LETTERA PEDIATRICA

SERGIO NORDIO
Professore Emerito, Dipartimento di Scienze della Riproduzione e dello Sviluppo, Università di Trieste



È un grande onore per "Medico e Bambino" che il professor Sergio Nordio abbia voluto lasciare per i suoi lettori queste sue pagine densissime di pensiero, questa specie di testamento spirituale che merita di essere letto e ripensato da tutti quelli che hanno a cuore i problemi dell'infanzia e massimamente dai pediatri; e che, per la verità, trascende lo stretto ambito pediatrico e comprende tutta una esperienza di vita.
Per me, poi, è anche qualcosa di più. Sono vissuto fianco a fianco col professor Nordio per circa trent'anni; abbiamo condiviso da fratelli l'insegnamento; ci siamo fatti un po' di leale concorrenza alla direzione dei rispettivi reparti; abbiamo condiviso gli stessi principi, non sempre popolari, nel Consiglio di Facoltà. Abbiamo avuto divergenze e convergenze a tasso variabile e molto scambio dialettico quando lui ha assunto la direzione dell'Istituto per l'Infanzia IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste. Ci siamo molte e molte volte "confrontati"; e io penso di essere il docente non del tutto d'accordo con lui, al quale il professor Nordio fa riferimento un paio di volte: quello che si schiera per la "sicurezza" da trasmettere agli studenti piuttosto che l'esercizio sistematico del dubbio, o quello che pensa che l'empatia non possa essere insegnata. Il tempo è passato, e io credo che sia giusto dargli "anche" ragione, restando, lo confesso, sempre dell'opinione che è bene, per gli studenti, anche portarsi a casa qualche certezza, che l'empatia è "anche" una conquista personale (ma so, ora, che è fatta anche di apprendimento, di auto-rimodellamento, di esempio, e anche di parole). Credo che le differenze, poiché insegnavamo agli stessi studenti, siano state motivo di ricchezza, per loro. Credo di non aver mai avuto la profondità e la larghezza di pensiero del professor Nordio, ma di avere imparato molto da lui. Lui è andato in Africa (e ha mandato in Africa una fetta cospicua dell'Istituto che dirigeva), una ventina d'anni prima che ci andassi io. Alcune sue intuizioni "folgoranti" che ho cercato di far "anche" mie come quella della pediatria, materia "naturalmente" bioetica, o quella della necessità, per il bambino, di "sentirsi sano" e quindi di non dover ricevere né un eccesso di terapia, né un eccesso di prevenzione, né un eccesso di preoccupazioni "mediche", quella di coltivare il seme della "comunicazione empatica", che è "naturalmente" bilaterale e che modifica (migliora) entrambe le parti che comunicano, eccetera eccetera, mi hanno certamente cambiato. E anch'io spero che qualcosa di mio gli sia rimasto.

Franco Panizon

Introduzione

Può succedere che a un vecchio, del tutto ai margini dell'area in cui ebbe ruoli ufficiali, venga la voglia di ordinare un po' i pensieri che gli passarono per la mente in tanti anni. È successo anche a me, con pensieri che risalgono a più di sessanta anni fa, quando decisi di studiare medicina, e poi di praticarla e insegnarla, e a più di cinquanta da quando incominciai a viverla da pediatra. Per piacere personale scrissi questa lettera pediatrica che potrebbe rimanere in un cassetto, ma ho ceduto alla tentazione di proporla a *Medico e Bambino* che, dopo *Prospettive in Pediatria* e assieme a *Crescita*, e a *Quaderni acp*, è stata tra le riviste promosse e supportate dall'ACP.
Crescita, la rivista che mi era stata affidata, secondo il mandato ricevuto avrebbe dovuto occuparsi degli aspetti pediatrici del sistema sanitario, ma ha finito per trasformarsi in un ambizioso tentativo di allargamento culturale - con contributi diversi, anche di carattere filosofico - che però, dopo 4 anni ricchi di impegno e non poveri di riconoscimenti, ha dovuto chiudere. Una consolazione postuma l'ho trovata leggendo Max Scheler, grande pensatore del secolo passato, che ha sottolineato la possibile distanza tra intenti e intenzioni e la loro realizzazione concreta. La nostra rivista fu un'intenzione concreta con insufficiente successo. Ma penso che il richiamo a Max Scheler possa valere più in generale, e anche per chi elabora programmi e regole di funzionamento del sistema delle cure della salute, politici ecc. Sia che si abbiano responsabilità programmatorie sia che si agisca pragmaticamente nel piccolo, essenziale è non ignorarla, ed essenziale è anche la sincera disposizione all'autocritica; poiché il pragmatismo è accettabile solo se non rinuncia al pensiero.
Per quanto si agisca pragmaticamente nel piccolo, si può sempre dare qualche contributo alla qualità dell'istituzione cui si appartiene. Personalmente, non so oppormi alla debolezza di menzionare ciò che è stato fatto al Burlo di Trieste, dove ho tra-

scorso buona parte della vita professionale, che, oltre ad essere un ospedale di eccellenza, considero luogo di elaborazione di cultura pediatrica e che perciò penso meriterebbe di conservare il suo nome originario di "Istituto per l'Infanzia".
Credo siano espressioni di buona cultura pediatrica il *day hospital* avviato nella Clinica pediatrica ancora nel '73, molto prima che diventasse pratica diffusa nel sistema sanitario; gli incontri del personale ospedaliero con quello dell'area primaria per una sentita attenzione alla *primary care*, di cui proprio in quegli anni la dichiarazione di Alma Ata dell'OMS sosteneva la fondamentalità; l'avvio di un servizio ostetrico-neonatologico sia per garantire quella prontezza di interventi rianimatori e cure intensive al neonato che hanno determinato un calo della mortalità a un livello tra i più bassi internazionalmente segnalati, sia come momento di promozione della cosiddetta medicina materno-infantile; la cooperazione internazionale in campo pediatrico con la creazione di una sede Burlo in Mozambico, a Maputo; l'organizzazione di incontri di rappresentanti dell'Accademia americana di Pediatria con esponenti della pediatria delle repubbliche dell'ex Jugoslavia per affrontare i problemi di salute dei bambini vittime della guerra etnica; la creazione di un gruppo multidisciplinare per lo studio della cultura dell'infanzia che volle chiamarsi "crescita", con il nome della rivista; la pedagogia sanitaria.
A parte i ricordi, che pure mi sono cari, ciò che vorrei far qui è esporre le riflessioni che da queste attività mi sono derivate, raccogliendole in due ordini: i pensieri sull'**agire in sanità**, e particolarmente sull'agire da pediatri, e quello della **formazione** e del modo di promuoverla. L'uno e l'altro argomento hanno molto a che fare con la **bioetica**, che sarà il terzo punto su cui vorrei soffermarmi (1).
A questa premessa non può mancare la menzione della giusta limatura e per qualche tratto riscrittura (per esigenze editoriali) di questo testo iniziale da parte di Franco Panizon, menzione che considero un'occasione per esprimere i miei sentimenti di grande stima e vero affetto, maturati in tanti anni di così buona collegialità.

1. AGIRE DA PEDIATRI IN UN ORIZZONTE DI PENSABILITÀ

Non occorre essere filosofi per chiedersi se l'orizzonte di pensabilità sia sempre sufficientemente ampio per l'agire sanitario, e particolarmente per l'agire pediatrico.
"*Il bambino, la sua salute e il suo benessere sono l'obiettivo precipuo dell'attività professionale, quale che sia l'ambito in cui verrà a svolgersi*": recita così il primo dei cinque punti del documento della commissione culturale della Società Italiana di Pediatria (SIP). Quali e quante conoscenze per questo orizzonte di pensabilità? Certamente non basta pensare in termini di EBM, *evidence based medicine*, e di BEME, *best evidence medical education,* Heidegger ci invita a saper "abbandonare" il pensiero calcolante per dare più spazio al pensiero riflessivo; e, in realtà, più si riflette e più aumentano i nostri interrogativi.
A monte dell'EBM deve starci qualcosa di più fondante: la relazione, l'interazione, la relazionalità. Non c'è dubbio che qui stia il fulcro dell'agire medico. Si tratta di curare e di guarire, di *cure* e di *caring*. È ancora Heidegger che ci richiama al dovere di "*prendersi cura del mondo*". "Sanità" vuol dire appunto prendersi cura dei bisogni di salute degli altri. Per il pediatra significa prendersi cura dei bisogni dell'infanzia; in realtà infanzia è un termine inadatto, bisognerebbe parlare piuttosto di *childhood*, età della vita in cui si è infanti-bambini-ragazzi, che corrisponde a quella fase del ciclo vitale in cui il mondo degli adulti convive con il mondo dei bambini (2).

Childhood, household: il bambino conquista il suo posto nel mondo degli adulti

Il primo passo per prendere coscienza dei bisogni dell'infanzia sta nel comprendere il senso della *household* che si forma con la procreazione, e poi della cultura dell'infanzia nella famiglia e nel contesto sociale.
Household è un termine proposto da tempo dall'OMS (3), e il suffisso *hold* può avere la sua radice in *holding*-contenere, contenimento (Winnicott). I provvedimenti per il sostegno della famiglia (della *household*) non possono non essere centrati sulla salute del bambino e sulla comprensione della sua cultura. Cultura dell'infanzia come interazione tra la cultura che si sono costruiti gli adulti, anche sull'infanzia, e la cultura nascente del bambino che, venendo al mondo, ne conquista progressivamente la realtà (4). Il pediatra non può prescindere dal dovere di comprendere, di avviare e di sostenere questa interazione; ma in questo compito non può restare isolato. Il pediatra è solo uno degli attori di questo processo (basta pensare alla scuola, alla riabilitazione, alla rete dei servizi).
Ecco emergere la questione dell'interprofessionalità. Siamo sempre nel nostro orizzonte di pensabilità; e il senso con cui lo si guarda deve essere prima di tutto un senso di umiltà. Lebacz, membro della commissione etica nominata dal Presidente degli USA, qualche anno fa scrisse un saggio per il *Journal of Medicine and Philosophy*, diretto da Pellegrino, intitolato "*Knowledge and assessment humility*": umiltà rispetto alle conoscenze che si hanno e umiltà nella valutazione dei risultati.
Si può ben dire che un non limitato orizzonte di pensabilità e un equilibrato senso dell'umiltà sono essenziali per confrontarsi con la complessità dei problemi. Bisogna saper semplificare, ma facendo attenzione a non giungere a un riduzionismo intollerabile. Le semplificazioni possono essere… terribili, dicono i

1. Sintesi dei documenti sull'infanzia del Comitato Nazionale per la bioetica-CNB, in occasione del suo 15° anniversario, in Atti del Convegno, dpt. Editoria del Consiglio dei Ministri 2006, e pubblicata anche in *L'Arco di Giano,* 2006
2. Convenzione Internazionale sui diritti dell'infanzia, 1989
3. Séries de rapports techniques, n. 587, 1976
4. "Infanzia e ambiente", ultimo dei documenti del CNB, dopo "Bioetica con l'infanzia", "Venire al mondo", "Trapianti di organi in età pediatrica", dpt. Editoria del Consiglio dei Ministri 1994

pensatori sistemici (5). Pensiamo anche alla complessità del processo di auto-organizzazione esistenziale del bambino nel mondo degli adulti. Nei processi auto-organizzativi c'è anche l'autopoiesi della salute, cioè il modo di sentire e costruire il proprio "stato di salute" alla quale l'eccesso di prescrizioni può essere nocivo (il bambino, forse più di tutti, sente il bisogno di sentirsi sano e di ricevere segnali in questo senso).
Possiamo essere sempre soddisfatti delle nostre capacità di confronto con la complessità dei problemi dei bambini nella *household*, e nella società? Non si ha diritto di eludere questa domanda. Stimoli molto validi in questo senso si trovano negli scritti del pediatra Auconi (6).

La cultura dell'infanzia
Per Cavalli Sforza (7) cultura è "*accumulo globale di conoscenza e innovazione derivata dalla somma dei contributi trasmessi attraverso le generazioni e diffusasi nel nostro gruppo sociale che influenza e cambia continuamente la nostra vita*"; per Taylor, antropologo culturale di più di un secolo fa, la cultura è "*conoscenza, morale, diritto, arte, costume e qualsiasi capacità acquisita dall'uomo come membro della società*". Si possono accettare entrambe le definizioni. Saper cogliere i cambiamenti nel clima del pluralismo culturale e rendersi conto dei molteplici aspetti della pratica professionale; vedervi anche, perché no? dell'arte. La scientifizzazione della medicina ha fatto ritenere superata l'idea della medicina come di un'arte; ma non lo è ancora del tutto.
Bateson, che diede tanti insegnamenti di pensiero sistemico, prima di morire espresse il dispiacere di non aver avuto il tempo per approfondire i concetti di sacro e di estetica. Erikson, lo psicanalista che ha portato la psicanalisi sul piano sociale (8), ha colto gli aspetti psicosociali delle fasi del ciclo vitale, le relazioni che si instaurano con gli altri, con la società, i vissuti che ne derivano. E, per interpretare lo sviluppo del bambino nel mondo degli adulti, possiamo risalire ancor più nel tempo, alla intuizione che ebbero gli antichi di *puer senex* e di *senex puer*, del saper vedere nel *puer* ciò che potrà diventare e nel *senex* la capacità di conservare il senso del bambino.

Lo stupore dell'infanzia
A un convegno multidisciplinare organizzato dal gruppo di studio sulla cultura dell'infanzia (9), Edgar Morin, un grande *maître à penser*, ha detto che è un dovere per l'adulto conservare lo stupore provato nell'infanzia, quello stupore che Elémire Zolla descrisse così efficacemente (10). Il bambino lo prova da quando viene alla luce con lo stato mentale dell'"*essere con*" (11), stato mentale che si accompagna al bisogno di relazionalità, di preferenze di attaccamento, per poi avviarsi, così dice Erikson, "*con fiducia, sfiducia, speranza*", alla conquista della realtà del mondo.

I bambini non sono il paradiso
Bradley (12) ha detto che "*i bambini non sono il paradiso*." È possibile che chi decide di metterli al mondo li attenda come un paradiso, un paradiso da godere, ma non è una buona forma di attesa. I bambini si possono godere senza pretese di paradiso, se solo li si sa accogliere con la loro diversità, conquistarli con relazioni che essi percepiscano come convincenti, attenti alle loro precoci capacità cognitive, con razionalità di comportamenti e non solo con la spinta degli impulsi affettivi, del fascino della *babyness*.
Del bambino che viene al mondo i genitori hanno un'immagine mentale con la quale entrano in relazione già prima di vederlo. È la "nascita mentale". Coloro, ostetrici e pediatri, che si prendono cura della nascita corporea devono prestare attenzione anche ai vissuti dei genitori; sarebbe pochezza culturale ignorarli. Inizia già prima della nascita il processo dell'attaccamento, che si rafforza durante la gravidanza e si consolida quando il bambino viene alla luce e la sua immagine viene confrontata con quella mentale.
Si dirà che le funzioni cerebrali del piccolo, quando viene alla luce, devono ancora svilupparsi, che non ha coscienza di sé, che non ha il senso del futuro, né altre delle caratteristiche che si attribuiscono a una persona. Ma, ha fatto notare Milani-Comparetti (13), non si può non riconoscergli competenze psicomotorie e sensoriali; non si può non vedere la complessità dei suoi comportamenti, non rendersi conto che non sono solo risposte riflesse a stimoli; si capisce che, attraverso le sue esperienze prima sensoriali, poi emotive e progressivamente affettive, segna a poco a poco i confini tra ciò che è e ciò che sente esterno; non si può parlare di senso del futuro ma si capisce che vive intensamente il presente, che si sta conquistando attivamente la realtà; e non si può dire che non sia senziente se si riconoscono le sue sofferenze e i suoi piaceri. Ammaniti (14) ha rilevato che con frequenza crescente, nei nove mesi della gestazione, la madre e il padre parlano del concepito come persona. Questo ha più valore - valore relazionale - delle disquisizioni filosofiche e dei dettami religiosi sulla nascita della persona.

5. *La sfida della complessità* è il titolo di un libro di più di vent'anni fa (a cura di Bocchi e Ceruti, Ed. Feltrinelli 1985). Sono stati fondati centri di studio della complessità, fra cui quello di Santa Fè, negli USA, diretto da Kaufmann, che recentemente scrisse un libro (*A casa dell'universo*, Ed. Riuniti 2003) sui processi auto-organizzativi dell'evoluzione
6. "Dove si nasconde la qualità", *Medico e Bambino* 2002; "Il sapere flessibile del pediatra", *Medico e Bambino* 2004; "Sistemi complessi per il pediatra", *Prospettive in Pediatria* 2006. Si può attingere anche a Steiner (*Barbarie dell'ignoranza*, Ed. Nottetempo 2005)
7. *L'evoluzione della cultura* (Cavalli Sforza LL, Ed. Cortina 2004)
8. *I cicli della vita* (Erikson E, Ed. Armando 1995)
9. *La cultura dell'infanzia* (a cura di S. Nordio, Ed. Guerini 1999)
10. *Lo stupore infantile* (Zolla E, Ed. Adelphi 1994)
11. *La costellazione materna* (Stern D, Ed. Bollati Boringhieri 1998)
12. *Immagini dell'infanzia* (Bradley BS, Il Mulino 1989)
13. "The foetal origin to be a person and belonging to the world" (*It J Neur Sc* 1986)
14. *Il bambino e gli altri, rappresentazioni e narrazioni in gravidanza* (Ammaniti M, Ed. JES 1990)

Confrontarsi con la cultura degli altri
Nel confronto con la cultura nascente del bambino, dei genitori, delle famiglie, c'è anche la responsabilità, per il pediatra, di una corretta mediazione culturale, specie in situazioni in cui i genitori debbano condividere o rifiutare decisioni mediche. Come parlare, ad esempio, di procreazione medicalmente assistita da parte di pediatri ai quali i genitori possono rivolgersi con fiducia per consigli?
Allargando il discorso ci si potrebbe perfino chiedere quant'era la effettiva conoscenza del problema da parte di coloro che votarono sì o no al referendum che lo poneva.
E come aiutare ad educare? Ai pediatri i genitori, le famiglie, pongono spesso problemi che richiamano agli stili educativi; viene da ricordare il *laissez faire* cui per molto tempo e con effetti discutibili richiamò Spock, e oggi l'auspicio di alcuni perché le madri tornino a casa a riprendere alcune redini della famiglia (15).

I bambini nella storia
Becchi (16) fa notare che gli storici ufficiali hanno trascurato la storia dei bambini, storia fluttuante e ricostruibile solo con tracce, per lo più rilevate solo nelle classi sociali più alte. Fluttuante può essere considerata anche la realtà attuale, tra attenzioni, premure, abusi e purtroppo violenze, di cui i media non esitano a diffondere notizie non sempre in linea con la raccomandazione di tanti esperti alla prudenza. Gli abusi possono essere anche sottili, psicologici, forse più o meno frequenti delle manifestazioni di premura, ma non è mai abbastanza la prudenza nell'interpretarli.
C'è abbastanza per essere pessimisti, ma ci si può anche chiedere se non sia un dovere coltivare invece le opzioni ottimistiche (17). Ci si può chiedere se sia possibile fare pensieri bioetici sui rapporti con i bambini senza coltivare queste opzioni, e ignorando peraltro le conoscenze sul precoce sviluppo cognitivo del bambino, sul suo rivelarsi soggetto sociale fin da quando viene alla luce. Non si riflette mai abbastanza sulla circolarità complessa dell'interazione coi bambini, su - dicono rinomati epistemologi - un'evoluzione dall'epistemologia della prescrizione e del controllo a un'epistemologia dell'interazione e del confronto; si potrebbe perfino aggiungere che non è nemmeno inutile la riflessione sull'effettiva utilità del telefono azzurro.

Salute e sanità
Prendersi cura dell'infanzia significa anche aver cura della salute nel Sistema Sanità. L'Organizzazione Mondiale della Sanità l'ha definito un sistema globale, costituito da due componenti in necessaria comunicazione: quella formale, le istituzioni, e quella informale, la gente. Si deve costruire un ponte tra la cultura delle istituzioni e la cultura della gente, quella che Bruner chiama psicologia culturale popolare.
Ci sono naturalmente anche problemi più concreti: i rischi, genetici e ambientali, e il rischio di non rilevarli con indicatori epidemiologici adeguati. Non è inutile ricordare l'Osservatorio sui bisogni dell'infanzia, istituito nel nostro Paese, e auspicarne un buon funzionamento.
Nei programmi di sanità si individuano le necessità dei punti nascita, ma può essere carente la cosiddetta *referral chain* che collega servizi di livello diverso, quindi garantisce il trasporto della gravida e del neonato in condizioni che lo richiedono pronto. Per il piccolo che sopravvive disabile alla patologia neonatale c'è il rischio di non essere riabilitato in servizi adeguati, in cui non si faccia solo fisioterapia ma si favorisca lo sviluppo delle capacità funzionali residue.

2. LA FORMAZIONE

Alla base di una buona sanità c'è una buona formazione. Se ne discute a riunioni dell'Accademia Italiana di Medicina, con esperti di funzionamento del sistema sanitario, anche economisti, per esprimere il sospetto che dalle riforme e dalle riforme delle riforme non ci si possa attendere pieno successo se non si incide profondamente sulla formazione. Si sostiene che andrebbe rifondata. E, per rifondarla, è nata la pedagogia medica, anzi la pedagogia sanitaria.

La pedagogia sanitaria
Ci si chiede (18) perché ci voglia tanto tempo per produrre questo cambiamento, dal momento che la soddisfazione dei pazienti che si rivolgono al Sistema Sanità dipende principalmente dalla qualità del personale che vi opera, a tutti livelli, da quello manageriale a quello dei singoli servizi. *Efficiency and satisfaction* è un andante molto ribadito dall'OMS, e si può ricordare una *Cambridge Conference* di pochi anni fa in cui si parlò di competenze e performance professionali come prestazioni "proattive", che prevengono, in positivo, le risposte "reattive" dei pazienti.
Tutto questo vale anche per la pediatria, e lo fa ben capire Auconi quando si intrattiene sulla qualità delle cure e la flessibilità del pensiero del pediatra. Sono diversi gli osservatori sul funzionamento del sistema - scientifico, medico, economico, amministrativo, tecnico, epidemiologico e quant'altri si vuole - e si può certamente auspicarne anche uno pedagogico, da cui incentivare e sottoporre a valutazione metodi, metodologie e tecniche di formazione.

Gli obiettivi educativi e la "spirale pedagogica"
Gli studi di pedagogia medica hanno prodotto molte idee, ma forse - diciamo forse - queste idee sono rimaste più a livello elitario, di studiosi, e hanno inciso poco sulla impostazione concreta dell'insegnamento. Concreta sarebbe la definizione degli obiettivi educativi in: a) *generali*; b) *specifici*, che ne sono la traduzione pratica; c) *intermedi*, che costituiscono poi la riflessione su come realizzare questa traduzione.
Si parla di "spirale pedagogica", di valutazione del raggiungimento degli obiettivi, e con essa di una continua loro ridefinizione, difficile da realizzare, ma assai rilevante per l'insegnante, che è condotto a ripensare sull'efficacia del suo insegnamento. Sarebbe certa-

15. *I no che aiutano a crescere* (Phillips A, Ed. Feltrinelli 1999)
16. *I bambini nella storia* (Becchi E, Ed. Laterza 1994)
17. Nordio S. "La realtà dell'abuso all'infanzia. L'ottimismo sistemico", *Bioetica e cultura* 1997
18. "L'educazione medica oggi: tra tecnica e umanità" (a cura di S. Nordio, *L'Arco di Giano* n. 34, 2002)

mente utile che insegnanti di discipline diverse, di base e cliniche, definissero insieme gli obiettivi educativi da inserire nei programmi pedagogici. Questo corrisponderebbe all'auspicio di Bateson di fare una sintesi delle "epistemologie locali" delle diverse discipline per elaborare una "nuova epistemologia" (19).
Epistemologia non è parola astratta; ognuno, con le esperienze che fa e le conoscenze che possiede, ha una propria epistemologia; e, per chi insegna, la propria epistemologia di insegnamento va confrontata con quella dei colleghi.
Gli allievi stessi possono dare un contributo alla definizione degli obiettivi educativi: presentato teoricamente un argomento con una lezione, gli studenti possono essere invitati a riunirsi in gruppo a discutere fra di loro gli obiettivi educativi che si attendono di ricavare dalla lezione, e per esperienza personale posso dire che queste esercitazioni sono tutt'altro che insignificanti.

L'impegno nella formazione.
i si può domandare se l'impegno nella formazione sia sufficientemente sentito, se dell'insegnamento si percepisca a sufficienza la complessità, che non significa certo complicazione. Risulterebbe da un'indagine *ad hoc* che i professori universitari sentano l'insegnamento come un'interferenza rispetto ad altre attività professionali, fra cui la ricerca scientifica.
Ma non potrebbe certo rappresentare una interferenza se l'insegnamento venisse percepito come "stato psicologico e momento emozionalmente intenso" (20). È preferibile negare che negli insegnanti manchi questa percezione, ancorché la negazione richieda una riflessione autocritica, sulla effettiva capacità di trasmettere sapere, nel rispetto del minor sapere degli allievi; che manchi cioè la capacità pedagogica, capacità che dovrebbe essere, e non è, uno dei primi criteri per attribuire ufficialmente la qualifica di insegnante. Che questa capacità sia meno necessaria per insegnare ad adulti quali sono gli allievi che si vuole preparare ad agire nel sistema sanitario? No, se si crede che la loro formazione non debba consistere in una guida rigida e direttiva, ma sia invece educazione, stimolo a pensare, e sappia andare incontro alle motivazioni ad apprendere, in un quadro culturale più ampio (21).

Tomorrow's doctors
Merita attenzione il documento *Tomorrow's doctors* del *General Medical Council* di Londra, che prevede un *core*, la componente obbligatoria indiscutibile dell'insegnamento, e dei *modules* multiculturali a cui gli allievi possono liberamente attingere. Risulta che le Facoltà di Medicina inglesi sono molto impegnate ad adottare questo documento. Il documento è stato discusso anche da noi, alla Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPeM), dove però qualcuno ha detto che la sua attuazione potrebbe limitare la libertà dell'insegnamento. Sacrosanta libertà: ma se ne è sempre degni? Per l'insegnante è meglio la convinzione che le motivazioni ad apprendere non manchino mai in chi decide di studiare e di aggiornarsi, motivazioni che si soddisfano sapendo creare un clima (*climate*), e un contesto stimolanti (22). Insomma, la consuetudine formativa riesce sempre a soddisfare le attese degli allievi e a far provare agli insegnanti il senso di partecipare ad esse, oppure costituisce una sorta di ingegneria istituzionale dove i debiti e i crediti non possono garantire la qualità dell'insegnamento-apprendimento?
Una volta, un collega, a proposito di un mio commento a uno scritto sulle basi filosofiche della pratica medica (23), osservava che, a suo modo di vedere, agli studenti in medicina andavano fornite quanto più possibili certezze. Forse è così, ma fino a che punto? Fino a che punto evitare la problematizzazione delle conoscenze? Sta scritto che il pensiero degli allievi tende ad essere "dualistico", portato a fare distinzioni nette tra vero e falso, giusto e sbagliato; mentre con adeguati stimoli potrebbe evolvere in un "pensiero maturo" che accetti la molteplicità delle interpretazioni e delle opinioni.
Se è vero che gli allievi non riescono sempre ad acquisire maturità di pensiero, si può riflettere anche sul ruolo della sistematicità degli insegnamenti, forse rassicurante, ma anche limitante il processo di apprendimento.
Il problema fu discusso a un Convegno nazionale della SIPeM in cui furono ricordati anche gli studi di psicologi cognitivisti - Patel e altri- sul ragionamento medico (24). Il ragionamento medico è certamente induttivo-deduttivo. Ma può non bastare (25): ci sono anche le percezioni, le intuizioni, la *pattern recognition* dei problemi. C'è pure, perché non ammetterlo?, l'ambiguità delle conoscenze, da intendere come "*ambi-agere*" intorno ad essi, per comprenderli meglio (26). L'induzione, dicono, può portare alla *loose end*, a perdersi in fantasie: bisogna preparare anche alla rigorosità delle deduzioni, alle verifiche, alla confutazione - popperiana - delle ipotesi interpretative dei problemi.

Apprendere per problemi
Insomma, tanti possono essere gli interrogativi sul modo di fare formazione. Uno di questi è il quesito su quanto spazio sia da riservare alle lezioni teoriche *ex cathedra* e quanto al *Problem Baserd Learning* (PBL), all'apprendimento basato sul confronto con la concretezza dei problemi. Ne discussero alcuni anni fa esperti in un numero di *Medical Education* (2000); Bligh, editor della rivista, concluse che valgono entrambe le metodologie, ma che quella fondata sul

19. *Una sacra unità* (Bateson G, Ed. Adelphi 1997)
20. Albanese M, "Prychological size and distance: a stop towards better defining the human elements critical to learning" e Vaughin LM - Baker C, "Psychological size and distance: emphasising the interpersonal relationship as a pathway to optimal teaching and learning conditions" (Medical Education 2004)
21. *Manuale di educazione dell'adulto* (Demetrio D, Ed. Laterza 1997)
22. Editoriale di Greveson e Spencer su "Self-directed learning: the importance of concepts and contexts" (Medical Education 2005)
23. *A philosophical basis of medical practice* (Pellegrino e Thomasma, Oxford University Press 1981)
24. *La formazione del medico* (Nordio S e Tecilazic D, 1993)
25. *Epistemology of clinical reasoning* (Elstein AS, Academic Medicine 2001)
26. Nordio S, in "Ambiguità" Convegno Scuola internazionale di studi superiori e avanzati di Trieste (a cura di Magris C e Longo PO, Ed. Moretti-Vitali 1993)

PBL non può non essere praticata. Non è solo esercizio al *problem solving*, per cui si possono fornire anche protocolli: la soluzione dei problemi consegue alla interpretazione delle loro componenti, che ovviamente sono sempre più di una. Allora possono essere opportune queste domande: qual è la vostra prima impressione sul problema, la *pattern recognition*? Vi sollecita curiosità (che è inizio irrinunciabile del processo di apprendimento)? Qual è la principale ipotesi, e quale alternativa formulereste per confutarla? Se rilevate elementi etici, bioetici, qual è la vostra personale posizione? Come verifichereste che il paziente ha ben compreso le informazioni che avete dato per chiedergli il consenso informato? Sono domande che, anche per esperienza personale, ritengo sia molto proficuo proporre agli allievi se si mira al loro PBL.

Può capitare, e lo dico sempre per esperienza personale, che qualche allievo dichiari che sono domande giuste ma che richiedono un impegno di pensiero cui nel corso di laurea non sono stati sempre abbastanza abituati. Certo, specie per la lezione *ex cathedra*, può contare anche la fascinazione dell'insegnante, ma questo può essere un discorso pericoloso (27). Non si può non chiedersi se ciò che l'insegnante trasmette affascinando sarà bene utilizzato dall'allievo quando nella pratica professionale affronterà da solo i problemi.

Ovviamente la domanda vale diversamente per le discipline di base e quelle cliniche. Il discorso più vero è che l'efficacia della formazione sta soprattutto in un'interazione che stimoli a pensare, a provare anche piacere di pensare (28). Nel menzionato "La sfida della complessità", von Foerster, parlando di epistemologia, disse che questa parola va intesa nell'antico senso greco di *epihistanai*, di saper pensare su, perciò sulle conoscenze che si acquisiscono e sugli obiettivi educativi.

Se si accetta l'idea di Bateson che i problemi sono tali finché sollevano interrogativi, ci si chiede se chi insegna è sempre disposto a porseli. Obiettivi generali sono le competenze, che Guilbert distingue in cognitive, gestuali e relazionali, corrispondenti ai principi della pedagogia medica di saper conoscere, saper fare e saper essere con i pazienti.

Dunque anche relazionalità, e per la relazionalità la comunicazione. C'è chi dice: d'accordo, è importante la comunicazione, ma si formi anzitutto all'uso razionale delle evidenze dimostrate. Si pensi come si vuole, ma non se ne può non parlare. Di comunicazione si può parlare teoricamente, con lezioni *ex cathedra*, ad esempio illustrando il modello di Watzlawick che la distingue in simmetrica, *one up* e *one down* - in posizione di dominio o di sottomissione - e reciproca, in cui le due posizioni reciproche si alternano.

In un'esperienza personale che fu molto gradita agli studenti, uno di essi si cimentava in un dialogo con pazienti -simulato- e riferendosi a quel modello si autogiudicava; anche i colleghi lo giudicavano ed entrambi i giudizi venivano discussi. Era un modo di sensibilizzarli alla comunicazione. Non solo l'insegnamento, anche la sensibilizzazione in situazioni stimolanti è importante per l'apprendimento.

Citerei un'altra esperienza personale. Proposi alla facoltà medica che studenti, già nel primo anno del corso di laurea, frequentassero servizi del sistema sanitario, a vederne il funzionamento prima di avviarsi agli studi scientifici. La proposta fu accettata e all'esperienza parteciparono alcuni colleghi, docenti di clinica e di altre discipline. Vennero presentati e discussi i principi della pedagogia medica maggiormente significativi per la formazione, e gli studenti furono invitati a prendere appunti delle osservazioni sul funzionamento dei servizi, compresa la comunicazione tra il personale e i pazienti, e le osservazioni venivano discusse in riunioni plenarie (29). Tutti hanno molto gradito l'esperienza e dalle discussioni sono emerse motivazioni di apprendimento di diversa natura, non scientifiche ma molto interessanti.

Si dice, e risulta anche da certe indagini, che i pediatri vorrebbero avere una maggiore preparazione psicologica. Ma di quale psicologia? Non solo di quella che Bruner (30) chiama positiva, certo; e nemmeno di quella sorta di vulgata psicanalitica che può comportare il rischio di incompetenti intrusioni nella dinamica relazionale della famiglia. Allora, poiché ciò che in fondo il pediatra desidera è una competenza comunicativa, può essere meglio mirare semplicemente a un allargamento culturale dell'orizzonte di pensabilità.

Un'altra esperienza personale: si organizzò un convegno sulla comunicazione in pediatria con l'intervento di esperti di livello anche internazionale; fu molto apprezzato dai partecipanti che allora lo ritennero unico e da ripetere, ma non mancò chi auspicò un… protocollo per comunicare. Protocollo? Impossibile, la competenza comunicativa nasce dal sentirne il bisogno con la cultura che si è stati capaci di elaborare. Dunque anche empatia: "sentire l'altro, conoscere e praticare l'empatia, toccare la vita che c'è nell'altro e non solo vederlo attraverso schemi astratti o sentimentalismi vacui" dice la filosofia morale (31). Rifiutare perciò l'idea che nel corso degli studi si possa passare da una fase "pre-cinica" a una "cinica" (32).

Cinismo è parola pesante, può essere preferibile credere che un insegnamento eccessivamente positivistico interferisca con lo sviluppo della competenza comunicativa.

Una volta, un collega mi disse che bisogna far sviluppare il ragionamento scientifico e che l'empatia dipende da attitudini personali. Entro certi limiti può essere giusto, ma bisogna pur fare in modo che le attitudini innate non scompaiano; e se non sono innate creare situazioni educative sensibilizzanti in

27. de Bernard B, "I have a dream" (*L'Arco di Giano* 2006)
28. Nordio S, "Il piacere di pensare in medicina" (*L'Arco di Giano* 1993)
29. Nordio S, et al. "Esperienza di sensibilizzazione pedagogica e di inserimento in ambienti sanitari di studenti del primo anno di medicina", *Pedagogia medica* 1989; Dibello D, et al. "Racconto dell'esperienza pedagogica di un gruppo di studenti di medicina", (*La Formazione del Medico* 1995)
30. Bruner J, *La ricerca del significato. Per una psicologia culturale* (Ed. Bollati Boringhieri 1993)
31. Bollea L, *Sentire l'altro: conoscere e praticare l'empatia* (Ed. Raffaello Cortina 2006)
32. Spencer J, "Decline in empathy in medical education: how can we stop the rot" (Medical Education 2004)

cui rendersi conto che è opportuno instaurare un tanto di empatia nella relazione con le persone di cui ci si prende cura.

3. BIOETICA

Tutti parlano di bioetica, e si sostiene anche che debba essere materia di insegnamento. Ne ha fatto una completa trattazione Bompiani (33); Burgio e Nordio proposero la creazione di un gruppo di studio di bioetica all'interno della SIP, ma pare che alla proposta non abbia fatto seguito alcuna significativa attività. Sarebbe stato interessante sentire anche le opinioni dei soci sui documenti del CNB, ma a una riunione indetta a questo scopo furono pochi i partecipanti. Non si sa se gli argomenti che vi sono stati trattati abbiano trovato qualche riscontro, positivo o negativo, se il non trovarne sia stato dovuto a insufficiente diffusione o a rifiuto. Se di rifiuto si trattasse, sarebbe un motivo in più per discutere insieme di bioetica.
Non si possono avere dubbi sulla volontà dei pediatri di seguire norme deontologiche, semmai qualche incertezza si può avere sull'effettivo desiderio di più ampie scelte culturali. Bioetica non vuol dire solo deontologia. Potter, che si può considerare il fondatore della moderna bioetica, diceva che è un *bridge to the future*.
Se non erro, finora, gli incontri sulla bioetica in pediatria sono stati tre: nell'oramai lontano 1989, a Trieste, su "Epistemologia e bioetica in pediatria", con pubblicazione delle discussioni in *Excerpta Pediatrica*, la collana diretta da Burgio, con il titolo "Bioetica per il bambino"; più recentemente a Pavia su "*Primum non nocere*"; infine, a Torino, con il titolo "La bioetica alle soglie del 2000". Tre incontri in quasi vent'anni. Che fosse opportuno aumentarli?
Non si può negare che, comunque si pensi, quali che siano i sentimenti, le posizioni culturali e magari di fede, il problema di vivere, adulti e bambini insieme, la fase infantile del ciclo vitale, sia carica di bioeticità. La pediatria è per sua natura bioetica: dalla bioetica di frontiera, dove si pongono i grandi problemi di comportamento, alla bioetica del quotidiano (Berlinguer), ai comportamenti che si assumono con il *bricolage* della pratica di ogni giorno. Nel loro intreccio sta la bioetica del prendersi cura dell'infanzia.
Nella presentazione che fece di "Bioetica con l'infanzia" (Documento CNB del 1994), D'Agostino, da filosofo del diritto, scrisse che essa esprime una vera e propria epistemologia. Bioetica *con* l'infanzia, non solo *per* l'infanzia: non può essere se non epistemologia della relazionalità. Perché non credere che apprendere la relazionalità attraverso le interazioni richieste per prendere coscienza della cultura dell'infanzia, per vivere insieme con i bambini, non possa poi aiutare a coltivarla nella convivenza tra adulti (il bambino come educatore dell'adulto)?
Per il pediatra, pensare sulla bioetica può significare, come dice Cavicchi, ripensare la medicina, i suoi valori fondamentali, che, come dice Mori, vengono anche dalla sua storia (34). Forse quei valori sono stati troppo trascurati da quando la medicina è diventata positivisticamente scientifica; e ripensare la medicina come medicina della scelta, in cui stiano assieme le prove scientifiche e i temi della relazionalità, potrebbe essere utile anche per la pediatria.
Ricordo un convegno a carattere nazionale sull'insegnamento della bioetica nelle facoltà di medicina, e l'intervento di uno studente che ai professori presenti disse più o meno questo: "È inutile che parliate di bioetica finché ci … ingessate con i vostri insegnamenti sistematici!" È stata una provocazione, ma l'idea di una sistematica delle conoscenze troppo ingessata andrebbe tenuta presente da chi insegna, specialmente se vuole insegnare bioetica.
Che dire infine del *curriculum* per diventare pediatri? Una specializzazione come un'altra o un modo di fare medicina con un orizzonte di pensabilità non ristretto? E se è così, se non si vuole un orizzonte ristretto, quali materie dovranno essere inserite per la specializzazione pediatrica? Il *curriculum* accademico indica 17 aree didattiche e 15 insegnamenti. Che siano troppi, che si tratti di un *curriculm overloaded* o di curriculomegalia, come dice Guilbert? Non sono interrogativi da trascurare; e tuttavia, per una pediatria non strettamente positivistica, non va certo dimenticato che non sono mai abbastanza le conoscenze da apprendere per essere efficaci nel *cure* e nel *caring* della salute del bambino. La risposta potrebbe essere che più che di didattica conviene parlare di pedagogia, di una effettiva integrazione dei diversi insegnamenti nella condivisione degli obiettivi educativi irrinunciabili, peraltro in linea con il documento della Commissione culturale della SIP.

Chiusura

Chiudere è diverso da concludere. Escludo che si possano tirare conclusioni su argomenti di questa portata. È meglio ribadire la necessità di discuterne il più possibile insieme.

L'articolo del prof. Sergio Nordio è stato pubblicato su Medico e Bambino nel gennaio 2008.

33. *Bioetica in medicina* (CIC Edizioni internazionali 1996)
34. Mori M (*Rapporto dello Hastings Center: gli scopi della medicina, nuove priorità*, Ed. Politeia 1997), discusso anche da Nordio S, in: "La medicina impossibile secondo Callahan" (*L'Arco di Giano* n. 34, 2002)