dipende

in buona parte dalla concezione formativa di *Medical Humanities* perseguita. Howard Brody [40] ne ha identificate tre specifiche: 1) come una *educazione alle arti liberali*, finalizzata ad un ideale universalistico di medico colto in grado di conversare sui grandi problemi dell'uomo, senza tuttavia rimettere in discussione la propria concezione del mondo e della medicina; 2) come *ideale umanistico* finalizzato alla formazione di un medico in grado di formarsi una capacità di giudizio morale e clinico adeguati a fronte del continuo mutare delle evidenze morali e cliniche; 3) come *ideale edonistico* in grado di offrire un conforto umanizzante al medico finalizzato a supportarlo mentalmente. A queste tre diverse concezioni corrispondono tre diverse narrazioni di *Medical Humanities* e della loro componente prevalente: nel primo caso è la componente filosofica ad informare l'educazione alle arti liberali; nel secondo caso, sono l'etica e la bioetica a strutturare l'ideale umanistico di sviluppo morale del medico; nel terzo caso, sono le arti a umanizzare e confortare mentalmente il medico.

Jane Macnaughton [2, pp. 930-932], dichiarandosi insoddisfatta di tutte e tre le concezioni e relative narrazioni, propone invece l'immagine dell'"adolescente dirompente" come metafora di una concezione delle *Medical Humanities* che trova nelle scienze sociali gli strumenti per sfidare la medicina e le scienze naturali sul loro terreno: quello di una concezione della natura umana unitaria, non più dualistica, atomistica, riduzionistica, empirista, positivista, fondata sull'illusione *naïve* di un accesso diretto al corpo-macchina privo d'interpretazione e scisso dalla mente. Una

concezione che non ritenga come maggiormente "scientifico" lo scomporre la realtà in elementi sempre più minuscoli e quantificabili, ma cerchi di ricomporre la complessità delle interconnessioni reali del mondo tra le sue diverse dimensioni inorganica, biopsichica, simbolica, sociale ed ecologica secondo una prospettiva di collaborazione interdisciplinare.

E qui si colloca il secondo aspetto, quello delle modalità di integrazione tra le diverse componenti delle *Medical Humanities* da una parte e le scienze naturali e clinico-assistenziali dall'altra. Da questo punto di vista, due sono le concezioni che possiamo identificare [41]. Quella prevalente, definita "additiva", in quanto considera l'introduzione delle *Medical Humanities* come l'aggiunta 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: il che spiega poi il probabile fallimento di tale modalità di incorporazione per giustapposizione *multidisciplinare* delle *Medical Humanities* nel curriculum medico tradizionale. Oppure, quella emergente, ma ancora minoritaria, definita "integrata" implica 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.

Se a prevalere sarà la concezione additiva di tipo *multidisciplinare*, come appare probabile dato che non rimette sostanzialmente in discussione gli assetti accademici

e istituzionali consolidati, avremo perso l'ennesima occasione per cercare di affrontare quel paradosso della medicina del XXI secolo che fa sì che nel momento in cui essa non è mai stata così potente storicamente, grazie ai progressi della conoscenza tecnico-scientifica, della strumentazione diagnostica e terapeutica, delle tecniche microchirurgiche, delle terapie farmacologiche personalizzate, delle tecniche geniche e riproduttive, per una sorta di *hybris* sia enormemente cresciuta anche la sfiducia, l'insoddisfazione e il cinismo da parte dei pazienti e del pubblico nei confronti dei medici, del personale sanitario e della biomedicina in generale, come dimostra l'incremento costante del contenzioso, il ricorso alle medicine non convenzionali e all'autoprescrizione anche via internet [42]. La ragion d'essere fondamentale di un'integrazione secondo una prospettiva interdisciplinare delle *Medical Humanities* nel curriculum medico non sta in una banalizzante "umanizzazione" della biomedicina, ma nel cercare di costruire un percorso congiunto di fecondo ripensamento dei paradigmi e delle metodologie con cui sino ad oggi si è affrontato il significato di salute, malattia, medicina, cura, guarigione a partire dalla formazione del medico nelle società complesse del XXI secolo: nelle quali i professionisti della gestione del "negativo" debbono saper riconoscere che la vulnerabilità umana e l'incertezza, l'imprevedibilità, l'imperfezione e il conflitto che ne derivano costituiscono componenti fondamentali e spesso ineliminabili del proprio operare.

References

- [1] Spagnolo AG. Medical Humanities nell'epoca della medicina tecnologica e informatica. *Medicina e Morale* 2018; 4: 387-391.
- [2] Macnaughton J. Medical humanities' challenge to medicine. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2011; 17: 927-932.
- [3] Spinsanti S. Edmund Pellegrino: nella tradizione del medico-filosofo. *L'Arco di Giano* 1993; 3: 183-193.
- [4] Pellegrino ED. *Humanism and the physician*. Knoxville: University of Tennessee Press; 1979; *The Humanities in Medical Education*. *Mobius* 1982; 2: 133-141.
- [5] Engelhardt HT. The Birth of the Medical Humanities and the Rebirth of the Philosophy of Medicine: The Vision of Edmund D. Pellegrino. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 1990; 15 (3): 237-241.
- [6] Cassell EJ. *The Place of the Humanities in Medicine*. New York: The Hastings Centre; 1984.
- [7] Zimmerman T, Marfuggi R. Medical Humanities Role in Medical Education. *World Medical & Health Policy* 2012; 4 (2): 1-11.
- [8] Fox DM. Who we are: the political origins of the medical humanities. *Theoretical Medicine* 1985; 6: 327-342.
- [9] Crawford P, Brown B, Tischler V, Baker C. Health humanities: The future of medical humanities? *Mental Health Review Journal* 2010; 15 (3): 4-10.
- [10] <https://www.cahh.ca/>.
- [11] AFMC. *The Future of Medical Education in Canada (FMEC): A Collective Vision for Medical Education*. Ottawa: The Association of Faculties of Medicine of Canada; 2010 (www.afmc.ca/fmec).
- [12] Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine* 1998; 73: 403-407.
- [13] Wetzel P, Hinchey J, Verghese A. The teaching of medical humanities. *The Clinical Teacher* 2005; 2 (2): 91-96.
- [14] General Medical Council. *Tomorrow's doctors*. London: GMC; 1993.
- [15] Macnaughton J. "Arts and humanities": a new section in Medical Education. *Medical Education* 2002; 36: 106-107.

- [16] Hurwitz B, Dakin P. Welcome developments in UK medical humanities. *Journal of the Royal Society of Medicine* 2009; 102 (3): 84-85.
- [17] Arnott R, Bolton G, Evans M, Finlay I, Macnaughton J, Meakin R, Reid W. Proposal for an academic Association for Medical Humanities. *Journal of Medical Ethics: Medical Humanities* 2001; 27: 104-105.
- [18] Crawford P. *Health Humanities*. London: Palgrave; 2015.
- [19] Crawford P. *The Routledge Companion of Health Humanities*. London: Routledge; 2020.
- [20] Crawford P. *The Encyclopedia of Health Humanities*. San Francisco: Springer Nature; 2021.
- [21] Atkinson S, Evans B, Woods A, Kearns R. 'The Medical' and 'Health' in Critical Medical Humanities. *Journal of Medical Humanities* 2015; 36: 71-81.
- [22] Orefice C, Pérez J, Baños JE. The presence of humanities in the curricula of medical students in Italy and Spain. *Educación Médica* 2019; 20 (S1): 79-86.
- [23] <https://www.fachverband-medizingeschichte.de/>.
- [24] <https://www.forschungsboerse.de/>.
- [25] Polianski IJ, Fangerau H. Toward "Harder" Medical Humanities: Moving Beyond the "Two Cultures" Dichotomy. *Academic Medicine* 2012; 87 (1): 121-126.
- [26] <http://www.chm.hku.hk/medicalhum.html>.
- [27] Whitehead A, Woods A, Atkinson S, Macnaughton J, Richards J. *The Edinburgh Companion to the Critical Medical Humanities*. Edinburgh: Edinburgh University Press; 2016.
- [28] Wu HY-J. Six domains to develop critical medical humanities. *The Clinical Teacher* 2018; 15: 93-97.
- [29] Hooker C, Noonan E. Medical humanities as expressive of Western culture. *Medical Humanities* 2011; 37 (2): 79-84.
- [30] Hume VJ, Wainwright M. Reflections on a field across time and space: the emergent medical and health humanities in South Africa. *Medical Humanities* 2018; 44 (4): 263-269.
- [31] <https://blogs.bmj.com/medical-humanities/>.
- [32] *Medical and Health Humanities in Africa. Inclusion, Access And Social Justice*. *Medical Humanities* 2018; 44 (4).
- [33] Pentecost M, Gerber B, Wainwright M, Cousins T. Critical orientations for humanizing health sciences education in South Africa. *Medical Humanities* 2018; 44 (4): 221-229.
- [34] Pentón DP, Flores BM, Morles OB. Enseñanza de la historia de la Medicina en universidades de América Latina y España. Un estudio comparado. *Panorama Cuba y Salud* 2017; 12 (2): 35-44.
- [35] Llanes, MEM. Ciencias Sociales y Humanísticas en la formación médica. *Humanidades Médicas* 2011; 11 (1): 18-44.
- [36] Augusto KL, Lino CA, Carvalho AGN, Heil Silva CMGC, De Andrade FC, Jucá NBH, Caprara A. Educação e Humanidades em saúde: a experiência do grupo de Humanidades do curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará. *Revista Brasileira de Educação* 2007; 32 (1): 122-126.
- [37] Snow CP. *The Two Cultures and the scientific revolution*. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 1960.
- [38] Campo R. A Piece of my Mind: 'the medical humanities', for a lack of a better term. *Journal of the American Medical Association* 2005; 294: 1009-1011.
- [39] Pattison S. *Medical Humanities: a vision and some cautionary notes*. *Journal of Medical Ethics* 2003; 29: 33-36.
- [40] Brody H. Defining the medical humanities: three conceptions and three narratives. *Journal of Medical Humanities* 2009; 32 (1): 1-7.
- [41] Greaves D. Two conceptions of medical humanities. *Nursing Philosophy* 2001; 2: 270-271.
- [42] Goulston SJM. Medical education in 2001: the place of the medical humanities. *Internal Medicine Journal* 2001; 31: 123-127.