



# MEDICINA E CHIRURGIA

*Journal of Italian Medical Education*

Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà e delle Scuole di Medicina  
*fondati da Luigi Frati e Giovanni Danieli*

## Sommario

- 3673 EDITORIALE, *EDITORIAL*, Andrea Lenzi
- I LAVORI DELLE CONFERENZE - *FROM STANDING CONFERENCES*
- 3674 La valutazione degli studenti durante il Tirocinio Professionalizzante Valutativo per l'esame di stato (TPVES): Proposta di adozione di un Diario di Tirocinio Clinico.  
*Evaluation of students during the Professionalizing Evaluative Internship for TPVES: Proposal for the adoption of a Clinical Internship Diary.*  
Riggio O., Consorti F., Misasi R., Pagano L.
- 3680 Preparare i giovani "insieme": un esempio di continuità scuola-università. Il progetto orientamento in rete di Sapienza: riallineamento dei saperi minimi.  
*Prepare youth "together": an example of school-university continuity. The Sapienza orientation project: realignment of minimum knowledge.*  
Longo F., Farulla C., Eleuteri S., Relucanti M., Barbaranelli C., Elia M., Basili S., Familiari G.
- 3685 Clinical Learning Quality Evaluation Index per la valutazione della qualità dell'apprendimento clinico degli studenti infermieri e raccomandazioni di utilizzo  
*The Clinical Learning Quality Evaluation Index for nursing students and practical recommendations*  
Palese A, Randon. G., Altini P., Benaglio C., Bevilacqua A., Canzan F., Dal Ponte A., De Biasio L., Destrebecq A., Dimonte V., Fasci A., Gambacorti B., Grassetti L., Grosso S., Mansutti I, Mantovan F., Marognoli O., Montalti S., Nicotera R., Terzoni S., Tollini M., Zannini L., Brugnolli A and Saiani L.

3694 Lo SPAZIO DELL'OSPITE - *GUEST POINTS OF VIEW*  
I risponditori d'aula - *The automated response systems.*  
*Consorti F.*

3697 UOMINI, SCUOLE, LUOGHI E IMMAGINI NELLA STORIA DELLA MEDICINA,  
*HISTORY OF MEDICINE - PEOPLE AND PLACES*  
Medical Humanities: una proposta interpretativa e didattica  
*Giovanni Boniolo, Raffaella Campaner, Valentina Gazzaniga.*

3706 NOTIZIARIO - *NEWS FROM*  
Agenzia Nazionale Valutazione Università e Ricerca  
*Prof. Paolo Miccoli- Presidente Consiglio Direttivo ANVUR*

Consiglio Universitario Nazionale  
*Prof. Manuela Di Franco – Segretario Generale CUN*

Segretariato Italiano Studenti in Medicina – SISM

## MEDICINA E CHIRURGIA

*Journal of Italian Medical Education*

Quaderni delle Conferenze Permanenti  
delle Facoltà e delle Scuole di Medicina

*fondati da Luigi Frati e Giovanni Danieli*

**Advisory Board:** Eugenio Gaudio, Carlo Della Rocca,  
Lorenzo Di Muzio, Luisa Saiani, Mario Amore, Paolo Miccoli.

**Editorial Board:** Bellini T., Cangemi R., Casti A., Consorti F.,  
Curcio F., De Placido S., Familiari G., Ganau A., Gazzaniga V.,  
(Responsabile sezione «Storia della medicina»), Gianfrilli D.,  
Giannetta E., Krengli M., Moncharmont B., Penco M., Prisco D.,  
Proietti M., Raparelli V., Romanelli F., Sansone A., Santini D.,  
Siliquini R., Tenore A., Zucchi R.

ISSN 2279-7068

Editor-in-Chief: **Andrea Lenzi**  
([andrea.lenzi@uniroma1.it](mailto:andrea.lenzi@uniroma1.it))

Managing Editor: **Stefania Basili**  
([stefania.basili@uniroma1.it](mailto:stefania.basili@uniroma1.it))

Central Editorial Office: **Emanuele Toscano**  
([e.toscano@unimarconi.it](mailto:e.toscano@unimarconi.it))

[www.quaderni-conferenze-medicina.it](http://www.quaderni-conferenze-medicina.it)

Publisher: **Pittini Digital Print (Rome)**  
[www.pittini.biz](http://www.pittini.biz)

# Medical Humanities: una proposta interpretativa e didattica

Giovanni Boniolo<sup>1</sup>, Raffaella Campaner<sup>2</sup>, Valentina Gazzaniga<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Scienze Biomediche e Chirurgico Specialistiche, Università di Ferrara

<sup>2</sup>Dipartimento di Filosofia e Comunicazione, Università di Bologna

<sup>3</sup>Unità di Storia della Medicina e Bioetica, Sapienza-Università di Roma.

**Sottoscritto da:** Cristina Amoretti, Dipartimento di Antichità, Filosofia e Storia, Università di Genova. Tiziana Bellini, Dipartimento di Scienze Biomediche e Chirurgico Specialistiche, Università di Ferrara. Margherita Benzi, Dipartimento di Giurisprudenza e Scienze Politiche, Economiche e Sociali, Università degli Studi del Piemonte Orientale. Maurizio Bifulco, Dipartimento di Medicina Molecolare e Biotecnologie Mediche, Università di Napoli. Roberto Brigati, Dipartimento di Filosofia e Comunicazione, Università di Bologna. Gabriele Cavaggioni, Dipartimento Neuroscienze Umane, Sapienza-Università di Roma. Giovanna Cenacchi, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università di Bologna. Roberto D'Alessandro, Servizio di Epidemiologia e Statistica, Istituto di Scienze Neurologiche (IRCCS), Bologna. Giuseppe Familiari, Dipartimento di Scienze Anatomiche, Istologiche, Medico-Legali e dell'Apparato Locomotore, Sapienza-Università di Roma. Stefano Fanti, Dipartimento di Medicina Specialistica, Diagnostica e Sperimentale, Università di Bologna. Gino Fornaciari, Divisione di Paleopatologia, Università di Pisa. Mariacarla Gadebusch Bondio, Institute for Medical Humanities, UKB University Hospital Bonn. Marina Lalatta Costerbosa, Dipartimento di Filosofia e Comunicazione, Università di Bologna. Donatella Lippi, Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università di Firenze. Riccardo Meliconi, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università di Bologna. Manuela Merli, Dipartimento di Medicina Translazionale e di Precisione, Sapienza-Università di Roma. Alessandro Pagnini, Dipartimento di Lettere e Filosofia, Università di Firenze. Oliviero Riggio, Dipartimento di Medicina Translazionale e di Precisione, Sapienza-Università di Roma. Francesca Vannozzi, Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Neuroscienze, Università di Siena. Andrea Vesprini, Studio Firmano per gli Studi Storici dell'Arte Medica e della Scienza, Fermo. Fabio Zampieri, Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica, Università di Padova. Fabiola Zurlini, Studio Firmano per gli Studi Storici dell'Arte Medica e della Scienza, Fermo. Silvia Zullo, Dipartimento di Scienze Giuridiche, Università di Bologna

## Sommario

In the context of the international debate on the Medical Humanities, we discuss how and why they should be inserted in the training of young physicians. The core idea is that the humanists should not teach just what they research on, but what students actually need. The proposal is within a framework where compassion replaces empathy and the narrative approach is critically considered.

### 1. Premessa

C'è un ampio consenso sul ruolo delle Medical Humanities (da ora MH) quale approccio interdisciplinare per conciliare medicina e humanities al fine di promuovere un atteggiamento pienamente centrato sul paziente. A fronte di tale condivisione, permane tuttavia una molteplicità di posizioni in merito a come tale obiettivo si debba realizzare. È sufficiente un veloce sguardo al panorama internazionale e nazionale per rendersi immediatamente conto che tra gli studiosi che riconoscono le MH come loro ambito di indagine è possibile identificare profili disciplinari e interessi anche totalmente distanti. Può accadere che un esperto di letteratura inglese/tedesca/francese/spagnola/russa/ecc. assegni alle MH il compito di analizzare come scrittori di lingua inglese/tedesca/francese/spagnola/russa/ecc. si siano occupati del corpo o della malattia; che un esperto di storia dell'arte sostenga che le MH debbano mostrare come attraverso l'arte si possano meglio capire concetti quali malattia, salute, cura, terapia ecc.; che un esperto di pedagogia difenda l'idea che le MH siano il terreno della sua disciplina; che uno studioso di fenomenologia difenda la sua importanza nell'approccio al paziente; che uno storico sottolinei la rilevanza di Ippocrate e Galeno per un modo proprio di intendere le MH; che un bioeticista enfatizzi il ruolo della riflessione etica; che un grecista sostenga la necessità dell'etimo delle parole usate in clinica; e così via, in

un moltiplicarsi di prospettive legate alla provenienza disciplinare e agli interessi specifici.

La varietà di approcci costituisce senza dubbio una ricchezza nella misura in cui guardiamo alle MH come terreno di ricerca ampio e aperto, entro il quale ogni studioso è libero di indirizzare i propri studi lungo i filoni tematici che preferisce, di adottare le metodologie proprie dell'approccio scelto, e di pubblicare ed esporre i risultati dove meglio crede e può. Un atteggiamento "ecumenico" sul versante della ricerca non può però essere semplicemente traslato sul versante della formazione medica, dove ciò che entra in gioco sono le conoscenze e le competenze di giovani medici, i loro percorsi di studio e, attraverso questi, le caratteristiche delle loro future attività cliniche e di ricerca.

Senza nulla togliere alla varietà di approcci e prospettive incluse nelle MH, qui vorremmo argomentare a favore di uno specifico modo di interpretare – qualificabile come "concettuale" – che pensiamo possa essere adottato soprattutto in ambito didattico. Si tratta di una particolare caratterizzazione dettata dal riconoscimento i) che la medicina sta cambiando; ii) che la compassione è più rilevante dell'empatia; iii) che l'approccio narrativistico deve essere ripensato criticamente; iv) che l'agenda delle MH nella formazione del medico debba essere dettata non dagli interessi di chi si trova di volta in volta a insegnarle, bensì dalle esigenze e priorità identificate all'interno della stessa professione medica.

### 2. Che cosa sono le MH?

Per iniziare, richiamiamo alcuni dei tratti della recente riconsiderazione delle relazioni tra humanities e medicina, visto che specie negli ultimi decenni sono stati gli sviluppi stessi delle scienze biomediche a stimolare un rinnovato interesse per le scienze umane e a stimolare un ampio dibattito in merito.

Ciò che le MH promettono è di farsi promotrici di una concezione ampia della medicina, entro la qua-

le diverse dimensioni vengano valorizzate in ambito di ricerca e di cura, nonché di formazione. Così ci si aspetta, da un lato, che esse consentano a chi pratica la medicina di integrare numerose prospettive di stampo umanistico per una comprensione migliore di ciò che la loro disciplina è e di ciò che si prefigge, dall'altro, che permettano di migliorare la qualità delle relazioni tra medici, operatori sanitari, pazienti e loro parenti.

A partire dall'introduzione della proposta culturale delle MH (negli anni Sessanta), si è sviluppato il dibattito relativo alla loro natura e al loro status disciplinare (cfr. Evans and Greaves 2002 e 2010). Se a tutt'oggi non vi è accordo sugli scopi specifici delle MH, si conviene generalmente che le MH possano i) abbracciare tutte le discipline che contribuiscono all'analisi concettuale della medicina, senza ovviamente trascurare quella relazionale (approccio concettuale) e/o ii) promuovere attraverso un qualche tipo di narrazione (storica, letteraria, artistica ecc.) una maggior empatia tra il professionista della sanità, il paziente e suoi cari (approccio narrativista). Molte delle discussioni ora in corso riguardano proprio la possibilità di trovare un equilibrio tra queste due istanze distinte (Meites et al. 2003, Ahlzén 2007, Crawford et al. 2010) e quindi pure un bilanciamento fra le discipline coinvolte (Downie 2003), sebbene appaia piuttosto difficile conciliare questi due filoni in una visione unitaria (Puustinen et al 2003; Campo 2005; Ahlzén 2007; Boniolo et al. 2012; Boniolo, Chiapperino 2014).

Oltre al dibattito fra concettualisti e narrativisti, vi è anche un'ampia discussione su quale ruolo le MN debbano avere nella formazione del medico (e.g. Grant 2002; Campaner, Coccheri, Boniolo 2019). Esse sarebbero, infatti, chiamate a svolgere un ruolo attivo nei curricula medici, garantendo che il futuro medico riceva, accanto a una formazione di tipo prettamente tecnica, anche gli strumenti necessari per raggiungere un'adeguata comprensione concettuale ed esistenziale delle condizioni del paziente. C'è chi sostiene che non si possa trattare solo di elementi trasmessi entro un certo percorso di formazione medica, ma che il medico debba procedere a una vera e propria "assimilazione" di una concezione umanistica della malattia (e.g. Evans 2008). Quindi, non una giustapposizione additiva, avanzata da chi pensa che la pratica medica dovrebbe essere "ammorbida" da professionisti che abbiano una qualche esposizione a temi umanistici, quanto una visione integrativa, secondo la quale lo status, gli obiettivi, i metodi e le procedure della medicina clinica do-

vrebbero essere orientate da una concezione comprensiva della condizione in cui si trova il paziente, ispirata alle riflessioni etico/esistenziali nonché concettuali elaborate in seno alle MH. Quest'ultima posizione parte dall'assunzione della necessità di una prospettiva umanistica sul paziente e la sua malattia che non può non passare attraverso l'apprendimento di una serie di elementi fondamentali che caratterizzano la prospettiva stessa, i suoi significati e le possibilità di applicazione.

Certo una via non facile, ma richiesta dalla professione stessa del medico. Di questo dobbiamo tenere conto, se non vogliamo che essa si depersonalizzi e si tecnologizzi sempre di più, senza comportare un momento riflessivo. Crediamo infatti che la prospettiva integrativa sia in grado di accrescere la consapevolezza concettuale degli operatori medici e di renderli più attenti alle implicazioni teoriche ed esistenziali del loro lavoro. Riteniamo che l'educazione dei futuri professionisti in ambito medico sia lo strumento mediante il quale raggiungere l'integrazione di conoscenza umanistica e scientifica auspicata dalle MH. La visione additiva, viceversa, rischia di lasciare fondamentalmente inalterata la comprensione della malattia come fenomeno strettamente biologico, e di non promuovere, pertanto, un ripensamento dei suoi modelli descrittivi, classificatori ed esplicativi. Certo, una via additiva rischia di essere una facile scorciatoia per umanisti ansiosi di insegnare in una Scuola di Medicina. Questo obiettivo non deve essere raggiunto al prezzo di svilire il ruolo formativo delle loro discipline, ammettendo che esse siano considerate solo come accessori, come una "ciliegina umanistica" sopra un sapere interamente tecnico. È fondamentale, viceversa, non dimenticare che la medicina tratta con uomini e donne che hanno una loro visione del mondo e della vita e una loro biografia, a cui lo studente può imparare ad accedere solo attraverso un approccio integrativo delle humanities. Una mera esposizione ad alcuni dei temi e problemi delle discipline umanistiche che non sfoci in un'assimilazione del loro messaggio concettuale più profondo, avrà come unico risultato una generica contrapposizione tra approcci "umanistici" – qualunque cosa questo possa significare – alla medicina e approcci "tecnici". L'obiettivo dovrebbe invece essere proprio quello di individuare strade per conciliare i progressi e i cambiamenti di paradigma della biomedicina con le indicazioni delle scienze umane, fornendo lenti diverse sulla malattia, dal laboratorio fino al capezzale del paziente.

### **3. La medicina sta cambiando: Biomedical Humanities?**

A partire dal sequenziamento del genoma umano, ormai nel “lontano” 2001, la medicina ha iniziato a compiere un drastico cambio basato su un approccio dove tecniche fisiche, chimiche, informatiche e biologiche sono usate per descrivere strutture, processi e meccanismi molecolari, cercando di comprendere a quel livello le basi delle malattie e delle loro terapie. Sicuramente i prodromi di questo mutamento si erano visti molto prima del 2001, forse addirittura prima dei lavori con cui la vulgata data l’inizio della medicina molecolare, ossia quelli del 1949 di Linus Pauling sull’anemia falciforme vista, appunto, quale “malattia molecolare” (cfr. Boniolo, Nathan 2017). Comunque sia, da quella partenza, forse troppo piena di promesse di cure definitive, specie contro malattie complesse come il cancro, ci si è resi conto che non contano solo i geni che si hanno, ma come e quando essi sono espressi in dati tessuti. Ovvero, dall’inizio pionieristico della genomica si è passati a quella che, con un termine ombrella, è stata chiamata post-genomica e che comprende le famose ‘omics’ (epigenomica, proteomica, trascrittomica, metabolomica ecc.).

Questo, anche grazie alle nuove tecniche di sequenziamento, alle nuove biotecnologie specie in ambito di imaging molecolare e al sempre più rilevante uso di metodi computazionali per l’analisi di dati popolazioni e individuali, ha comportato giungere alla medicina di precisione e alla medicina personalizzata di oggi. Non ha senso, soprattutto qui, discutere se medicina personalizzata e medicina di precisione siano la stessa cosa. Si può accettare la proposta dell’US National Research Council, secondo cui la medicina di precisione è un approccio per il trattamento e la prevenzione delle malattie che tiene in conto della variabilità genetica di ogni individuo, del suo ambiente e del suo stile di vita, al fine di permettere ai ricercatori di predire più accuratamente quali strategie di prevenzione e cura possano essere efficaci per individui raggruppati su base soprattutto genomica e post-genomica. Su questa si innesta la medicina personalizzata, che è tale non perché si focalizza sulla singola persona, come dovrebbe, d’altronde, essere sempre stato per la medicina, ma sulla particolare costituzione genomica e post-genomica del singolo individuo. In definitiva, secondo questa definizione, la medicina di precisione si occupa più di classi di pazienti realizzate sulla base di dati genomici, post-genomici, ambientali e legati agli stili di vita, mentre la medicina personalizzata tenta di por-

tare i risultati preventivi e di cura lì trovati al letto del dato paziente<sup>1</sup>.

Non ha qui importanza che tutti accettino questo modo convenzionale di distinguere medicina di precisione e personalizzata: l’importante è capire di cosa si sta parlando e riconoscere che chi si occupa di humanities in ambito medico non può non essere consapevole di questo fondamentale cambiamento. Il passaggio dalla medicina classica alla medicina di precisione e alla medicina personalizzata ha aperto una moltitudine di nuovi problemi e di nuovi temi che non possono essere ignorati o sottovalutati da chi si occupa di MH. Certo, non in tutti gli ospedali del mondo si pratica la medicina di precisione. È, a ben guardare, una medicina “per ricchi fatta in paesi ricchi”, in quanto necessita non solo di una cooperazione molto stretta fra chi opera in un laboratorio di ricerca e chi agisce al letto del paziente, ma soprattutto di una piattaforma biotecnologica estremamente raffinata (ed estremamente costosa), nonché di capacità computazionali sofisticate.

In ogni caso, è la medicina dei giorni nostri, e si deve tenerne conto. Questo significa che più che di Medical Humanities, forse si dovrebbe iniziare a parlare di Biomedical Humanites. Non si tratta di un mero gioco linguistico, bensì di una modifica volta a sottolineare che, per esempio dal punto di vista etico, non basta più saper affrontare le usuali tematiche (inerenti inizio e fine vita, scelte riproduttive, placebo, vaccinazione, consenso, qualità della vita, partecipazione ai trial clinici ecc.), ma si deve sapere trattare anche questioni legate agli incidental findings, al diritto di sapere e al dovere di informare in seguito ai test genetici, al tema della sovra-diagnosi e del sovra-trattamento connessi con gli screening genetici, ai temi riguardanti la diversità (sia essa di sesso, di genere, culturale, socio-economica ecc.), alla problematica del right-to-try, al problema dei patients-in-waiting, alla privacy e alla discriminazione genetica, alle mutazioni rare, ai nuovi trial clinici ecc. (cfr. Boniolo, Campaner 2019; Carrieri, Peccatori, Boniolo 2018; Boniolo, Maugeri 2019).

E non basta. Essendo il sapere biomedico, sia di ricerca sia clinico, prodotto e utilizzato in ambito di medicina di precisione e personalizzata fortemente basato sulla probabilità e sulla statistica, è impensabile che chi si occupa di MH non ne affronti anche la parte fondazionale, ossia umanistica. È, infatti, assolutamente rilevante, specie a livello formativo,

1. Si veda <https://ghr.nlm.nih.gov/primer/precisionmedicine/definition>; <https://ghr.nlm.nih.gov/primer/precisionmedicine/precisionvspersonalized>; Golubnitschaja, et al. 2016.

avere consapevolezza dell'importanza di tematiche filosofiche legate all'interpretazione di un risultato probabilistico di un test clinico o delle basi statistiche di un'indagine epidemiologica, ma anche di che cosa significhi per un paziente che gli venga comunicata una certa prognosi associata ad una certa probabilità.

I tempi cambiano e deve cambiare il quadro conoscitivo, anche solo per questioni didattiche, di chi si vuol occupare di MH. Riteniamo dunque che, per contribuire veramente a una visione corretta della biomedicina contemporanea, le MH, o le Biomedical Humanities, debbano occuparsi degli aspetti etici, dei fondamenti filosofici, dell'inquadramento storico-critico, delle implicazioni socio-economiche, delle policies, degli aspetti comunicativi che riguardano la cura del paziente e dei suoi cari, della pratica clinica, della ricerca traslazionale, della ricerca di base, degli aspetti biotecnologici e computazionali, dei vari aspetti della medicina di precisione e/o personalizzata. Si tratta di un quadro molto ricco. Sicuramente è pretendere troppo da un'unica persona, e forse è più plausibile pensare alla formazione di gruppi di studiosi con competenze diverse. Resta vero che tutti coloro che si occupano oggi di MH non possono non essere consapevoli di tutti questi aspetti.

#### 4. I limiti della narrazione

Mentre i progressi della medicina stanno aprendo nuovi scenari sulle basi biologiche della patologia, un'ampia corrente in ambito umanistico si è focalizzata sull'esperienza della malattia e sulla sua narrazione come forma d'accesso al personale modo di sentire e affrontare patologia e sofferenza. Questa forma di espressione fornirebbe un canale privilegiato attraverso il quale il paziente può esprimere il proprio sé e i cambiamenti a cui sente soggette la propria identità e le proprie relazioni a seguito della situazione patologica. In questa prospettiva, la narrazione viene ritenuta uno strumento non soltanto descrittivo, ma anche terapeutico, centrale nel percorso di cura, specialmente dal punto di visto psicologico.

Questo approccio ha avuto molto successo, ma altresì sollevato un numero crescente di critiche, che coinvolgono le MH soprattutto nei versanti più vicini alla psicologia, sociologia e antropologia medica. La medicina narrativa è stata accusata di voler rimpiazzare un'analisi precisa, sistematica e comparativa di situazioni patologiche con una sorta di "celebrazione" dell'esposizione della malattia. Tutto questo perché i suoi sostenitori molte volte compiono un'inferenza indebita: dal fatto che ci siano individui naturalmente predisposti a narrarsi, e a farlo

in modo efficace dal punto di vista dei risvolti clinici, non segue che tutti lo siano, che tutti i pazienti concepiscano le proprie esperienze come narrazioni e siano in grado di veicolarle: ci sono persone e buoni modi di vivere che sono profondamente non-narrativi, e percezioni di sé fortemente episodiche, anziché diacroniche (Strawson 2004). Proprio Strawson ha criticato due dimensioni caratteristiche dell'approccio narrativo: quella descrittiva, secondo la quale ciascuno di noi è di fatto esprimibile come una narrazione della propria vita, e quella normativa, secondo la quale dobbiamo vivere le nostre esistenze come storie che si sviluppano nel tempo e che possiamo narrare. Proposte spesso per sfidare l'egemonia di approcci naturalistici e biomedici, entrambe queste facce si basano in realtà su assunzioni e presupposizioni teoriche non esplicitate e portano a leggere le situazioni cliniche attraverso una lente non solo poco precisa, ma che in realtà esclude anche molte situazioni di incompetenza narrativa, che non rispondono al modello proposto. L'approccio narrativista sembra, pertanto, presentarsi come massimamente inclusivo, ma rischia poi di escludere molte situazioni, nonché di poggiare su un terreno estremamente instabile dove i confini tra, per esempio, racconto, storia, narrazione, ricostruzione, ecc., sono quanto mai sfumati (cfr. Woods 2011).

Ammettere possibili meriti della narrazione in ambito clinico non deve quindi equivalere a sostenere che i percorsi di diagnosi e cura debbano necessariamente passare attraverso la narrazione di una storia personale sotto forma di racconto lineare. La letteratura critica recente ci invita, in sintesi, a valorizzare, certo, l'individualità del paziente e il rapporto medico-paziente, ma, al tempo stesso, a non assumere in modo automatico la narrazione come metodo d'accesso privilegiato attraverso cui attingere una sorta di "super-autenticità" del paziente, avvolta in un afflato di sentimentalismo e romanticismo (cfr. Atkinson 1997). Ci viene ricordato, viceversa, che continuiamo ad avere bisogno di metodi formali e di analisi formali proprio perché questi aiutano a cogliere l'insieme complesso di rappresentazioni, azioni, argomentazioni e significati che costituiscono la vita sociale contemporanea (Atkinson 2009; cfr. O'Mahony 2013).

Se tutte queste osservazioni critiche riguardano aspetti teorici, è estremamente importante per quello che stiamo discutendo ricordare anche come queste non vengano compensate da supporto empirico. Non ci risulta, infatti, la presenza in letteratura di lavori che mostrino una qualche correlazione causale fra

l'inserimento di percorsi narrativisti all'interno dei curricula formativi del medico e il raggiungimento di una migliore comprensione delle condizioni dei pazienti o delle relazioni con i loro cari.

### **5. Dall'empatia alla compassione**

'Empatia' e 'compassione' sono due termini che designano atteggiamenti diversi. Compassione deriva dal latino cum-patior (soffro con) e prima dal greco sym-patheia (simpatia, ossia provare emozioni con...). È sempre stata intesa come indicante un sentimento per il quale un individuo percepisce emozionalmente la sofferenza altrui desiderando di alleviarla. Empatia, invece, deriva dal greco en-pathos ed era un termine che veniva usato per indicare il rapporto emozionale di partecipazione soggettiva che univa lo spettatore del teatro all'attore recitante, come pure quest'ultimo con il personaggio che interpretava. Solo verso la fine del 1800 e l'inizio del 1900, e grazie al filosofo tedesco Robert Vischer, il termine greco entra nel vocabolario della teoria estetica come *Einfühlung*, per poi essere usato per designare un atteggiamento verso gli altri caratterizzato dal "sentire dentro" il loro dolore o la loro gioia, permettendo, in tal modo, di comprenderli (cfr. Novak 2011).

Si è detto che il medico dovrebbe essere empatico e che le MH dovrebbero, specie attraverso la narrazione, contribuire alla formazione di questo atteggiamento. Noi, soprattutto sulla scorta di Khen Lampert (2003 e 2006), siamo a favore della compassione, ossia di un atteggiamento che tiene conto della sofferenza del paziente e dei suoi cari, ma considera essere un imperativo morale quello di cercare di alleviarla attraverso un'analisi razionale e pacatamente distaccata delle sue cause e delle possibilità di cura. Inoltre, non scordiamoci che è assolutamente impossibile essere totalmente empatici con l'altro da noi perché questi ha una storia e una biografia totalmente diversa dalla nostra e quindi la sua sofferenza, nella sua essenza, ci è totalmente preclusa. D'altronde il ruolo del medico non è quello di "avere dentro di sé" la sofferenza del paziente, ma di capire che sta soffrendo e tentare razionalmente di alleviare questo suo stato.

Può sembrare si cerchi di ridimensionare il ruolo dell'empatia, visto lo spazio che ha trovato nella riflessione contemporanea, a partire da filosofi morali per arrivare a primatologi come Frans de Waal (2011) e a neuroscienziati come Giacomo Rizzolatti (Rizzolatti, Sinigaglia 2019). Assolutamente senza negare l'importanza di questi studi, ci sembra tuttavia rilevante riconoscere che esistono anche voci critiche, come quella di Paul Bloom che nel suo lavoro del 2016,

*Against Empathy: The Case for Rational Compassion*, sostiene che l'empatia possa essere una pessima guida morale, perché getta le basi per giudizi non adeguati e può condurre a decisioni ingiuste. Correttamente a nostro avviso, Bloom mette in luce che non si può essere empatici con tutti nello stesso modo. Questo significa che sulla base dell'empatia non possiamo garantire di prendere decisioni giuste (ossia, a situazioni simili decisioni simili e a situazioni diverse decisioni diverse), visto che si può essere più empatici con un paziente rispetto a un altro, pur in presenza di situazioni patologiche simili. Supponiamo che ci siano due persone che hanno contratto l'epatite virale, ma uno l'ha contratta perché ha inciampato su una siringa infetta, mentre l'altro l'ha contratta perché ha usato, da tossicodipendente, una siringa sporca. La situazione patologica è analoga, ma potremmo essere più empatici con la sofferenza del primo che non con la sofferenza del secondo e questo potrebbe portarci a decisioni non giuste. In aggiunta si noti che se anche il medico fosse veramente empatico con tutti e nello stesso modo (cosa impossibile), correrebbe il rischio del burnout: un problema molto sentito nelle discipline cliniche che trattano pazienti in fin di vita (cfr. Larkin 2015).

Lungo una via totalmente diversa da quella di Bloom, ma sempre a favore di un approccio compassionevole e razionale, si muove anche Dominic O. Vachon, con il suo *How Doctors Care: The Science of Compassionate and Balanced Caring in Medicine* del 2019. Qui trova spazio l'idea che la compassione sia l'abilità di notare che cosa sta accadendo di patologico in un'altra persona e così di focalizzare su di essa la propria formazione e competenza medica al fine di agire nel miglior modo possibile.

### **6. Sull'utilità e l'inutilità dell'insegnamento della storia della medicina**

Non vogliamo certo mettere in discussione l'importanza della storia della medicina. Quello che interessa è chiedersi se abbia utilità culturale e formativa insegnare porzioni molto limitate di storia della medicina in quei corsi di laurea di medicina e chirurgia dove a tale insegnamento vengono dedicate sei/otto/dieci ore. È difficile immaginare che possano avere un impatto decisivo un numero esiguo di ore allocate a tale materia se occupate insegnando poche notizie, inevitabilmente frammentarie, su chi furono Ippocrate, Galeno, Morgagni ecc. Il rischio, dato il tempo limitato, è di fornire informazioni aneddotiche già facilmente rintracciabili in riassunti o siti divulgativi. Ma allora che fare?

La Storia della medicina, come qualunque Storia

di una disciplina, non ha solo valore in sé, quale ricostruzione di un passato che non può e non deve essere dimenticato e che è messo a disposizione di chiunque voglia conoscerlo, ma può anche essere un modo per capire le sfaccettature della professione collegata a quella particolare storia (Gazzaniga 2018).

Pensiamo al giovane che sta seguendo il suo corso di studi in medicina e che così si prepara ad affrontare una professione che è ricca di implicazioni etiche, esistenziali, decisionali, epistemologiche, metodologiche, ecc. Ebbene, le poche ore a disposizione del docente di Storia della medicina forse non dovrebbero essere impiegate nel consegnare letture estremamente ridotte e veloci o percorsi monografici molto circoscritti, che difficilmente possono essere rilevanti per uno studente di medicina del XXI secolo.

Quelle poche ore potrebbero invece essere utilizzate per una sorta di introduzione storico-concettuale alla professione medicina, che fornisca chiavi di lettura con implicazioni chiare e facilmente riconoscibili anche dallo studente. Nello specifico, potrebbero essere usate per far leggere e/o commentare alcuni classici della medicina, o alcuni passi tratti da questi, che abbiano una valenza per la formazione del giovane medico, e, attraverso questo, portino a riconoscere l'importanza della dimensione storica per l'esercizio della professione.

Pensiamo all'Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, che Claude Bernard pubblicò nel 1859. Non è solo un testo in cui compare per la prima volta una distinzione fra la medicina sperimentale e la medicina clinica, ma anche un lavoro che presenta i problemi epistemologici della scienza medica di ricerca. È un lavoro dal quale si può imparare moltissimo su che cosa sia il metodo scientifico e come questo possa essere declinato in ambito di ricerca medica. Inoltre, esso può essere facilmente utilizzato come snodo storico dal quale è semplice poi passare a considerazioni storico-critiche su come si sia sviluppato il metodo scientifico nei secoli precedenti e seguenti. E questo è un tema fondamentale per un ricercatore o per un medico contemporaneo, visto che è ripreso in modo preoccupato su grandi riviste internazionali dove molti hanno denunciato le lacune conoscitive proprio relative al metodo scientifico in ambito biomedico.

Un altro testo assai rilevante e formativo è quello di Georges Canguilhem del 1943, Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique. Esso permette di riflettere su che cosa siano il normale e il patologico: due concetti fondamentali che dovrebbero essere analizzati e digeriti a fondo dal giovane medico in formazione, che deve assumere

consapevolezza del fatto che non è banale sancire una volta per sempre quale sia la demarcazione fra sanità e malattia. Anche questo è un testo che permette di procedere verso il passato e verso il futuro per un excursus storico-concettuale sulla nozione di malattia. Tra l'altro la lettura del lavoro di Canguilhem consente pure di meditare sul fatto che il vivere "normale" può essere qualcosa che caratterizza anche una vita segnata da una patologia.

Oppure si può far leggere Why We Get Sick? The New Science of Darwinian Medicine, pubblicato nel 1994 da Randolph Nesse e George Williams. Questo è uno dei testi classici della medicina darwiniana, che permette di fare fruttuose divagazioni storico-concettuali non solo sulle cause evolutive di molte malattie umane, ma anche su che cosa sia il darwinismo – fondamentale specie per capire da dove viene Homo sapiens.

Si può, ancora, proporre la lettura, commentata e guidata, di articoli come il già citato lavoro del 1949 di Linus Pauling sulla Sickle Cell Anemia. A Molecular Disease, da cui si può trarre un'intera serie di lezioni sullo sviluppo della medicina molecolare, sulla medicina di precisione e personalizzata dei giorni nostri. Oppure si può commentare il lavoro di Archibald Edward Garrod del 1902 su The Incidente of Alkaptonuria: A Study in Chemical individuality, che può essere un trampolino di lancio per una serie di considerazioni storiche sulle malattie genetiche.

Vorremmo concludere questa piccola lista di proposte con due testi italiani. Uno è Metodologia medica: principi di logica e pratica clinica: un lavoro di Enrico Poli del 1965 dal quale si impara che cosa sia la metodologia clinica soprattutto in ambito diagnostico e dal quale si può partire per una riflessione storico-critica sia su questo importante momento della pratica medica, sia su come la tradizione metodologica italiana sia stata pionieristica a livello internazionale, per poi quasi scomparire anche sul territorio nazionale. L'altro è un piccolo testo di Giacinto Viola del 1932, La costituzione individuale, nel quale si chiarisce il rapporto fra il paziente ideal-tipico descritto dal patologo generale e il reale paziente singolo curato dal clinico. È un saggio che, tenendo conto del periodo in cui è stato scritto, è di assoluta rilevanza internazionale e forse solo il fatto che fosse redatto in lingua italiana ha impedito che diventasse uno dei testi classici sul dibattito fra sapere nomotetico e sapere idiografico. È, infatti, un testo contenente delle illuminanti considerazioni sulla natura della pratica medica come scienza dell'individuale, anche in contrasto con molto più superficiali affermazioni che si sono poi avute fra gli anni '70 e '80 che han visto molti



sostenere che la pratica medica sia un'arte basata su un fantomatico "occhio clinico".

Pochi esempi, quelli sopra, che però possono far riflettere sul fatto che la Storia della medicina, anche se relegata a poche ore nel curriculum di uno studente di medicina, può essere di reale impatto nella sua formazione e nella sua comprensione storico-concettuale di che cosa sia la sua professione.

## **7. A chi servono le Medical Humanities?**

Come premesso già all'inizio, la varietà di approcci, interessi e metodi oggi inclusi nelle MH è senza dubbio apprezzabile dal punto di vista della ricerca teorica, dove è sempre auspicabile permanga una molteplicità di punti di vista e filoni di indagine. Come emerge da quanto sopra, la situazione sembra però richiedere un giudizio diverso se il punto di vista si sposta dalla ricerca alla pratica, intesa tanto come pratica di ricerca biomedica quanto come pratica clinica. Se, come moltissima letteratura sostiene da tempo, le MH non sono soltanto un esercizio teorico, ma crescono in un rapporto di interazione con la medicina stessa, chiediamoci allora: quale configurazione e quali sbocchi è auspicabile che tale interazione abbia? Se guardiamo alle MH con lo sguardo del medico – ricercatore o clinico – e non dell'umanista, quali appaiono gli aspetti di questo ambito di studio che possono impattare maggiormente sulla professione medica? A chi e a che cosa servono, in ultima analisi, le MH, e in quale accezione devono essere intese per poter soddisfare i compiti loro assegnati?

Perché il rapporto tra le due anime – quella medica e quella umanistica – si sviluppi in modo integrato, la medicina non si deve configurare solo come terreno per testare alcune delle posizioni elaborate entro una particolare disciplina umanistica, ma come ambito da cui partire e a cui ritornare, fornendo strumenti di indagine utili per il professionista delle scienze mediche. Bisogna, quindi, mettersi in un atteggiamento di ascolto nei confronti delle esigenze dei professionisti delle scienze mediche per capire quali siano gli apporti di maggiore rilievo che possono provenire dalle scienze umane affinché l'incontro tra gli ambiti sia davvero proficuo. D'altronde, a livello internazionale mai come in questo momento vi è una richiesta di humanities relativamente ai cambiamenti dettati dalla medicina precisione e personalizzata; alle possibilità prospettate dall'ingegneria genetica; alla natura delle patologie complesse e alla multi-morbilità; alle metodologie di raccolta e valutazione delle evidenze scientifiche; alla ripetibilità e riproducibilità dei risultati; al problema del conflitto di interessi; all'interpretazione dei dati statistici e alla loro rilevanza clinica (cfr. Cam-

paner, Coccheri, Boniolo 2019). Anziché fornire contenuti preconfezionati, e/o comunque ritagliati sui particolari interessi tutti interni alle scienze umane, le MH hanno l'opportunità di fornire dei supporti reali e immediati.

Se – parafrasando il titolo di un articolo di William Stempsey (2008) – qualcuno potrebbe dire che "le MH sono ciò che fanno i professionisti delle MH", non tutte le discipline coinvolte avranno la stessa capacità di rispondere ai problemi che emergono dalla pratica clinica quotidiana o in laboratorio. Riteniamo che gli strumenti della filosofia e della metodologia della scienza e della bioetica, ovviamente all'interno di un quadro storico-critico, costituiscano la risposta più adeguata al tipo di problemi sopra citati. Per poter aiutare il ricercatore e il clinico a costruire un'impalcatura critica solida e rigorosa, su cui innestare la costruzione, la valutazione e l'utilizzo della conoscenza scientifica, è auspicabile che questi ambiti disciplinari occupino uno spazio crescente nei curricula medici. Lì dove sappiano configurarsi non come riflessione "da poltrona", ma come interlocutori attenti della medicina, possono aspirare a svolgere un ruolo di rilievo – non accessorio o ornamentale ma costitutivo - della formazione del medico. Acquisire durante il proprio percorso formativo qualche "grimaldello teorico" proveniente da una filosofia della scienza, da una bioetica e da una storia della medicina opportunamente declinate consentirà al medico di affrontare adeguatamente questioni di metodo, validità, applicabilità della conoscenza scientifica, e situazioni in cui sia chiamato a decidere su temi eticamente sensibili.

Al di là del successo delle MH come ambito di ricerca autonomo, è nell'effettiva capacità di interazione con la medicina e, soprattutto, con i professionisti della medicina che si gioca la capacità delle scienze umane di "uscire dalla quarantena" (Stempsey 1999) a cui rischia di condannarle una concezione puramente ancillare del loro ruolo. Attraverso l'integrazione di temi e strumenti filosofici in tutte le fasi della formazione medica diventerà sempre più evidente la loro rilevanza sia per il lavoro di ricerca che per le valutazioni e decisioni cliniche. Tale integrazione può avvenire solo ricordando – come suggerito da Louhiala (2003) – che la filosofia della medicina solleva domande sulle domande che solleva la medicina, che devono quindi – aggiungiamo noi – essere per questa rilevanti. E se i temi affrontati devono essere percepiti come cruciali all'interno delle stesse scienze mediche, anche i metodi di insegnamento dovranno essere commisurati al contesto formativo, privilegiando pertanto un approccio per problemi, e l'analisi critica di casi e situazioni effettivi: "qualunque sia la

modalità di insegnamento, il contenuto dev'essere in qualche modo legato al mondo medico in cui gli studenti sono quotidianamente immersi" (ibid., p. 87). La costruzione di curricula medici in cui siano integrati insegnamenti di filosofia e metodologia della scienza e bioetica è senz'altro un'operazione complessa (cfr. Pellegrino 1984, parr. 4 e 5.1), ma può avere (almeno) tre effetti positivi: i) fornire ai futuri ricercatori e clinici strumenti teorici fondamentali per la loro professione; ii) migliorare i processi decisionali e di cura; iii) favorire la collaborazione anche tra figure senior di medici e filosofi nell'ambito della costruzione stessa dei curricula.

## 8. Conclusioni

Traendo spunto dall'innegabile e crescente successo delle MH, si è cercato di metterne a fuoco la declinazione più adeguata a raggiungere l'obiettivo della promozione di un atteggiamento autenticamente centrato sul paziente e di un processo di integrazione tra pratica medica e humanities realizzato attraverso una maggior consapevolezza anche teorica della prima. Abbiamo illustrato quali aree di indagine risultino a nostro avviso più funzionali a tali scopi, e perché. Senza assolutamente escludere, né sminuire, il valore disciplinare e l'interesse teorico di tutti gli ambiti di studio che si riconoscono nelle MH, abbiamo voluto sottolineare la validità di un approccio concettuale in ambito di formazione: l'inclusione dello studio della metodologia della scienza, della filosofia della scienza e dell'etica all'interno di un quadro storico-critico nei curricula medici può impattare in modo diretto sulla formazione dei futuri medici, tanto in un ambito clinico quanto di ricerca, e, quindi, indirettamente, sulle condizioni di salute del singolo e della popolazione. Si tratta di una posizione che abbiamo sostenuto lungo diverse direttrici, facendo riferimento a: i) argomentazioni teoriche di carattere concettuale; ii) riflessioni sulla storia disciplinare recente delle MH; iii) istanze che emergono all'interno delle stesse scienze biomediche. Ciò che, innegabilmente, manca per rendere cogenti le nostre considerazioni sono studi definitivi di carattere empirico che rilevino un rapporto causale tra l'insegnamento di alcune discipline, la loro assimilazione da parte di professionisti delle scienze biomediche, e un miglioramento effettivo di percorsi di ricerca o di cura. Qualche studio, in realtà, comincia ad apparire (Macnaughton 2000; Wershof et al. 2009; Macpherson, Owen 2009; Athari 2013; Lee, Lee, Shin 2019), ma per avere risultati definitivi sono necessarie altre ricerche che permettano di misurare l'efficacia dell'incontro tra medicina e MH nell'accezione qui invocata. Nel frattempo, riteniamo che le

riflessioni teoriche all'intersezione della filosofia e della pratica medica sopra esposte forniscano buone ragioni per sostenere che la filosofia della scienza, la riflessione storico-concettuale e metodologica, e la bioetica possono aiutare in modo significativo la medicina a superare la sua attuale "crisi esistenziale", come l'ha etichettata il passato Editor del *British Medical Journal* (Smith 2016).

## Bibliografia

- Ahlzén, R. 2007. Medical Humanities - Arts and Humanistic Science. *Medicine, Health Care, and Philosophy* 10: 385-93.
- Annoni, M. et al. 2012. Constructing the Medical Humanities Gaze, *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 84S2: S5-S10.
- Athari, Z.S. 2013. Assessing Critical Thinking in Medical Sciences Students in Two Sequential Semesters: Does It Improve? *J Educ Health Promot. J Educ Health Promot* 2: 5, doi: 10.4103/2277-9531.106644
- Atkinson, P. 1997. Narrative Turn or Blind Alley? *Qualitative Health Research* 7: 325-344.
- Atkinson, P. 2009. Illness Narratives Revisited: The Failure of Narrative Reductionism. *Sociological Research online* 14: 6, doi: 10.5153/sro.2030
- Bloom, P. 2019. Contro l'empatia, una difesa della razionalità. *Liberalibri*, Macerata.
- Boniolo G., Campaner R. 2019. Causal Reasoning and Clinical Practice: Challenges from Molecular Biology, *Topoi* 38: 423-435.
- Boniolo G., Campaner, R., Coccheri, S., 2019. Why include the humanities in medical studies?, *Intern Emerg Med*. doi: 10.1007/s11739-019-02131-2.
- Boniolo, G., Chiapperino, L. 2014. Rethinking Medical Humanities, *Journal of Medical Humanities*, 35: 377-387.
- Boniolo, G., Maugeri, P. (a cura di) 2019. *Etica ai confini della biomedicina. Per una cittadinanza consapevole*, Mondadori Università, Milano (II edizione).
- Boniolo, G., Nathan, M. (a cura di) 2017. *Philosophy of Molecular Medicine: Foundational Issues in Research and Practice*, Routledge, New York.
- Campo, R. 2005. The Medical Humanities, for Lack of a Better Term. *JAMA* 294: 1009-1011.
- Carriero, D., Peccatori, F., Boniolo, G. 2018. The Ethical pPausability of the 'Right To Try' Laws, *Critical Reviews in Oncology / Hematology*, 122: 64-71
- Crawford, P. et al. 2010. Health Humanities: the Future of Medical Humanities? *Mental Health Review Journal* 15: 4-11.
- de Waal F. 2011. *L'età dell'empatia. Lezioni dalla natura per una società più solidale* Garzanti, Milano.
- Downie, R.S. 2003. Medical Humanities: a Vision and Some Cautionary Notes. *Medical Humanities* 29: 37-38.
- Evans, M.H. 2008. Affirming the Existential Within Medicine: Medical Humanities, Governance, and Imaginative Understanding. *Journal of Medical Humanities* 29: 55-59.

- Evans, M.H., Greaves D. 2010. Ten Years of Medical Humanities: a Decade in the Life of a Journal and a Discipline. *Medical Humanities* 36: 66-68.
- Evans, M.H., Greaves, D. 2002. Medical Humanities'—What's in a Name? *Medical Humanities* 28: 1-2.
- Evans, M.H., Macnaughton, J. 2004. Should Medical Humanities be a Multidisciplinary or an Interdisciplinary Study? *Medical Humanities* 30: 1-4.
- Gazzaniga, V., The teaching of medical history in universities today. Editorial, *Medicina Historica* 2018; vol. 2, issue 1: 3-4
- Grant, V.J. 2002. Making Room for Medical Humanities. *Medical Humanities* 28: 45-48.
- Lampert K., 2006. Traditions of Compassion: From Religious Duty to Social Activism, Palgrave-Macmillan
- Lampert, K., 2003. Compassionate Education: Prolegomena for Radical Schooling, University Press of America.
- Larkin, P.L. (ed.), 2015. Compassion: The Essence of Palliative and End-of-Life Care, Oxford University Press.
- Lee, S.Y., Lee, S.-H., Shin, I.-S. 2019. Evaluation of Medical Humanities Course in College of Medicine Using the Context, Input, Process, and Product Evaluation Model. *J Korean Med Sci.* 34: e163; doi: 10.3346/jkms.2019.34.e163
- Louhiala P. 2003. Philosophy for Medical Students—Why, What, and How, *Med Ethics; Medical Humanities* 29: 87-88
- Macnaughton, J. 2000. The Humanities in Medical Education: Context, Outcomes and Structures, *J Med Ethics: Medical Humanities* 26: 23-30.
- Macpherson, K., Owen, C. 2009. Assessment of Critical Thinking Ability in Medical Students. *Assessment & Evaluation in Higher Education* 35: 41-54
- Meites, E., Bein, S., Shafer, A. 2003. Researching Medicine in Context: the Arts and Humanities Medical Scholars Program. *Medical Humanities* 29: 104-108.
- Meites, E., Bein, S., Shafer, A. 2003. Researching Medicine in Context: the Arts and Humanities Medical Scholars Program. *Medical Humanities* 29: 104-108.
- Novak M. 2011, The Complicated History of Einfühlung, *Argument* 1: 301-326
- O. Golubnitschaja, et al. 2016. Medicine in the Early Twenty-First Century: Paradigm and Anticipation - EPMA Position Paper 2016, *The EPMA Journal*, 7:23, DOI 10.1186/s13167-016-0072-4
- O'Mahony, S. 2013. Against Narrative Medicine. *Perspectives in Biology and Medicine* 56: 611-619.
- Pellegrino, E.D. 1984. The Humanities in Medical Education Entering the Post-Evangelic Era, *Theoretical Medicine* 5: 253-266.
- Puustinen, R., Leiman, M., Viljanen, A.M. 2003. Medicine and the Humanities—Theoretical and Methodological Issues. *Medical Humanities* 29: 77-80.
- Rizzolati, G., Sinigaglia, C. 2019. Specchi nel cervello. Come comprendiamo gli altri dall'interno, Raffaello Cortina Milano.
- Smith, R. 2016. Medicine's Need for Philosophy, <https://blogs.bmj.com/bmj/2016/04/08/richard-smith-medicines-need-for-philosophy/> (April 8 2016).
- Stempsey, W.E. 1999. The Quarantine of Philosophy in Medical Education: Why Teaching the Humanities May Not Produce Humane Physicians. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2: 3-9.
- Stempsey, W.E. 2008. Philosophy of Medicine is What Philosophers of Medicine Do. *Perspectives in Biology and Medicine* 51: 379-391.
- Strawson, G. 2004. Against Narrativity. *Ratio XVII*: 428-452.
- Vachon, D.O., 2019. How Doctors Care: The Science of Compassionate and Balanced Caring in Medicine. San Diego, CA: Cognella Academic Publishing.
- Wershof, S.A. et al. 2009. Evaluating the Impact of the Humanities in Medical Education. *Mt Sinai J Med.* 76: 372-80.
- Woods, A. 2011. The Limits of Narrative: Provocations for the Medical Humanities. *Med Humanities* 37: 73-78.

L'articolo a firma di Boniolo, Campaner e Gazzaniga vuole segnare l'apertura di un dibattito sul ruolo, la posizione e l'utilità dell'insegnamento delle Scienze Umane nei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia. La necessità di utilizzare capacità di lettura della realtà clinica e sperimentale caratterizzate da approcci inter e transdisciplinari che attingano a diversi saperi umanistici è da tempo chiara a chi insegna Storia della medicina nelle università italiane. La possibilità di confrontare i frutti del pensiero medico e scientifico con le letture che di esso si possono fornire in senso storico, filosofico, epistemologico, antropologico e bioetico è oggi riconosciuta come essenziale per gli studenti dei corsi di laurea in medicina e delle professioni sanitarie, che necessitano di perfezionare gli strumenti a loro disposizione per comprendere l'impianto epistemologico e storico della medicina contemporanea. Per sviluppare il dialogo inter e transdisciplinare sul ruolo delle Scienze Umane in Medicina, è stata recentemente fondata presso Sapienza-Università di Roma una nuova Società Scientifica, la SISUMed: la società, i cui fondatori provengono da formazioni diverse (medici, storici, filosofi, pedagogisti, antropologi, bioeticisti), si propone di incentivare la discussione sul ruolo, la natura, l'utilità delle Scienze Umane nella formazione del medico, mettendo a punto nuove strategie che anche sul piano didattico agevolino il dibattito sulle sfide, sempre più complesse, che la medicina affronta sia sul piano sperimentale che clinico e applicativo.

Chi volesse contribuire alla costruzione di tale dibattito può inviare il suo testo, steso in accordo con le norme editoriali dei Quaderni, a [valentina.gazzaniga@uniroma1.it](mailto:valentina.gazzaniga@uniroma1.it).