

# Orientarsi nella transizione

etica, ricerca e formazione  
in medicina



Dossier 2/2023

# Orientarsi nella transizione

etica, ricerca e formazione in medicina

## COMITATO SCIENTIFICO

Antonio AUTIERO  
Luciana CAENAZZO  
Antonio DA RE  
Giuseppe DE RITA  
Daniele LORO  
Giuseppe MILAN  
Giorgio OSTI  
Davide PETTENELLA  
Paola ROSSI  
Amartya SEN  
Henk TEN HAVE  
Giuseppe TRENTIN  
Stefano ZAMAGNI

## DIRETTORE RESPONSABILE

Gianni LOCATELLI

## COMITATO di REDAZIONE

Francesca MARIN  
Lucia MARIANI  
Matteo MASCIÀ  
Leopoldo SANDONÀ

## Dossier a cura di

Leopoldo SANDONÀ

## Numero realizzato

Con il contributo della



**Fondazione**  
Cassa di Risparmio  
di Padova e Rovigo

## SEDE e SEGRETERIA di REDAZIONE

FONDAZIONE LANZA  
Via Seminario 5/A - 35122 Padova  
049 8756008 | [www.fondazioneLANZA.it](http://www.fondazioneLANZA.it)  
[info@fondazioneLANZA.it](mailto:info@fondazioneLANZA.it)

## EDITORE

PROGET EDIZIONI  
Largo Obizzi 2 - 35020 Albignasego Pd  
049 643195 | [www.edizioniiproget.it](http://www.edizioniiproget.it)

## STAMPA

NUOVA GRAFOTECNICA s.n.c.  
Via L. da Vinci 8 - 35020 Casalsèrugo Pd  
049 643195 | [www.grafotecnica.it](http://www.grafotecnica.it)

## ABBONAMENTO

PROGET EDIZIONI  
Largo Obizzi 2 - 35020 Albignasego Pd  
• bollettino pos rio (Iban):  
IT39W0760112100000082683350



**Rivista scientifica** quadrimestrale  
Autorizzazione del Tribunale di  
Padova n. 1662, 18.06.2007  
Copyright©Proget Edizioni | 2023

## COVER DESIGN

Giancarlo Barison

## PROGETTAZIONE GRAFICA

Proget Type Studio snc / Albignasego Pd

**Privacy:** ai sensi dell'art. 13 della legge 675/96, i dati necessari per l'invio della rivista sono trattati esclusivamente dall'Editore e possono essere utilizzati per l'invio di materiale informativo sulle attività promosse dall'Editore e dalla Fondazione Lanza che curano la presente pubblicazione. Tali dati non verranno mai ceduti a terzi senza consenso delle parti interessate.

## **Orientarsi nella transizione: etica, ricerca e formazione in medicina**

a cura di Leopoldo Sandonà, Progetto Etica e Medicina, Fondazione Lanza

Leopoldo Sandonà

Editoriale

### **Prima Parte**

### **Etica, ricerca e didattica in Medicina**

Antonio Da Re

La responsabilità dei ricercatori  
e il legame tra etica e scienza

Fabio Zampieri, Alberto Zanatta

800 anni di didattica in Medicina a Padova

Lucio Torelli

La traduzione didattica del lavoro di ricerca  
nel rapporto tra le discipline

Silvia Cocchio, Leopoldo Sandonà

Il rapporto tra etica, ricerca e didattica in  
un sondaggio condotto tra studenti di Infermieristica

### **Seconda Parte**

### **Etica, formazione e professioni sanitarie**

Giulia Cuman

Nuovi Comitati Etici Territoriali (CET)  
tra possibilità e opportunità mancate

Leopoldo Sandonà

L'esperienza del CARE  
(Competenze, Azioni, Relazioni Etiche)  
presso i Comitati Etici per la Pratica Clinica  
dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova

Valter Giantin

L'anziano nella società attuale  
e l'esigenza di nuovi Comitati etici nelle RSA



---

# Editoriale

Il numero 2/2023 della rivista *Etica per le professioni* riprende alcuni interventi del ciclo di Seminari 2022/2023 *Orientarsi nella transizione. Etica applicata per la vita culturale della città*, integrati da ulteriori contributi. Tale percorso, realizzato con il contributo della Fondazione Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo, si poneva come itinerario di riflessione e confronto, in interazione con l'ambito universitario, sui temi dell'etica nella ricerca scientifica e nella vita della comunità civile quale contributo alle iniziative per l'800° anno della fondazione dell'Università di Padova.

In particolare i contributi di questo numero si concentrano su due *focus* paralleli, *Etica, ricerca e didattica in Medicina* (Prima parte), con un focus specialmente di carattere accademico, e *Etica, formazione e professioni sanitarie* (Seconda parte), con uno sguardo specifico di formazione continua.

Il contributo di Antonio Da Re su *La responsabilità dei ricercatori e il legame tra etica e scienza* funge da bussola per l'intero numero perché, come riportato nella citazione della quarta di copertina, l'etica si pone come uno degli *input* che "influenzano" la scienza nella complessità degli scenari attuali, senza per questo far venire meno la libertà di ricerca e di sperimentazione, anzi rappresentando paradossalmente un "limite attivo" per la stessa impresa scientifica. Questo elemento trova riscontro in tutti i contributi della prima parte, sia volgendo lo sguardo storicamente alla lunga vicenda di Medicina nella vita accademica patavina – Fabio Zampieri, Alberto Zanatta, *800 anni di didattica in Medicina a Padova* –, sia volgendo lo sguardo alle implicazioni attuali. Sul piano storico colpisce come l'evoluzione della scienza medica sia stata sempre accompagnata da un'attenzione agli sviluppi della società, rispondendo alle sfide delle varie epoche come calandosi nelle tragedie senza per questo abbandonare l'impresa accademica. Esempificativo è il caso della scuola castrense istituita durante la Prima Guerra Mondiale a S. Giorgio di Nogaro, nelle retrovie del fronte, che permise di formare molti giovani militari medici in tempi strettissimi senza rinunciare alla completezza del percorso. Inoltre lo sguardo storico mette in luce la necessaria integrazione tra dimensione classico-teorica ed empirico-sperimentale: anche se oggi non sono più Aristotele e Galeno a rappresentare un riferimento potenzialmente slegato dalla pratica empirica – mentre il significato più profondo dell'insegnamento dei "classici" non è mai dogmatico se non in un loro ideologico, svilito o parziale utilizzo –, cresce sempre di più il riferimento strumentale, algoritmico e tecnologico; in entrambi i casi la relazione clinica e la medicina pratica hanno richiamato nei secoli passati e richiamano oggi i futuri professionisti all'essenza della disciplina medica. Sul

piano attuale l'intervento di Lucio Torelli manifesta la necessaria pazienza e l'indispensabile ascolto come elementi che fanno crescere una proficua intere e trans-disciplinarietà. In questo senso anche se lo sguardo al passato può far credere di essere molto più avanzati la settorializzazione spinta guida verso una ricerca sempre più urgente di relazioni tra discipline. La vita accademica di dialogo con colleghi, studenti e società si offre quindi come banco di prova insuperabile di interazione tra i saperi e i vissuti sociali. Nel sondaggio effettuato da Silvia Cocchio e Leopoldo Sandonà su un numero significativo di studenti di Infermieristica, emerge empiricamente il dato di richiesta di elementi etici come ponte tra le discipline. Non solo, ma appare evidente una certa scollatura tra didattica e ricerca quando quest'ultima dovrebbe essere anima della prima. Come accade in molti settori universitari, il dimenticare la dimensione della ricerca finisce per inaridire ripetitivamente la didattica slegandola dal contesto o facendone strumento solo di preparazione professionale sul piano tecnico. Tra questi due estremi l'equilibrio del nesso didattica-ricerca-professione (clinica nel caso delle professioni sanitarie) permette di manifestare il cuore autentico della professione accademica.

In una circolarità virtuosa con la prima parte, la seconda parte interviene sul plesso di questioni che riguardano la dimensione etica in relazione alla formazione continua e alle professioni sanitarie. Se lo sguardo *ad intra* dell'impresa accademica offre significativi insegnamenti dalla tradizione ma anche nel presente, la prospettiva *ad extra* incrocia i sentieri di rinnovamento dei Comitati etici – qui analizzati nella prospettiva della sperimentazione clinica con Giulia Cuman e della pratica clinica con Valter Giantin –, così come un'esperienza di formazione a cavallo tra gli stessi Comitati e le professioni sanitarie, il ciclo CARE Competenze Azioni Relazioni Etiche. La didattica che si fa formazione, senza perdere i legami con la didattica accademica, permette di accompagnare le professioni nel loro incessante sviluppo; inoltre, per quanto riguarda i Comitati etici, la funzione formativa appare indispensabile per fornire ai professionisti uno sguardo etico in grado di riconoscere le storie cliniche con rilevanza etica. Da questo punto di vista non va taciuto come l'evoluzione standardizzata dei Comitati etici per la sperimentazione e la non implementazione in chiave nazionale dei Comitati etici per la pratica clinica rappresentino un'ulteriore recente occasione mancata per la disseminazione etica all'interno delle strutture e delle istituzioni sanitarie. Il contributo di Valter Giantin mette però in evidenza come, anche di fronte all'indebolimento istituzionale di determinati strumenti, sia possibile comunque implementare dei Comitati "spontanei" che vengano incontro alle esigenze di prossimità e di flessibilità che salgono dai territori.

L'auspicio è che i sentieri aperti da questi incontri, che si collocavano in uscita dal periodo pandemico, periodo di transizione per eccellenza, non sia-

---

no dimenticati nel ritorno alla quotidianità ordinaria ma possano proseguire, come già sta avvenendo attraverso il tema della *vulnerabilità*, disegnando proficui scenari di integrazione continua tra dimensione didattico-formativa ed empirico-professionale, in questo caso nell'ambito delle professioni sanitarie.

*Leopoldo Sandonà  
Facoltà Teologica del Triveneto – Fondazione Lanza*

Per maggiori informazioni sul progetto  
[www.fondazionelanza.it](http://www.fondazionelanza.it)

Per vedere i video degli incontri  
<https://shorturl.at/jouFO>







---

Prima Parte

# **Etica, ricerca e didattica in Medicina**



---

# La responsabilità dei ricercatori e il legame tra etica e scienza

---

## ■ Antonio Da Re

*Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata, Università degli Studi di Padova*

### Una chiarificazione preliminare

Il titolo che mi è stato proposto intende sin da subito richiamare l'attenzione sulla responsabilità *etica* di chi fa ricerca all'interno di istituzioni scientifiche ed accademiche pubbliche e private. La responsabilità del ricercatore può essere declinata secondo varie dimensioni, da quella strettamente professionale e deontologica a quella giuridica; con queste la dimensione etica (o morale) non di rado s'intreccia, mantenendo tuttavia una sua specificità, meritevole di essere ulteriormente chiarita. Per facilitare quest'opera di chiarificazione potremmo prendere le mosse dall'approfondimento della diade di etica e ricerca. Anzi, attraverso una proposta interpretativa ancor più netta, si potrebbe andare oltre il semplice accostamento dei due termini e parlare a buon diritto da un lato di "ricerca dell'etica" e dall'altro di "etica della ricerca".

La semplice riproposizione della diade "etica e ricerca", attraverso la congiunzione "e", si espone al rischio di intendere i due termini in questione come tra loro originariamente separati. In questa prospettiva, spesso inconsapevolmente adottata nel linguaggio pubblico, ma anche nel dibattito più specialistico, l'etica è vista come un elemento a sé stante, che si aggiunge in un secondo momento all'attività di ricerca scientifica; l'etica diviene così una sorta di *optional*, secondo un approccio in definitiva astratto e intellettualistico, che risulta essere fuorviante, anche per la comprensione del significato della ricerca stessa. È preferibile invece far interagire i due termini, secondo una modalità di tipo – come dire – dialettico; tale modalità consente di cogliere in for-

ma più adeguata il valore dell'etica come dimensione *intrinseca* a ogni attività e ambito dell'esperienza umana, e quindi anche alla ricerca. Stante questa impostazione, la questione allora non è se ci sia o meno l'etica (questa a ben vedere c'è sempre e da essa non si può prescindere); semmai la questione è se si dia una buona etica oppure no ovvero se per esempio siano stati rispettati o meno i principi d'integrità e di correttezza, evitando copiature, plagì e appropriazioni indebite dei risultati originali ai quali altri studiosi sono pervenuti nei loro studi e nelle loro sperimentazioni. Dalla qualità del rispetto di tali principi dipende la qualità etica del lavoro di ricerca, qualità che può essere eccellente come pure del tutto scadente.

Entrando poi nello specifico di una comprensione di tipo più dialettico, potremmo allora parlare di una "ricerca dell'etica" e di un'"etica della ricerca". Nel primo caso ci si riferisce all'attività propria di chi indaga sul fondamento dei principi morali, sulla loro giustificazione, sulla formulazione dei giudizi pratici, sull'orizzonte di senso che accompagna la vita morale: è questo il compito proprio dei filosofi morali e, su un altro piano, dei teologi morali. Nel secondo caso, ci troviamo di fronte a un compito per così dire trasversale, che accomuna gli studiosi delle *humanities* e delle cosiddette *hard sciences*: tutti sono chiamati all'avanzamento della conoscenza, rispettando alcuni requisiti che attengono all'integrità e alla correttezza del proprio comportamento, all'esclusione di conflitti d'interesse, all'evitare in primo luogo di provocare danni su soggetti coinvolti nella sperimentazione, a condividere i benefici della ricerca, a rimediare ai possibili errori commessi e così via. È su quest'ultima declinazione, ovvero sull'etica della ricerca, specialmente dello scienziato nell'ambito della biologia, della ricerca medica, della fisica (quindi nell'ambito delle scienze in senso stretto), che ora mi soffermerò brevemente.

### **Sull'etica della ricerca scientifica**

A riprova della rilevanza di quell'implicazione di cui si diceva prima, potremmo chiederci se sia possibile comprendere il significato dell'impresa scientifica, prescindendo da riferimenti etici. Al riguardo Karl Raimund Popper, una delle voci più autorevoli della filosofia della scienza del Novecento, non ha alcun dubbio: i principi che sono alla base della discussione razionale e della stessa ricerca scientifica sono anche nel contempo veri e propri principi etici. Tali principi, preposti ad orientare e regolare l'attività scientifica, vengono identificati da Popper nei principi della fallibilità, della discussione ragionevole e infine dell'avvicinamento alla verità<sup>1</sup>. Con il primo principio Popper si ricollega espressamente a Socrate<sup>2</sup>: la consapevolezza di non sapere avvalora un atteggiamento di umiltà conoscitiva, che induce ad ascoltare con attenzione le ragioni altrui, dal momento che io posso essere nell'errore e l'altro può aver ragione (ma non si può neppure escludere che entrambi abbiamo torto).

Il fallibilismo assume così una valenza antidogmatica, critica verso la pretesa da parte di qualsiasi forma di sapere, inclusa la scienza, di accreditarsi come un insieme compiuto di proposizioni vere. Per Popper l'approccio deve essere differente ovvero mirare alla ricerca della verità, che è cosa ben diversa dalla pretesa di possedere la verità.

Ritenere che la conoscenza umana sia congetturale e fallibile permette di comprendere anche il significato del secondo principio qualificato come principio della discussione ragionevole. Quest'ultimo richiede di "soppesare nel modo più impersonale possibile le nostre ragioni pro e contro una determinata teoria suscettibile di critica"<sup>3</sup>; più in generale, ciò può essere espresso attraverso il tratto tipico della proposta teorica di Popper ossia il falsificazionismo: le teorie scientifiche non sono altro che delle ipotesi, delle congetture che lo scienziato non è chiamato a confermare, bensì piuttosto a falsificare, così come aveva magistralmente intuito Albert Einstein. Scrive Popper: "se uno propone una teoria scientifica, deve essere in grado di rispondere, come fece Einstein, alla domanda: 'Sotto quali condizioni dovrei ammettere che la mia teoria è insostenibile?'. In altre parole, quali fatti concepibili accetterei come congetture, o falsificazioni, della mia teoria?"<sup>4</sup> Infine, il terzo principio (l'avvicinamento alla verità) ripropone l'assunto già citato: stante la nostra fallibilità possiamo aspirare solamente ad approssimarci alla verità, non certo a possederla. Esso però dà conto anche del procedere proprio dell'impresa scientifica, in cui ricerche e sperimentazioni promosse da più parti e da vari soggetti permettono lentamente di progredire nella conoscenza, anche quando l'intesa tra i ricercatori sia solo parziale.

Ora, ciò che merita sottolineare riguardo a tale metodologia dell'impresa scientifica, esemplificata dai tre principi di fallibilità, discussione ragionevole e avvicinamento alla verità, è che tali principi non sono solamente gnoseologici: essi sono anche etici e in tal senso favoriscono lo sviluppo di un'attitudine autocritica e tollerante. Ai fini del discorso che qui si sta svolgendo, essi mostrano quanto riduttiva sia l'interpretazione dell'impresa scientifica come del tutto autonoma, rispetto alla quale l'istanza etica si presenterebbe solo in un secondo momento, come una sorta di correttivo. Nella formulazione della teoria scientifica si manifesta quindi una logica di autonomia, che però non è assoluta, tant'è che affiora anche l'intrinseca connessione con la dimensione etica; tale logica emerge poi anche quando si guardi alla scienza in una prospettiva sistemica, in cui appunto oggetto d'indagine è il sistema della scienza, assai più complesso e articolato della teoria.

### **Il sistema scientifico tra *input* e *output***

Nel trattare della scienza da un punto di vista sistemico, riprenderò alcune tesi esposte in modo molto lucido da Evandro Agazzi, in un volume risa-

lente al 1992<sup>5</sup>, che però mantiene intatto il suo valore. L'obiettivo dell'opera di Agazzi consiste nel fornire una descrizione articolata del sistema scientifico inserendolo in un più ampio contesto, in cui insistono altri sistemi, sia sociali che non sociali. Trova così posto un insieme di sistemi sociali, di tipo culturale, politico, militare, religioso, economico, morale ...; vi sono poi i sistemi non sociali, che potremmo definire di tipo naturale (sistema fisico, biologico, ecologico ...). Il sistema scienza interagisce in varia misura e attraverso differenti modalità con l'ambiente e precisamente con la pluralità degli altri sistemi, sia sociali che non. Le sue funzioni qualificanti consistono nella produzione di conoscenza oggettiva e rigorosa da un lato e dall'altro nella capacità di diffondere tale conoscenza in modo da accrescere la comprensione umana del mondo (e si potrebbe aggiungere che in questa capacità di diffusione rientra anche la finalizzazione di tipo tecnico-applicativo).

La produzione e la diffusione di conoscenza sono anche definite "variabili essenziali" del sistema scientifico, "per la ragione che il sistema non potrebbe sopravvivere e funzionare se tali variabili dovessero oltrepassare un certo 'intervallo critico'"<sup>6</sup>; produzione (V1) e diffusione di conoscenza (V2) costituiscono quindi gli obiettivi a cui è preposto il sistema scientifico (*output*). Vi sono però anche degli *input* che pervengono al sistema scientifico e che Agazzi articola nei termini delle richieste (Ir), degli appoggi (Ia) e degli ostacoli (Io)<sup>7</sup>. Nel dar conto del sistema scientifico e della sua interazione con l'ambiente e quindi con altri sistemi, potremmo tracciare una schematizzazione nella quale il sistema scientifico è sottoposto alla pressione degli *input* (Ir, Ia, Io) e volto a garantire in modo dinamico il requisito delle variabili essenziali (V1, V2) ovvero il raggiungimento di determinati obiettivi (*output*). Non solo: ogni sistema scientifico, oltre a essere inserito nel proprio ambiente intra-sociale ovvero l'insieme dei sistemi sociali e non, si relaziona a un ambiente definito extra-sociale o internazionale, deve quindi fare i conti con sistemi economici, politici e culturali, con organismi istituzionali, quali l'ONU e la Comunità Europea, con società scientifiche, tutte realtà che hanno una valenza sul piano internazionale.

Un'esemplificazione può aiutare a capire come si articolano i diversi momenti che contraddistinguono il sistema scientifico. Sin dai primi mesi del 2020, quando si stava vertiginosamente diffondendo la pandemia da Sars-Cov-2, si è fatta pressante la richiesta da parte di cittadini, gruppi, decisori politici, di implementare la ricerca scientifica riguardante possibili vaccini anti Covid-19. A questo primo *input* hanno fatto seguito appoggi di vario genere, sul piano nazionale e sovranazionale, da parte delle istituzioni scientifiche pubbliche e private, che decidevano di dirottare verso questo nuovo obiettivo risorse e personale precedentemente impiegati in altri settori; si aggiunga a ciò l'enorme investimento finanziario da parte delle industrie farmaceutiche e degli stati. Naturalmente non sono mancate le difficoltà e gli ostacoli che hanno frena-

to la ricerca e la sperimentazione sui vaccini, a cominciare da chi si opponeva pregiudizialmente alla vaccinazione. Fatto sta che in tempi straordinariamente brevi, già negli ultimi giorni del 2020, dopo le opportune sperimentazioni, si era pervenuti alla validazione di vaccini anti Covid-19, sia di quelli più tradizionali a vettore virale, come Astrazeneca, sia di quelli basati sulla tecnologia a mRNA messaggero, come Pfizer e Moderna. Tale risultato straordinario è a rigore l'*output* del sistema scientifico: esso può essere qualificato come la produzione di conoscenza scientifica rigorosa, che poi ha trovato una straordinaria diffusione grazie anche alla campagna vaccinale di massa.

In ogni caso emerge da tale ricostruzione, che fa leva sulle distinzioni concettuali di Agazzi, un'immagine dell'attività scientifica come di un sistema interconnesso e complesso di azioni: essa non è quindi un'attività che si svolge in modo indipendente, è piuttosto un processo condizionato e accompagnato da diversi fattori (fisico, biologico, psicologico, sociale, politico ...); d'altro canto, l'influsso innegabile di simili fattori non è tale da trasformarsi in una determinazione totale, al punto da annullare l'autonomia della scienza. Vengono in tal modo criticati gli esiti a cui pervengono due tesi opposte, che pure prendono le mosse dalla fondatezza di alcuni presupposti. La prima delle due tesi ritiene correttamente che la scienza sia ricerca di verità e costruzione di un insieme di conoscenze sempre più affidabile; essa però è manchevole se sottovaluta il peso di tutti quei fattori di cui si diceva e dei compiti individuali e collettivi che ne derivano. La seconda tesi sottolinea invece il peso che tali fattori esercitano potentemente sulla scienza pura e applicata; vi è del vero in tale tesi: l'errore semmai consiste nel ritenere che per questo motivo la scienza non sia in grado di tutelare la sua essenza più specifica ovvero la finalità di produzione e diffusione di conoscenze attendibili<sup>8</sup>. Sbaglia quindi "chi sostiene che il sapere scientifico è totalmente sottoposto ai condizionamenti socio-politici, cosicché viene necessariamente plasmato e modellato da questi"; costui "trascura il fatto che la scienza è anche in grado di conservare la propria identità e di opporsi più o meno efficacemente alle pressioni sociali, quando queste rischiano di diventare un serio pericolo per la sua stessa esistenza"<sup>9</sup>.

### **L'input dell'etica come limite e come opportunità**

Ma qual è il ruolo dell'etica (o della morale)? Sulla base dell'approccio sistemico, anch'essa è uno dei fattori che fa parte dell'ambiente e che influisce inevitabilmente sul sistema scientifico; al contempo da questo ne viene influenzata. Risulta pertanto del tutto deficitaria un'interpretazione che concepisce scienza ed etica come due dimensioni tra loro separate, che sembrano correre in parallelo ciascuna per la loro strada. Al più si ritiene che l'etica possa intervenire dall'esterno sul sistema scientifico, e questa connotazione estrinseca spiega perché l'etica sia vista, riduttivamente, solo come un insieme di divieti

e di proibizioni, che dovrebbe porre un limite alle possibili – come dire – esagerazioni o addirittura degenerazioni della ricerca scientifica. In realtà i due sistemi, dell’etica e della scienza, benché ovviamente dotati di una loro autonomia e specificità, sono destinati a incrociarsi all’interno dell’ambiente intra-sociale ed extra-sociale; essi si intersecano in processi complessi in cui ciascuno dei due sistemi può fungere ora come causa ora come effetto dell’altro<sup>10</sup>.

Se l’etica viene percepita esclusivamente come un insieme di proibizioni, di *niet* inappellabili, è chiaro che essa suscita sospetto proprio perché sembra entrare in rotta di collisione con un valore tipico dell’etica della ricerca ovvero la libertà<sup>11</sup>. Tuttavia sarebbe facile far notare che nell’interazione dei diversi sistemi la scienza è continuamente sottoposta a delle limitazioni, e in misura ben maggiore da fattori altri rispetto a quello dell’etica, per esempio dal fattore economico o da quello politico. Non solo: a proposito della causalità esercitata dall’etica, ci si potrebbe chiedere se essa non possa anche esprimersi in modo attivo, divenendo quindi una risorsa che stimola la ricerca scientifica a esplorare percorsi innovativi, in precedenza mai esplorati. Proprio l’istanza etica diviene così la spinta per formulare nuove congetture scientifiche da sottoporre poi a sperimentazione, cercando di passare il vaglio di possibili confutazioni, per citare la terminologia di Popper. Porto al riguardo due esempi.

Nel 2012 il premio Nobel per la Medicina venne assegnato a Shinya Yamanaka e John B. Gurdon, per le loro ricerche sulle cellule staminali pluripotenti indotte (IPS). Le IPS non sono cellule embrionali, ma grazie a un metodo applicato nel 2006 a cellule di topo e nel 2007 a cellule umane, sono capaci per così dire di “retrocedere” a uno stadio iniziale, paragonabile a quello proprio delle embrionali. Le ricerche di Yamanaka e Gurdon sono apparse sin da subito molto promettenti per le possibili opportunità che si sono dischiuse nell’ambito della medicina rigenerativa. È interessante inoltre ricordare come si sia aperta questa linea di ricerca sulle staminali adulte a fronte anche delle perplessità o del rifiuto, per motivi etici, di alcuni scienziati di dedicarsi alla ricerca sulle cellule embrionali umane. In questo caso si può dire che una motivazione etica (il rispetto della dignità dell’embrione umano) si sia trasformata in una risorsa per la ricerca scientifica a rintracciare una nuova via quale quella rappresentata dagli studi sulle IPS.

Un dispositivo simile – ovvero il movente etico come generatore di una nuova opportunità per la ricerca scientifica – si può rinvenire nel primo trapianto di cuore, in Italia, da donatore a cuore fermo. La straordinaria impresa ha avuto luogo nel maggio del 2023 presso l’Azienda Ospedale Università di Padova, grazie all’intervento dell’*équipe* di cardiocirurgia coordinata da Gino Gerosa. La straordinarietà dell’intervento non sta nel fatto che si è compiuto un trapianto da donatore a cuore fermo (all’estero ciò è possibile già da diversi anni), ma nel fatto che per la prima volta nel mondo esso è avvenuto



dopo venti minuti dall'arresto cardiaco del donatore. Nel nostro ordinamento le leggi n. 578/1993 e n. 91/1999 prevedono infatti che l'accertamento di morte debba avvenire dopo venti minuti di asistolia; e solo successivamente può darsi il trapianto dell'organo. Sinora in Italia con la donazione definita "controllata" e seguendo il criterio di morte cardiocircolatorio, ci si limitava a trapiantare fegato e rene; prima d'ora quindi non era mai accaduto in Italia (ma anche nel mondo), che si potesse, rispettando un limite temporale così lungo, trapiantare il cuore stesso. All'estero, in Europa (Gran Bretagna, Spagna), il tempo d'attesa dopo la dichiarazione di morte è di cinque minuti e in USA vi sono protocolli che prevedono dei limiti oscillanti tra i due e i cinque minuti; il limite dei venti minuti stabilito in Italia negli anni Novanta era dettato da evidenti requisiti etici (e giuridici), a cominciare dalla certezza che il donatore fosse a tutti gli effetti morto (è la cosiddetta *dead donor rule*)<sup>12</sup>.

Tali requisiti da molti erano, e sono, considerati come eccessivamente garantisti e come una limitazione impropria della pratica del trapianto di organo da paziente dichiarato morto con criterio cardiocircolatorio (diverso è il trapianto sulla base del criterio neurologico o cerebrale di morte). E tuttavia, quel limite ha rappresentato una sfida a rendere possibile sul piano tecnico-scientifico ciò che prima non lo era ovvero a far ripartire un cuore fermo dopo un tempo così lungo.

È questo un ulteriore esempio di come la motivazione etica possa influenzare il sistema scientifico nel far avanzare la ricerca e nel trovare nuove soluzioni, a riprova che l'etica non può essere considerata come un fastidioso orpello frenante di cui ci si debba sbarazzare il prima possibile. Essa, come si è detto, è anche un'opportunità, una risorsa per fare avanzare la ricerca, per cercare nuove vie sul piano scientifico e tecnico, che non presentino quegli interrogativi, eticamente problematici, consistenti nella manipolazione delle cellule embrionali o nel sospetto che il donatore di organi sia morente e non ancora morto. L'etica è infatti strettamente intrecciata con l'impresa scientifica, tant'è che non sarebbe possibile comprendere adeguatamente quest'ultima prescindendo da essa come pure dalla determinazione di altri rilevanti fattori.

<sup>1</sup> Cfr. K.R. Popper, *Alla ricerca di un mondo migliore. Conferenze e saggi di trent'anni di attività* (1984), tr. it., Armando, Roma 1989, pp. 202-203.

<sup>2</sup> Cfr. K.R. Popper, *I due problemi fondamentali della teoria della conoscenza* (1979), tr. it., Il Saggiatore, Milano 1987, p. XXI.

<sup>3</sup> Popper, *Alla ricerca di un mondo migliore*, p. 203.

<sup>4</sup> K.R. Popper, *La ricerca non ha fine. Autobiografia intellettuale* (1974), tr. it., Armando, Roma 1978<sup>2</sup>, p. 44.

<sup>5</sup> Cfr. E. Agazzi, *Il bene, il male, la scienza*, Rusconi, Milano 1992, in particolare, per l'analisi che segue, pp. 231-258.

<sup>6</sup> *Ivi*, p. 232.

<sup>7</sup> *Ivi*, pp. 232 s.

<sup>8</sup> *Ivi*, pp. 234 s.

<sup>9</sup> *Ivi*, pp. 236 s.

<sup>10</sup> Scrive opportunamente Agazzi: “L’etica entra a fare parte di questo processo non perché abbia diritto di censura o supervisione su SS [= sistema scientifico], ma perché anche il «sistema morale» o «sistema etico» fa parte dell’ambiente di SS, vale a dire che influisce su SS e ne viene al tempo stesso influenzato. Ma questo significa pure che il raggiungimento degli obiettivi di SS va armonizzato, in particolare, anche con le esigenze del sistema morale. In altre parole, è ugualmente vitale per l’esistenza del sistema globale della nostra civiltà che la scienza sia compatibile con i principi morali dell’umanità, come pure che la morale e l’etica sia proporzionata al livello della nostra conoscenza scientifica” (p. 233).

<sup>11</sup> Non è da escludere che l’istanza etica si debba esprimere anche in questa forma, come un monito forte ed esigente, per esempio a non strumentalizzare l’essere umano nelle sperimentazioni. L’assenza di questo monito può anche essere indice di un sistema scientifico stravolto, perché soggiogato dal sistema politico e dall’ideologia: si pensi alle sperimentazioni compiute nei campi di concentramento nazisti, di cui si ebbe piena contezza solo dopo la fine della seconda guerra mondiale con il processo di Norimberga.

<sup>12</sup> Ciò è spiegato dettagliatamente nel parere del Comitato Nazionale per la Bioetica, *Accertamento della morte secondo il criterio cardiocircolatorio e donazione controllata: aspetti etici e giuridici* (9 dicembre 2021), ove s’individuano i criteri bioetici di giustificazione del trapianto a cuore non battente (<https://bioetica.governo.it/it/documenti/pareri/accertamento-della-morte-secondo-il-criterio-cardiocircolatorio-e-donazione-controllata-aspetti-etici-e-giuridici/>).

---

# 800 anni di didattica in Medicina a Padova

---

## ■ Fabio Zampieri, Alberto Zanatta

*Unità di Storia della Medicina, Dipartimento di Scienze Cardiologiche, Toraciche, Vascolari e Salute Pubblica, Università degli Studi di Padova*

### La nascita dell'Università di Padova e la sua struttura amministrativa fino al XVII secolo

L'Università di Padova nacque<sup>1</sup> come *Universitas Scholarium*, cioè come corporazione di studenti che si dotarono di un proprio statuto e di propri regolamenti. Questi avevano lo scopo di garantire l'autonomia del percorso di studi che doveva essere riconosciuto legalmente e certificato, al suo termine, dall'autorità vescovile. Inoltre, dovevano essere esplicitati doveri e privilegi giuridici ed economici legati alla loro residenza nella città, in quanto studenti perlopiù stranieri. Come ben noto, infatti, l'Università fu fondata da un gruppo di studenti e professori provenienti da Bologna, Università che abbandonarono proprio alla ricerca di maggiore libertà accademica<sup>2</sup>.

L'Università, di conseguenza, era sotto la protezione e l'influenza non solo del Comune, ma anche della Chiesa. Probabilmente non è un caso se nel 1226, solo 4 anni dopo l'inizio dell'Università, i domenicani si stabilirono a Padova, un ordine religioso particolarmente attivo in ambito culturale. Lo stretto rapporto tra Università e Chiesa provocò, nel periodo della Riforma protestante e della Controriforma cattolica, la chiusura delle Università italiane nei confronti degli studenti protestanti. Solo l'Università di Padova, a conferma della sua tolleranza e libertà, rimase aperta agli studenti non cattolici, grazie all'istituzione di un titolo privato concesso dalle autorità veneziane.

Gli studenti erano organizzati in corporazioni in base alla loro provenienza. Nel corso del XIII secolo e gran parte del XIV gli studenti furono divisi in

*cismontani*, cioè coloro che provenivano dalle regioni premontane, in particolare le Alpi, e *ultramontani*, cioè coloro che provenivano d'Oltralpe. Nei periodi successivi nacquero nuovi enti più specificatamente caratterizzati da una nazione o da una posizione culturale-geografica, come la *Natio Germanica*, corporazione tedesca che ebbe grande influenza lungo tutta la storia dell'Università di Padova<sup>3</sup>. Ogni corporazione era dotata di un consigliere e un tesoriere. Fin dall'inizio, a capo di tutti gli studenti vi era un Rettore, anch'egli studente, il quale godeva di grande autorità nonché di diritti e onori straordinari.

L'Università di Padova nacque come centro di studi di Giurisprudenza, ma lo studio delle cosiddette arti liberali, come filosofia, teologia, grammatica, retorica e medicina, era attivo anche prima del 1222. È possibile dedurre, dai nomi di diversi medici menzionati in documenti risalenti all'XII secolo, che la medicina era insegnata in scuole private<sup>4</sup>.

Nel corso del XIV secolo studenti e professori delle arti liberali iniziarono a rivendicare l'emancipazione dal dominio della giurisprudenza. Nel 1399 l'Università di Padova, di conseguenza, fu divisa in due *Universitates*: l'*Universitas Iuristarum*, per lo studio del diritto, e l'*Universitas Artistarum*, per lo studio delle arti liberali. Questa bipartizione è ancora visibile nel simbolo ufficiale dell'Università, dove sono rappresentati Santa Caterina d'Alessandria e Gesù Cristo<sup>5</sup>. Santa Caterina era la patrona dei giuristi, perché la sua agiografia riportava che fosse dotata di un'eloquenza straordinaria con la quale riusciva a convertire tutti coloro che la ascoltavano. Gesù Cristo era il santo patrono delle arti liberali perché la sua resurrezione rappresentava simbolicamente il continuo rinnovamento della conoscenza umana. Era, in particolare, il patrono dei medici, perché capace di ridare la vita ai corpi malati<sup>6</sup>.

Nel 1509 scoppiò la guerra della Lega di Cambrai, coalizione contro Venezia tra Papa Giulio II (1443-1513) e Luigi XII di Francia (1462-1515), sancita il 10 dicembre 1508, e che vide coinvolti, in diverse fasi, gli stati più importanti d'Europa. La Lega fu promossa in primo luogo dal Papa, perché aspirava ad espandere lo Stato Pontificio nel nord Italia e aveva bisogno di frenare, di conseguenza, l'influenza veneziana in quelle regioni. Venezia subì una pesante sconfitta ad Agnadello (vicino a Milano) il 14 maggio 1509, ma gli attriti tra il Papa e Luigi XII causarono lo scioglimento della Lega. Giulio II si alleò con Venezia contro la Francia, ma pochi anni dopo Venezia abbandonò l'alleanza a favore di quella con Francesco I di Francia (1494-1597), succeduto al trono di Luigi XII. I francesi e i veneziani, con la vittoria di Marignano (oggi Melegnano) nel 1515, riconquistarono i territori perduti, e i trattati di Noyon e Bruxelles, che posero fine alla guerra l'anno successivo, ristabilirono, sostanzialmente, la mappa dell'Italia allo *status quo* del 1508<sup>7</sup>.

Anche l'Università di Padova, come la città stessa, fu colpita dalla guerra. Lo *Studium* fu chiuso tra il 1509 e il 1517, anche se tra il 1513 e il 1517 si laure-

avano ancora circa 10 studenti all'anno. Passò per qualche tempo sotto il dominio di Massimiliano I, Imperatore del Sacro Romano Impero (1459-1519), il quale, tuttavia, lasciò l'Università così com'era. In seguito alla quasi totale chiusura dell'Università durante il periodo di guerra, a vigilare sulla sua rapida ricostruzione il Senato Veneziano decretò nel 1516 l'istituzione dell'ufficio dei Riformatori dello Studio di Padova. Dal 1516 al 1527 i componenti di questo ufficio non vennero però designati dal Senato, solo a partire dal 1528 furono pienamente attivi<sup>8</sup>.

I primi secoli dell'Università di Padova furono caratterizzati da un fruttuoso equilibrio tra le forze coinvolte nella gestione dell'Università, cioè gli studenti, gli amministratori padovani e il governo della Serenissima, quest'ultimo a partire dal 1405, quando Padova si arrese a Venezia dopo un anno di assedio. Gli studenti, al principio, avevano il privilegio di eleggere i professori, poiché, come recitano gli antichi statuti dell'Università Giurista, "non vi sono giudici migliori della reputazione e della cultura dei professori dei loro studenti". Dal 1445 in poi il diritto di selezione dei docenti passò progressivamente ai pubblici poteri, in particolare quelli destinati alle cattedre più importanti, ma gli studenti mantennero il privilegio di scegliere i professori delle cattedre secondarie fino al 1560. Inoltre la loro autonomia e il loro diritto continuarono ad essere garantiti dai veneziani, in particolare perché la maggior parte di essi proveniva da famiglie aristocratiche straniere che avevano un peso anche nelle trame diplomatiche di natura politico-economica.

I cittadini padovani furono esclusi, in principio, dalla possibilità di divenire docenti, per evitare l'influenza di importanti famiglie locali ed eventuali nepotismi nella scelta delle cattedre. Il Comune ottenne, tuttavia, la creazione di insegnamenti specifici per i cittadini padovani, definiti di *Ill loco*, pur se di minor peso accademico rispetto ai primi due "luoghi". Il governo veneziano ingaggiò i migliori professori italiani e stranieri, d'intesa con gli studenti, mettendo a disposizione un importante *budget*, che, al principio, ammontava a 4.000 ducati annui, crescendo anno dopo anno. Venezia protesse la libertà accademica di Padova, che diveniva l'unica Università dell'intera Repubblica, e contribuì a renderla, fra 1500 e 1700, uno dei centri di studi più importanti dell'Occidente, in particolare per i contributi alle scienze mediche<sup>9</sup>. In questo periodo, l'Università di Padova divenne il centro del "Rinascimento scientifico", così come Firenze fu il centro del "Rinascimento artistico"<sup>10</sup>.

Fra XV e XVI secolo, lo Studio era composto da 50-60 professori e 1.000-1.500 studenti che costituivano una fondamentale fonte economica per la città, dato che rappresentavano circa il 10% della popolazione totale e appartenevano alle classi sociali più elevate. I professori erano suddivisi in straordinari e ordinari. Coloro che avevano svolto il ruolo di professori privati potevano essere chiamati, per la prima volta all'Università, come professori straordina-

ri, mentre ordinari erano coloro che avevano ricoperto la cattedra straordinaria per almeno tre anni. Per ciascuno di questi incarichi esistevano due cattedre, primo e secondo *loco*, mentre per la cattedra straordinaria esisteva, come già accennato, anche il terzo *loco* riservato ai cittadini padovani. I professori del primo e secondo loco tenevano le lezioni nello stesso giorno e orario, ma in aule diverse. In questo modo gli amministratori dell'Ateneo potevano verificare quali lezioni erano più frequentate dagli studenti, per valutare la qualità dei diversi insegnamenti. Il contratto dei professori, su tale base, veniva rinnovato ogni tre o cinque anni, così come il loro stipendio veniva, in caso di gradimento accademico, gradualmente aumentato.

Se gli studenti erano organizzati in *Nationes*, le corporazioni dei professori corrispondevano ai Sacri Collegi dottorali. "Sacri" perché il privilegio di conferire i Dottorati era concesso dall'autorità del Papa. Vi erano il Collegio dei Dottori Giuristi, probabilmente già esistente prima della creazione dell'Università, e il Collegio dei Dottori in Medicina e Arti, nato intorno al 1250. Infine, il Collegio dei Dottori in Teologia fu creato con la nuova istituzione della Facoltà di Teologia nel 1363. I collegi erano composti, oltre che da professori, anche da professionisti padovani non necessariamente incaricati presso l'Università. I membri dei collegi esaminavano gli studenti, assistiti dai loro promotori, al termine della loro carriera e rilasciavano il Dottorato, che dava diritto agli studenti di esercitare la professione ed eventualmente insegnare, in una determinata Università europea, la materia della loro laurea.

### L'insegnamento della Medicina dall'origine fino al XVIII secolo

Il corso di studi di Medicina, al principio, durava tre anni ed era basato sullo studio di tre discipline: Medicina Teorica, Medicina Pratica e Chirurgia. Le prime due cattedre avevano un programma specifico per ciascuno dei tre anni di studio<sup>11</sup>.

La Medicina Teorica, che si riferiva all'insegnamento delle cause e processi fondamentali delle malattie, prevedeva, nel primo anno, lo studio del Canone di Avicenna (c. 980-1037), nel secondo anno degli Aforismi di Ippocrate (c. 460-c. 370 a.C.) commentati da Galeno (129 d.C.-c. 200/c. 216), nel terzo, infine, l'Articella (o *Ars medica*) di Galeno. Altri testi classici e arabi venivano presi in considerazione nell'eventualità che un professore riuscisse a completare il programma prima della fine delle lezioni.

La Medicina Pratica era dedicata allo studio di casi clinici, suddivisi in tre categorie per ciascun anno: *De febris* (Sulle febbri) per il primo, *De morbis particularibus a capite usque ad cordem* (Sulle malattie particolari dalla testa al cuore) per il secondo, e *De morbis Particularibus a corde infra* (Sulle malattie particolari dal cuore in giù) per il terzo. I casi clinici discussi per ognuna di queste particolari malattie erano ricavati dalla letteratura classica, in particolare dai testi di

Avicenna e Razhes (854 d.C.-925 d.C.). Tuttavia, anche se lo studio della Medicina si basava sulla letteratura antica, i professori pubblicarono importanti opere arricchite delle loro personali esperienze cliniche e talvolta anche anatomiche.

Infine, la cattedra di Chirurgia comprendeva lo studio dell'anatomia e il professore ogni anno forniva almeno una dimostrazione anatomica sul cadavere umano<sup>12</sup>.

A partire dal XV secolo, presso l'Università di Padova, si attesta una delle prime e più importanti reazioni contro la scolastica medica e una rinnovata attenzione alla pratica, più che alla teoria, all'evidenza empirica nonché agli aspetti clinici e anatomici delle malattie osservati dal vivo. Ciò fu dovuto in primo luogo alla riscoperta della scienza classica, cioè alla stampa delle opere di Aristotele, Ippocrate e Galeno nella loro lingua originale. Nel 1463, per esempio, fu istituita la prima cattedra di Greco che divenne uno strumento fondamentale per comprendere gli autori classici.

Nello stesso periodo, Venezia divenne, subito dopo l'invenzione della stampa a caratteri mobili da parte del tedesco Johannes Gutenberg (c. 1398-1468), uno dei più importanti centri editoriali d'Europa. In particolare, molti manoscritti inediti di letteratura e scienza greca confluirono a Venezia e furono stampati per la prima volta nella loro lingua originale. Dato che durante il Medioevo la scienza greca era divulgata e studiata in Europa attraverso gli arabi, al punto che molte opere classiche erano conosciute solo attraverso la traduzione latina della versione araba, la riscoperta di Ippocrate e Galeno nella loro lingua originale segnò un'importante progresso nella conoscenza, o meglio, riscoperta di questi autori, in particolare a riguardo del loro approccio empirico e sperimentale allo studio della natura e del corpo umano. Le pubblicazioni più famose e che segnarono un punto di svolta furono l'*Opera omnia* di Aristotele e quella di Galeno, curate dall'umanista ed editore veneziano Aldo Manuzio (1449-1515), rispettivamente tra il 1495 e il 1498 e nel 1525<sup>13</sup>.

A queste e altre traduzioni dal greco al latino contribuì la comunità medica. Nasceva un movimento filologico in Medicina che, tuttavia, non aveva una finalità puramente erudita, ma, anzi, era rivolto al rinnovamento dell'attività scientifica. Il sapere classico, infatti, era orientato all'esperienza e allo studio pratico della natura, come chiaramente esemplificato, in particolare, dalla filosofia di Aristotele e dalla medicina di Galeno, sebbene entrambe caratterizzate da prospettive qualitative e finalistiche. Nel corso del medioevo, la teologia era la regina delle scienze, alla quale tutte le altre si ispiravano. Si trattava di una disciplina essenzialmente speculativa in quanto rivolta allo studio delle sacre Scritture, di Dio e della natura come sua creazione. La Medicina era in secondo piano, sia per il suo oggetto di studio, il corpo umano, sia perché era una pratica, piuttosto che un'attività teorica. Anche quando l'apprendimento medievale era incentrato sullo studio della natura, questo studio veniva svol-

to quasi esclusivamente analizzando le categorie logiche scolastiche, prescindendo dall'osservazione diretta dei fenomeni naturali<sup>14</sup>.

La rivoluzione umanistico-rinascimentale, che in Padova ebbe uno degli epicentri più precoci e importanti, vide la cultura accademica orientarsi non più verso la teologia, ma verso la filosofia della natura basata sull'osservazione diretta dei fenomeni, continuando a utilizzare le fonti aristoteliche, ma in modo diverso. Se il periodo medievale era incentrato sulla logica e sulla metafisica aristotelica, le ricerche sin dal periodo tardo medievale e pre-umanistico iniziarono a riscoprire e affrontare le opere biologiche e fisiche del filosofo. Secondo Pietro Pomponazzi (1462-1525), uno dei più importanti aristotelici padovani, la natura doveva essere osservata e studiata secondo i suoi propri principi e le sue leggi, senza ricorrere a forze esterne e in quale modo soprannaturali<sup>15</sup>.

Galeno, profondamente influenzato dall'approccio empirico di Aristotele, sottolineava la conoscenza sperimentale dei farmaci semplici (le piante) in medicina, il valore educativo dell'esperienza (per la clinica e la fisiologia), della dissezione (per l'anatomia), del viaggio (per l'accumulo di conoscenze mediche) e della filosofia (per il corretto ragionamento). Sosteneva, inoltre, la prevalenza del progresso nella scienza rispetto alla tradizione. Un Galeno, dunque, profondamente diverso di quello tramandato dalla tradizione araba che, invece, lo aveva ricostruito in un sistema dogmatico, sviluppando la prospettiva astrologica e riducendo drasticamente la presenza di opere anatomiche che, al contrario, per Galeno costruivano una parte fondante della Medicina.

La riscoperta di Galeno e della scienza classica, dunque, spinse i professori padovani, fra la fine del 1400 e fino all'opera di Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) del 1761, su cui torneremo, a studiare con maggiore attenzione i fenomeni clinici e la struttura anatomica dell'uomo. Beninteso, Aristotele e Galeno avevano costituito il punto di partenza per la nascita della scienza moderna, ma i docenti padovani, e non solo, avevano l'obbiettivo di avanzare ulteriormente rispetto alle loro conoscenze, considerate non più come dogmatiche e perciò vere e immodificabili.

Da un punto di vista medico, il superamento della Medicina classica fu determinato dalla nascita di nuove strutture, dall'istituzione di nuove cattedre e, naturalmente, dall'opera di una lunga serie di medici eccezionali.

Fra 1414 e 1416 fu fondato l'Ospedale di San Francesco, dove si sostiene che nacque ciò che oggi intendiamo come insegnamento clinico, cioè l'uso di portare gli studenti, dopo le lezioni nelle aule dell'Università, ad osservare in pratica, al letto del malato, ciò che si era appreso in teoria<sup>16</sup>. Sembra che il primo a istituire questa usanza fu Giovanni Battista da Monte (1489-1551), ma abbiamo dei documenti incontrovertibili su Marco degli Oddi (1526-1591), Medico Primario dell'Ospedale e docente di Medicina Teorica, e Albertino Bottoni (†1596), docente di Medicina Pratica. Negli *Acta Nationis Germanicae Artista-*



rum<sup>17</sup> del 1578, i due medici vengono lodati dagli studenti per la loro disponibilità a portarli presso l'ospedale cittadino per "mostrarci come si dovessero applicare alla pratica quelle dottrine che avevano fatto il soggetto della pubblica lezione, esercitando così i suoi uditori in tutto ciò che al dotto e sagace medico appartiene di osservare e di praticare a pro de' suoi malati"<sup>18</sup>. Nell'anno successivo, viene nominata anche la pratica dell'anatomia sui pazienti deceduti in ospedale, il che rappresenta un elemento didattico di grande interesse perché le lezioni di Anatomia e Chirurgia si basavano su cadaveri di soggetti condannati a morte, cioè generalmente sani.

L'osservazione di cadaveri nosocomiali diede sicuramente l'occasione di osservare diverse lesioni organiche correlate con i sintomi clinici e la morte dei pazienti. In altre parole, fu una pratica che contribuì all'anatomia medica, antesignana dell'anatomia patologica, che con Morgagni giunse al suo apogeo, come vedremo, dando un primo colpo di grazia alla teoria millenaria degli umori. Nel 1601 fu finalmente istituita una cattedra di "Semeiotica", nominata *De morbis, morborum causis, et symptomatibus, et de pulsibus et urinis*, che dal 1619 comportava anche l'obbligo di visitare i pazienti dell'ospedale. Infine, nel 1765 abbiamo l'istituzione dell'insegnamento di Medicina pratica in nosocomio.

Per quanto riguarda le piante medicinali, cioè la farmacologia<sup>19</sup>, nel 1533 fu istituita la cattedra *Ad lecturam simplicium*, affidata a Francesco Bonafede (1474-1558). I "semplici" erano le piante singole che a volte venivano utilizzate singolarmente e altre, combinate fra loro in diversi modi, davano vita ai farmaci complessi. Nel 1545 fu fondato il primo Orto Medicinale della storia, oggi patrimonio Unesco, cioè un giardino botanico universitario dedicato specificamente alla coltivazione, allo studio e alla sperimentazione delle varietà vegetali. Di conseguenza, nel 1564 fu istituita la cattedra *Ad ostensionem simplicium*, che implicava, cioè, l'esposizione e osservazione reale, non più solamente dai libri, delle piante, in quanto appunto provenienti dall'Orto. Infine, nel 1786, con decreto del Senato Veneto, Angelo Dalla Decima (1752-1825) assunse la Cattedra di Materia Medica. Ebbe a disposizione il materiale del Museo di Storia Naturale e da questo trasse origine il Gabinetto di Materia Medica.

Infine, l'anatomia. Il Maggior Consiglio di Venezia del 1368 ordinò al Collegio dei Medici e dei Chirurghi di organizzare almeno un esercizio anatomico all'anno sul corpo umano. Dato che molti medici veneziani provenivano da Padova, questa disposizione potrebbe riflettere l'impostazione degli studi chirurgici presso l'Università cittadina. Gli statuti dell'Università, risalenti alla seconda metà del XV secolo, contengono la disposizione sull'anatomia annuale, *De anathomia singulis annis fienda*, con la quale due cadaveri di giustiziati venivano concessi ogni anno per le dimostrazioni anatomiche per gli studenti di Medicina<sup>20</sup>. Dato che si basavano esplicitamente su programmi più antichi, questo stesso programma avrebbe dovuto essere già praticato nel secolo pre-

cedente. Nel XVI secolo la cattedra di Chirurgia e Anatomia cambiò nome in Anatomia e Chirurgia, a conferma che, in questo periodo, questa branca del sapere acquisì lo statuto di disciplina autonoma focalizzata non solo sulle esigenze pratiche della chirurgia, ma anche sulle nozioni di base della struttura del corpo umano, alla ricerca di nuove possibili strutture e funzionalità. L'ascesa della disciplina fu segnata dalla fondazione del primo teatro anatomico stabile del mondo, fondato nel 1595 e utilizzato per primo da Girolamo Fabrici d'Acquapendente (1533-1619). L'anatomia diveniva non solo la disciplina fondamentale per la Medicina, ma persino la nuova regina delle scienze. Essa, infatti, rivelava una struttura interna di straordinaria complessità che si pensava rappresentasse il microcosmo del macrocosmo, oltre che la prova dell'esistenza di un artefice divino. Anzi, essendo l'uomo la creazione superiore di Dio, studiare la struttura del cadavere permetteva di osservare il suo capolavoro. Infine, l'anatomia era legata anche alla celeberrima massima greca γνῶθι σαυτόν, conosci te stesso, perché osservare il cadavere costituiva l'esperienza della mortalità. Conoscere la propria stessa mortalità poteva significare la comprensione dell'importanza di ogni singolo istante della vita terrena e più in particolare dello spendere nel miglior modo possibile il tempo concesso.

Già Alessandro Benedetti (1450-1512), medico e chirurgo militare attivo fra Padova e Venezia, nella sua *Anatomicae, sive de historia corporis humani*, pubblicata all'inizio del XVI secolo, sosteneva che le lezioni di anatomia dovessero essere svolte in anfiteatri smontabili, da realizzare durante il periodo invernale perché la temperatura conservasse il corpo, in cui il cadavere dovesse trovarsi al centro della scena, piuttosto che il docente, come nel precedente stile medievale<sup>21</sup>. Questa innovazione fu certamente introdotta a Padova da Andrea Vesalio (1514-1564), docente di anatomia dal 1537 al 1543, la cui "aula" speciale aveva sede nel cortile interno del Palazzo del Bo, centro di tutti gli insegnamenti universitari dal principio del secolo. I palchi, dove si assieparono non solo studenti di Medicina, ma docenti di altre scuole e membri dell'aristocrazia cittadina, circondavano la scena dove Vesalio eseguiva lui stesso la dissezione anatomica e, con ciò, emarginava definitivamente i libri e la tradizione da essi rappresentata per rivolgersi esclusivamente al libro della natura. Si trattava di una vera e propria novità, essenziale sia a livello scientifico che didattico. Vesalio, inoltre, rivoluzionò lo studio dell'anatomia, introducendo per primo, in modo sistematico, l'illustrazione anatomica. Significativo che la sua prima opera, le *Tabulae anatomicae sex* del 1538, si basasse esclusivamente su tavole di grande dimensione fornite di didascalie<sup>22</sup>. Avevano la funzione di sostituire il corpo, nel caso non fosse disponibile un condannato a morte. Sono quindi innovative perché introducono l'illustrazione come metodo didattico. Tuttavia, quest'opera conteneva ancora molti errori derivati dall'anatomia galenica. Fu solo alla fine del suo percorso padovano, infatti, che Vesalio pub-

blicò il suo immortale *De humani corporis fabrica* del 1543 in cui, per primo, dimostrava, cadavere alla mano, i molteplici errori di Galeno<sup>23</sup>. Ciò fu certamente favorito dall'ambiente culturale padovano libero dai dogmi e dalla disponibilità sufficientemente elevata di cadaveri umani. Anche i due successori di Vesalio, prima dell'arrivo di Fabrici e del nuovo teatro stabile, fornirono contributi scientifici fondamentali. Matteo Realdo Colombo (1516-1559) dimostrò la circolazione polmonare, cioè il transito polmonare del sangue, nel suo *De re anatomica*<sup>24</sup>. Fu certamente favorito, in ciò, dalla precedente negazione, da parte di Vesalio, dell'esistenza dei pori nel setto interventricolare, dogma galenico secondo il quale il sangue passava dalla destra alla sinistra del cuore solo attraverso questa via. Gabriele Falloppio (1523-1562), pur essendo universalmente conosciuto per la scoperta delle tube uterine, note con l'eponimo tube di Falloppio, fu un anatomista altrettanto straordinario dei colleghi precedenti<sup>25</sup>. Infine, Girolamo Fabrici d'Acquapendente, oltre a farsi promotore della costruzione del teatro stabile, fu un eccellente anatomista, medico, chirurgo, padre dell'embriologia comparata e, più in generale, dell'anatomia comparata. Ebbe come allievo un brillante studente inglese, William Harvey (1578-1657), proprio nel periodo in cui scopriva l'esistenza delle valvole nel sistema venoso, assenti in quello arterioso. Questa scoperta, come esplicitamente dichiarato da Harvey stesso, fu essenziale per la sua dimostrazione della circolazione sistemica del sangue, pubblicata nel *De motu cordis et sanguinis in animalibus*<sup>26</sup>.

Il teatro anatomico cinquecentesco, infine, oltre a permettere la nascita dell'anatomia normale con Vesalio e i suoi immediati successori, oltre a favorire la nascita della fisiologia con Fabrici e Harvey, vide anche l'emergere e la diffusione, a livello internazionale, dell'anatomia patologica grazie all'opera di Giovanni Battista Morgagni, che nel teatro incise cadaveri e insegnò per quasi sessant'anni (1715-1771). Come universalmente noto, col suo *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* del 1761, Morgagni dimostrava in modo sistematico che i sintomi delle malattie potevano essere riconducibili alle lesioni interne rinvenibili nei cadaveri dei pazienti, fondando, con ciò, il metodo della correlazione anatomo-clinica e la disciplina che, qualche decennio dopo di lui, sarebbe stata denominata anatomia patologica<sup>27</sup>. Originario di Forlì e laureato a Bologna, a Padova Morgagni fu docente di Medicina Teorica dal 1711 al 1714 e, appunto, di anatomia dall'anno successivo alla morte. Da un punto di vista didattico, è interessante sottolineare, in questa sede, che i programmi di insegnamento delle due cattedre mediche ancora considerate principali, ovverosia Pratica e Teorica, rimanevano ancorati agli statuti medievali e, perciò, ai testi classici e arabi. Le Università, pur ospitando docenti le cui opere continuarono a sviluppare le scienze e, talvolta, a rivoluzionarle radicalmente, si posizionavano, allo stesso tempo, come roccaforti del sapere tradizionale, mantenendo rigorosamente invariati i programmi di studi e resistendo all'introduzione di

testi diversi o, peggio, contraddittori con questo stesso sapere. Il conflitto fra tradizione e innovazione, in Medicina, si fece particolarmente intenso proprio a partire dalla scoperta della circolazione del sangue da parte di Harvey, per divenire quasi una “guerra civile”, come fu definita, a cavallo fra XVII e XVIII secolo. Da un punto di vista istituzionale, le Università rimasero a salvaguardia della tradizione, mentre le accademie scientifiche sorte in questo periodo, come, in Italia, l’Accademia del Cimento (1657), o, in Europa, la *Royal Society* (1660) e l’*Académie des Sciences* (1666), si costituirono come fucine e strumenti di diffusione delle nuove idee.

Tornando a Morgagni, possiamo apprezzare dalle trascrizioni delle sue lezioni di Medicina Teorica, che egli fu in grado di inserire le nuove teorie e i fondamenti di ciò che all’epoca veniva definita come “medicina neoterica”, pur rispettando i programmi di studio tradizionali. In altre parole, in un primo momento descriveva nel dettaglio, com’era dovuto, le teorie di Ippocrate, Galeno, Avicenna e così via. In un secondo momento, introduceva le scoperte a lui contemporanee dimostrando che anche questi giganti del passato, se avessero avuto a disposizione le osservazioni realizzate sul cadavere umano e gli strumenti moderni, non avrebbero che potuto concordare con gli avanzamenti radicali realizzati a Padova, e altrove, nel corso degli ultimi secoli. Con ciò, Morgagni – ma naturalmente tale ragionamento meriterebbe un’ampia argomentazione che qui non è possibile sviluppare – si presenta, allo stesso tempo, come il punto d’arrivo della conoscenza medica ancorata alla millenaria tradizione classica e come il punto di partenza di una medicina radicalmente nuova. Il suo metodo anatomo-clinico, infatti, fu esportato in tutt’Europa e, liberato dalle radici che affondavano nella pratica millenaria dell’anatomia medica, fu alla base del completo rinnovamento delle conoscenze cliniche, patologiche e fisiopatologiche<sup>28</sup>. Ciò avvenne, in particolare, a partire dalla post-rivoluzionaria scuola anatomo-clinica francese.

### **L’Università e l’insegnamento della Medicina durante la dominazione franco-austriaca**

Nel 1738 il governo dell’Università, fino ad ora demandato agli studenti, passò definitivamente ai professori, tra i quali venivano eletti i prorettori delle due Università. I Riformatori dello studio veneziani si attribuirono la carica di rettori e i consiglieri delle nazioni studentesche furono soppresse. Questo momento segna il passaggio definitivo dall’Università medievale degli studenti, l’*Universitas Scholarium*, a una Università di professori destinata a rimanere tale, nella sostanza, fino ai giorni nostri.

Un’ulteriore rivoluzione nell’assetto didattico e scientifico dell’Università si sviluppò dopo la caduta di Venezia. Il 12 maggio 1797 la Serenissima passò sotto il dominio dell’esercito francese. Successivamente, il 18 ottobre 1797,

Napoleone Bonaparte (1769-1821) e il conte Philipp von Cobenzl (1741-1810) firmarono il *Trattato di Campoformio*, in rappresentanza rispettivamente della Repubblica francese e della monarchia austriaca, che portò allo scioglimento e allo smembramento della Repubblica di Venezia. Negli anni successivi Venezia (e Padova) videro una “Prima Dominazione Austriaca” tra il 1798 e il 1800, una “Seconda Dominazione Francese” nel 1801, una “Seconda Dominazione Austriaca” tra il 1801 e il 1805, una “Terza Dominazione Francese” tra il 1806 e il 1812 e, infine, una “Terza Dominazione austriaca” tra il 1813 e il 1866. Quest’ultimo periodo, come vedremo in seguito, fu il più significativo per quanto riguarda l’influenza della Scuola Medica Viennese nell’Università di Padova<sup>29</sup>.

Un primo importante cambiamento fu realizzato dal governo francese durante la sua Terza dominazione (1806-1812). Fu abolita la classica divisione dell’Università di Padova nelle due *universitates* (giurisprudenza e arti). Furono create tre facoltà: fisico-matematica, di medicina e di diritto. Il *curriculum* della Facoltà medica era strutturato negli insegnamenti di clinica, materia medica, chirurgia, medicina pratica, patologia, anatomia, ostetricia, medicina legale, fisiologia e storia naturale<sup>30</sup>.

Tuttavia, il cambiamento più importante avvenne durante la Terza dominazione austriaca (1813-1866). Le tre facoltà napoleoniche furono suddivise in cinque facoltà: studi teologici, studi politico-giuridici, studi medico-chirurgici-farmaceutici, studi filosofici e studi per ingegneri, architetti e agronomi. Nella Facoltà di studi politico-giuridici gli austriaci introdussero lo studio del diritto civile austriaco e le sue differenze rispetto a quello francese. Per quanto riguarda la Facoltà di Medicina, gli austriaci introdussero nuove cattedre, come quelle di semeiotica, tossicologia, dietetica, igiene e anatomia patologica. Inoltre, furono introdotti nuovi corsi, come il corso per chirurghi che operavano in campagna o in montagna, di farmacologia e di veterinaria. Questi cambiamenti riflettevano una nuova attenzione alle conoscenze pratiche e professionali, tipica della cultura austriaca.

Infine, l’8 aprile 1825, a Vienna, fu pubblicato il *Regolamento generale per la Imperiale Regia Università di Padova*<sup>31</sup>, che segnò la completa codificazione dei cambiamenti viennesi nell’amministrazione dell’Università di Padova, divenuta equivalente a quelle di Praga e Vienna<sup>32</sup>. Durante questo periodo diversi professori si trasferirono da Vienna a Padova e molti studenti e professori di Medicina si trasferirono da Padova a Vienna per perfezionare la loro formazione in una determinata specialità medica. Attraverso questa rete di scambi possiamo avanzare che l’introduzione di molte nuove specialità mediche a Padova fu realizzata direttamente o indirettamente dall’influenza della Scuola Medica Viennese.

Gli esempi più significativi di professori viennesi venuti a Padova sono Rudolph Lamprecht, Anton von Rosas e Franz Wilhelm Lippich. Rudolph Lam-

precht (1781-1860), ostetrico croato, si laureò in chirurgia e ostetrica a Vienna nel 1808. Fu nominato professore di ostetricia all'Università di Padova nel 1818, dove fondò la Clinica ostetrica. Mantenne questa posizione fino al 1858 e nel 1837 pubblicò, in italiano, un manuale di ostetricia ampiamente utilizzato<sup>33</sup>. Anton von Rosas (1791-1855), oftalmologo austriaco nato a Pécs, in Ungheria, fu allievo di Georg Joseph Beer (1763-1821) presso la Clinica oculistica dell'Università di Vienna. Dal 1819 al 1821 fondò e fu direttore della Clinica Oftalmologica dell'Università di Padova. Nel 1821 ritornò a Vienna come successore del defunto Dr. Beer. Von Rosas pubblicò un importante manuale di oftalmologia, intitolato *Handbuch der theoretischen und practischen Augenheilkunde*<sup>34</sup>. A Padova portò un'importante collezione di modelli in cera raffiguranti malattie degli occhi realizzati da Johann Nepomuk Hoffmayr (†1863). Una serie quasi identica è conservata a Vienna, presso l'Accademia militare medico-chirurgica *Josephinum*<sup>35</sup>. Merita, infine, una menzione anche Franz Wilhelm Lipich (1799-1845), medico slovacco che studiò medicina a Vienna, dove si laureò nel 1823, e fu allievo di Johann Nepomuk von Raimann (1780-1847). Lipich diresse la Clinica Medica dell'Università di Padova dal 1834 al 1841, dove introdusse l'uso sistematico dello stetoscopio come strumento diagnostico<sup>36</sup>. Nel 1841 passò alla direzione della Clinica Medica dell'Università di Vienna, succedendo al famoso Xaver Von Hildenbrand (1789-1849).

In questo periodo, dopo la laurea in medicina all'Università di Padova, molti neo-laureati si recarono a Vienna per specializzarsi in chirurgia presso il famoso *Chirurgisches Operateurs Institut* diretto da Vincenz von Kern (1760-1829) e poi da Joseph Wattmann (1789-1866)<sup>37</sup>. Tra questi possiamo citare Francesco Cortese (1802-1883), Vincenzo Pinali (1802-1875), Bartolomeo Signoroni (1796-1844), Giacomo Andrea Giacomini (1797-1849), Luigi Giannelli (1799-1872), Tito Vanzetti (1809-1888) e Lodovico Brunetti (1813-1899). Tutti divennero, tornati a Padova, professori della Facoltà di Medicina. Cortese divenne Professore di Anatomia dal 1838 al 1848, Pinali di Clinica Medica dal 1840 al 1875, Signoroni di Clinica Chirurgica dal 1833 al 1844, Giacomini di Medicina Teorica e Terapeutica dal 1824 al 1849, Giannelli di Medicina Legale dal 1830 al 1837, Vanzetti di Clinica Chirurgica dal 1853 al 1888 e, infine, Brunetti di Anatomia Patologica dal 1856 al 1888.

Brunetti fu titolare della prima Cattedra di Anatomia Patologica istituita presso l'Università di Padova, Direttore dell'Istituto di Patologia, e fondò, intorno al 1860, un Museo di Patologia tuttora aperto al pubblico<sup>38</sup>. Nato a Rovigno, in Istria, si laureò in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Pavia e si specializzò in chirurgia a Padova. Si specializzò, infine, in ostetricia e oftalmologia a Vienna e conseguì il diploma di chirurgo presso il *Chirurgischen Operateur-Institut* nel 1845. Nel 1854 fu "assistente straordinario" del celebre anatomo-patologo Karl von Rokitansky (1804-1878). Lo stesso Rokitansky, con



ogni probabilità, favorì la chiamata di Brunetti a Padova<sup>39</sup>.

È importante ricordare che, durante il periodo della docenza di Brunetti, la Scuola di Medicina si trasferì dal Palazzo del Bo, dove, oltre al teatro anatomico, aveva a disposizione solo altre due aule, ovverosia l'anticamera del teatro stesso, nota come "cucina anatomica" – deputata alle operazioni di preparazione e smaltimento delle salme – e l'aula per le lezioni teoriche, oggi denominata "aula di medicina" e utilizzata per le cerimonie di laurea. Nuove aule, istituti medici e teatri anatomici furono ricavati nell'ex Convento di San Mattia. Il convento, edificato nel XIV secolo, dopo la soppressione napoleonica degli ordini religiosi passò nel 1807 al Municipio di Padova, diventando una caserma di cavalleria e di ginnastica. Infine, fu acquisito dall'Università per farne la nuova sede della Scuola Medicina anche perché si trovava nelle strette vicinanze dell'ospedale di San Francesco, detto Giustiniano, costruito e inaugurato nel 1798 grazie agli sforzi economici del vescovo di Padova Nicolò Antonio Giustiniani (1712-1796).

Presso l'ex convento, nel 1870, fu inaugurato l'Istituto di Anatomia Patologica. Brunetti fece pressioni sugli amministratori universitari perché l'istituto sorgesse all'interno degli spazi del San Mattia. Come scrisse Brunetti, nella trascrizione della lezione inaugurale del corso di Anatomia Patologica, era necessario che i due edifici fossero adiacenti perché: "i Medici Clinici di questo Ospedale saranno con noi, e ci daranno i necessari suggerimenti, affinché lo studio dell'Anatomia Patologica non diventerà sterile e confinata in una sezione e in una sala esperimenti. In questo modo potranno trarre vantaggio anche al loro fianco per la compilazione completa delle storie cliniche, per stabilire conclusioni e diagnosi utili, che diventino lezioni per coloro che sono in grado di trarne vantaggio"<sup>40</sup>.

Attraverso l'opera di Brunetti, il metodo anatomo-clinico di Morgagni, dopo essere stato sviluppato in Europa, in particolare in Francia, Inghilterra, Germania e Austria, rientrava ufficialmente presso la Scuola Medica padovana.

### **L'Università Castrense. Straordinario esperimento didattico in una drammatica esperienza di guerra**

Concludiamo questo *excursus* sull'evoluzione della didattica medica a Padova con la straordinaria, per quanto drammatica, esperienza della cosiddetta Università Castrense. Durante la Prima Guerra Mondiale, nella prima linea al confine con l'Austria, l'Italia realizzò una scuola medica da campo che costituì un esperimento didattico unico nel suo genere e che potrebbe rappresentare un modello per la realizzazione di scuole mediche militari anche in tempo di pace<sup>41</sup>.

Nel novembre del 1915, il Comando Supremo Militare Italiano propose al Governo italiano, a causa dell'emergenza sanitaria determinatasi nelle prime linee in seguito alle sanguinose battaglie sul Carso, la creazione di una Facol-

tà Medica da campo presso San Giorgio di Nogaro in provincia di Udine. Si proponeva l'istituzione di "Corsi accelerati per gli studenti di Medicina" con 50 ore minime di lezione, inclusi gli esercizi pratici, per gli studenti del V e VI anno che si trovavano sotto le armi, domandando che fosse anticipata la laurea di quelli del quinto. Vista la carenza strutturale di ufficiali medici, si decise di creare il grado di Aspirante Ufficiale Medico per gli studenti che avessero compiuto il IV anno di medicina per adibirli al servizio reggimentale<sup>42</sup>.

Istituita con il Decreto Luogotenenziale n. 38 del 9 gennaio 1916, sotto la direzione di Giuseppe Tusini (1866-1940), la Scuola di San Giorgio di Nogaro fu in grado, quattro mesi dopo, di produrre i primi laureati col grado di aspirante ufficiale medico. Le lezioni erano svolte durante i mesi invernali perché le attività belliche erano di minore intensità. Gli esami dei corsi e quello di laurea erano sostenuti presso l'Università di Padova. Tale scuola divenne, nel linguaggio militare, Università "Castrense" dal latino *castrensis*, derivato da *castrum*, cioè campo militare<sup>43</sup>.

Al principio dell'anno accademico successivo fu deciso che alla sede di San Giorgio di Nogaro si affiancasse quella di Padova. Col Decreto Luogotenenziale n. 1678 del 26 novembre 1916, si stabiliva che a San Giorgio si potessero iscrivere gli studenti del V e del VI anno che avevano fatto domanda come aspiranti ufficiali medici, mentre tutti gli altri, cioè quelli dal III al VI, erano "inscritti di ufficio" ai corsi a Padova, che diveniva così una seconda sede di Università Castrense.

Nell'anno accademico iniziato nel 1917, provenienti da tutt'Italia, vi furono circa 800 studenti a San Giorgio e circa 1300 a Padova, questi ultimi che andarono a formare il cosiddetto Battaglione degli Studenti di Medicina e Chirurgia, comandato dal maggiore Carlo Salvaneschi, diretto da Edoardo Maragliano (1849-1940) con la supervisione del prof. Luigi Lucatello (1863-1926), Preside della Facoltà medica. Dal 2 al 6 aprile del 1917, infine, tutti gli allievi si recarono a Padova per discutere la tesi.

L'organizzazione degli insegnamenti con rispettivi orari, aule, ed esami finali, fu un processo estremamente complesso sia a San Giorgio che a Padova per via del numero di allievi e dell'ampia varietà delle loro rispettive situazioni curriculari. A San Giorgio non era sufficiente fornire le lezioni dei corsi degli ultimi due anni, perché non tutti gli studenti erano in regola sia con la frequentazione che con l'ottenimento del rispettivo esame dei corsi degli anni precedenti. Fu necessario, dunque, organizzare corsi o esami di recupero in modo da permettere alla maggior parte degli allievi di risultare in ordine col proprio corso di studi. A ciò, naturalmente, si aggiungeva la varietà di situazioni dovuta anche dalle diversità delle carriere delle Università di appartenenza. Infine, come ben noto, Medicina è un corso di studi che richiede non solo lezioni teoriche, ma anche esercitazioni di attività pratiche, e anche in questo caso la va-



rietà dei casi comportò una straordinaria complessità gestionale. Per la pratica clinica e autoptica, in quei tempi, l'unico, triste vantaggio, era dato dal grande numero di pazienti e cadaveri a disposizione negli innumerevoli ospedali già esistenti o improntati *ex novo* sia a San Giorgio che a Padova. Le complessità didattiche e logistiche furono affrontate da studenti, docenti, personale militare e civile con straordinaria dedizione, tanto che la Scuola di San Giorgio fu visitata e lodata da commissioni militari francesi, inglesi, americane e giapponesi. Degli studenti che si laurearono dopo la frequenza in una delle due sedi castrensi, diversi diventarono medici di successo<sup>44</sup>.

Nell'estate del 1917, terminate le lezioni e conferite le lauree, tutti gli studenti rientrarono nelle loro rispettive abitazioni, dove furono inviati i diplomi di laurea. Nel 1925, ai 184 studenti della castrense caduti in guerra, così come ai 32 morti per malattia, fu conferita la laurea *ad honorem* da parte delle Università di appartenenza. Mentre il 9 agosto dell'anno dopo fu inaugurata una lapide in loro onore presso la Sala Consiliare del Municipio di San Giorgio di Nogaro.

Purtroppo, i protagonisti di questo straordinario esperimento didattico, oggi, non ci sono più. Sarebbe stato interessante poter ascoltare dalla loro viva voce quanto di unico possa aver caratterizzato quell'esperienza. Studiandone la storia, infatti, si ricava l'impressione di un esperimento che può aver avuto le caratteristiche di una scuola ideale nel senso più pieno del termine. A San Giorgio si è realizzata una continuativa e stretta convivenza di studenti, docenti e personale amministrativo, in uno spazio ben delimitato dove, data la situazione emergenziale, la condivisione degli obiettivi era certamente sentita in modo vivido e intenso. In quello spazio, inoltre, insegnamento teorico e apprendimento pratico erano altrettanto contigui e intimamente connessi. Dalle aule di lezione si poteva passare direttamente alle corsie degli ospedali dove gli studenti avevano a disposizione una grande quantità di casi di ogni tipo di malattia. La parte teorica, in questo modo, non poteva trovare migliore strumento di applicazione e comprensione.

In altri termini, all'interno di quell'area, che si sarebbe tentati di paragonare a quella del migliore fra i moderni *campus* universitari, la persecuzione di un obiettivo comune, da parte di tutti gli attori, ha permesso di superare brillantemente le complessità organizzative, i limiti oggettivi dei mezzi e le fisiologiche conflittualità che di per certo hanno caratterizzato la prolungata convivenza fra un numero relativamente ampio di esseri umani, ognuno con le sue specificità, col suo carattere, le sue ambizioni, aspettative, vulnerabilità. Nonostante tutto questo, nonostante una Guerra Mondiale in pieno svolgimento con la sua dote di violenza, tragedie personali, terrore ed esaltazione, i documenti ci dicono che quell'esperienza fu un successo, che si riuscì a portare alla laurea diversi allievi, altri a superare diversi esami, condensando un anno accademico in soli quattro mesi, senza, con ciò, sacrificare nulla, o quasi, alla

piena realizzazione scientifica teorico-pratica, e culturale, di questi straordinari ragazzi, grazie a professori straordinari e tanti altri uomini e donne negli uffici, negli ospedali, nelle case tutte di San Giorgio e di Padova.

## Conclusione

L'Università e la Scuola Medica attuale, nelle loro strutture amministrative e didattiche, presero forma nel corso del Novecento, a partire dal periodo fascista fino alle recenti riforme "Moratti" (2003) e "Gelmini" (2008-2010). Rispetto ai secoli d'oro dello "Studio" padovano, i programmi d'insegnamento, oggi, sono molto più plastici e ogni materia può liberamente accogliere anche le ricerche e le scoperte più innovative dei docenti. Tuttavia, per quanto la specializzazione odierna sembri aver irrimediabilmente frammentato il sapere medico, le discipline più caratterizzanti, come anatomia, anatomia patologica, e le diverse cliniche, affondano le loro radici nel passato della Medicina in un processo che, oltre alle discontinuità, ha visto anche una profonda continuità, rappresentata, essenzialmente, dalla "cura" del malato e dalla ricerca dei modi migliori, tradizionali, presenti o futuri, di guarire le malattie e insegnare come riconoscerle e trattarle.

- <sup>1</sup> L'anno di fondazione dello "Studium", come si chiamava all'epoca è, come ben noto, il 1222. I primi documenti scritti degli statuti giunti fino a noi risalgono al 1331, ma rimandano esplicitamente ad altri del 1260 e accennano ad ulteriori ancora più antichi.
- <sup>2</sup> L. Rossetti, *The University of Padua. An Outline of Its History*, Edizioni Lint, Trieste 1983.
- <sup>3</sup> L. Rossetti-H. Meier, *La "Natio Germanica" presso lo studio di Padova ieri e oggi*, Edizioni Lint, Trieste 1987.
- <sup>4</sup> D. Gallo, *L'età medioevale*, in P. Del Negro (a cura di), *L'Università di Padova. Otto secoli di storia*, Signum, Padova, 2001, pp.15-34.
- <sup>5</sup> F. Zampieri, A. Zanatta, M. Elmaghawry, M. Rippa Bonati, G. Thiene, *Origin and development of modern medicine at the University of Padua and the role of the "Serenissima" Republic of Venice*, in «Global Cardiology Science and Practice», 21 (2013), pp. 1-14.
- <sup>6</sup> F. Zampieri, *The University of Padua Medical School from the origins to the early modern time: An historical overview*, in F. Baldassarri, F. Zampieri (a cura di), *Scientiae in the History of Medicine*, L'Erma di Bretschneider, Roma 2021, pp. 24-67.
- <sup>7</sup> M.E. Mallett, J.R. Hale, *The Military Organisation of a Renaissance State: Venice C.1400 to 1617*, Cambridge University Press, Cambridge 2006.
- <sup>8</sup> G. Cappelletti, *Relazione storica sulle magistrature venete*, Filippi Editore, Venezia 1873.
- <sup>9</sup> Gallo, *L'età medioevale*, in Del Negro (a cura di), *L'Università di Padova. Otto secoli di storia*, pp.15-34.
- <sup>10</sup> L. Premuda, *Le conquiste metodologiche e tecnico-operative della medicina nella Scuola*

- padovana del secolo XV, in A. Poppi (a cura di), *Scienza e filosofia all'Università di Padova nel Quattrocento*, Centro per la Storia dell'università di Padova, Padova 1983, pp. 394-428.
- <sup>11</sup> G. Ongaro, *Medicina, Farmacia, Veterinaria*, in Del Negro (a cura di), *L'Università di Padova. Otto secoli di storia*, pp. 241-249; F. Zampieri, *Medicine in Padua at the time of Linacre: Methods and epistemology*. D. Marrone, L. Luxon, G. Thiene (editors), *English Students of Medicine at the University of Padua during the Renaissance and the Diploma of Doctor of Medicine of William Harvey*, Padova University Press, Padova 2016, pp. 25-43.
- <sup>12</sup> L. Premuda, G. Ongaro, *I primordi della dissezione anatomica in Padova*, in «Acta Medicae Historiae Patavina», 12 (1965-1966), pp.117-142.
- <sup>13</sup> Zampieri, *The University of Padua Medical School from the origins to the early modern time: An historical overview*, in Baldassarri, Zampieri (a cura di), *Scientiae in the History of Medicine*, pp. 24-67.
- <sup>14</sup> J.E. Murdoch, *The Analytic Character of Late Medieval Learning: Natural Philosophy without Nature*, L.D. Roberts (editor), *Approaches to Nature in the Middle Ages*, Medieval & Renaissance Texts & Studies, New York 1982, pp. 171-213.
- <sup>15</sup> L. Premuda, *Il significato del soggiorno padovano di Andrea Vesalio*. «Acta Medicae Historiae Patavina», 10 (1963-1964), pp. 119-132.
- <sup>16</sup> F. Zampieri, A. Zanatta, *The Origin and the Evolution of Hospitals: The Case of Padua*, in «European Journal of Internal Medicine», 25 (2014), E1.
- <sup>17</sup> *Documento storico straordinario in cui la corporazione degli studenti tedeschi dell'Università Artista annotò tutto ciò che di significativo accadeva nella vita universitaria dal 1553 al 1769*.
- <sup>18</sup> G. Favaro, *Atti della nazione germanica artista nello Studio di Padova*, in *Deputazione veneta di storia patria*, Venezia 1911.
- <sup>19</sup> Le piante medicinali e altre sostanze animali e minerali furono la base dei medicinali fino all'introduzione dei farmaci di produzione chimica. Il primo "chemioterapico" della storia fu il Salvarsan, scoperto nel 1908 e commercializzato nel 1910 per il trattamento della sifilide.
- <sup>20</sup> Premuda, Ongaro, *I primordi della dissezione anatomica in Padova*, pp.117-142.
- <sup>21</sup> A. Benedetti, *Historia corporis humani sive Anatomice*, Bernardino Guerralda vercellese, Venetiis 1502.
- <sup>22</sup> A. Vesalius, *Tabulae anatomicae sex*, Sumptibus Ioannis Stephani Calcarensis, Venetiis 1538.
- <sup>23</sup> Id., *De humani corporis fabrica libri septem*, Ex officina Joannis Oporini, Basileae 1543.
- <sup>24</sup> R. Colombo, *De re anatomica*, ex typographia Nicolai Beuilacquæ, Venetiss 1559.
- <sup>25</sup> G. Falloppio, *Observationes anatomicae*, 1561.
- <sup>26</sup> W. Harvey, *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus*, Sumptibus Guilielmi Fitzeri, Francofurti 1628.
- <sup>27</sup> G.B. Morgagni, *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, ex Typographia Remondiniana, Venetiis 1761; F. Zampieri, A. Zanatta, G. Thiene, *An etymological "autopsy" of Morgagni's title: De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis (1761)*, in «Human Pathology», 45 (2014), pp. 12-16.
- <sup>28</sup> F. Zampieri, *Il metodo anatomo-clinico fra meccanicismo ed empirismo. Marcello Malpighi*,

- Antonio Maria Valsalva e Giovanni Battista Morgagni, book series "History of Medicine", L'Erma di Bretschneider, Roma 2016.
- <sup>29</sup> Id., *Exchanges and Interaction between Padua and Vienna Medical Schools in the XIX Century*, in «Wiener Medizinische Wochenschrift», 170 (2020), 11, pp. 249-254.
- <sup>30</sup> Ongaro, *Medicina, Farmacia, Veterinaria*, in Del Negro (a cura di), *L'Università di Padova. Otto secoli di storia*, pp. 241-249
- <sup>31</sup> Che includeva anche lo *Statuto disciplinare interno per la facoltà Medico-Chirurgica-Farmaceutica*.
- <sup>32</sup> G. Berti, *L'Università di Padova dal 1814 al 1850*, Edizioni Antilia, Treviso 2011.
- <sup>33</sup> R. Lamprecht, *Manuale di ostetricia teorica e pratica per le alunne levatrici*, Minerva, Padua 1837.
- <sup>34</sup> A. Rosas, *Handbuch der theoretischen und practischen Augenheilkunde*, III., Druck und Verlagd von J.B. Wallishausser, Wien 1830.
- <sup>35</sup> F. Zampieri, F. Comacchio, A. Zanatta, *Ophthalmologic wax models as an educational tool for 18th century vision scientists*, in «Acta Ophthalmol.», 95 (2017), pp. 852-857.
- <sup>36</sup> L. Premuda, *Die Einführung der Perkussion und der Auskultation in das "Studio Medico" von Padua*, in G.A. Lindeboom (editor), *Circa Tiliam: Studia Historiae Medicinae Gerrit Arie Lindeboom Septuagenario Oblata*, Brill, Leiden 1974, pp.230-255.
- <sup>37</sup> Id., *L'asse Vienna-Padova nella medicina dell'Ottocento e i suoi riflessi sul piano didattico e scientifico*, Società Cooperativa Tipografica, Padova 1981.
- <sup>38</sup> A. Zanatta, G. Thiene, M.L. Valente, F. Zampieri (editors), *Testo atlante di patologia nella storia. Dal Museo di Anatomia Patologica dell'università di Padova. Text atlas of historical pathology. From the Museum of Pathological Anatomy of Padua University*, Antilia, Treviso 2015.
- <sup>39</sup> F. Zampieri, A. Zanatta, M. Rippa Bonati, *L'enigma della "suicida punita". Un grottesco preparato anatomico di Lodovico Brunetti (1813-1899) vincitore della medaglia d'oro all'esposizione Universale di Parigi del 1867*, in «Physis», 48 (2012), pp. 297-338.
- <sup>40</sup> L. Brunetti, *Prolusione allo insegnamento dell'anatomia patologica recitata il giorno 16 aprile 1855 dal professore dr. Lodovico Brunetti di Rovigno nell'assumere questa cattedra di nuova istituzione presso l'i.R. Università di Padova*, Angelo Sieca, Padova 1855.
- <sup>41</sup> F. Zampieri, A. Zanatta, *Creating a Military Medical School: the "Castrense" experience in Italy*, in «BMJ Military Health», 2023. (accettato, in corso di pubblicazione).
- <sup>42</sup> G. Delvecchio, F. Delvecchio, *L'Università Castrense nella formazione dei medici militari (1916-1917). Nel centenario della Grande Guerra il ricordo di una singolare sperimentazione didattica*, in «Tutor», 15 (2015), pp. 6-9.
- <sup>43</sup> G. Tusini, *La scuola medica da campo di San Giorgio di Nogaro. Scopi - funzionamento - risultati. Anni 1916 e 1916-17*, Cappelli, Bologna 1918.
- <sup>44</sup> D. Baldo, M. Galasso, D. Vianello (editors), *Studenti al Fronte. L'esperienza della Scuola Medica da campo di San Giorgio di Nogaro. L'Università Castrense*, LED Edizioni, Gorizia 2010.

---

# La traduzione didattica del lavoro di ricerca nel rapporto tra le discipline

---

■ **Lucio Torelli**

*Dipartimento Universitario Clinico di Scienze mediche, chirurgiche e della salute  
Università degli Studi di Trieste*

## Premessa

In questo testo riporto, almeno in parte, quanto presentato a Padova il 16 dicembre 2022 in occasione dell'evento "Etica e didattica in medicina". Si tratta di considerazioni generali, frutto della mia esperienza professionale di matematico che si occupa di applicazioni biomediche, più che di un'analisi dettagliata sul tema della traduzione didattica del lavoro di ricerca. Sarebbe pertanto interessante in futuro sviluppare queste considerazioni anche alla luce di altre esperienze, cercando poi di trarne degli spunti originali.

In una società in continuo e rapido cambiamento, le Università devono infatti sapersi interrogare su nuove modalità di trasmissione della conoscenza, valorizzando il patrimonio storico e trovando nuove idee per poter rispondere ai giovani di oggi, giovani che si trovano ad affrontare una realtà molto diversa e in continua evoluzione. Le Università sono un luogo privilegiato di formazione dei giovani e i giovani, al tempo stesso, portano le novità, le richieste e i punti di vista tipici delle nuove generazioni. La didattica negli Atenei non riguarda solo la lezione cosiddetta frontale in aula ma coinvolge anche altri aspetti, *in primis* l'esperienza di condivisione in presenza delle giornate vissute negli ambienti universitari, la possibilità di lavorare in gruppo con altri studenti, lo scambio di domande con i docenti, eccetera. Gli anni universitari possono allora diventare ancora un'esperienza indimenticabile di formazione,

di amicizia, di valorizzazione dei propri talenti e delle proprie passioni. Possono diventare occasione per conoscere anche chi si occupa di discipline diverse. Formazione, talento, passione, interdisciplinarietà: tutte qualità tra l'altro sempre più richieste dal mondo del lavoro.

### **Docenti e ricercatori**

Una delle caratteristiche più importanti delle Università è che i docenti sono persone che dedicano buona parte del loro impegno quotidiano ad attività di ricerca, oltre che alla didattica. Troviamo chi si occupa di attività di laboratorio, chi cerca di dimostrare nuovi teoremi, chi fa sperimentazioni in ambito sanitario, chi fa attività di ricerca in ambito umanistico e così via.

Tutto questo lavoro può avere delle ricadute importanti nel momento in cui il docente si trova in aula a fare lezione agli studenti: si insegnano le basi delle diverse discipline e si fa assaporare anche qualche elemento su problemi aperti, sugli sforzi che si stanno facendo per andare avanti nella conoscenza scientifica.

Ricordo con piacere che un mio professore di Calcolo delle Probabilità ogni tanto ci presentava problemi non ancora risolti e ci invitava a pensare a possibili soluzioni, rendendo il corso particolarmente stimolante e non solo una semplice ripetizione di quanto sentito in aula. Studiavamo, singolarmente e insieme, e si dedicava del tempo a discutere sui problemi posti dal docente. Ci sembrava in realtà strano che ci venissero assegnati dei compiti così difficili ma il professore era, da parte sua, estremamente serio e convinto che valesse la pena fare un esercizio di questo tipo. Molto spesso, tra l'altro, i risultati più originali di ricerche scientifiche sono venuti, e arrivano tuttora, da ricercatori molto giovani, forse perché meno vincolati a schemi mentali preesistenti, che rischiano di non essere aperti a risultati e a idee originali.

Sono un matematico e per alcuni anni mi sono occupato di questioni relative allo studio delle soluzioni di equazioni differenziali con ritardo. Il lavoro di ricerca del gruppo in cui ero inserito si occupava di risolvere aspetti teorici sulla stabilità delle soluzioni. I risultati ottenuti venivano poi applicati a problemi reali, come ad esempio rendere più veloci le comunicazioni all'interno di schede in un *computer* o fare delle previsioni per la diffusione di malattie infettive. Era quindi naturale per me presentare questi argomenti, in maniera opportunamente semplificata, alle lezioni per gli studenti di matematica. Non è raro che gli studenti chiedano a cosa possano servire tante nozioni imparate a lezione e applicazioni di questo tipo possono essere una risposta importante e stimolante, senza nulla togliere alla necessità di conoscenza a monte degli aspetti teorici di quanto si sta approfondendo.

Un elemento particolarmente interessante è che in esempi come quelli appena citati è stato naturale coinvolgere discipline diverse: è stata infatti citata un'applicazione della matematica all'informatica e una alla medicina. La pos-

sibilità, o forse meglio, l'esigenza, di un lavoro interdisciplinare, costringe i ricercatori ad uscire dal proprio ambito specifico di interesse mettendo in gioco con altri le proprie conoscenze e competenze e cercando un luogo di discussione diverso. Questo sforzo di incontro tra discipline, se presentato in aula, dà un valore aggiunto alla didattica.

Ricordo uno dei miei primi contatti con applicazioni in ambito medico. Un collega pediatra stava studiando un nuovo *kit* diagnostico per la celiachia. In base ai dati raccolti su un campione opportuno, si trattava di stabilire quale fosse un buon *cut off*, un valore soglia, per dichiarare chi fosse positivo al *test* e chi negativo (cercando quindi di minimizzare il numero dei falsi negativi, senza al contempo avere un numero troppo alto di falsi positivi). Il pediatra, in base alla sua esperienza, proponeva un certo valore, ma voleva sapere quale valore avrei messo io da matematico: "tu che sei matematico e che conosci strumenti raffinati, sai darmi una mano per questo problema pratico, essenziale per la definizione del mio *kit* diagnostico e per un suo buon funzionamento?"

### **Trasmettere la passione per la propria attività scientifica**

Il lavoro di ricerca di un docente universitario è solitamente un elemento che appassiona: fare una sperimentazione, disegnare uno studio, cercare risultati originali, risolvere problemi aperti, sono un grande stimolo, un impegno che coinvolge il ricercatore senza tempo e senza orari. Ecco allora che quando ci si trova a lezione in aula, viene naturale dare almeno qualche spunto agli studenti di questo lavoro di ricerca, per trasmettere la passione per il proprio lavoro. Non sempre il lavoro di ricerca è facile o trova delle soluzioni: si passano anche anni davanti ad alcune domande. Cercare nuove idee, soluzioni, singolarmente e insieme, sono l'attività quotidiana di chi lavora in Università, come pure nei Centri di Ricerca. La lezione in aula, può essere quindi occasione per trasmettere la propria esperienza, i risultati, come pure i fallimenti.

L'attività didattica svolta a scuola, prima dell'Università, prevede spesso, anche se le indicazioni del Ministero vanno oramai verso nuove direzioni, molta teoria e meno quanto riguarda le applicazioni. Gli insegnanti che invece riescono ad abbinare con attenzione questi due elementi, riescono di solito a coinvolgere di più gli studenti; talvolta si preferisce partire da alcuni esempi, per arrivare in un secondo momento alla teoria. Quando il lavoro del docente a scuola viene curato con attenzione e condito con passione, la trasmissione della conoscenza diventa un elemento non solo informativo ma anche formativo.

E la possibilità, come dicevamo, per un docente universitario di dedicare del tempo in aula anche a parlare della propria attività scientifica, come pure di scoperte recenti fatte da altri ricercatori, dà all'insegnamento universitario un valore in più e può aiutare lo studente nelle proprie scelte future.



### La statistica, strumento al servizio di svariate discipline

Dopo queste premesse generali, vorrei raccontare qualcosa di più specifico della mia attività, cioè quella di un matematico che, dopo essersi occupato di problematiche teoriche, ha avuto la possibilità di applicare la Matematica e la Statistica a problemi di carattere biomedico.

Penso che in questo contesto la Matematica e la Statistica possono svolgere un ruolo fondamentale: sono discipline interdisciplinari, per natura correlate con applicazioni che riguardano campi di interesse molto diversi e vari. Troviamo infatti corsi di Matematica e di Statistica come cosiddette discipline di base in gran parte dei Corsi di Studi presenti negli Atenei, ma anche in discipline caratterizzanti il corso di studi stesso. Se ad esempio insegnare Statistica al primo anno di Medicina dà la possibilità di affrontare solo argomenti di base, quando questa viene fatta agli ultimi anni diventa invece uno strumento essenziale per imparare a leggere con senso critico articoli scientifici e per impostare il lavoro della tesi: gli studenti infatti a quel punto hanno elementi in più di conoscenza di argomenti medici e possono apprezzare applicazioni specifiche che vedono la Statistica come strumento utile e necessario per l'ambito biomedico. La traduzione didattica del lavoro di ricerca è allora un passaggio fondamentale: il docente può raccontare in aula alcuni elementi della propria attività scientifica e, se ci si trova agli ultimi anni del Corso di Studi, questi elementi vengono apprezzati maggiormente. Mi capita spesso di assegnare agli studenti l'esercizio di fare da revisori, secondo alcuni punti che concordiamo, di articoli già pubblicati. Il lavoro viene svolto prima singolarmente e poi viene discusso all'interno di un piccolo gruppo. Alla fine ogni gruppo presenta quanto discusso all'intera classe, dicendo i punti di forza dell'articolo, ma anche eventuali criticità, dubbi o passaggi non chiari presenti nell'articolo. Questo lavoro su sperimentazioni e ricerche permette da una parte di imparare a leggere i risultati scientifici con spirito critico, ma aiuta pure gli studenti a capire meglio come dovrà essere impostato il proprio lavoro di tesi. Anche il lavoro della tesi infatti, come vedremo più avanti, può diventare un importante strumento didattico, in cui gli studenti possono toccare con mano i diversi passaggi che riguardano uno studio che cerca dei risultati originali.

Per esporre e spiegare meglio queste mie osservazioni, farò qui di seguito alcuni esempi, tratti da argomenti che solitamente espongo durante le mie lezioni.

#### **Esempio 1. Il problema della scelta del *cut off* – il bisogno di una reciprocità scientifica**

Torniamo alla domanda sul *cut off* del *test* diagnostico per la celiachia. La domanda del pediatra è diventata per me motivo per raccontare in aula il problema da risolvere, ma anche la difficoltà di comprensione tra ricercatori che si occupano di materie diverse: il medico mi parlava di anticorpi, argomento per



me poco conosciuto, mentre io gli rispondevo chiedendo quale fosse la distribuzione di probabilità dei dati raccolti, e mettevo così a mia volta in crisi l'interlocutore. Siamo stati alcuni mesi per iniziare a capirci, per trovare un terreno di dialogo comune, che non fosse né il mio né il suo. Abbiamo perso del tempo per ascoltarci e per cercare di trovare una soluzione, ma alla fine questo tempo perso è risultato prezioso per andare avanti nel nostro lavoro di ricerca. Questo passaggio, la capacità di ascoltarci, secondo me è un elemento fondamentale da vivere tra ricercatori e da trasmettere agli studenti: è la fatica del lavoro tra diverse discipline che porta a costruire una sorta di reciprocità scientifica, senza la quale non credo sia possibile andare avanti nelle sperimentazioni.

Ognuno di noi si sente forte nel proprio ambito disciplinare, ed è difficile mettersi in gioco su argomenti che conosciamo meno: i dati dei pazienti hanno un significato ben specifico per un medico, ma un matematico li può vedere anche solamente come una tabella di valori, una matrice, con cui fare delle operazioni che potrebbero essere inutili o fuorvianti per quella applicazione medica. Il rischio è quello di arrivare alla fine a considerazioni o a risultati sbagliati. Il pediatra deve continuare a fare il pediatra, lo statistico continuerà ad occuparsi di Statistica; il lavoro tra discipline deve saper trovare, di volta in volta, un terreno comune, differente da quelli di provenienza, ma comunque a questi strettamente collegato. Questa penso sia una grande sfida di questi anni, ed è importante poterla raccontare in aula, magari facendo la lezione proprio insieme a quei colleghi con cui si sta collaborando. Tra l'altro, il mondo del lavoro richiede sempre più persone capaci di affrontare insieme nuove domande, nuovi scenari in cui materie anche apparentemente lontane possono collaborare. Sono esperienze certamente presenti nell'attività di alcuni scienziati, ma che devono diventare una pratica comune, un elemento base di partenza nelle attività scientifiche.

Per quanto riguarda il *test* diagnostico sulla celiachia, dopo esserci chiariti con il collega, abbiamo potuto elaborare insieme una soluzione, utilizzando la cosiddetta curva ROC (*Receiver Operating Characteristic curve*). La mia riposta da matematico, in base ai dati raccolti su un campione di bambine/i di scuole della provincia di Trieste, alla fine risultò essere in linea con quanto proponeva il collega medico, in base alla sua esperienza sul campo. Fu l'inizio di una collaborazione scientifica che va avanti oramai da diversi anni.

## **Esempio 2. La significatività statistica non è automaticamente anche significatività clinica**

Un altro elemento da trasmettere nella didattica, frutto dell'attività di ricerca, è la differenza tra "significatività statistica" e "significatività clinica". Non è raro (anche se per fortuna negli anni sta diminuendo) sentirmi dire frasi del tipo: "non so bene cosa rispondere dal punto di vista medico, sarà allora la

statistica a darci la soluzione”, oppure “questi dati sono statisticamente significativi”. La Statistica sembra essere la soluzione a tanti dubbi presenti nelle sperimentazioni mediche e l’avverbio “statisticamente” viene usato spesso in maniera troppo vaga per cui non si capisce il suo significato.

Un giorno un collega medico mi mandò una *mail* chiedendomi di “dare significatività statistica” a dei dati che aveva raccolto. Data l’amicizia con il collega, mi permisi di rispondergli in maniera umoristica e ironica, restituendo il *file* dei dati colorati di giallo, per fargli capire che la sua domanda, così come l’aveva posta, non aveva senso. Il collega all’inizio ci rimase male, ma poi capì che la sua domanda andava posta in maniera diversa.

Per capire meglio queste considerazioni, racconto un esempio che faccio spesso a lezione. Ci era capitato in una sperimentazione di studiare l’effetto di una dieta alimentare su un certo campione di persone. Avevamo pertanto raccolto diversi parametri, tra cui il peso all’inizio e alla fine della dieta. Il cosiddetto *test* statistico di ipotesi che avevamo eseguito dava come risultato una buona significatività statistica, risultato che avrebbe portato a dire il successo della dieta: la differenza tra il peso prima e il peso dopo risultava statisticamente significativa. Ma l’obiettivo di una sperimentazione medica non è la significatività statistica, ma la significatività clinica, cioè il raggiungimento del proprio obiettivo clinico. La statistica è solo uno strumento che deve essere attualizzato, considerato, all’interno del problema che si sta studiando. Uno stesso valore può voler significare aspetti anche molto diversi in diversi contesti: una stessa variazione numerica porta a risultati diversi se si sta considerando il fascio di luce del sincrotrone, oppure se si tratta di valori raccolti da un zoologo che studia i cinghiali in un certo territorio. Tornando alla nostra dieta, i dati “statisticamente significativi” non risultarono però “ clinicamente significativi” in quanto la differenza tra “il prima e il dopo” era in media di circa 100 grammi!

La Statistica pertanto non è la soluzione dei problemi in una sperimentazione ma, come già detto, uno strumento che può dare indicazioni rispetto agli obiettivi posti nel lavoro di ricerca.

### **Esempio 3. Saper valutare e saper comunicare l’incertezza: l’ossimoro “stima certa”**

Un altro elemento importante nella traduzione didattica del lavoro di ricerca è quello di saper valutare e comunicare l’incertezza. La matematica che abbiamo studiato e imparato per ben tredici anni a scuola di solito non aveva bisogno di valutare l’incertezza in quanto tutto era certo: dovevamo risolvere un’equazione e arrivare al suo risultato; data una funzione, dovevamo tracciarne il grafico, e così via. Ora ci si trova ad esempio a dover valutare l’incertezza sui dati raccolti: chi li ha raccolti, come e quando sono stati raccolti, sono dati di casistiche o di campioni opportuni, e così via. Il problema pratico

di una sperimentazione è un ottimo strumento per far scoprire agli studenti questi aspetti. I risultati di una statistica devono pertanto tenere conto di tutte le diverse incertezze accumulate durante la sperimentazione. Non è possibile pensare che la Statistica dia risultati certi quando a monte ha incontrato incertezze sulla raccolta dei dati, sulla scelta del campione, e così via.

Ad esempio fare una stima puntuale, cioè dando un unico valore, può essere fuorviante e non corretto in quanto, proprio perché si tratta di una stima, va considerata anche l'incertezza della stima stessa. Dire in un'analisi pre-elettorale che il candidato A è al 23% mentre il candidato B è al 25% non significa che B è avanti di due punti: manca l'informazione sull'incertezza di tali stime, incertezza dovuta alle modalità con cui si è arrivati a tali risultati. Una stima va pertanto fatta quantomeno indicando un intervallo di valori: più grande è l'incertezza, più grande sarà l'intervallo. Scopriamo allora che in realtà il candidato A ha una stima che va dal 20% al 26%, il candidato B, dal 22% al 28%. I due intervalli si sovrappongono e capiamo allora perché non era corretto dire che tra i candidati c'erano due punti di differenza.

In Statistica vengono usati i *confidence interval*, stime intervallarie cui si assegna una certa fiducia. È interessante osservare che questo concetto, che sembra strano e di uso solo in ambiti di ricerca specifici, in realtà lo utilizziamo tutti i giorni. È infatti linguaggio comune fare affermazioni del tipo: "molto probabilmente arriverò tra le 18 e le 18.30" oppure "forse arriverò tra le 11 e le 12". La stima fornisce un intervallo di valori e la fiducia che ho in tale intervallo.

La didattica fa quindi tesoro anche di questi aspetti tipici dei lavori di ricerca: saper comunicare nei risultati anche l'incertezza dei risultati stessi. Questo è un aspetto che spesso viene trascurato o per ignoranza, non si sa che esistono strumenti corretti in tal senso, oppure, come dico a lezione, per astuzia, in quanto preferisco non comunicare l'incertezza dei risultati che sto proponendo.

### **La tesi di laurea, lavoro di ricerca, momento didattico importante e formativo**

Chiudiamo queste brevi note mettendo a fuoco il lavoro della preparazione di una tesi di laurea. Mi sembra importante dedicare un po' di attenzione a questo argomento in quanto la tesi spesso è un primo contatto diretto degli studenti con il mondo della ricerca, un primo momento in cui si chiede di scendere in campo, di fare in prima persona l'esperienza di cosa possa significare cercare dei risultati originali, ponendosi degli obiettivi, decidendo i cosiddetti materiali e metodi di lavoro e così via. È un momento, che può durare anche diversi mesi, di didattica particolarmente formativo: se fino a quel momento gran parte del lavoro era costituito dallo studio e dalla preparazione di esami su argomenti svolti in aula, ora ci si trova a dover mettere del proprio, a cercare di rispondere a domande nuove, a raccogliere dati, a trovarsi in situazioni in cui non sempre si riusciranno ad ottenere tutte le informazioni necessarie per

il lavoro che si intende svolgere. Il lavoro della tesi prevede di solito un progetto a monte, con obiettivi primari e secondari che si intendono raggiungere, con un relativo disegno dello studio e così via. L'analisi di dati raccolti in maniera non organizzata porterebbe infatti a risultati parziali, se non addirittura errati. Già il primo passo di pensare a un titolo per la propria tesi e a un relativo progetto di lavoro, è un elemento di partenza didatticamente molto utile in quanto si capiscono le difficoltà nell'impostare uno studio sperimentale. Bisognerà poi darsi delle scadenze, prendere delle decisioni sulla fattibilità del progetto, capire la popolazione oggetto dello studio e un relativo campione. Tutti passaggi a cui non è detto che ci siano delle risposte immediate, in cui bisognerà fare delle scelte. Decisiva in tal senso la possibilità di avere un colloquio continuo e costruttivo con il relatore della tesi. Il docente non si sostituirà al laureando ma cercherà di accompagnarlo in questa nuova avventura.

### **Breve conclusione**

Spero di essere riuscito a dare qualche spunto utile nella direzione che ci eravamo posti, cioè la traduzione didattica del lavoro di ricerca nel rapporto tra discipline. Come dicevo, sono solo alcuni primi spunti che nascono dalla mia esperienza quotidiana nell'Ateneo in cui lavoro da diversi anni. Ed è un'esperienza particolarmente avvincente, appassionante e creativa.

Mi preme chiudere questo breve manoscritto sottolineando la responsabilità che abbiamo come docenti nella formazione delle studentesse e degli studenti. La vita universitaria può diventare, anche in questo momento storico particolarmente complesso e sfidante, un periodo molto importante nella formazione delle giovani e dei giovani che ci troviamo in aula. A noi docenti il compito di trasmettere la passione per il lavoro che facciamo e di aiutare le nostre studentesse e i nostri studenti a riconoscere e a sviluppare il talento che ognuno porta dentro di sé.

---

# Il rapporto tra etica, ricerca e didattica in un sondaggio condotto tra studenti di Infermieristica

---

## ■ Silvia Cocchio

*Dipartimento di Scienze cardio-toraco-vascolari e sanità pubblica, Università degli Studi di Padova*

---

## ■ Leopoldo Sandonà

*Facoltà Teologica del Triveneto – Fondazione Lanza*

Al fine di indagare il rapporto tra Ricerca, Clinica e traduzione didattica tra gli studenti iscritti a tutti gli anni del corso di Laurea in Scienze Infermieristiche dell'Università di Padova è stato condotto uno studio descrittivo. Dopo una descrizione dei materiali e metodi d'indagine con i relativi risultati, il presente contributo definisce alcune questioni emergenti a partire dall'indagine ma anche oltre essa.

## Materiali e metodi

Nel periodo Ottobre-Novembre 2022, l'Università di Padova in collaborazione con la Fondazione Lanza, ha studiato il rapporto tra Ricerca, Clinica e traduzione didattica tra gli studenti iscritti a tutti gli anni del corso di Laurea in Scienze Infermieristiche dell'Università di Padova. Si tratta di un corso di Laurea triennale, attivo in 8 sedi nella Regione del Veneto e conta 2176 iscritti. A tal fine, è stato costruito un questionario *ad hoc* composto da una sezione anagrafica (età, sesso e anno di frequenza) e da 10 quesiti volti ad indagare la percezione del contributo della ricerca, della clinica e della didattica nel percor-

so formativo dello studente e di come questi tre aspetti siano tra loro interconnessi (vedi Figura 1). Il questionario è stato somministrato attraverso modulo *Google* e i dati sono stati raccolti in forma anonima. I dati sono stati elaborati in un foglio *Excel* e presentati come grafici. Le variabili categoriali sono state rappresentate come percentuali e quelle continue come media  $\pm$  deviazione *standard* e le differenze tra medie sono state valutate attraverso il test T di *Student*.

## Risultati

In totale hanno risposto al questionario n. 392 studenti, il 38,3% (n.150) era iscritto al primo anno, il 29,3% (n.115) al secondo anno ed il 32,4% (n.127) al terzo. La *compliance* è stata complessivamente del 18,0%, variando da un minimo del 15,8% per gli studenti iscritti al primo anno ad un massimo del 22,7% per quelli iscritti al terzo. L'84,4% (n.331) del campione era composto da femmine e complessivamente l'età media era di  $23,9 \pm 6,9$  anni, significativamente inferiore per le femmine rispetto ai maschi ( $23,4 \pm 6,5$  anni vs  $27,0 \pm 8,2$  anni;  $p < 0,001$ ).

Complessivamente, il 33,7% degli studenti ritiene che la ricerca presente nei corsi di studio da loro svolti, sia poco visibile rispetto alla didattica; nello specifico tale percezione è maggiore per gli studenti iscritti al terzo anno (44,1%) (Domanda n.1). In riferimento invece alla clinica rispetto alla didattica, nessuno degli studenti ritiene che la prima sia poco visibile anzi, il 18,4% la considera prevalente (20,9% al secondo anno) (Domanda n.2) (Figura 1).

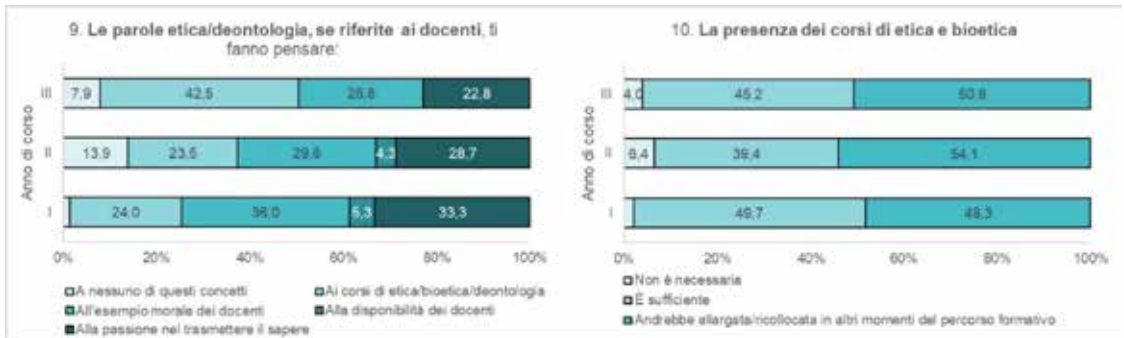
Mediamente il 9,2% degli studenti ritiene che l'interazione tra le diverse discipline sia scarsa e/o assente (10,0% al primo anno), il 54,3% la ritiene abbastanza presente (66,9% al terzo anno) e il 36,5% molto presente (49,6% al secondo anno). Al quesito "quali elementi possono favorire l'integrazione tra ricerca e didattica?" circa la metà del campione propone di dedicare moduli o corsi specifici all'applicazione clinica delle nozioni apprese e circa un quarto suggerisce di dedicare una maggior parte del corso ad esemplificazioni e casistiche. Alla domanda "quali elementi possono favorire l'integrazione tra le discipline?" il 38,5% del campione propone di dedicare moduli specifici alle questioni di confine tra discipline e il 25,5% suggerisce di favorire corsi con docenti di diverse discipline (Figura 1). Per quanto riguarda la scelta del tirocinio, più della metà degli studenti ritiene che sia gli approfondimenti clinici che quelli di ricerca saranno abbastanza importanti mentre il 28,8% considera decisivi i primi e il 21,4% i secondi (Figura 1).

Figura 1 – Distribuzione percentuale (totale e per anno di corso) dei quesiti 1-2-4-5-6-7.



I quesiti 9 e 10 vogliono indagare come le parole “etica e deontologia” vengano percepite dagli studenti e se i moduli di etica e bioetica presenti nel corso di studio siano sufficienti. Il 31,1% del campione associa i termini “etica e deontologia” all’esempio morale dei docenti mentre il 28,6% alla loro passione nel trasmettere il sapere; nello specifico, al passaggio dal primo al terzo anno, tali percezioni si riducono (36,0% vs 26,8% e 33,3% vs 22,8%, rispettivamente) a favore di una maggiore consapevolezza della presenza dei corsi stessi (24,0% vs 42,5%). Complessivamente, circa la metà del campione sente la necessità di allargare i corsi di etica e bioetica.

Figura 2 - Distribuzione percentuale (totale e per anno di corso) dei quesiti 9-10.



## Discussione dei risultati

Per quanto il campione possa apparire non troppo ampio, tale tipologia di indagine appare come un primo affondo per indagare questi elementi. Contestualmente al sondaggio completato sono state anche interessate alcune classi di Medicina e Chirurgia, ma, visto il campione in quel caso troppo esiguo, si è scelto di concentrarsi sull’ambito infermieristico. Senza dubbio poter in futuro confrontare i due universi, oltre ad altri ambiti della formazione delle professioni sanitarie, potrà offrire scenari ulteriormente interessanti anche per una traduzione didattica etica e bioetica specifica e pertinente.

I primi dati relativi al confronto tra didattica e ricerca danno un’indicazione interessante, perché se è comprensibile un maggiore spostamento sulla didattica pura e maggiormente “didascalica” per le discipline fondamentali ad inizio percorso, la dinamica di ricerca dovrebbe crescere nel suo impatto sulla didattica mano a mano che il percorso avanza<sup>1</sup>. Qui invece troviamo addirittura una percezione ancora peggiore al terzo anno. Se si considera la crescita della dimensione clinica, appare fondamentale, come insegnato dalla storia dei *curricula* di ambito medico-scientifico, far dialogare non solo ricerca e cli-



nica separatamente con la didattica, ma in una circolarità complessiva che riguardi didattica, ricerca e clinica assieme.

Se le discipline appaiono agli studenti già in dialogo, l'integrazione potrebbe essere ulteriormente favorita attraverso moduli specifici trans-disciplinari o un utilizzo maggiore di esemplificazioni e casistiche, come richiesto dagli stessi studenti. La comunità di ricerca potrebbe avere in talune esperienze seminariali e laboratoriali una forma di applicazione specifica della trans-disciplinarietà riconosciuta come destino irreversibile ma poi scarsamente praticata nel contesto della iper-disciplinarietà. Le discipline si sviluppano infatti in età moderna in questo tipo di separazione che si può definire tragica. Nelle tragedie antiche il protagonista vuole trovare una risposta alla sua vita e quanto più ricerca tale risposta tanto più finisce in un labirinto esistenziale. Così le discipline danno il loro contributo al sapere proprio in quanto sono discipline separate. Nell'aumentare in maniera indefinita la specializzazione finiscono però per cadere nella trappola dell'iper-specializzazione. Non posso fare altro che questo, e quindi scavo nel mio settore ma quanto più scavo tanto meno comprendo l'altra disciplina. Quanto più sto nella mia identità tanto più comprendo sempre meno l'altro e da qui inizia ad emergere la necessità di luoghi di mediazione. I saperi vivono dunque una tragedia, adempiendo la loro natura per approfondire lo specifico sapere: "lo spirito iperdisciplinare diventerà lo spirito del proprietario che impedisce ogni incursione di estranei nel suo frammento di sapere"<sup>2</sup>.

Le risposte ai quesiti rivelano anche una scarsa consapevolezza del ruolo dell'etica e della bioetica, addirittura potremmo dire di una conoscenza specifica di tale ambito. Anche se questa percezione si affievolisce con il progredire degli anni, il ruolo delle discipline etiche in questi ambiti si rivela da un lato essenziale, dall'altro richiede diversi approcci, con una dimensione più descrittiva e informativa ad inizio del percorso e una dimensione sperabilmente più critica e propositiva, con l'utilizzo di storie etico-cliniche, nella parte avanzata del percorso. Tale indicazione è anche quella che arriva dal responso degli studenti, i quali indicano con una larghissima maggioranza la necessità di allargare la presenza della bioetica. Tale allargamento ha in sé anche la possibilità di definire a lungo termine degli effetti positivi sull'organizzazione, con un miglioramento della qualità dell'assistenza, un minore abbandono della professione e un più facile superamento degli inevitabili episodi di *stress* morale e sistemico<sup>3</sup>. In questa direzione la dimensione etica non è solo ponte tra le discipline nel percorso accademico-didattico e di ricerca, ma può svolgere anche un importante ruolo sia rispetto alla scelta dei percorsi professionali che nel mettere in relazione la dimensione di formazione continua entro lo sviluppo delle competenze professionali.

### Questioni emergenti dal sondaggio e oltre lo stesso

Il primo risultato del sondaggio è dunque la fondamentale centralità di una formazione di tipo etico. A livello contenutistico questa lacuna appare evidente. Entrando nel dettaglio si nota tuttavia che non basta una generica maggiore presenza di tali discipline, poiché manca di fondo una comprensione dell'etica. In questo senso, partendo da eventuali altri sondaggi per settori affini, non è impossibile ipotizzare una bioetica "di base" che riguardi ambiti anche contigui, per poi andare in anni più avanzati dei singoli percorsi di laurea ad approfondire in modo più specialistico le implicazioni etiche e bioetiche. In questa sede più avanzata avrebbe ancora più forza la prospettiva laboratoriale e seminariale.

Un secondo spunto emergente è quello della dimensione della bioetica come disciplina ponte, non solo con riferimento alla storia stessa della bioetica, ma con attenzione alle frontiere tra le diverse discipline. Nella prospettiva di Potter<sup>4</sup> la bioetica nasceva in una forte unità – pur nella distinzione – tra dimensione medico-clinica ed ecologico-ambientale. Qui vediamo tale dimensione, se pensiamo all'allargamento della bioetica ad una dimensione epidemiologica e di sanità pubblica, ma possiamo anche cogliere le dinamiche etico-organizzative che toccano la trasformazione del mondo socio-sanitario.

A seconda della collocazione entro specifici corsi di laurea, la bioetica può diventare cerniera tra saperi, luogo di interazione tra gli stessi, infrastruttura dialogica per allargare costantemente una prospettiva che tende alla restrizione tecno-applicativa. Ciò peraltro andrebbe a vantaggio della stessa bioetica troppo spesso settorializzatasi in ambiti specifici, perdendo la *chance* storica ed epocale di divenire strumento dialogico.

L'ultimo elemento, che esula dal sondaggio ma si riallaccia allo stesso, è quello della competenza etica in chiave professionalizzante. Nelle professioni della cura e della salute appare fondamentale un addestramento etico per i nuovi professionisti. Se una strada è quella di fare riferimento alle cosiddette *soft skills*, abilità spontanee – con gli Antichi potremmo chiamarle virtù naturali –, tale strada presenta il problema di riferirsi a virtù che possono esplicitarsi per taluni e rimanere invece nascoste per altri. Si fa così un appello a delle abilità che qualcuno possiede e altri non hanno, relegando, come di fatto accaduto, tali competenze nel dimenticatoio. Sono infatti competenze che può essere utile avere nelle professioni sanitarie e della cura ma che non appaiono indispensabili, quindi lasciate alla libera sensibilità dei singoli<sup>5</sup>. Da tale prospettiva deriva un'immagine dell'etica non specializzata, ma lasciata alle singole attitudini dei professionisti della cura. Di contro a questa tendenza si muove invece la riflessione su una professionalizzazione del bioeticista.

Le terminologie di *moral expertise* ed *ethical competence* sembrano allargare il compito, andando verso una diffusione di un pensiero etico-critico fonda-

mentale per il futuro. Da un lato ci troviamo di fronte all'*expertise* morale, cioè quello di persone che sappiano distinguere problemi nei vari contesti, esperti di etica che possono identificare e soppesare una vasta gamma di rischi etici, che hanno familiarità con concetti e distinzioni che sono preziosi nelle diverse scelte etiche; ci troviamo dunque di fronte ad una competenza che riguarda la conoscenza delle teorie morali per risolvere i conflitti morali, le alternative dilemmatiche o meno. In altri termini è l'*expertise* di un filosofo morale che abbia dalla sua anche esperienza di etica applicata e di familiarità con i luoghi etici della deliberazione, senza dimenticare come le teorie etiche si trasformano nel dibattito sociale ed ideologico in correnti culturali.

Anche nelle professioni sanitarie è fondamentale che alcuni professionisti abbiano tali competenze specialistiche<sup>6</sup>, per esempio maturate facendo parte del Comitato etico, che prevede, nella sua versione per la pratica clinica, la presenza di diversificate professioni sanitarie. Tale *moral expertise* non sarebbe dunque riferito a tutti i professionisti della cura, ma sarebbe una competenza "di punta" utile per l'intera organizzazione. Il mondo infermieristico, come altre professioni della cura, dovrebbe tenere presente la prospettiva, che si realizza per esempio nella partecipazione a Comitati etici, che alcuni infermieri divengano specificamente esperti di bioetica, guidando i colleghi nelle tematiche più ostiche.

Attraverso l'*expertise* morale di questi professionisti possiamo arrivare ad una competenza morale dell'organizzazione, non demandata ad alcuni ma come lievito che fermenta in tutta l'istituzione. Non si tratterà più solo di fare riferimento alle abilità innate che alcuni possiedono in ambito morale, né alla competenza iper-specialistica di alcuni, con il rischio di una delega alla singola figura, ma anche queste diventeranno leva per una crescita organizzativa e sistemica. I *nurse leaders*, che hanno maturato un'approfondita conoscenza ed esperienza delle tematiche bioetiche, saranno decisivi in questo passaggio dall'etica come abilità individuale all'etica come competenza sistemica.

Come si può facilmente evincere, per arrivare a questo traguardo sarà fondamentale la formazione, sia universitaria che come formazione continua, la creazione di spazi deputati per il confronto su tali temi e una verifica appropriata e doverosa. In questo tritico assume fondamentale importanza la presenza di chi detiene l'*expertise* morale in chiave individuale per divenire lievito di una *competence* etica condivisa. Tale competenza, che si sviluppa attraverso le decisioni in casi dilemmatici, la consulenza etica, la sensibilità etica ma anche lo studio e la riflessione, conduce attraverso degli *ethics leader* ad una contaminazione organizzativa<sup>7</sup>. Anche se non tutti i professionisti sanitari saranno esperti di etica, è fondamentale che tale competenza venga fatta crescere e ci abitui a riconoscere determinate problematiche, con ripercussioni molto importanti sul piano organizzativo anche attraverso le figure di *nurse leaders* in campo eti-

co<sup>8</sup>; a lungo termine infatti l'etica si mostra in grado di migliorare la qualità di cura verso le persone assistite e la comunicazione tra colleghi ma anche con i familiari e gli stessi pazienti, nella diminuzione dei conflitti e anzi nell'aiuto a risolvere le questioni di sofferenza personale e sistemica che possono portare a danni per tutta l'organizzazione, sia a livello di *stress* morale che di contenziosi. In questo quadro l'etica si fa riconoscere come fondamentale collante tra la dimensione didattico-accademica e la dimensione formativo-professionale.

L'indagine svolta non rappresenta un tentativo di dare risposte esaustive ed onnicomprensive ai quesiti posti. Tuttavia i risultati raccolti permettono di affermare che un allargamento anche al mondo medico e alla formazione delle altre professioni sanitarie, così come un raffronto nel tempo e nello spazio di campioni simili, può permettere di sfruttare dei dati che non vanno ridotti sul piano meramente quantitativo<sup>9</sup>, ma che possono fornire ai sentieri classici della bioetica un'importante occasione di rinnovamento.

<sup>1</sup> Nella direzione di un'integrazione fruttuosa tra dimensione accademica e pratica clinica in ambito infermieristico K.S. Makaroff, J. Storch, L. Newton, T. Fulton, L. Stevenson, *Dare we speak of ethics? Attending to the unsayable amongst nurse leaders*, in «Nursing Ethics» 17 (2010) n. 5, pp. 566-576.

<sup>2</sup> E. Morin, *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforme del pensiero* (1999), Raffaello Cortina Editore, Milano 2000, p. 112. La "disciplina", strumento di ascesi personale nel mondo medievale, diventa così uno strumento di offesa per mantenere intatto il proprio sapere.

<sup>3</sup> H.A. Monroe, *Nurses' professional values: Influences of experience and ethics education*, in «Journal of clinical nursing» 28 (2019) nn. 9-10, pp. 2009-2019.

<sup>4</sup> Lo stesso "fondatore" della bioetica conclude i suoi scritti con un ritorno all'unità tra questioni ambientali e medico-cliniche in V.R. Potter, *Global Bioethics: building on the Leopold Legacy*, Michigan University State Press, East Lansing 1988. Lo stesso primo utilizzo del termine in Fritz Jahr vedeva questa disciplina come studio di relazioni ecologiche, F. Jahr, *Bio-Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze*, in «Kosmos. Handweise für Naturfreunde», n. 1, 1927, pp. 1-4.

<sup>5</sup> Un'interessante ricerca, svolta in alcuni ospedali fiamminghi in Belgio, si concentra per esempio sul coraggio di fronte a scelte dilemmatiche nella pratica infermieristica; per un verso il riferimento ad una virtù personale rappresenta un'indicazione non cogente per tutti, per altro verso la componente educativa sembra importare nell'organizzazione le buone pratiche estendendole su larga scala, K.J.-P. Konings, C. Gastmans, O. Hanneli Numminen, R. Claerhout, G. Aerts, H. Leino-Kilpi, B. Dierckx de Casterlé, *Measuring nurses' moral courage: an explorative study*, in «Nursing Ethics» 29 (2022) n. 1, pp. 114-130.

<sup>6</sup> C.M. Ulrich, C. Grady, *The value of nurse bioethicists*, in «Nursing Ethics» 30 (2023) n. 5, pp. 701-709, con particolare riferimento a quattro principali ambiti di intervento: "as ethics consultants to colleagues in hospitals and other settings; as bioethics rese-

archers or as advisers to researchers conducting trials with human subjects; as educators of trainees, patients and families, healthcare providers, and the public; and in helping to draft humane and ethical policies for the care of vulnerable patients and underserved populations". La specificità infermieristica può essere definita tuttavia anche in una non totale sovrapposizione con la dimensione bioetica, B. Pilkington, M. Giuliante, *Nursing ethics as a distinct entity within bioethics: Implications for clinical ethics practice*, in «Nursing Ethics» 30 (2023) n. 5, pp. 671-679.

<sup>7</sup> T. Poikkeus, O. Numminen, R. Suhonen, H. Leino-Kilpi, *A mixed-method systematic review: support for ethical competence of nurses*, in «Journal of advanced nursing» 70 (2014) n. 2, pp. 256-271.

<sup>8</sup> T. Poikkeus, R. Suhonen, J. Katajisto, H. Leino-Kilpi, *Organisational and individual support for nurses' ethical competence: a cross sectional survey*, in «Nursing Ethics» 25 (2018) n. 3, pp. 376-392.

<sup>9</sup> In questo senso *l'empirical turn in Bioethics*, se non adeguatamente compreso, rischia di ricondurre la bioetica alla fallacia denunciata dalla "legge di Hume", derivando da asserzioni descrittive delle regole prescrittive e normative; d'altro canto l'utilizzo di dati consente ad una bioetica di stampo più prettamente umanistico di uscire dal solipsismo metodologico iper-disciplinare per incontrare altre scienze sia sul piano analitico che sul piano critico-propositivo: P. Borry, P. Schotsmans, K. Dierickx, *The birth of the empirical turn in bioethics*, in «Bioethics» 19 (2005) n. 1, pp. 49-71; S. Hurst, *What's empirical turn in bioethics?*, in «Bioethics» 24 (2010) n. 8, pp. 439-444.



---

Seconda parte

## **Etica, formazione e professioni sanitarie**





---

# Nuovi Comitati Etici Territoriali (CET) tra possibilità e opportunità mancate

---

## ■ Giulia Cuman

*Presidente CET-ANV e Membro del CEPCP AOUPD*

### I comitati etici per la sperimentazione

I Comitati Etici per la sperimentazione rappresentano storicamente degli organismi indipendenti e senza scopo di lucro, la cui funzione è quella di garantire la tutela delle persone coinvolte nelle sperimentazioni cliniche, fornendo altresì pubblica garanzia di tale tutela<sup>1</sup>.

La tematica dei Comitati Etici venne affrontata dalla *World Medical Association* nel 1964, che – in accordo con le direttive del 1945 della Corte internazionale di Norimberga – elaborò la Convenzione di Helsinki, nella quale venne dichiarato che prima dell'inizio di una sperimentazione clinica, lo sperimentatore è tenuto alla consultazione del Comitato Etico indipendente, competente per valutazione, commenti, direttive e approvazione del protocollo di ricerca<sup>2</sup>.

Nel 1978 vi fu un importante provvedimento da parte della statunitense *Food and Drug Administration* (FDA), la quale emanò le Norme di Buona Pratica Clinica, nelle quali i Comitati Etici sono identificati come strutture indipendenti, costituite da membri appartenenti sia all'area clinica, sia all'area non clinica, con compiti di salvaguardia dei diritti, dell'integrità e della sicurezza dei partecipanti alla sperimentazione<sup>3</sup>.

Tali norme furono successivamente adottate a livello europeo con la Direttiva 91/507/CEE<sup>4</sup> e recepite dall'Italia con il D.M. 15 luglio 1997<sup>5</sup> al quale seguì il D.M. 18 marzo 1998<sup>6</sup> contenente le linee guida di riferimento per l'istitu-

zione e il funzionamento dei Comitato Etico.

A questi primi provvedimenti si susseguirono vari interventi normativi, sia a livello europeo sia a livello nazionale, a partire dalla Direttiva 2001/20/CE<sup>7</sup> recepita dall'Italia con il d.lgs. N. 211/2003, dove venivano fissati tempi e modalità per le espressioni dei pareri da parte dei Comitati Etici per la Sperimentazione Clinica.

Successivamente, il D.M. 12 maggio 2006<sup>8</sup> riformulò i requisiti minimi per l'istituzione, organizzazione e funzionamento dei Comitati Etici per la sperimentazione<sup>9</sup>, ulteriormente modificati ed integrati con D.M. 8 febbraio 2013<sup>10</sup>, in attuazione del d.l. N. 158/2012 (decreto Balduzzi) convertito, con modificazioni, dalla l. N. 189/2012 che imponeva una riorganizzazione dei Comitati Etici per la Sperimentazione Clinica (CESC).

Nel decreto si prevedeva una riorganizzazione e riduzione del numero dei CESC; inoltre, si stabiliva che la competenza di ciascun Comitato dovesse riguardare le sperimentazioni cliniche dei farmaci, così come ogni altra questione relativa all'uso di medicinali e dispositivi medici, all'impiego di procedure chirurgiche e cliniche, e allo studio sull'uomo di prodotti alimentari<sup>11</sup>.

Da ultimo, in questa complessa rete normativa si inserisce un importante intervento normativo europeo: il Regolamento UE 536/2014<sup>12</sup> – entrato in vigore nel 2014 con un regime transitorio che diverrà definitivo nel 2025 – che ha rivoluzionato l'iter di valutazione degli studi clinici interventistici con farmaco a livello europeo<sup>13</sup> e il cui intento è l'armonizzazione dei processi di valutazione e supervisione delle sperimentazioni all'interno dell'Unione Europea.

## Il Regolamento UE 536/2014

Il nuovo Regolamento UE 536/2014 e la conseguente riforma del procedimento di valutazione dei protocolli di sperimentazione clinica di medicinali per uso umano è stata fortemente incoraggiata dalla Commissione Europea in virtù delle critiche mosse alla Direttiva 2001/20/CE; infatti, la Commissione sottolineava la non uniforme applicazione della Direttiva da parte degli Stati membri, ritenendo che ciò avesse causato un indebito aumento dei costi per la realizzazione della ricerca ed un allungamento dei tempi di realizzazione delle sperimentazioni con una conseguente diminuzione della ricerca clinica condotta all'interno dell'Unione Europea<sup>14</sup>.

Al fine di invertire questa tendenza negativa, il Regolamento UE<sup>15</sup> prevede un sistema centralizzato e l'implementazione del *Clinical Trials Information System* (CTIS), un portale unico europeo con lo scopo di ottimizzare e ridurre i tempi di valutazione delle sperimentazioni cliniche interventistiche con farmaco, che secondo questo nuovo sistema potranno essere avviate contestualmente e con tempistiche certe nei vari Stati membri<sup>16</sup>.

In Italia, l'implementazione del Regolamento è avvenuta con un primo

decreto nel febbraio 2022 e con quattro decreti consecutivi nel gennaio 2023. Il D.M. 1 febbraio 2022<sup>17</sup> ha istituito due Comitati Etici a valenza Nazionale (CEN)<sup>18</sup>: uno per le sperimentazioni pediatriche e uno per le terapie avanzate, con competenze esclusive in queste materie.

Con i quattro decreti di gennaio 2023 si è provveduto: alla riorganizzazione ed individuazione dei quaranta Comitati Etici per la Sperimentazione, ora denominati Comitati Etici Territoriali (CET)<sup>19</sup> (D.M. 26 gennaio 2023<sup>20</sup>); alla regolamentazione della fase transitoria circa le attività di valutazione e le modalità di interazione fra i vari enti coinvolti (D.M. 27 gennaio 2023<sup>21</sup>); alla determinazione della tariffa unica per le sperimentazioni cliniche (D.M. 30 gennaio 2023<sup>22</sup>); ed infine all'armonizzazione normativa che disciplina le funzioni dei Comitati, il riparto di competenze fra CET e CEN, e i criteri di individuazione dei membri, i quali devono essere in possesso di una documentata conoscenza ed esperienza nell'ambito delle sperimentazioni cliniche e dei principi bioetici, anche al fine di garantire l'indipendenza dei Comitati stessi (D.M. 30 gennaio 2023<sup>23</sup>).

Il 7 giugno 2023 è entrato in vigore il D.M. 26 gennaio 2023, istitutivo dei quaranta CET e a partire da tale data avrebbero dovuto essere istituiti tutti i CET individuati dal decreto, mediante nomina dei loro componenti e avrebbero dovuto avviare le proprie attività in adempimento delle funzioni ad essi attribuite, con piena operatività.

Alla luce di questo mutato quadro normativo, che mira ad una sempre maggiore omogeneità e professionalizzazione nell'ambito della ricerca clinica e della sua valutazione etica, nel prossimo futuro sarà opportuno indagare maggiormente nel dettaglio le modalità operative dei quaranta CET presenti all'interno dei diversi ambiti regionali; infatti, sebbene la normativa sia piuttosto stringente, è possibile che vi siano delle disomogeneità nei regolamenti e nelle regole di operatività dei singoli Comitati, nella numerosità e tipologia di studi valutati, nonché nella numerosità e nelle competenze dei componenti dei Comitati, specialmente per quanto riguarda la figura dell'*esperto di bioetica*, mancando un apposito quadro normativo che ne identifichi le competenze, ma essendo al tempo stesso e a ragione richiesto quale figura necessaria all'interno dei CET proprio dal D.M. 30 gennaio 2023 che ne regola la composizione. Non aver individuato questa figura rappresenta sicuramente una occasione mancata da parte del legislatore, il quale avrebbe avuto l'opportunità di definire normativamente le competenze del bioeticista, garantendo una corretta e maggiore professionalizzazione di una figura chiave all'interno dei Comitati Etici.

Infatti, in questo contesto, sarebbe stato auspicabile individuare dei criteri identificativi e delineare le competenze proprie del bioeticista (e non meramente esperto di bioetica<sup>24</sup>), anche al fine di creare una cultura bioetica condivisa che possa generare una maggiore consapevolezza ed omogeneità nei processi

di valutazione relativi sia all'eticità e liceità della sperimentazione sia all'eticità nell'ambito della pratica clinica.

La mancanza di una cultura bioetica condivisa a livello nazionale, dunque, rischia non solo di condurre a processi di valutazione differenti tra i vari CET, ma anche di rendere tale valutazione un processo altamente burocratizzato, ridotto ad una verifica meramente formale dei requisiti, allontanandosi sicuramente dalla metodologia della deliberazione etica che dovrebbe sempre guidare il bioeticista e, sotto la sua guida, tutti i componenti dei CET.

Un'altra occasione mancata è stata quella di non evidenziare la necessaria distinzione tra i CET, la cui funzione propria è quella di valutare i protocolli di ricerca e sperimentazione clinica, e i Comitati Etici per la Pratica Clinica (CEPC), le cui funzioni riguardano la valutazione di casi concreti attinenti alla pratica clinica che presentano un alto grado di complessità etica.

Recentemente, il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB), in risposta al quesito posto dal Ministero della Salute in relazione alla competenza dei Comitati Etici a valutare le richieste di suicidio medicalmente assistito<sup>25</sup>, ha ampiamente sottolineato le criticità nell'affidare ad un unico organismo sia i compiti relativi alla valutazione dei protocolli di ricerca, sia quelli relativi alla valutazione etica nell'ambito della pratica clinica; infatti, si tratta di funzioni distinte nelle finalità e nell'approccio metodologico, che necessitano inevitabilmente di una differente composizione ed *expertise* dei loro componenti i quali, nella valutazione dei casi inerenti all'ambito della pratica clinica, devono essere adusi ad interfacciarsi con la fragilità di singoli individui e delle loro famiglie, ed è proprio dedicandosi in modo costante ed esclusivo ai problemi etici inerenti alla pratica clinica che i CEPC e i suoi componenti acquisiscono e sviluppano una sensibilità e delle competenze adatte ad affrontare situazioni di vulnerabilità estrema.

Sebbene i Comitati Etici per la Pratica Clinica in Italia siano presenti solo in alcune Regioni (Friuli, Toscana, Trentino, Veneto), la loro operatività ha dimostrato quanto evidenziato anche a livello internazionale, ovverosia che i compiti dei Comitati Etici di ricerca e dei Comitati Etici per la pratica clinica sono significativamente diversi; dunque, anche il CNB, sulla scorta di tali evidenze empiriche, ha rilevato l'opportunità e la necessità di adottare due distinti organismi ai quali affidare lo svolgimento dei differenti compiti<sup>26</sup>.

Sebbene il D.M. 26 gennaio 2023 sembri indicare una apertura verso la costituzione di Comitati Etici differenziati nei loro compiti e funzioni, tuttavia il linguaggio utilizzato non è esplicito, limitandosi a prescrivere una mera facoltà in capo alle Regioni di mantenere operativi, con differenti funzioni non meglio specificate, i Comitati non rientranti nei quaranta individuati da Decreto.

Infatti, il D.M. sopracitato all'art. 1 co. 4 garantisce alle Regioni la "facoltà di mantenere operativi i comitati etici esistenti nel territorio di competen-

za, ma non inclusi nell'elenco di cui al comma 1, provvedendo, in tal caso, alla nomina dei rispettivi componenti entro il termine di cui all'art. 3, comma 1, del presente decreto, e stabilisce che tali comitati operano per funzioni diverse da quelle attribuite in via esclusiva ai comitati etici territoriali e ai comitati etici a valenza nazionale"; tuttavia, la portata di tale comma non sembra dirimente, e anzi, proprio per la sua vaghezza e scarsa incisività, rappresenta una opportunità mancata per la creazione capillare dei CESC su tutto il territorio nazionale, quali organismi in grado di fornire risposte concrete alla sempre maggiore esigenza di supporto etico nell'ambito della pratica clinica.

### Quali prospettive?

Alla luce della nuova normativa, al fine di meglio comprendere il suo impatto nell'ambito della ricerca clinica, sarà necessario continuare ad indagare criticità e punti di forza della nuova regolamentazione, nonché le disomogeneità e difficoltà di *compliance* dei singoli CET.

Inoltre, sarà utile impegnarsi nella creazione di linee guida e *best practice* concretamente adoperabili dal legislatore, verificando ed analizzando il livello di corrispondenza tra gli obiettivi perseguiti dalla normativa e la *real-life experience* dei CET e nello specifico, indagando:

- lo stato attuale dell'implementazione dei nuovi CET, il numero di CET effettivamente operativi e il livello di omogeneità di regolamenti e procedure dei singoli CET;
- l'esistenza CESC sul territorio di competenza del CET, e qualora non esistenti l'individuazione delle modalità operative per gestire possibili richieste di parere etico dall'ambito della pratica clinica;
- le competenze ed *expertise* dei membri dei CET e CESC in relazione ai principi bioetici, e l'apporto delle diverse professionalità coinvolte nello svolgimento dei lavori del Comitato, con particolare riferimento alla figura del bioeticista;
- il livello di cooperazione e sinergia fra i vari enti coinvolti (CET, CEN, Unità di Ricerca Clinica, Sperimentatori, CESC);
- l'impatto dei CET sulle strutture di ricerca e l'attività dei ricercatori coinvolti, comprensivo anche dell'analisi del numero e tipologia di studi valutati.

Dall'analisi di tali dati sarà possibile verificare il livello di corrispondenza tra gli obiettivi perseguiti dalle modifiche normative e l'esperienza vissuta dai vari *stakeholders*, e successivamente promuovere linee guida e buone pratiche per favorire il raggiungimento degli obiettivi prefissati, l'eccellenza dei CET e dell'*expertise* dei suoi componenti, nonché una sempre maggiore omogeneità

fra CET, una più netta separazione con i CESC e una sempre più ampia sinergia tra i vari *stakeholders*.

## Conclusione

La nuova normativa sui CET rappresenta una novità che necessita di studio approfondito, una materia di interesse attuale nell'ambito della ricerca clinica e delle *policies* ad essa correlata. Infatti, si tratta di un mutamento solo recentemente implementato, per il quale vige un regime transitorio che durerà sino al 2025; dunque, in questo arco temporale sarà possibile ed auspicabile adottate nuove linee guida e correttivi da parte del legislatore per ottimizzare l'operato dei CET, e ripensare alla divisione tra questi e i CESC.

È auspicabile vengano individuate linee guida e *best practice* efficaci al fine di favorire il raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello europeo e nazionale, per promuovere innanzitutto l'eccellenza dei CET e l'*expertise* dei suoi componenti con una attenzione particolare alla figura del bioeticista per il quale andranno individuati criteri identificativi e competenze specifiche, ma anche per garantire una sempre più ampia sinergia tra *stakeholders* e una maggiore omogeneità fra CET, favorendo ed assicurando al tempo stesso una diversificazione di funzioni con i CESC e i suoi componenti.

Solo se riusciremo a compiere una analisi approfondita volta alla produzione di linee guida e *best practice* adeguate, sarà possibile anche per l'Italia divenire una nazione realmente competitiva in materia di bioetica, ricerca e sperimentazione clinica, nonché di etica clinica; è dunque auspicabile che in questa fase transitoria le istituzioni prendano atto delle opportunità offerte da questo settore per avviare uno studio approfondito indirizzato alla creazione di politiche efficaci.

<sup>1</sup> C. Tomino, *Ruolo e funzioni dei Comitati etici nelle sperimentazioni cliniche dei medicinali. Sperimentazione e registrazione dei radiofarmaci*, in «Normative e procedure», pp. 127-133; A.M. Gambino, C. Petrini, *Tutela della salute e sanità pubblica: il contributo del codice di etica dell'istituto Superiore di Sanità*, in «Biolaw Journal-Rivista di biodiritto», 2 (2015), pp. 217-225; G. Scudieri; L. Guidoni et al., *La normativa sulla protezione dei soggetti partecipanti a studi clinici in Italia: dagli anni Novanta al 2004*, in «Ann Ist Super Sanità», 40 (2004), 4, pp. 495-507.

<sup>2</sup> Nella ultima versione della Dichiarazione di Helsinki (2013) viene specificato che "il protocollo di ricerca deve essere inviato per considerazioni, commenti, direttive e approvazione ad un Comitato Etico di ricerca prima dell'inizio dello studio. Questa commissione deve essere trasparente nel suo funzionamento, deve essere indipendente dal ricercatore, dallo sponsor e da ogni altra influenza indebita e deve essere debitamente qualificato. Si devono prendere in considerazione le disposizioni legislative e regolamentari del paese o dei paesi in cui la ricerca deve essere eseguita

- così come le norme e gli standard internazionali; tuttavia, questi non devono essere autorizzati a ridurre o eliminare alcun punto enunciato in questa Dichiarazione utile a proteggere i soggetti coinvolti nella ricerca" (art. 23, c. 1). <https://www.evidence.it/articoli/pdf/e1000059.pdf>.
- <sup>3</sup> C. Tomino, *Ruolo e funzioni dei Comitati etici nelle sperimentazioni cliniche dei medicinali. Sperimentazione e registrazione dei radiofarmaci*, in «Normative e procedure», pp. 127-133.
  - <sup>4</sup> *Direttiva 91/507/CEE della Commissione del 19 luglio 1991 che modifica l'allegato della direttiva 75/318/CEE del Consiglio relativa al ravvicinamento delle legislazioni degli Stati membri riguardanti le norme ed i protocolli analitici, tossico-farmacologici e clinici in materia di sperimentazione dei medicinali* (Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee. L 270 del 26 settembre 1991).
  - <sup>5</sup> *D.M. 15 luglio 1997 Recepimento delle linee guida dell'Unione europea di buona pratica clinica per la esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali* (GU Serie Generale n.191 del 18-08-1997 - Suppl. Ordinario n. 162).
  - <sup>6</sup> *D.M. 18 marzo 1998 Linee guida di riferimento per l'istituzione e il funzionamento dei comitati etici* (GU Serie Generale n.122 del 28-05-1998).
  - <sup>7</sup> *Direttiva 2001/20/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 4 aprile 2001, concernente il ravvicinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative degli Stati membri relative all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione della sperimentazione clinica dei medicinali ad uso umano* (Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee. L 121 del 1 maggio 2001).
  - <sup>8</sup> *D.M. 12 maggio 2006. Requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei Comitati etici per le sperimentazioni cliniche dei medicinali*, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (GU Serie generale 22 agosto 2006, n. 94).
  - <sup>9</sup> Nel decreto viene specificata la composizione del Comitato (art. 2), la sua indipendenza (art. 3), la sua organizzazione (art. 4.) e il suo funzionamento (art. 5).
  - <sup>10</sup> *D.M. 8 febbraio 2013, Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici*, Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (GU Serie generale 24 aprile 2013, n. 96).
  - <sup>11</sup> <https://www.aifa.gov.it/-/comitati-etici-funzioni-e-stato-della-riorganizzazione>
  - <sup>12</sup> *Regolamento 563/2014/UE del Parlamento Europeo, Consiglio dell'Unione Europea, del 16 aprile 2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano che abroga la Direttiva 2001/20/CE.* (Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea, L 158 del 27 maggio 2014).
  - <sup>13</sup> S. Gainotti, G. Florida, G., et al., *Il comitato etico nazionale per le sperimentazioni degli enti pubblici di ricerca (EPR) e altri enti pubblici a carattere nazionale (CEN)*, in «Not Ist Super Sanità», 35 (2022), 12, pp. 3-7.
  - <sup>14</sup> M. Fasan, *Il Regolamento UE n. 536/2014: la disciplina della sperimentazione clinica tra uniformità e differenziazione*, in «Biolaw Journal-Rivista di biodiritto», 2 (2017), pp. 187-209.
  - <sup>15</sup> Il Regolamento, diversamente dalle direttive, è direttamente applicabile e non necessità di una legge di recepimento da parte dei singoli Stati membri; da ciò deriva una maggiore omogeneità nella sua applicazione.
  - <sup>16</sup> E. Poluzzi, C. Iacono, *Il ruolo dei Comitati Etici in Italia: ambiti di competenza e impatto del Regolamento Europeo 536/14*. In «Biolaw Journal-Rivista di biodiritto», 4 (2022), pp. 237-250; A.W. Fox, *Where is European Regulation 536/2014 Taking Us?*, in «Pharma-



- ceutical Medicine», 2023, pp. 1-5; S. Tusino, M. Furfaro, *Rethinking the role of Research Ethics Committees in the light of Regulation (EU) No 536/2014 on clinical trials and the COVID-19 pandemic*, in «British Journal of Clinical Pharmacology», 88 (2022), 1, pp. 40-46; C. Mannelli, C. Petrini, *Avvicinare la ricerca a pazienti e “non addetti ai lavori”?* Alcune considerazioni di etica sul Regolamento (EU) 536/2014, in «Biolaw Journal-Rivista di biodiritto», 4 (2002), pp. 219-225.
- <sup>17</sup> D.M. 1 febbraio 2022 *Individuazione dei comitati etici a valenza nazionale* (GU Serie Generale n.63 del 16-03-2022).
- <sup>18</sup> <https://www.aifa.gov.it/comitati-etici-nazionali-cen>.
- <sup>19</sup> Denominazione non particolarmente felice in quanto rischia di creare confusione, in termini di competenze, tra questi Comitati e i Comitati Etici per la Pratica Clinica (CEPC). Questi ultimi, sebbene presenti e regolati solamente in alcune Regioni, hanno la differente funzione di valutare le questioni etiche concernenti la pratica clinica.
- <sup>20</sup> D.M. 26 gennaio 2023 *Individuazione di quaranta comitati etici territoriali* (G.U. Serie Generale, n. 31 del 07 febbraio 2023).
- <sup>21</sup> D.M. 27 gennaio 2023 *Regolamentazione della fase transitoria ai sensi dell'articolo 2, comma 15, della legge 11 gennaio 2018, n. 3, in relazione alle attività di valutazione e alle modalità di interazione tra il Centro di coordinamento, i comitati etici territoriali, i comitati etici a valenza nazionale e l'Agenzia italiana del farmaco* (G.U. Serie Generale, n. 31 del 07 febbraio 2023).
- <sup>22</sup> D.M. 30 gennaio 2023 *Determinazione della tariffa unica per le sperimentazioni cliniche, del gettone di presenza e del rimborso spese per la partecipazione alle riunioni del Centro di coordinamento nazionale dei comitati etici territoriali per le sperimentazioni cliniche sui medicinali per uso umano e sui dispositivi medici, dei comitati etici territoriali e dei comitati etici a valenza nazionale* (G.U. Serie Generale, n. 31 del 07 febbraio 2023).
- <sup>23</sup> D.M. 30 gennaio 2023 *Definizione dei criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici territoriali* (G.U. Serie Generale, n. 31 del 07 febbraio 2023). [https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?menu=notizie&id=6145](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&id=6145)
- <sup>24</sup> Il termine esperto di bioetica rimanda ad uno studioso di bioetica, un teorico e cultore della materia, ma non necessariamente alla figura del bioeticista, ovverosia colui che oltre ad essere esperto di bioetica, vive la bioetica sul campo, nell'ambito della pratica clinica o della ricerca e sperimentazione clinica.
- <sup>25</sup> Questo aspetto è ben sottolineato dal Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) nella Risposta del 24 febbraio 2023 al “Quesito del Ministero della Salute 2 gennaio 2023”.
- <sup>26</sup> A tal proposito il CNB aggiunge un'interessante prospettiva comparatistica e sottolinea che negli Stati Uniti quello che da noi è il “comitato etico per la sperimentazione clinica” viene chiamato *Institutional Review Board* (IRB) e in Gran Bretagna *Research Ethics Committee* (REC), mentre il nome “comitato etico” è riservato solamente all'organismo preposto all'etica nella clinica. Dunque, titolazioni diverse e strutture del tutto diverse se non altro per finalità principali, *expertise* richiesto ai membri e composizione complessiva del comitato, approccio metodologico, normative di riferimento, procedure e tempi della valutazione, profili di trasparenza e per converso di tutela della *privacy*, tipologie di conflitti di interesse, fonte di finanziamento delle attività (pare infatti impraticabile l'utilizzo dei fondi assicurati ai comitati etici dagli sponsor delle sperimentazioni cliniche per scopi così lontani da queste).



---

# L'esperienza del CARE (Competenze, Azioni, Relazioni Etiche) presso i Comitati Etici per la Pratica Clinica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova

---

## ■ Leopoldo Sandonà

*Facoltà Teologica del Triveneto – Fondazione Lanza*

Nel contesto della traduzione delle competenze acquisite dalla dimensione accademica a quella professionale appare significativo riportare un'esperienza sviluppatasi negli ultimi anni. Tale esperienza è sintomatica da un lato per indicare la relazione tra il Comitato etico per la pratica clinica e il contesto formativo aziendale, dall'altro lato per indicare la contaminazione tra i contenuti appresi dai professionisti nel contesto accademico tradizionale e il loro sviluppo all'interno delle esperienze professionali quotidiane. Come sul piano accademico la dimensione contenutistica si lega nel percorso agli elementi professionalizzanti, così una volta imboccata una strada professionale è effettivo il bisogno di tornare su alcuni elementi non solo per precisarli ma anche per rivenderli nel contesto di una evoluzione tecnologica, assistenziale e organizzativa.

Il primo passaggio di questo contributo si incarica di riassumere alcuni dati fondamentali relativi a questa esperienza. In secondo luogo si tratterà di riportare succintamente alcune evidenze che gli stessi partecipanti hanno manifestato, sebbene tali riflessioni si situino a livello delle riflessioni personali e non abbiano una cogenza statistica. Determinano però l'emersione di un sentire dei partecipanti ricorrente; alcuni sentimenti dell'aula sono ritornati fre-

quentemente nelle verifiche che in questi anni hanno accompagnato lo sforzo didattico e formativo. Il terzo passaggio sarà quello di trarre da questa esperienza alcuni insegnamenti fondamentali sia nella relazione tra Comitato etico e dimensione formativa sia nella prospettiva di una formazione continua non slegata dalla dimensione didattico-accademica ma integrata con la stessa.

### I dati emergenti

Il CARE (Competenze, Azioni, Relazioni Etiche) nasce dall'incontro delle esigenze formative dei Comitati etici per la pratica clinica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova – Comitato “dell'adulto” e Comitato “pediatrico” –, l'ufficio Formazione della stessa Azienda e successivamente dal contributo della Fondazione Lanza.

Il primo ciclo si è svolto nel 2020 e ha avuto 126 partecipanti: nel programmare tale ciclo non si poteva immaginare che presto saremmo stati travolti dalla tempesta pandemica, e i seminari sono stati dedicati ad alcune grandi questioni classiche della bioetica, partendo dai tradizionali principi dell'etica biomedica per arrivare alle sfide della bioetica globale. In mezzo hanno trovato spazio singoli approfondimenti sull'ambito pediatrico, geriatrico, palliativo, con un'attenzione spiccata verso la dimensione organizzativa e verso la situazione giuridica a qualche anno dall'entrata in vigore della legge 219/2017. Questo programma, come detto, fu immediatamente sconvolto dalla pandemia e ciò portò a maggio/giugno del 2020 ad iniziare degli approfondimenti multidisciplinari riguardanti nel primo caso le sfide del COVID-19<sup>1</sup>, nel secondo caso il vissuto dei curanti nell'emergenza<sup>2</sup>. Fu immediatamente chiaro che la sfida del Covid-19 oltre ad impattare su alcuni ambiti oggettivi della dimensione bioetica, dalle malattie infettive alla terapia intensiva fino alle domande organizzative per arrivare successivamente al travagliato dibattito sui vaccini, portava ad un cambiamento complessivo di paradigma per la bioetica, con un approdo strutturale<sup>3</sup> ad una dimensione allargata e globale della bioetica stessa.

Inoltre sul piano soggettivo i singoli operatori sanitari venivano travolti dall'emergenza, mettendo in luce quello che sarebbe stato il grande punto interrogativo post-Covid e cioè prendersi cura di chi cura e prendersi cura del sistema di cura. La pandemia metteva in evidenza e a nudo la scarsità di comunicazione nella relazione tra personale e pazienti oltre che le domande aperte dall'infodemia con una condivisione a volte morbosa, spesso esagerata, ancora più spesso incompleta o carente di molte informazioni medico-cliniche in ambito giornalistico e mediatico.

Nel 2021 il tema Covid-19 divenne centrale proprio a partire dal tema della comunicazione che aprì e chiuse il ciclo del 2021. Sul piano organizzativo va notato che il ciclo CARE ha rappresentato un'esperienza di rimodulazione molto veloce dell'attività formativa. Di fronte all'emergenza pandemica i Co-

mitati etici per la pratica clinica – quello dell'adulto come quello pediatrico – non hanno fermato i propri lavori, come accaduto purtroppo in molti territori<sup>4</sup>, anzi ha trovato nella formula dei *webinar online* una possibilità per allargare ulteriormente il proprio bacino d'utenza come dimostratosi anche dopo la pandemia<sup>5</sup>. Va notato a livello di partecipanti che i 143 partecipanti del 2021 trovavano una maggioranza sebbene non schiacciante nella professione infermieristica con 73 unità, seguita dai medici con 53 unità. Le ulteriori 17 unità erano rappresentate da diverse professioni sanitarie. Colpisce come sia del tutto assente la prospettiva dell'ambito amministrativo nonostante molte delle questioni attuali abbiano una ricaduta molto importante sul piano organizzativo e gestionale. Anche nello specifico dei professionisti rispetto alle singole unità operative va notato come la formazione di tipo etico venga ancora per lo più associata ad ambiti emergenziali o agli ambiti classici della bioetica (anestesia e rianimazione, ambito geriatrico o immuno-trasfusionale, ambito ginecologico-ostetrico, trapiantologia solo per citare gli ambiti più rappresentati nei professionisti).

Per quanto riguarda il 2022, che ha mantenuto e allargato ulteriormente la prospettiva partecipativa con 155 partecipanti, il dato sopra riportato viene confermato con la presenza di 69 infermieri, 67 medici, 19 professionisti appartenenti ad altri ambiti, con la comparsa anche di assistenti sociali (4) e di un amministrativo. Se l'area medica e chirurgica sono anche nel 2022 ampiamente rappresentate, si nota una crescente presenza dell'area pediatrica con ben 30 partecipanti rispetto ai 22 partecipanti dell'anno precedente, forse anche a partire dallo strutturarsi del mini-ciclo "CARE pediatrico". A livello di tematiche il 2022 si è concentrato sul futuro in medicina: pianificazione, donazione, innovazione. Il senso di questo programma era quello di guardare oltre la dinamica pandemica sia sul piano strutturale e organizzativo, tema che sarà poi ripreso anche nel 2023, sia sul piano oggettivo e contenutistico con la pianificazione delle cure scelta dai singoli pazienti e l'interrogarsi sul tema salute in tutte le età dell'esistenza e in tutte le sue fasi, non solo in quelle fasi in cui la salute diviene un problema perché è carente. Anche nel 2022 un incontro di taglio giuridico è stato dedicato a fare il punto sulla legge 219/2017, che si è confermata una legge spartiacque da certi punti di vista ma che si è manifestata anche nella sua sostanziale non applicazione.

Inoltre, anche a partire dalla dinamica pandemica, si è cercato di affrontare le ricadute cliniche della pandemia stessa, specie in aree come quella geriatrica non colpita da Covid-19, nell'ambito psichiatrico e della malattia mentale e soprattutto dei mancati *screening* specie in ambito oncologico, che stanno costringendo nel post-pandemia ad una rincorsa rispetto agli *standard* pre-pandemici.

Dal 2022 si è anche assistito ad una strutturazione sempre più coesa del "CARE pediatrico", che ha visto un ciclo di tre incontri sull'ammalarsi di pan-

demia in ambito pediatrico e le ricadute del trapianto in età pediatrica tra appropriatezza ed eccesso di cura. Un particolare aspetto emerso nell'ambito pediatrico è il coinvolgimento, oltre che di professionisti e docenti universitari, della voce dei pazienti ed in particolare di genitori che hanno accompagnato il proprio figlio in percorsi molto dolorosi<sup>6</sup>. Come si dirà oltre questo elemento rappresenta una vera gemma preziosa dei cicli CARE, perché in grado di connettere le strutture con il territorio e la società civile.

Anche nell'anno 2022 la partecipazione ai seminari CARE è stata particolarmente numerosa. Questa partecipazione ha toccato il suo momento più alto nella prima parte del 2023 in cui si sono raggiunti i 182 partecipanti all'interno di un ciclo su *Donazione per la vita e donazione per la scienza*, dedicato non solo ai trapianti ma anche alla donazione di tessuti da vivente, a cuore fermo e alla donazione del corpo alla scienza. Sempre nel 2023 hanno avuto un grande successo i due *webinar* dedicati al tema *Prendersi cura del sistema di cura*. In uscita dalla pandemia sono stati particolarmente coinvolgenti gli interventi del dott. Nino Cartabellotta, voce del Gimbe – Gruppo Italiano per la Medicina Basata sull'Evidenza – divenuta particolarmente presente nel periodo pandemico all'interno delle dinamiche informative, mentre successivamente è stata la volta di un dirigente, cioè il dott. Paolo Petralia che guida un'Azienda sanitaria in Liguria e vicepresidente della Fiaso, Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere. Il Sistema Sanitario Nazionale appare come un paziente di cui ci si deve prendere cura, senza disfattismi ma senza nemmeno tacere i bisogni in nome di una sorta di censura a qualsivoglia critica. Proprio il senso del fallibilismo e della limitatezza di risorse consente di evitare di cadere lungo un inevitabile pendio di decadenza.

Infine anche nella parte finale del 2023 si sono avuti due incontri del CARE pediatrico sul limite delle cure e sulla comunicazione da adattare alle singole situazioni anche con pazienti minori. Sia in questo caso come nel mini-ciclo legato alla donazione siamo di fronte a dei blocchi tematici che hanno raccolto un ottimo ascolto da parte di un pubblico nuovo, che ha seguito un tema specifico di suo particolare interesse.

Quindi si può affermare che nel corso di questi anni si sono alternati dei cicli coesi con mini-cicli specifici che hanno consentito un dettaglio molto approfondito su talune tematiche. La formazione si è così messa a disposizione di singole unità e settori di cura che richiedevano in modo urgente tali approfondimenti. Per il futuro è auspicabile che, nonostante le incursioni di alcuni mini-cicli specifici, la programmazione consenta, nei limiti del possibile e delle continue sollecitazioni contestuali, di definire un tracciato coeso nel tempo, per un verso evitando l'assunzione di temi troppo ampi e indeterminati, ma per altro verso evitando che trattazioni troppo specialistiche finiscano per tagliare fuori una parte ampia di pubblico. Sul piano dei singoli ambiti di cu-

ra senz'altro la dimensione bioetica non deve scordare i classici ambiti, come quello dell'inizio e del fine vita o la dimensione anestesiologicala e rianimatoria, ma deve spingersi a irrigare con la sua freschezza tutta una serie di luoghi dell'organizzazione sanitaria, non ultimo quello amministrativo, decisivo nell'allocazione delle risorse.

### **Cosa dicono i partecipanti**

Venendo brevemente alle reazioni dei partecipanti, sul piano dei docenti e degli organizzatori la soddisfazione è stata massima sia per la riuscita numerica degli eventi ma ancora di più per l'interconnessione disciplinare realizzatasi, non raramente fonte di ulteriori occasioni di approfondimento. Tale momento formativo, non strettamente di tipo accademico, consente ai docenti impegnati nella ricerca di mettere quest'ultima alla prova non semplicemente con riferimento agli studenti e ai colleghi, come avviene nella didattica o nelle occasioni convegnistiche, ma anche nella prospettiva del confronto con le professioni nel loro ordinario sviluppo, con tutte le questioni emergenti per così dire non "in laboratorio" ma *in actu exercito*.

Per quanto riguarda gli utenti partecipanti, essi tendenzialmente hanno confermato di aver acquisito maggiori abilità bioetiche per riconoscere e promuovere la valutazione dei casi clinici complessi. A partire dal riconoscimento che i casi possono essere ricorrenti emerge una richiesta di programmare una formazione continua/consulenza sui temi di bioetica che permetta un confronto sui casi clinici complessi con risvolti etici che richiedono un approccio multidisciplinare, così come la richiesta di introdurre le tematiche della comunicazione e degli aspetti etici nel percorso formativo di medici e professionisti sanitari. Si nota infatti che i professionisti della salute imparano a riconoscere delle tematiche di impatto precedentemente non studiate nel percorso di studi<sup>7</sup>.

Un tema ricorrente nei *feedback* dei partecipanti, anche oltre la trattazione specifica in un determinato periodo, è quello della comunicazione, considerata come "tempo di cura". Essa non interviene solo con i pazienti ed i familiari ma anche tra i diversi componenti del *team* multidisciplinare (medici, infermieri, ecc.) per condividere esperienze ed informazioni e sviluppare il miglior percorso di cura per il paziente. Allargando questo sguardo si nota la necessità di migliorare la comunicazione tra strutture ospedaliere e strutture territoriali, anche alla luce del periodo di pandemia, con un'attenzione alle conseguenze di una "cattiva" informazione fornita dai mezzi di comunicazione di massa con informazioni distorte e non veritiere che generano disorientamento e confusione nei pazienti. Tale elemento comunicativo diviene quindi centrale sia nel rinnovare la formazione dei futuri professionisti della sanità, sia nel continuare a integrare la comunicazione nella formazione *longlife*.

Dal periodo Covid sembrano emergere questioni tradizionali ma rinnovate

nel loro impatto, soprattutto a livello di comunicazione con i pazienti ma anche tra operatori e professionisti della sanità. Con altre parole possiamo dire che la questione organizzativa non è più solo una questione tecnica deputata a determinati uffici ma è una questione integrale per il complesso dell'impresa sanitaria, perché la pandemia ci mette di fronte all'integralità del tema salute in tutte le fasi della vita e in tutti gli aspetti contestuali e territoriali di esistenza<sup>8</sup>.

Questo momento di riflessione sulle reazioni dei partecipanti, che senza dubbio va ulteriormente implementato e rafforzato, rappresenta un momento decisivo per la verifica degli obiettivi raggiunti, secondo un modello riflessivo che incentiva la partecipazione e la collaborazione dei singoli membri<sup>9</sup>. Sebbene non possano essere considerati tutti i *desiderata* dei partecipanti, gli stimoli per gli anni successivi sia dal punto di vista tematico che sul piano formale della modalità di svolgimento dei seminari, appaiono assai interessanti per la programmazione a venire.

### **Evidenze emergenti e prospettive**

Il terzo passaggio cerca di trarre da questa esperienza alcuni insegnamenti fondamentali sia nella relazione tra Comitato etico e dimensione formativa sia nella prospettiva di una formazione continua non slegata dalla dimensione didattico-accademica ma integrata con la stessa. Sul primo versante appare evidente come il Comitato abbia nella formazione la sua funzione fondante, dal momento che da essa è possibile iniziare a riconoscere le storie etico-cliniche che a loro volta innervano la vita del Comitato stesso. Il Comitato etico è attore di formazione, oltre che di informazione per l'opinione pubblica, ma anche apprende molto da questa formazione perché può seguire lo sviluppo delle storie etico-cliniche così come anche il sentimento dei curanti, per esempio di fronte alla tempesta pandemica. A partire dal momento formativo – prima funzione dei Comitati per la pratica clinica –, le storie etico-cliniche – che rappresentano la seconda funzione dei Comitati per la pratica clinica – divengono più chiare per i curanti, creando così una circolarità virtuosa con il Comitato stesso, altrimenti non interpellato, come accade nei contesti in cui la formazione si è affievolita da troppo tempo. Conseguentemente laddove emergono diversi interrogativi etici ci sarà una maggiore necessità di linee di indirizzo operative condivise – terza funzione dei Comitati per la pratica clinica – e sarà più semplice lo sviluppo di una cultura etica e bioetica anche in ambito organizzativo e di allocazione delle risorse – quarta funzione dei Comitati per la pratica clinica –.

Ma soprattutto il nesso tra Comitato e formazione mette in evidenza la necessità di una continua traduzione empirica e professionale degli insegnamenti accademici. Da questo punto di vista la formazione è sempre più *lifelong learning* per seguire la continua accelerazione tecnologica, relazionale e clinica

imposta dal contesto<sup>10</sup>. La bioetica nella formazione diviene bioetica “traslazionale” perché si incarica di tradurre la dimensione di ricerca e di approfondimento nella pratica clinica, attraverso la stessa partecipazione dei curanti. In tal senso la formazione sarà necessariamente “condivisa” o esperienziale e non meramente teorico-frontale. La discussione laboratoriale in piccoli gruppi, anche se non del tutto impossibile con lo strumento a distanza, potrebbe vedere anche l’alternarsi di eventi *on line* con eventi presenziali atti a sviluppare proprio il confronto vivo e maggiormente interattivo.

Non va dimenticato inoltre lo sviluppo di una specifica competenza etica nei professionisti, che possono riconoscere molto di più la cogenza etica delle loro azioni e che possono confrontarsi in modo più competente su queste tematiche anche senza necessario bisogno di coinvolgere il Comitato. Da certi punti di vista la formazione riesce quando i curanti sono sempre meno nella necessità di riferirsi ad un Comitato che accompagni le loro scelte, lasciando libero il Comitato di concentrarsi sulle nuove questioni impellenti emergenti dai territori. Inoltre alcuni curanti che in particolare decidono di approfondire le tematiche bioetiche divengono a loro volta nel tempo docenti e importanti proscutori di quanto appreso da discenti.

Infine non va dimenticato come la formazione continua rappresenti, attraverso la voce delle associazioni di pazienti e della società civile, un fondamentale elemento di collegamento tra Ospedale e territorio, tra sanità e società. Se nella separazione di questi elementi alberga uno dei grandi elementi critici dell’attuale sistema, squadrato in tutta la sua delicatezza dalla transizione pandemica, riconnettere come cerniera sanità e sociale anche sul piano formativo rappresenta una sfida aperta. Come sul piano accademico la terza missione diviene momento di compimento della dimensione didattica e di ricerca, così la formazione continua, collegando la clinica con il contesto, consente alla dimensione professionale di non richiudersi nel tecnicismo, come la didattica fine a se stessa in una certa prospettiva accademica, ma di apportare nel contesto degli elementi di sviluppo e innovazione.

In conclusione possiamo affermare, senza retorica, che l’acronimo scelto in partenza – Competenze, Azioni, Relazioni Etiche – sia stato pienamente realizzato in questi anni, perché la formazione in materia *etica* e *bioetica*, declinata al plurale sia contenutisticamente che come approccio epistemologico e di paradigmi, ha portato a *competenze* diffuse in ambito bioetico, si è strutturata in modo effettivo ed efficace tramite azioni ma soprattutto perché si è costruito un patrimonio preziosissimo di *relazioni*<sup>11</sup>.



- <sup>1</sup> *Le sfide del Covid-19: valori in gioco e pratiche di cura*, 26 maggio 2020.
- <sup>2</sup> *Vittime ed eroi? Il Covid-19 tra retorica ed esperienze*, 3 giugno 2020.
- <sup>3</sup> Riprendendo le origini della bioetica si potrebbe parlare di un ritorno.
- <sup>4</sup> Si rimanda per il periodo pandemico al sondaggio condotto entro il numero unico di *Etica per le professioni 2020* dal titolo *Bioetica globale, bioetica clinica e Comitati etici. Appunti di riflessione in tempo di Sars-COV-2*.
- <sup>5</sup> A. Kanneganti, C.H. Sia, B. Ashokka, S.B.S. Ooi, *Continuing medical education during a pandemic: an academic institution's experience*, in «Postgrad. Med. J.», 96 (2020), n. 1137, pp. 384-386.
- <sup>6</sup> Se tale coinvolgimento è necessariamente delicato e non sempre possibile rappresenta un'opportunità per calarsi da vicino nell'esperienza delle famiglie e dei singoli pazienti: J.C. Verheye, C. Devos, *Participation of patients in the continuing training of professionals*, in «Soins», 62(2017), n. 812, pp. 39-42. Esattamente come nella relazione terapeutica l'autonomia delle persone assistite è centrale così anche nella formazione la voce dei pazienti diviene centrale oltre a quella dei curanti e degli esperti, J. MacKay, E. Needham, W. Walsh, *Including Patient Voices in Continuing Medical Education: One Provider's Experience*, in «Journal of CME», doi: 10.1080/28338073.2023.2275504.
- <sup>7</sup> K.S. Lucero, B. Williams, D.E. Moore Jr., *The Emerging Role of Reinforcement in the Clinician's Path from Continuing Education to Practice*, in «J. Contin. Educ. Health Prof.», doi: 10.1097/CEH.0000000000000541.
- <sup>8</sup> In tale direzione la pandemia ha rappresentato un definitivo cambio di paradigma, D. Blomberg, C. Stephenson, T. Atkinson, A. Blanshan, D. Cabrera, J.T. Ratelle, A.B. Mohabbat, *Continuing Medical Education in the Post COVID-19 Pandemic Era*, «JMIR. Med. Educ.», . doi: 10.2196/49825.
- <sup>9</sup> S. Brigley, Y. Young, P. Littlejohns, J. McEwen, *Continuing education for medical professionals: a reflective model*, in «Postgrad. Med. J.», 73 (1997), 855, pp. 23-26, doi: 10.1136/pgmj.73.855.23.. Anche se in termini cronologici è un contributo lontano, questo intervento collocava già nell'ottica della verifica operativa gli sforzi dell'educazione continua in Medicina.
- <sup>10</sup> In questo Quadro la formazione continua non è un eventuale accessorio ma un perno centrale dell'organizzazione sanitaria, che deve costantemente interfacciarsi con il versante accademico. Cfr. E.K. Vinas, C.J. Schroedl, W.F. Rayburn, *Advancing Academic Continuing Medical Education/Continuing Professionals Development: Adapting a Classical Framework to Address Contemporary Challenges*, in «J. Contin. Educ. Health Prof.», 2 (2020), 40, pp. 120-124, doi: 10.1097/CEH.0000000000000286.
- <sup>11</sup> Un ringraziamento particolare va al Servizio di Bioetica, nelle persone di Camillo Barbisan e Francesca Favero, e alla responsabile Formazione della Direzione Aoupd Bianca Rossato.



---

# L'anziano nella società attuale e l'esigenza di nuovi Comitati etici nelle RSA

---

## ■ Valter Giantin

*Medico-Geriatra e Bioeticista clinico, Direttore del reparto di Geriatria di Bassano del Grappa (VI), docente all'Università degli studi di Padova e Verona, Presidente e membro di più Comitati etici per la pratica clinica in Veneto*

### L'anziano in un mondo liquido moderno

Il nostro vivere in un mondo "liquido moderno", come diceva il noto sociologo e filosofo Zygmunt Bauman<sup>1</sup>, porta alla creazione di "nuovi poveri", "nuovi scarti", che la nostra società "malata di velocità" sta producendo: tra questi vi sono sicuramente gli anziani, soprattutto se non più autonomi e/o disabili, bisognosi di cure. Ralph Wando Emerson, influente filosofo e saggista statunitense, riferendosi alla mancanza spesso di valori profondi nella nostra società così si esprimeva: "pattinando sul ghiaccio sottile, la sola speranza di salvezza sta nella velocità"<sup>2</sup>. Ma la minor "velocità" intrinseca degli anziani, sia fisica e spesso anche psico-sociale, tende a creare fisiologicamente, in una società che spinge ad una accelerazione sempre più rapida, ad eliminare ciò che intralcia, ciò che rallenta, o nel migliore dei casi a toglierlo dalla vista, a celarlo nel nascosto, a ghettizzarlo in istituti o in altre realtà spesso lontane dal quotidiano di molti di noi. Così a volte vengono concepite e gestite anche le Case di riposo o le Residenze Sanitarie Assistite (RSA), o altri servizi per l'anziano nella nostra società attuale.

**La bioetica geriatrica: tra nuove possibilità e nuove problematiche**

Non è un caso se già Van Rensselaer Potter nel 1970, nella sua prefazione al testo *Bioethics. Bridge to the future*<sup>3</sup>, che spesso viene indicato tra i primi contributi sistematici alla bioetica, tra l'altro diceva: "Il proposito di questo libro è di contribuire al futuro della specie umana, promuovendo la formazione di una nuova disciplina, la disciplina della bioetica. Se vi sono 'due culture' che non sembrano in grado di parlarsi – la scienza e le discipline classiche – e se ciò fa parte del motivo per cui il futuro sembra in dubbio, allora potremmo forse costruire un 'ponte verso il futuro' ponendo la disciplina della Bioetica come ponte tra le due culture. [...] Noi abbiamo grande bisogno di un'etica della terra, un'etica della flora e della fauna, un'etica della popolazione, un'etica del consumo, un'etica urbana, un'etica internazionale, un'etica geriatrica, e così via". Abbiamo un grande bisogno di un'etica geriatrica. Si capiva già più di 50 anni fa che uno degli snodi più importanti per una vera etica della salute, con il progredire delle scienze mediche e delle relative tecnologie, non poteva non passare per la considerazione del mondo degli anziani e della realtà geriatrica.

Negli ultimi 50 anni l'evoluzione del rapporto medico-paziente, o professionista-utente in generale, e la possibilità di incidere profondamente sulla nascita e sulla morte delle persone sono i due processi che più di altri, nella loro evoluzione ancora in atto, stanno modificando la vita delle persone e ponendo nuovi problemi etici, fino ad oggi sconosciuti. Di fronte a nuovi quesiti che ogni giorno si manifestano in tali campi – si pensi ad esempio alle nuove sfide che la stessa intelligenza artificiale oggi pone anche nella cura dei pazienti – ci troviamo complessivamente impreparati, non solo per una generale difficoltà o ritrosia ad affrontare socialmente certi temi, che oggi si suole definire "eticamente sensibili", ma anche perché questi problemi, queste domande, queste scelte, prima semplicemente non esistevano o proprio non si ponevano.

Questo importante processo che interessa tutti, in quale misura e in quale modo coinvolge le persone anziane, e più in particolare le persone anziane ricoverate nelle RSA, nei Centri servizi, nelle Case di riposo? Le nuove possibilità della medicina e il nuovo rapporto medico/paziente, professionista/utente, incidono sulla vita delle persone anziane e sulle modalità di lavoro di chi cura gli anziani?

Certamente sì. Un esempio è rappresentato oggi dalla disponibilità manifestata dalla Corte Costituzionale nella sentenza 242/19 che di fatto apre alla possibilità di suicidio medicalmente assistito, ma anche dal parere espresso già nel 2016 dal Comitato Nazionale di Bioetica – CNB sulla sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte. In tale documento il CNB riteneva legittimo adottare un protocollo di sedazione profonda e continua in presenza di almeno tre situazioni contestuali: a) malattia inguaribile in uno stadio avanzato; b) imminenza della morte, generalmente attesa entro poche

ore o pochi giorni; c) presenza di uno o più sintomi refrattari alle terapie, adeguatamente verificati o di eventi acuti terminali con grave sofferenza sia fisica che psichica. Ma dove sta il *cut-off* clinico tra uno stato avanzato da uno meno avanzato di patologia? Con quali strumenti certificati e definiti per patologia valuto la prognosi di un paziente quando questa resta a volte dubbia anche laddove è più studiata, come per esempio nel malato oncologico? Come determinare la sofferenza psichica? E se una grave sofferenza psichica fosse alla base di richieste di suicidio assistito, dove e come pongo il limite di questa sofferenza per l'avvio della sedazione palliativa profonda e continua, quando più del 40% degli ospiti di una RSA soffrono in media di una qualche forma di depressione? È giustificato sempre il suicidio nella sofferenza esclusivamente psichica? Queste solo alcune delle molte questioni etiche sul fine vita che in area geriatrica oggi ci troviamo ad affrontare.

### **Evoluzione del rapporto medico-paziente: da una medicina paternalistica ad una partecipata**

D'altro canto è diventata sempre più forte l'esigenza da parte del paziente/cittadino, così come del familiare/*caregiver* – in particolare nelle strutture a pagamento dedicate agli anziani – di conoscere non solo le reali condizioni di salute, ma anche le verificate possibilità di cura e riabilitazione, le percentuali di rischio e di beneficio dei farmaci e degli atti clinici in generale, la valutazione della prognosi, la verifica della qualità di vita nella restante aspettativa di vita, ecc.. E quindi, una volta che si è stati informati di tutti gli aspetti relativi al proprio stato di salute o di malattia, avere la possibilità di liberamente decidere se e come intervenire. Negli ultimi decenni si è iniziato ad imporre un processo, ancora molto lontano dal suo completamento, dove il principio che la persona può disporre del proprio corpo, della propria salute, della propria vita è ormai determinante: il principio di autodeterminazione, che poggia sulla capacità decisionale e che, come vedremo, è l'anello debole della medicina nelle case di riposo e/o RSA, e più in generale, della medicina geriatrica.

L'evoluzione del rapporto professionista/utente è però ben lontana dall'obiettivo di una completa informazione e reale partecipazione, e spesso viene ridotta a qualche adempimento formale (ad es. le varie forme di consenso informato spesso ridotte a firma di moduli precompilati, ecc.), che ha avuto come banco di prova gli ambulatori, i reparti ospedalieri, la medicina dell'acuzie e primariamente il coinvolgimento del soggetto giovane/adulto. Ma questo processo ha interessato poco o niente, in modo poco efficace e profondo, il complesso mondo degli anziani: le case di riposo, gli istituti di riabilitazione geriatrica e, in generale, tutti i settings di cura delle persone anziane. Spesso considerati più "oggetti" di cura che veri "soggetti" decisionali, gli anziani per il loro approccio lento alle questioni, per la loro scolarità spesso non ele-

vata, per la loro paura di essere travolti da una scienza sempre più tecnologica e meno umana, vengono spesso scavalcata nelle decisioni cliniche dal rivolgersi ai loro parenti o *caregivers*, quando non affatto considerati anche dai professionisti sociosanitari. L'aspetto del lento declino cognitivo tipico nelle ultime fasi della vita, anche qualora non comporti una reale perdita della capacità giuridica, diventa poi giustificazione per molti operatori di residenze per anziani per non coinvolgerli nel processo decisionale, senza cercare laddove fosse ancora possibile, di cogliere le residue ma ancora efficaci capacità di intendere e volere. E il problema non risulta comunque semplice neanche dal punto di vista giuridico.

Entro il 2030, si prevede che il numero di persone con più di 60 anni crescerà a livello mondiale del 38%, passando da 1 miliardo a 1,4 miliardi, superando il numero di giovani a livello globale. In Italia poi i pazienti ospiti in RSA con decadimento cognitivo (alla valutazione con MMSE o *Mini-Mental-State Examination* a diciotto punti su trenta sono circa il 58,5%). Questo rapido cambiamento rappresenta a livello globale una sfida anche dal punto di vista giuridico<sup>4</sup> in quanto non vi è un limite d'età, come ad esempio succede per i diciotto anni per la capacità giuridica, che dura poi tutta la vita, di porre in essere tutti i diritti e i doveri, automaticamente senza bisogno di indagini specifiche. In pratica, da un punto di vista giuridico non esiste un momento in cui si diventa "anziani" anche se esistono rare normative correlate all'età avanzata. Ma è indubbio che l'anziano è oggi un nuovo soggetto giuridico portatore di istanze e bisogni diversi dal giovane-adulto, anche per fattori psico-cognitivi. Lo sviluppo in atto di una gerontologia giuridica si muove proprio in questo senso, attraverso lo sviluppo di una teoria dell'invecchiamento in ambito giurisprudenziale, per ottenere uno sguardo d'insieme e giustificare scientificamente i contenuti delle leggi, anche attraverso un approccio interdisciplinare necessario per un fenomeno così complesso.

### **L'evoluzione dei Centri servizi per anziani e RSA**

Le Residenze Sanitarie Assistenziali-RSA, o meglio i diversi tipi di istituti e centri servizi, che nel nostro paese assistono persone anziane, hanno sviluppato in particolare in questi ultimi anni una nuova sensibilità e attenzione verso temi che vanno al di là degli ambiti consueti della medicina, cioè la diagnosi, la terapia, la riabilitazione. Si è perciò posta attenzione ad es. alle pratiche restrittive, alla contenzione fisica e farmacologica, all'isolamento relazionale (accentuatosi con l'esperienza Covid), alla valutazione concreta della prognosi, ecc.

Ma anche nuovi temi stanno al centro dell'interesse di molte realtà geriatriche tra cui il rispetto della *privacy* e della dignità della persona così come l'individuazione e la cura del dolore e della sofferenza, le decisioni critiche che incidono sulla durata e sulla qualità della vita (alimentazione artificiale, interventi

chirurgici non essenziali a fine vita, ospedalizzazione e istituzionalizzazione, sedazione palliativa profonda continua nella fase terminale, ecc.). Su questi temi, negli ultimi anni, si sono aperte vivaci e spesso costruttive discussioni. Si sta insomma, lentamente e faticosamente, diffondendo una riflessione collettiva che forse porterà ad un nuovo modo di prendersi cura della persona, a una nuova relazione, a una nuova etica geriatrica.

Ma anche i luoghi della cura sono cambiati e stanno cambiando rapidamente negli ultimi anni. La famiglia non è più sempre il luogo privilegiato, dal nascere al morire, e altri luoghi si sono moltiplicati assumendo significati diversi. All'ospedale è affidata la cura dell'acuzie: fornisce – o dovrebbe fornire – diagnosi precise e tempestive, interventi pronti ed efficaci sulla condizione acuta; e quindi affrontare la criticità con mezzi tecnologici e organizzativi all'altezza del compito. Dal canto loro le RSA, soprattutto nelle regioni settentrionali, dopo la progressiva chiusura dei reparti ospedalieri di lungodegenza, e la concomitante apertura e continua trasformazione delle Strutture Intermedie o Ospedali di Comunità in luoghi che provano a vicariare la cura del paziente cronico, fragile e lungodegente, queste ultime hanno cercato di evolversi, dotandosi di personale, luoghi ed organizzazione che potesse far fronte al loro, peraltro incerto, mandato. In alcuni casi le RSA sono diventate – talora *oborto collo* – luoghi qualificati per affrontare la cura dell'anziano ma questo processo è avvenuto spesso in uno scenario di deserto culturale per quanto attiene la cultura geriatrica, che ha solo minimamente permeato, almeno nel nostro contesto geografico, gli ospedali e la medicina territoriale, e forse ancor meno l'apparato decisionale politico e sociale. Le RSA sono diventate, un po' per vocazione, un po' per necessità, luoghi privilegiati di cura degli anziani trovandosi però ad affrontare le nuove sfide cariche di contenuto etico: come ad es. affrontare la dignità del morire, come gestire la propensione tra medicina aggressiva (interventista) e medicina palliativa anche precoce e simultanea, come acquisire competenza nelle cure di fine vita, come districarsi nelle diverse potestà decisionali e il rispetto dell'autonomia della persona? Di fronte a questi temi, è necessario quindi individuare quanto prima un percorso con nuove radici etiche.

### Quale etica nei nuovi setting di cura per gli anziani

Le RSA soffrono storicamente di una dipendenza culturale dal modello ospedaliero e ne stanno seguendo l'esempio anche per una modifica sostanziale della tipologia degli ospiti e dei *caregivers* che li accompagnano. L'ospedale è stato per decenni il perno della sanità e anche il modello organizzativo, tecnico, scientifico di riferimento della medicina dei nostri tempi. Gli istituti per anziani, in assenza di uno specifico modello e di una precisa e codificata mission (sempre in evoluzione, spesso con un carico crescente di gravità clinica degli utenti), sono nati e cresciuti riproducendo il modello ospedaliero, spesso

in modo non conforme a nuovi bisogni: e cioè senza averne gli adeguati mezzi e luoghi, senza le necessarie e variegate competenze professionali, talvolta senza le sufficienti capacità organizzative e/o le adeguate risorse economiche, ecc.

Una nuova etica in tali realtà non può prescindere dalla ricerca di un nuovo senso del lavoro in tali strutture. La medicina tecnologica, orientata al risultato, alla ricerca della guarigione, all'uso pervasivo di farmaci, ai trattamenti aggressivi spesso svincolati da una riflessione sulla prognosi della persona, delle sue attese, della sua qualità di vita così come la medicina vitalistica, protesa esclusivamente a evitare la morte e prolungare la vita, a qualsiasi prezzo e con qualsiasi strumento, mostrano i propri evidenti limiti oggi, proprio in questi particolari ma sempre più diffusi, in termine di numero di assistiti, *setting* di cura.

In effetti dal 2017 al 2022 siamo passati dalle 296 mila persone con oltre 65 anni residenti in RSA alle 362 mila, con un *boom* proprio negli ultimi due anni post pandemia. Già nel 2021 si registravano 325.032 anziani *over 65* che avevano avuto almeno un episodio di permanenza in RSA nell'arco dell'anno. Nel 2022 il 2,5% degli anziani con almeno 65 anni e il 4,6% degli *over 75* ha avuto almeno un ricovero in RSA, anche se sono enormi le diversità tra le aree geografiche. Esiste chiaramente un *gap* nord-sud in termini di posti letto imbarazzate: nel 2022, le regioni che hanno registrato la maggiore presenza di *over 65* assistiti in istituti residenziali sono state la Provincia Autonoma di Trento (l'8,7% della popolazione anziana assistita), il Piemonte (il 4,8%), la Lombardia (il 4,3%), il Veneto (4,1%) e la Provincia Autonoma di Bolzano (3,9%). Dal lato opposto della classifica, le regioni del Meridione presentano tassi di assistenza residenziale ben al di sotto dell'1%: la Campania con lo 0,3%, la Basilicata e il Molise con lo 0,5% ciascuna, la Sicilia con lo 0,8% e la Puglia con lo 0,9%<sup>5</sup>.

Il processo decisionale va quindi ampiamente ripensato, analizzato, scomposto e ragionato in queste nuove realtà assistenziali. Le volontà del paziente, di quel preciso paziente con spesso incapacità ad esprimerle pienamente devono essere conosciute e rispettate. La medicina tradizionale va declinata in una popolazione – i cosiddetti anziani fragili, oggi spesso sub-terminali – che bisogna conoscere, rispettare, studiare sviluppando una filosofia della scienza medica capace di trovare un equilibrio tra la medicina aggressiva, tecnologica, la cosiddetta *SMART Medicine* o *SMART Health* e una Medicina Geriatrica più paziente, la *SLOW Medicine* capace di garantire al malato soprattutto una esistenza qualitativamente buona e gratificante.

### Cura e reciprocità

La nuova etica che nasce dal lavoro nei nuovi *setting* di cura (Centri Servizi, RSA, *hospice*, Centri Diurni, ecc.) deve inoltre nascere da un deciso viraggio come dicono gli anglosassoni da uno "*shift from pathology to people*" ("dalla patologia alla persona"). La risposta alle domande che le nuove tipologie di

anziani in questi *setting* di cura ci pongono deve essere tagliata su misura per quelle persone che abbiamo davanti, non per un generico anziano o una generica patologia da manuale di medicina, e tantomeno per obbedire a rigide disposizioni organizzative o socio-economiche. Il tema delle risorse finanziarie insufficienti per le cure continuative degli anziani infatti rischia di incidere drammaticamente sulla nostra possibilità di un intervento più personalizzato, più ritagliato a misura, e purtroppo oggi la quotidianità schiaccia il personale, anche volenteroso e ben formato, tra il “dover e voler fare” e il “poter – concretamente – fare”.

La disabilità e la dipendenza non dovrebbe più tracciare un solco tra chi cura, decide, agisce, e chi passivamente è curato, spesso senza voce, senza capacità di influire o decidere della propria vita. La dipendenza, la non autosufficienza deve essere intesa come una condizione che può colpire chiunque, in tutte le età della vita, e comporta una reale ed equilibrata relazione di aiuto per affrontare e se possibile superare quella fase. È necessaria una nuova etica della cura geriatrica dunque, dove “per cura” si deve intendere sia cure che care, cioè un’attività ampia, complessa, articolata, che include tutte le azioni che compiamo per mantenere, continuare e possibilmente sanare la nostra attuale realtà socio-sanitaria in modo tale da saper agire con principi ispirati alla “cura nella reciprocità”.

Un illustre cardiologo americano Philip Greenland qualche anno fa pubblicava in *Archives of Internal Medicine*<sup>6</sup> un editoriale molto emblematico dal titolo *What if the patient were your mother* in cui concludeva: “...dalla mia personale esperienza non ci può soddisfare, nel modo di curare, niente di meno di ciò che andrebbe bene per i nostri parenti: nostra madre, nostro padre, nostra moglie, i nostri figli, ecc... Ciò significa per un operatore sanitario porre gli interessi del paziente e della società sopra ai propri”.

È questo a mio parere il lavoro più urgente da svolgere oggi in ambito di bioetica sanitaria: riportare al centro la relazione di reciprocità tra chi cura e il curato, consci che al di là della pediera del letto un domani, qualsiasi professionista socio-sanitario può ritrovarsi ad essere paziente, o tale ruolo può essere assunto da un proprio familiare o persona a lui cara. In tale senso in questi anni stiamo cercando di pubblicare anche testi<sup>7</sup>, che partendo da un contributo teorico o esperienziale vogliono promuovere questa nuova visione etica della cura secondo quattro diverse angolazioni:

- un nuovo sapere bioetico in sanità, con l’obiettivo di fornire una riflessione teorica di tipo bioetico e medico sul tema della reciprocità nel contesto di cura, con particolare *focus* sul beneficio che si può ottenere dall’applicazione dell’etica della reciprocità nella relazione di cura;
- il contributo di altri saperi in merito: la reciprocità in ottica interdisciplinare,



con l'obiettivo di allargare la visione uscendo dalla sola relazione di cura e spaziando in ambiti più propri dell'essere umano in quanto tale;

- tradizioni sapienziali e religioni, con l'obiettivo di fornire un contributo significativo, non influenzato da un'opinione o da una sensibilità, ma comprensibile e condivisibile da qualsiasi spiritualità, filosofia o tradizione sapienziale;
- esperienze e testimonianze, che forniscano vissuti concreti di reciprocità. L'approccio al tema non risulta così meramente teorico, ma dimostra concreta applicabilità già nel mondo attuale.

### **La forte richiesta dei professionisti di una maggior formazione in bioetica e cure palliative**

L'imperativo di far vivere nel miglior modo possibile una persona anziana nella sua parte finale della vita, a maggior ragione se in un contesto diverso da dove ha vissuto la sua gioventù o età adulta, come ad esempio sono oggi i nuovi *setting* di cura quali RSA e centri servizi dedicati, comporta anche sapere riconoscere, con competenza e capacità di misura, il sottile confine che separa l'accanimento terapeutico, l'ostinazione irragionevole nelle terapie, dall'abbandono, dalla desistenza terapeutica. Significa decidere se e quando porre un limite a interventi che possono modificare la qualità o la durata della vita del malato, o entrambe. Nel caso di decisioni che comportino ad esempio la rianimazione cardiopolmonare, l'uso di farmaci salvavita, l'alimentazione e l'idratazione artificiale, le emotrasfusioni, gli interventi chirurgici, i farmaci utili per una prevenzione a lungo termine, ecc. dobbiamo farci carico dei diritti della persona anziana, cercando di rispettare appieno la sua volontà, il suo progetto di vita: sia che venga espresso direttamente dal malato sia, come più spesso accade, che lo possiamo desumere solo dalla sua storia, dalle parole dei familiari o da volontà precedentemente espresse.

Ma che ne pensano i giovani e meno giovani professionisti in merito alla loro preparazione in ambito bioetico e delle cure palliative, sempre più richieste nei *setting* di cura sopra considerati? Un nostro studio su 127 specializzandi dell'Università di Padova ha concluso che invece la richiesta da parte dei medici in formazione è alta per avere una maggiore formazione anche in bioetica e nell'approccio palliativo. E ciò valeva per gli specializzandi in anestesia-rianimazione per il 95,2%, in chirurgia per il 90,7%, in geriatria per il 78,1% (questi ultimi erano gli unici ad avere già un minicorso di bioetica durante la specializzazione). La richiesta si alzava ulteriormente se si considerava il desiderio di maggiore formazione in cure palliative: 96,8% per la specializzazione in anestesia-rianimazione e 100% per gli altri corsi di specializzazione.

Un precedente nostro studio con questionari distribuiti a circa 700 medici



ed infermieri in 5 ospedali del Veneto, conferma tale richiesta di maggior formazione anche in professionisti già al lavoro. Era infatti alta la richiesta di formazione in bioetica: 93,5% dei medici e 93,0% degli infermieri chiedevano che venisse fatta maggior formazione in tal senso, anche se già il 39,8% ed il 36,9% rispettivamente aveva già una qualche formazione in merito. La richiesta per una maggiore formazione in cure palliative cresceva anche in questo campione: 97,9% dei medici e il 97,4% degli infermieri. Forse perché avevano ancor meno nozioni in tale ambito: solo il 23,4% dei medici e il 22,95 degli infermieri dichiarava di aver avuto una qualche pregressa formazione in cure palliative.

Purtroppo manca a tutt'oggi, nel nostro Paese, nonostante vi sia ora anche una cornice legislativa che dovrebbe tutelare la volontà del malato e il suo diritto all'autodeterminazione nelle fasi avanzate di malattia, vedasi la legge 219/2017<sup>8</sup>, una reale messa in pratica di tale diritto. In effetti benché la legge succitata sia stata approvata da più di due terzi del Parlamento, dopo oltre vent'anni di discussioni, rinvii e modifiche, e sia in vigore ormai da più di 5 anni, più del 95% dei medici e dei sanitari non la conosce in modo appropriato, quasi nessuno l'ha letta interamente benché per la lettura siano necessari meno di 15 minuti, e quasi il 99% non conosce in particolare gli effetti dell'art. 5 sulla pratica clinica della pianificazione condivisa delle cure e della possibile indicazione di un fiduciario, anche da parte di un sanitario che segue direttamente il paziente: e ciò vale sia in ambito ospedaliero che nella medicina di base, ed ancor più nelle RSA e nei Centri Servizi in genere. Del resto la mancata formazione sulla legge, frutto probabilmente anche dell'art. 7 sulla invarianza finanziaria con cui questa legge dovrebbe proporsi, è un altro dei grandi *gap* tra ciò che le leggi promuovono nel nostro paese e la loro reale applicazione.

Ecco allora che anche la legge 219/2017 va calata, sempre più ed in tutti i modi, nella nostra cultura e nella nostra sensibilità, in un'ottica di solidarietà interpersonale, consentendo ad ogni cittadino anche se non autonomo, fragile, dipendente di rimanere "soggetto" di cura anche quando la malattia gli impedisce di manifestare i propri desideri e le proprie scelte. A noi tocca far sì che il consenso agli atti medici, il rispetto dell'autonomia e il principio di autodeterminazione rimangano pilastri del rapporto di cura in un'ottica di reciprocità anche nelle età più avanzate, anche quando l'incompetenza cognitiva pone una barriera di silenzio tra chi cura e chi è curato. È necessario pertanto ridisegnare una nuova forma di assistenza sociosanitaria che superi l'etica formale degli atti (cosa dobbiamo fare e come dimostrare di averlo fatto) verso una sempre più consolidata etica di reciprocità tra gli agenti (cosa dobbiamo essere in una relazione di vera reciprocità), che spesso non si improvvisa ma necessita di tempo e molta, molta formazione specifica. Serve un nuovo modello che superi l'asettico approccio diagnostico-terapeutico-prognostico, verso una medicina del coinvolgimento relazionale, della affinata gestione emotiva della

comunicazione, in particolare con il soggetto gravemente ammalato o morente, che si apra sempre più alla reciprocità con chi spesso solo ci precede in fasi così delicate e preziose della vita.

### **Perché far nascere dei Comitati etici per la pratica clinica in RSA o nei Centri servizi**

Ma perché oggi ha senso dare vita anche a Comitati etici, proprio là dove vivono oggi gran parte degli anziani più sofferenti, più soli, più incapaci?

Anzitutto perché esistono differenze, rispetto ad altri setting, molto articolate che riguardano l'utenza: *in primis* gli ospiti con le loro peculiarità funzionali ed esistenziali, ma anche i *caregivers* che spesso sono soggetti direttamente paganti una retta e che pretendono un servizio per questo ancor più adeguato al loro assistito.

Ma diversi sono anche i luoghi di cura non più ospedalieri e nemmeno domiciliari nel senso stretto del termine, che implicano una residenza spesso per l'intera vita che rimane; ci sono anche forme di cura affiancate che spesso non sono presenti in altre realtà assistenziali, con caratteristiche molto più speciali come centri diurni semi-residenziali, SAPA – sezione ad Alta Protezione Alzheimer, NAIS – Nuclei ad Assistenza Intermedia Socio-Sanitaria, *hospice* prevalentemente con pazienti terminali oncologici, ecc.

Anche i professionisti sono caratteristici: sono spesso, anche se non sempre, MMG – Medici di Medicina Generale che gestiscono la parte sanitaria, ma con una utenza che è spesso molto più grave e specifica di quella che vedono a domicilio. Anche gli infermieri ed OSS hanno caratteristiche diverse oggi, risultando spesso stranieri, più giovani, talora meno preparati e con meno esperienza professionale, con scarso interscambio con altre realtà ospedaliere o territoriali. Altri professionisti come specialisti di branca medica, fisioterapisti, educatori o altre figure professionali sono spesso garantite pienamente solo in realtà molto grandi o con molti posti-letto essendo invece scarse nelle realtà più piccole, anche per una carenza di personale ormai evidente in molte realtà di provincia. Permangono inoltre ben rappresentate nelle piante organiche di molti istituti, per una latenza di adeguamento della normativa, figure professionali come magari l'educatore-animatore che se aveva un senso nel passato quando le case di riposo si rivolgevano prevalentemente a soggetti capaci ed ancora deambulanti, ma che oggi non trovano ragione in RSA dedicate per lo più a soggetti dementi allettati e/o a fine vita, mentre viceversa è quasi ovunque assente uno specialista palliativista quando la mortalità nei primi mesi dal ricovero in struttura è in rapida ascesa. Si pensi che in alcuni Istituti, per varie ragioni anche di indirizzo strategico regionale, la permanenza media dell'ospite, prima del decesso, è passata nell'arco di un solo decennio dai 5-6 anni ai 5-6 mesi.

Singolare è anche l'isolamento sempre più denunciato dagli stessi operatori e professionisti in tali *setting* di cura, spesso con poca o nulla possibilità di formazione *in loco*. Ecco che allora le competenze professionali, dopo la formazione scolastica di base, diventano più limitate, spesso costruite con pochi mezzi in casa, con scarsa possibilità di confronto con altri professionisti più affermati, e si istaura di conseguenza anche una scarsa attitudine alla formazione continua.

Inoltre il travaso di pazienti da reparti ospedalieri per lungodegenti a strutture come gli ospedali di comunità-ODC o le RSA non sempre ha tenuto conto delle diverse risorse economiche a disposizione (ad esempio oggi si fa sempre più fatica ad avere anche alcuni antibiotici di base nelle RSA o in ODC rispetto agli ospedali), delle diverse e più articolate dotazioni di personale (utili soprattutto nelle emergenze endemiche e pandemiche), dei diversi e più poveri mezzi e strumentazioni disponibili.

Anche i tempi sono molto più diversi nella gestione dei pazienti con flussi più lenti (si pensi solo ad un esame bio-umorale da effettuarsi in RSA o in ODC nel *weekend*), con forti criticità nelle acuzie (con un aumento considerevole dei ricoveri ospedalieri di notte e nei *weekend* quando i MMG che seguono le RSA non sono presenti *in loco*), con difficoltà talora di creare isolamenti efficaci per infezioni (sta crescendo la resistenza agli antibiotici anche per questo motivo), la latenza negli spostamenti anche non urgenti dei pazienti che talora ritardano diagnosi o trattamenti.

Ed ancora: le sperimentazioni cliniche sono quasi assenti in questi importanti *setting* di cura, e ciò incide negativamente sulle scelte decisionali dei curanti, spesso rendendo difficile per loro scegliere tra linee guida che fanno riferimento a pazienti ricoverati in ospedale o viventi nel proprio domicilio. E ciò dipende da vari fattori: resistenze dei pazienti e caregivers che magari non si fidano pienamente di professionisti meno dediti alla ricerca sperimentale, alla carenza di mezzi anche economici per sostenere la ricerca, ad una media di personale medico ed infermieristico spesso poco interessato allo sviluppo di tali pratiche, alla carenza di protocolli standardizzati in tali ambiti di cura, a resistenze organizzative anche delle stesse Direzioni, spesso preoccupate di un possibile risvolto negativo nella reputazione del loro Istituto in caso vi fossero effetti negativi per i pazienti emergenti dalla sperimentazione stessa.

Una criticità di tipo organizzativo riguarda poi la decennale scarsa integrazione nella rete dei servizi delle RSA verso i centri per le acuzie e verso le normali degenze ospedaliere, con in genere solo un invio obbligato all'ospedale dei pazienti molto critici e quasi mai un inverso approccio dei sanitari professionisti verso la RSA, anche laddove ciò fosse indicato.

Queste ed altre peculiarità sopra citate rendono oggi ragione, in una realtà che diventa sempre più "sanitaria" con implicazioni importanti nell'eticità di

alcune scelte cliniche e socio-sanitarie in genere, di uno doveroso sviluppo di Comitati etici vicino a questi luoghi di cura in rapida e rischiosa – per quanto sopra evidenziato – trasformazione, per essere un baluardo di solidarietà e di eticità rivolta *in primis* agli ospiti / pazienti e ai loro caregivers, ma anche aperta alle difficoltà e criticità che si trovano a vivere i professionisti e gli operatori che vi lavoravano, alle loro Direzioni e agli enti che le sostengono, e non ultimo ai cittadini che si trovano a scegliere talvolta in modo obbligato tra le diverse proposte di assistenza fruibili nel proprio territorio.

### **Compiti, benefici e limiti dei Comitati etici per la pratica clinica in RSA o Centri Servizi**

I compiti fondamentali dei Comitati etici sono simili anche in RSA a quelli di altri Comitati etici per la pratica clinica e cioè: a) l'analisi etica di casi clinici; b) lo sviluppo di raccomandazioni e indirizzi di carattere etico e/o valutazione etica di procedure operative e organizzative, di protocolli di ricerca / sperimentazione / studio / osservazione; c) l'educazione e formazione in materia di bioetica e di sensibilizzazione degli operatori, familiari-caregivers e della cittadinanza; d) il contributo alla riflessione sul tema dell'allocazione e dell'impiego delle risorse. Ma tali compiti vanno però calati nel complesso articolarsi della assistenza mista socio-sanitaria di questi ambiti, con le peculiarità di utenza, luoghi fisici, professionalità, competenze, risorse, tempi, integrazioni e sperimentazioni possibili come sopra evidenziato.

Nel corso degli ultimi otto anni di vita di alcuni Comitati etici per la cura della persona della persona<sup>9</sup> in RSA<sup>10</sup> o centri servizi<sup>11</sup> ho avuto modo di registrare anche i reali benefici della presenza di tali strumenti.

Anzitutto un beneficio importante è derivato dal portare vicino ai luoghi di sofferenza l'etica della cura con un costante apprezzamento sia dell'utenza che dei professionisti implicati. Vi è stata poi una attenzione accresciuta per non massificare ma contestualizzare il metodo sartoriale di assistenza, con alcune scelte operate *ad hoc*, su casi apparentemente simili dal punto di vista strettamente clinico, ma profondamente diversi nell'approccio alle scelte operate dal paziente e/o condivise con i propri caregivers. È inoltre cresciuta la consapevolezza della necessità di entrare nelle dinamiche di contesto, anche professionali, di chi opera in tali strutture, per coglierne anche le criticità e le sofferenze ed avviare percorsi di miglioramento relativi. Un forte contributo è stato quello di cogliere come le tempistiche dei cambiamenti socio-assistenziali diventino sempre più rapide con la necessità che tutti insieme (utenti, cittadini, professionisti, enti, ecc.) ci si muova nel richiedere nuove politiche e nuove normative precipuamente dedicate a questi ambiti di cura, talora creando anche reti di comitati etici che formino una massa critica che promuova il cam-

biamento “*from the bottom up*”. Interessante ad esempio è il costante lavoro effettuato per arrivare ad una normativa regionale per una “RSA senza dolore”, per alleviare la sofferenza psico-fisica degli utenti. A ciò ha corrisposto anche l'avvio di protocolli interni alle RSA in tal senso, anche tramite una formazione intensa sulla conoscenza della legislazione (ad es. della legge 219/2017, con anche presentazioni dei pareri del Comitato Nazionale per la Bioetica – CNB sugli argomenti delle DAT e PCC).

Ma anche spesso i Comitati etici sono stati la spinta per avviare e fornire supporto formativo e professionale e non solo in ambito bioetico<sup>12</sup>, laddove lo stesso comitato faceva emergere criticità professionali critiche<sup>13</sup>. Molto valido poi il supporto fornito anche via *webinar* a valenza nazionale per contrastare la pandemia Covid<sup>14</sup> che molto ha colpito le strutture residenziali, anche con confronto con docenti di fama. Naturalmente altro importante beneficio è stata la rapidità e completezza della risposta nella consulenza clinica e bioetica che veniva richiesta dai vari protagonisti della cura e dagli stessi ospiti e/o caregivers, con in particolare una presa in carico importante nei casi più urgenti o complessi. Non trascurabile è stato l'apporto alla gestione etica di confronto tra le diverse professionalità in gioco nelle RSA anche attraverso una prossimità ed informalità tra gli operatori/professionisti che ha semplificato la condivisione delle scelte bioetiche proposte.

In alcune situazioni più rare, interessante e proficua è stato anche l'intervento per calare delle sperimentazioni cliniche nell'ambito di cura particolare in cui ci si trovava ad agire, con importanti modifiche dei protocolli pensati a tavolino dagli sperimentatori che non conoscevano profondamente la singolarità di tali *setting* di cura. In altri casi è stata importante la partecipazione del comitato etico al gruppo di progetto per la ristrutturazione di alcuni luoghi o istituti di cura, per la sensibilità etica che veniva apportata sia all'assistenza dell'ospite che al lavoro dei sanitari implicati<sup>15</sup>.

Vi sono anche limiti attuali che possono però subire dei miglioramenti in un prossimo futuro. Essi sono le scarse risorse di professionalità e di tipo economico disponibili per questi Comitati etici, che spesso vengono supportati solo su base volontaristica dagli enti che ritengono di effettuare un ulteriore sforzo finanziario per dotarsi di un Comitato etico, non essendo previsto alcun ritorno economico da parte della regione o dello stato. Un ulteriore limite è poi dovuto, spesso anche per le motivazioni sopra indicate, di avere tempi abbreviati (in media un Comitato etico in RSA si riunisce ogni 2-3 mesi) di incontro in presenza dei membri che però, grazie anche alla tecnologia ereditata durante la pandemia Covid, è stato spesso ovviata tramite incontri via *web*.

Molto si può ancora fare per migliorare la composizione e la funzione di tali Comitati etici in RSA o in Centri Servizi ma siamo convinti che la creazione, il mantenimento e lo sviluppo di tali comitati resta un notevole passo in

avanti per avvicinare la bioetica a tali contesti ed operare così una reale presa in carico delle problematiche cliniche ed etiche emergenti nella cura dei nostri anziani ivi ricoverati.

- <sup>1</sup> Z. Bauman, *Cose che abbiamo in comune. 44 lettere dal mondo liquido*, Editori Laterza, Roma-Bari 2012.
- <sup>2</sup> R.W. Emerson, *Il carattere e la vita umana: Saggi di filosofia americana* (1883), in P. Bertolucci (a cura di), *Saggi. Prima e seconda serie, La vita felice*, Milano 2018.
- <sup>3</sup> V.R. Potter, *Bioethics: Bridge to the Future*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs NJ1971.
- <sup>4</sup> <https://www.agingproject.uniupo.it/anziano-un-nuovo-soggetto-giuridico/>.
- <sup>5</sup> Dati raccolti dalla pubblicazione D.L. Vetrano (a cura di), *Trend di fragilità e long-term care in Italia – Indagine 2023*, per conto di Italia Longeva - Associazione Nazionale per l’Invecchiamento e la Longevità Attiva – l’organizzazione senza fini di lucro istituita nel 2011 dal Ministero della Salute con la Regione Marche e l’IRCCS INRCA.
- <sup>6</sup> P. Greenland, *What If the Patient Were Your Mother? Editorial*, March 28, 2005, in «Arch. Intern Med.», 165 (2005), 6, pp. 607-608.
- <sup>7</sup> Vedasi ad esempio le pubblicazioni finora editte: V. Giantin, G. Guandalini (a cura di), *Cura e Reciprocità: molti saperi per un contributo dialogico sulla reciprocità come nuovo paradigma di cura*, vol. II, Editrice Il Mulino, Bologna 2022; Id., *Cura e reciprocità. Molti saperi per un contributo dialogico sulla reciprocità come nuovo paradigma di cura*, vol. II, Editrice Il Mulino, Bologna 2022.
- <sup>8</sup> Legge 22 dicembre 2017, n. 219 – “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento” pubblicata nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.12 del 16-01-2018, con entrata in vigore del provvedimento il 31/01/2018.
- <sup>9</sup> Cfr. <https://www.altavita.org/chi-siamo/comitato-etico/>.
- <sup>10</sup> Cfr. <https://www.csgalvan.it/comitato-etico-per-la-pratica-clinica/>.
- <sup>11</sup> Cfr. <https://www.craup.it/comitato-etico-per-la-pratica-clinica/>
- <sup>12</sup> Vedasi ad esempio pp. 16-18 della relazione scaricabile da <https://one33.robyone.net/Document.aspx?sid=61&cid=32&download=633181>
- <sup>13</sup> Cfr. ad esempio <https://www.altavita.org/convegno-cure-palliative-e-hospice-sabato-03-12-2022/>
- <sup>14</sup> Cfr. ad esempio <https://www.altavita.org/comitato-etico-altavita-ira/comitato-etico-convegni-e-video/>
- <sup>15</sup> Cfr. ad esempio la relazione scaricabile al link: <https://www.altavita.org/uploads/2023/03/20230302093902.pdf>







---

## Rivista | "ETICA PER LE PROFESSIONI" | i Dossier

- |   |   |
|---|---|
| 1/1999 Privacy                                  | 1/2011 Professioni in classe  |
| 1/2000 Libere professioni o professioni libere? | 2/2011 Etica e Volontariato   |
| 2/2000 Etica e future generazioni               | 3/2011 Paradossi della sicurezza  |
| 3/2000 Le biotecnologie                         | 1/2012 Professioni e finanza  |
| 1/2001 Net Society                              | 2/2012 Anziani per rigenerare   |
| 2/2001 Formazione continua                      | 3/2012 Professioni verso la riforma   |
| 3/2001 Stili di vita                            | 1/2013 Welfare nuova risorsa  |
| 1/2002 Professioni e interculturalità           | 2/2013 Green Economy al lavoro  |
| 2/2002 Etica e sport                            | 3/2013 Cura dei minori  |
| 3/2002 Etica e responsabilità d'impresa         | 1/2014 Per una medicina umana   |
| 1/2003 Etica e giustizia                        | 2/2014 @adolescenti online  |
| 2/2003 Etica e disabilità                       | 3/2014 Cibo e sicurezza alimentare  |
| 3/2003 Sostenibilità e ambiente                 | 1/2015 Cooperazione sociale   |
| 1/2004 Democrazia e rappresentanza              | 2/2015 Sport: capitale sociale  |
| 2/2004 Il segreto professionale                 | 3/2015 Professioni socio-samaritarie  |
| 3/2004 Agricoltura sostenibile                  | 1/2016 Green Bulding  |
| 1/2005 Diritto al figlio?                       | 2/2016 Educatore sociale  |
| 2/2005 Senso del lavoro                         | 3/2016 Tra salute e sanità  |
| 3/2005 Etica e non profit                       | 1/2017 Corpo e salute   |
| 1/2006 Etica e informazione                     | 2/2017 Conflitto e mediazione   |
| 2/2006 Etica e ricerca scientifica              | 3/2017 Post verità  |
| 3/2006 Donne e lavoro                           | 1/2018 Etica applicata  |
| 1/2007 Il morire e il testamento biologico      | 2/2018 Fiducia e convivenza   |
| 2/2007 Energia e responsabilità per il futuro   | 3/2018 Disposizioni anticipate testamento                                       |
| 3/2007 Fiscalità e bene comune                  | 1/2019 Abitare l'etica  |
| 1/2008 Etica e educazione                       | 2/2019 Abitare la terra   |
| 2/2008 Sport e diritti umani                    | 3/2019 Abitare la professione   |
| 3/2008 Etica e pubblica amministrazione         | 2020 Bioetica globale, bioetica clinica e Comitati etici                        |
| 1/2009 Mobilità sostenibile                     | 2021 La transizione eco-sociale   |
| 2/2009 Crisi: sfide e nuove opportunità         | 2022 Cura della Terra: la memoria e le sfide 1972-2022                          |
| 3/2009 Professioni sociali                      | 1/2023 Orientarsi nella transizione: la questione energetica                    |
| 1/2010 Conoscenz@ in Rete                       | 2/2023 Otientarsi nella transizione:<br>etica, ricerca e formazione in medicina |
| 2/2010 Lavoro e Migrazioni                      |   |
| 3/2010 Professione Cittadino                    |   |

I numeri della Rivista "Etica per le professioni" sono consultabili presso la Biblioteca della Fond. Lanza oppure acquistabili presso la Casa editrice Proget Edizioni  
049 643195 | info@edizioniproget.it | Largo Obizzi 2 - 35020 Albignasego Pd



L'etica è un'opportunità, una risorsa  
per fare avanzare la ricerca,  
per cercare nuove vie sul piano scientifico e tecnico.

*Antonio Da Re*

# Etica

per le professioni

---

ISSN 1591-7649

€ 11,00



ISBN 979-12-80842-37-4



9791280842374