



ISSN: 2038-3282

Publicato il: luglio 2021

©Tutti i diritti riservati. Tutti gli articoli possono essere riprodotti con l'unica condizione di mettere in evidenza che il testo riprodotto è tratto da www.qtimes.it
Registrazione Tribunale di Frosinone N. 564/09 VG

The contribution of Medical Humanities in the training of post-Covid-19 health and care professionals

Il contributo delle Medical Humanities nella formazione post Covid-19 dei professionisti della salute e della cura

di

Valerio Ferro Allodola
Università degli Studi E-campus
valerio.ferroallodola@uniecampus.it

Abstract

The current Covid-19 pandemic is revealing - in all its drama - how the biological problem is actually strongly interconnected with human, social, political, environmental and justice factors. The prevalence of corporalized, hyper-specialized, technological health care and the medicalization of forms of social hardship have ended up severely penalizing personal assistance, local services and interpersonal relationships. In this scenario, the article intends to discuss the use of Medical Humanities in the training of health and care professionals, trying to highlight the pedagogical implications, in the light of national and international studies on the topic. The need to think about a new and “complex” post-Covid-19 training model requires to deepen the relationship between Medical Humanities and Health Humanities, contextualizing it within the Sustainable Development Goals of the UN 2030 Agenda, towards Planetary Health Humanities.

Keywords: health and care professionals; Medical Humanities; Planetary Health Humanities; Covid-19; medical education.

Abstract

L'attuale pandemia da Covid-19 sta rivelando – in tutta la sua drammaticità - quanto il problema biologico sia fortemente interconnesso, in realtà, a fattori umani, sociali, politici, ambientali e di giustizia. Il prevalere di una sanità aziendalizzata, iper-specialistica, tecnologica e la medicalizzazione delle forme di disagio sociale, hanno finito per penalizzare fortemente l'assistenza alle persone, i servizi territoriali e le relazioni interpersonali. In tale scenario, l'articolo intende discutere l'utilizzo delle Medical Humanities nella formazione dei professionisti della salute e della cura, cercando di metterne in luce le implicazioni pedagogiche, alla luce degli studi nazionali e internazionali sul tema. La necessità di pensare a un nuovo e "complesso" modello formativo post Covid-19, impone di approfondire il rapporto tra Medical Humanities e Health Humanities, contestualizzandolo all'interno degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030 dell'ONU, verso le Planetary Health Humanities.

Parole chiave: professionisti della salute e della cura; Medical Humanities; Planetary Health Humanities; Covid-19, formazione medico-sanitaria.

1. Introduzione

L'avanzare di una medicina sempre più tecnologica e iper-specialistica, ha fatto sì che la sanità pubblica si sia sempre più inclinata verso l'epidemiologia a discapito, tuttavia, dei determinanti sociali e culturali della salute. La portata di quella che una volta era denominata "medicina sociale" si è ristretta e il suo valore sta rischiando seriamente di svanire. Questo è testimoniato, in particolare, dalle diverse sfaccettature della Pandemia che stiamo tuttora vivendo e che ci ha mostrato, in primis, un dato fondamentale: ovvero quanto la bio-medicina sia strettamente intrecciata con i fattori socio-culturali, economico-politici, antropologici e di giustizia sociale. La Pandemia, dunque, ci ha svelato in maniera incontrovertibile i "limiti" e i "rischi" (per tutti) di applicare alla comprensione della salute e della malattia un approccio esclusivamente quantitativo-statistico, rigido, lineare, semplificante.

In tale scenario, "Le discipline umanistiche devono, invece, rivendicare l'elemento "sociale" della medicina, ri-orientandolo verso le questioni socio-economiche e culturali che incidono sulla salute e sul benessere: disuguaglianza, povertà, discriminazione. Non c'è, forse, momento migliore per ripensare le M.H. che nel mezzo di una pandemia, quando storia, politica e medicina si intrecciano indissolubilmente, mostrando al mondo la complessità del reale" (Bleza, Ferro Allodola, 2020, p. 17).

In questa fase di emergenza pandemica, le M.H. e la Medicina Narrativa possono rivestire un ruolo importante a livello di salute pubblica e di (auto)formazione nella gestione dei vissuti emotivi; ma anche come capacità di resilienza e ri-progettazione delle nostre esistenze, all'uscita dalla fase di criticità e al graduale ritorno alla 'normale quotidianità (Buccolo, Ferro Allodola, Mongili, 2020).

"Un approccio interdisciplinare si rende necessario, cioè, per dare un senso alla ricerca biomedica e alla correlazione della malattia con i processi socio-politici in atto. Questa è la logica alla base, ad esempio, della creazione del Center for the Humanities and Medicine presso

l'Università di Hong Kong, in cui storici, antropologi, epidemiologi, microbiologi e altri studiosi collaborano alla ricerca per comprendere meglio i fattori trainanti delle infezioni emergenti e il ruolo che i fattori socio-culturali svolgono negli eventi epidemici: dalla comunicazione istituzionale al monitoraggio e alla sorveglianza delle malattie” (Blezza, Ferro Allodola, 2020, p. 17).

Le Medical Humanities (d’ora in poi MH) nascono negli anni Sessanta in USA come movimento di opinione composto da medici, operatori sanitari, assistenti spirituali, cappellani, i quali iniziano ad interrogarsi sulla necessaria umanizzazione del modello biomedico e fortemente tecnicista della Medicina. Nacquero, così, movimenti intellettuali all’interno del campo biomedico, che inizialmente si definirono umanesimo medico e che, in seguito, diedero vita ad una nuova disciplina di ricerca scientifica, denominata “Medical Humanities”. La relazione tra medicina e Humanities poggia sulla “possibilità che queste hanno di elaborare le questioni di fondo dell’uomo, in particolare quelle che emergono dalla sofferenza, dalla malattia, dalla ricerca di guarigione e dai limiti dell’impiego della tecnologia. [...] Le MH mobilitano le riflessioni etiche, filosofiche, storiche e letterarie per ripensare l’esistenza umana sotto l’impatto della medicina moderna” (Spinsanti, 2006, p. 21) e sono per la medicina stessa una “cura necessaria” (Spinsanti, 2011).

Le MH possono essere definite come un campo interdisciplinare costituito dalle:

- scienze umanistiche (letteratura, filosofia, pedagogia, etica, storia e religione);
- scienze sociali (antropologia, studi culturali, psicologia, sociologia);
- arti (letteratura, teatro, cinema e arti visive) e la loro applicazione alla formazione e alla pratica medico-sanitaria.

Evans (2002) intende le MH come approccio integrato, interdisciplinare e filosofico per registrare e interpretare l’esperienza umana di malattia, disabilità e intervento medico. Ovvero, un’indagine interdisciplinare negli aspetti profondi della formazione, della ricerca e della pratica medica che riguarda il lato umano della medicina. Negli anni successivi, le MH sono state generalmente percepite e considerate come tutto ciò che riguarda la comprensione dell’uomo attraverso le scienze umane e sono state progressivamente introdotte nei curricula universitari, in stretto collegamento con la bioetica (Zannini, 2008).

In letteratura internazionale, possiamo affermare che non si è ancora individuata una precisa definizione del costrutto MH, così come evidenziano queste due definizioni:

“Medical Humanities as a technical term is still not established in the wider medical, educational and academic communities and there is much confusion as to what comprises Medical Humanities” (Campo, 2005, pp. 1009-1011).

“Medical humanities does not yet have a fixed identity and form, nor has it yet been patented or trademarked. Humanities in principle can embrace all disciplines and people” (Pattison, 2003, pp. 33-36).

Donnie, in USA, afferma: “only a relatively few years ago medical humanities as a discipline was practically unheard of in medical schools. In the last decade there has been a remarkable growth in this field” (1988, pp. 227-236).

Nel contesto europeo si fa riferimento a tre termini:

- *subdiscipline*: “for some this did indeed approximate to a new medical subdiscipline, re-establishing and promoting the neglected relationship between medicine and the arts” (Evans & Greaves, 2010, pp. 66-68);

- *approach*: “Medical Humanities has been defined as an integrated, interdisciplinary, philosophical approach to recording and interpreting human experiences of illness, disability and medical intervention” (Evans, 2002, pp. 508-513);
- *perspective*: “it was a novel interdisciplinary perspective which sought to reunify the arts and sciences in medicine as a whole and so provide a more rounded and humanitarian approach that rejected the notion of a sub-discipline altogether” (Ibidem).

Il minimo comune denominatore è costituito dalla possibilità di interconnettere umanità e scientificità, così come afferma Gordon (2005, p. 5) “in discussing medical humanities, it can be difficult to avoid emphasising, as the latter definition does, the idea of two opposed sides - the biomedical and the human. It is an opposition that translates too easily into stereotypes: science as cold, unfeeling, and sometimes dangerous, and the humanities as warm-hearted and well-intentioned, but possibly less ‘scientific’”.

Greaves e Evans (2000) e Greaves (2001) fanno uno sforzo ulteriore e definiscono le MH come “additive” e “integrated”.

Per quanto concerne la prima definizione (*additive*), le MH sono intese come “division of medical knowledge into arts and sciences, the parallel division of medical practice into humanistic and technical components, with priority being given to the scientific and technical aspects” (Ibidem, p. 270).

Le MH si configurano cioè “contributo” alle scienze bio-mediche, verso un’umanizzazione delle pratiche di cura.

Nella visione *integrated*, le MH vengono contraddistinte da un “reductionism of medical knowledge into subdisciplines, and medical practice into related specialties” (Ibidem). Il focus di attenzione, qui, viene posto sull’essere umano, piuttosto che semplicemente sul ruolo delle arti. La conoscenza medica non viene intesa “ampliandola” a quella delle arti, ma riconfigurandola complessivamente fra arti, scienze sociali e scienze naturali.

L’interdisciplinarietà sembra essere, d’altra parte, il minimo comune denominatore negli statuti delle due maggiori associazioni di MH (American Society for Bioethics and Humanities, 2011; Evans et al., 2001).

Le MH, secondo Evans et al. (Ibidem) sono utili per:

- ridurre la separazione tra bio-medicina e scienze umane, come filosofia, storia, sociologia e antropologia;
- facilitare l’insegnamento e la ricerca interdisciplinare;
- promuovere un approccio riflessivo e centrato sul paziente nelle cure mediche;
- contrastare il burnout professionale;
- ridurre la predominanza della bio-medicina;
- attrezzare i medici per andare incontro a cambiamenti etici non contenuti nella biomedicina.

Le MH sono state incluse nei curricula delle facoltà mediche del Nord America, del Regno Unito e più recentemente dell’Australia.

In Italia le MH “risultano riferite ad una realtà ancora difforme ed in fieri [...] [L’]attuale contesto sociosanitario italiano [è] caratterizzato ancora oggi da una forte predominanza biotecnica” (Bevilaqua, 2011, p. 107).

Nel campo delle MH nel nostro Paese, prevale la NBM (Narrative Based Medicine) e l’uso della narrazione come contributo all’auto-formazione nel contesto sociale, ma anche come parte

integrante del trattamento sanitario (auto-biografie, auto-patografie, diari) (Fieschi e coll., 2013).

Le definizioni di MH presenti nella letteratura italiana possono essere suddivise in due categorie fondamentali: una identifica i campi del sapere che le MH introducono nei programmi di studio e l'altra è di tipo teleologico.

Per quanto riguarda la prima, molti autori sono d'accordo con Cattorini (2003), secondo il quale le MH si riferiscono a diverse discipline e pratiche che vanno dalla psicologia medica alla critica letteraria, dall'antropologia della salute alla storia della salute e l'etica, ma anche religione, teatro, arti figurative, musica, giurisprudenza, filosofia e sociologia e più in generale, tutte le arti e le riflessioni sulle arti e l'uomo e sulla conoscenza dell'uomo.

Per quanto riguarda le definizioni teleologiche, possiamo individuare quattro diverse funzioni delle MH:

- lo sviluppo di un atteggiamento empatico;
- lo sviluppo delle capacità interpretative;
- la comprensione e la cura di sé;
- l'acquisizione di senso etico e di responsabilità (Fieschi e coll., 2013, p. 59).

2. Le Medical Humanities nella formazione dei professionisti della salute e della cura: implicazioni pedagogiche

I contributi degli studi costruttivisti hanno aperto la strada alla ricerca educativa (da Dewey in poi), che ha approfondito e compreso quanto i soggetti (e le organizzazioni) non utilizzino mai le conoscenze in maniera neutrale, neppure quando pensano di farlo, ma generano conoscenze, la cui natura è sempre personale, singolare, situata.

Sulla stessa scia, è fondamentale la dinamica dialogica tra pedagogia e biologia, evolutasi nel rapporto pedagogia-neuroscienze e, più recentemente, nella nascita delle scienze bioeducative. Queste reinterpretano, attraverso la pluralità dei significati che investono la modificabilità biologica e la variabilità ambientale, le potenzialità individuali ad apprendere, i vincoli contestuali e, soprattutto, le relazioni di interdipendenza che continuamente si intrecciano nei processi di costruzione della conoscenza (Contini, Manuzzi, Fabbri, 2006; Frauenfelder, Santoianni, 2002; Frauenfelder, Santoianni, Striano, 2004; Rivoltella, 2012, 2014).

Da questa prospettiva, dunque, possiamo pensare a una formazione dei professionisti della salute e della cura – soprattutto nel post Covid-19 - che si basi sul riconoscimento del valore soggettivamente costruttivo ed interpretativo della pratica di cura, anche se entro contesti di “pertinenza” generati dalle conoscenze mediche (*Evidence Based Medicine*). Tali conoscenze - al contempo salde e in trasformazione - operano in climi culturali irrequieti, in contesti di pratica diversificati, in relazione a storie di vita e professionali singolari, specifiche. In tale contesto, vi è sempre più l'esigenza di una formazione mirata alla costruzione di una consapevolezza riflessiva e auto-correttiva, al fine di costruire competenze di cura che individuano la peculiarità della formazione alla professioni medico-sanitarie. Una pratica riflessiva che renda capaci di affrontare problemi caratterizzati da situazioni “sconcertanti, turbative, complesse, incerte, caratterizzate da instabilità, unicità e conflitti di valore” (Schön, 1993, p. 67).

A fondamento di un modello di formazione riflessiva (Schön, 1993, 2006) risiede l'idea che le competenze di un "sapere professionale" si espandono a partire dalla capacità di "osservarsi nella pratica professionale personale" (Personal-Practical-Knowledge) (Polanyi, 1990, de Mennato, 2003).

Occorre, cioè, una tensione alla riflessività intesa come capacità di interrogare l'esperienza educativa - prima, durante, dopo la sua realizzazione - e di lasciarsi interrogare da essa, con la disponibilità a mettere in discussione e in relazione con quelli degli altri, i propri "occhiali" interpretativi (Contini, Demozzi, Fabbri, Tolomelli, 2014).

La pratica riflessiva, infatti, consente di avere accesso al sapere personale di ogni professionista, producendo occasioni di riflessione consapevole e alimentando l'imparare a "disapprendere" (Freeman, 2000), a ristrutturare la propria conoscenza e gli stili di apprendimento, mostrandone gli schemi cognitivi abituali, i meccanismi automatici e le distorsioni cognitive (Mezirow, 2003). A far emergere le dimensioni implicite delle pratiche di cura, esaminando e re-interpretando il "gergo medico", attinente ad una forma di "razionalità tecnica" verso una cultura della "razionalità riflessiva" (Striano, 2001). La medicina contemporanea - sempre più tecnica che umana e personalizzata, più iper-specialistica che "complessa" e riflessiva - rende infatti imprescindibile una radicale svolta epistemologica della stessa medicina, che ne faccia risaltare la "dimensione umana" (Bartaccioni, Sartori, Bonadonna, 2006).

Afferma Charon (2019, p. 17): "Siamo diventati molto bravi a diagnosticare e curare le malattie. Sappiamo eliminare infezioni un tempo fatali, prevenire attacchi cardiaci, guarire leucemie infantili e trapiantare organi. Ma nonostante un progresso così impressionante, manca spesso la capacità umana di provare empatia per gli ammalati, di accompagnarli con onestà e coraggio verso la guarigione, nella lotta contro la cronicità o alla fine della vita.[...] I pazienti si lamentano spesso: non si sentono ascoltati, trovano insensibilità dall'altra parte. Invece di essere seguiti da una guida fidata, sono sballottati da uno specialista e da un protocollo all'altro. Magari ricevono cure tecnicamente adeguate, ma sono abbandonati alla paura e alla sofferenza". Formare i professionisti della salute e della cura alla competenza emotiva, allora, significa sottrarre i vissuti emotivi all'oscurità dell'implicito e del "non detto", trovando parole per nominarli (Castiglioni, 2016). Si tratta di una abilità che si può apprendere e affinare attraverso determinate metodologie e strumenti di formazione, contrastando l'abitudine dei professionisti e delle organizzazioni a fare delle emozioni un oggetto di lavoro (Contini, 1992; Nussbaum, 2004; Bruzzone, 2020; Zannini, 2020).

Da questa prospettiva ne consegue l'importanza fondamentale che riveste l'ascolto delle storie dei pazienti e dei loro *caregivers*, la rivalutazione della relazione umana, l'utilizzo di metodologie qualitativo/narrative (Narrative Based Medicine) anziché, esclusivamente, quantitativo/statistiche (de Mennato, 2008; Ferro Allodola, Canocchi, 2011).

L'interpretazione costruttivista della formazione medico-sanitaria conferisce al professionista, dunque, un carattere di responsabilità soggettiva alla formazione professionale, non solo rispetto al proprio expertise, ma anche a quelle dinamiche complesse, in cui possa attuarsi il passaggio "dall'aver cura al prendersi cura" (Boffo, 2006; Bruzzone, Musi, 2007; Contini, Manini, 2007; Mortari, 2006), "da oggetto delle cure a soggetto della relazione" (Zannini, 2004). Se è vero che la qualità della cura dipende dal riconoscimento dei sentimenti come atteggiamenti che strutturano l'identità professionale, la loro educazione deve entrare a far parte della formazione iniziale, in servizio e continua degli operatori (Bruzzone, Zannini, 2014).

In tale prospettiva, la categoria pedagogica di “cura” assume i caratteri di “cura educativa” (Palmieri, 2000, 2011), in cui al centro si colloca un processo emancipativo, che sostenga e supporti i soggetti/pazienti ad attivare le proprie risorse in maniera proattiva. Impegnarsi ad attivare apprendimenti riflessivi significa scegliere di de-costruire e ri-costruire il proprio sapere personale (implicito) e professionale (*expertise*) che determinano la nostra epistemologia professionale. Un “caring (come) attività complessa, multidimensionale che richiede “pensiero, sentimento e azione competente” (Mortari, Saiani, 2013).

Apprendere riflessivamente significa, dunque, apprendere in maniera trasformativa (Mezirow, 2003), ovvero renderci consapevoli dell’agire professionale, non tanto di regole e procedure standardizzate ma, piuttosto, di imparare ad entrare in rapporto con i processi conoscitivi della pratica reale, che definiscono le decisioni e le scelte soggettive. È’ necessario costruire, attraverso l’attitudine ad apprendere dai sensi, una “mente educata ad imparare «mentre» mette in atto strategie di azione professionale”, che agisce sulla propria “biografia professionale” e sull’esperienza complessa e fluida della propria “pratica esperta” (de Mennato e coll., 2013).

In tale prospettiva l’operatore, da erogatore di servizi rigidamente predisposti, si trasforma in promotore di interventi di cura diversificati e “ponderati” sulle effettive necessità ed aspettative dei soggetti e in facilitatore di azioni trasformative significative perché co-costruite con i soggetti che, “da destinatari dell’intervento, diventano attori consapevoli del cambiamento” (Spinsanti, 2006, p. 21).

Questa trasformazione agisce in modo tale che siano le cose che sappiamo, le azioni intraprese, i risultati conseguiti, i progetti e i fallimenti a produrre “oggetti” di riflessione nel corso della pratica professionale. Costruire una competenza professionale di questo tipo, tuttavia, non significa sostituire l’*expertise* proveniente da dalla conoscenza specialistica, ma tradurla in capacità di comprendere, di avere accesso alla gran parte delle informazioni che provengono dallo stesso soggetto, dalla situazione e dalla sensibilità attuata nella pratica professionale. Una pedagogia della salute e della cura riconosce, dunque, nella formazione alla pratica riflessiva dei vissuti di cura il modello pedagogico della costruzione della competenza professionale (Ferro Allodola, Canocchi, 2011).

Peraltro, bisogna evidenziare che la ricerca di un significato al proprio agire è indispensabile, se si vuole andare oltre la routine e non incappare nel burn-out (Iori, 2008).

In tal senso, la conoscenza dell’”oggetto” (l’utente) della nostra attenzione non deve essere un semplice prenderne atto, ma qualcosa di più, che investa il soggetto conoscente, affinché questi metta del suo, contribuendo all’atto del conoscere.

Una relazione ed un’alleanza costruita attraverso la negoziazione e la riflessione comune, così che il significato dell’oggetto si approfondisca ad ogni incontro con il soggetto e non sia mai colto una volta per tutte, “posseduto” in modo assoluto, evitando che a prevalere “sull’etica della relazione sia la logica della prestazione e che coloro che dovrebbero essere per scelta “esperti di umanità” finiscano per diventare meri ‘tecnici della vita” (Bruzzone, 2007).

3. Medical Humanities, Health Humanities e sviluppo sostenibile

Il costruito di "Health Humanities", insieme a quelli di "narrative medicine" e "critical medical humanities", sono emersi negli ultimi anni dal dibattito interdisciplinare sulle medical humanities e, nella letteratura recente, il loro significato continua ad evolversi (Jones, Wear e

Friedman 2014; Charon et al. 2016; Atkinson, Macnaughton e Richards 2016; Bleakley 2020; Crawford, Brown, Charise 2020).

Le interconnessioni tra discipline umanistiche (Humanities) e della sanità (Healthcare), fanno sì che le Health Humanities si espandano oltre la formazione clinica, per includere la promozione della salute e del ben-essere, condividendo l'assunto di base che la medicina non ha bisogno soltanto di conoscenze e competenze biologiche, soprattutto dopo la "lezione" della crisi pandemica. Le Health Humanities, dunque, sembrano il costrutto più utile per evidenziare quanto la crisi ambientale, quella sanitaria del Covid-19, il collasso economico, il conflitto civile, razziale e sociale, costituiscano delle priorità planetarie.

Tuttavia, quello su cui occorre lavorare maggiormente concerne il legame da tra arti e Humanities nella formazione medico-sanitaria e l'uso della teoria dei sistemi del modello ONU sugli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile. Questi due approcci, infatti, sono nati in binari paralleli: si pensi al Modello bio-psico-sociale di Engel, sviluppatosi negli anni Settanta e al contributo di Eric Cassel (1982), che ha ridefinito gli obiettivi della medicina non esclusivamente come battaglia contro la malattia, ma come tendenti alla fenomenologia della sofferenza umana.

McWhinney, ad esempio, quasi un trentennio fa, esortava la medicina ad adottare un approccio "centrato sulla persona" e orientato all'approccio fenomenologico, che "dovrebbe mirare a comprendere il significato della malattia per il paziente, come a fornire una diagnosi clinica" (1986, p. 873).

Peraltro, i ricercatori umanisti hanno iniziato ad approfondire gli studi provenienti dalla filosofia, dalla letteratura, dalle scienze sociali, dalla teoria politica, dagli studi di genere e dagli studi sulla disabilità, cercando di contrastare il riduzionismo medico-sanitario.

Come afferma Marcum, integrando la filosofia fenomenologica e la teoria dei sistemi: "il paziente è stato riconosciuto come una persona che occupa un contesto vissuto o un ambiente socioeconomico" (2008, p. 393).

Ciononostante, l'impatto concreto di questi studi all'interno delle organizzazioni sanitarie è stato tenue, ma essi hanno aperto la strada a riflessioni interdisciplinari e "complesse" in tutto il mondo e in Italia (Bertolini, Massa, 2003; Giani, 2005; Giarelli e coll., 2005; Kanekline, Scaratti, 1998; Kanisza, 1994, 1996, 2001; Masini, 2005).

Un altro punto, essenziale, riguarda il fatto che le Health Humanities non si limitano all'applicazione delle Medical Humanities nella formazione dei professionisti della salute e della cura nelle organizzazioni sanitarie.

Come afferma Garista (2020, p. 73), "Le Health Humanities costituiscono un'area d'incontro tra le arti - e la cultura umanistica in generale - e le scienze della salute e sociali, al fine di promuovere la salute e al fine di pensare alla formazione dei professionisti in questo settore".

Le Health Humanities, infatti, abbracciano possibilità alternative per comprendere la malattia e la guarigione. Esse includono e si collegano maggiormente alle arti, offrendo "uno dei più grandi percorsi verso la salute, il benessere, la resilienza e le connessioni sociali" (Arts and Humanities Research Council, 2017, p. 401).

Come già precisava la Carta di Ottawa del 1986, "la promozione della salute non è solo responsabilità del settore sanitario" (Clift e Camic 2016, p. 5). Promuovere salute significa, infatti, interrogarsi sulle storie dei soggetti, trasformandole in narrazioni condivise e partecipate (Garista, 2020).

Come terzo punto, è importante sottolineare che il termine “Humanities” nelle Health Humanities include “arti e benessere”. Le Health Humanities, infatti, sono un campo di ricerca e di pratica in rapida crescita, che ha generato un approccio più inclusivo e più attento agli aspetti socio-culturali mirati ad assicurare cure efficaci e, dunque, di qualità (Crawford et al. 2015; Crawford, Brown, Charise 2020). Connettere le discipline umanistiche con la Salute Pubblica, l’OMS e gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell’ONU, diventa quindi la sfida per assicurare la comprensione delle rappresentazioni di salute, malattia, cura e benessere nei diversi gruppi sociali. In tal senso, le metodologie narrative hanno grandi potenzialità di diventare una risorsa preziosa per orientare le politiche socio-sanitarie, proprio perché permettono la comprensione dei vissuti e delle suddette rappresentazioni nei diversi contesti. Per fare questo, è però necessario un dialogo fecondo tra ricerca umanistica (*narrative*) e ricerca scientifica (*evidence*), così che i modelli della comprensione (propri delle scienze umane) e quelli della spiegazione (propri delle scienze biomediche) siano in grado di restituire una ricerca complessa, contestualizzata, aperta alle critiche e alla valorizzazione delle differenze. Una medicina, dunque, più inclusiva e sostenibile.

Questo è anche validato dai risultati di ricerca internazionali: è necessario iniziare a riconfigurare significati e nuovi stili di vita attorno a quattro dimensioni interconnesse di sostenibilità, consumo, ben-vivere e giustizia (Syse & Mueller, 2015; Menton, Larrea, Latorre et al., 2020).

4. Verso le Planetary Health Humanities

Un campo interdisciplinare in rapida crescita, che combina filosofia ambientale e studi di genere con le arti, tutte al servizio della sostenibilità ambientale (Rose et al. 2012; Sorlin 2012; Emmett e Nye 2017; Heise, Christensem e Niemann 2017), è quello delle Environmental Arts and Humanities. Questo settore di ricerca, parte dal presupposto che le scienze ambientali, da sole, non sono in grado di comprendere appieno le problematiche relative all’ambiente. Oltre alle questioni relative a ecosistemi, climi, popolazioni, uso del suolo, inquinamento e consumo di energia, il nostro futuro sostenibile è profondamente intrecciato con tematiche che riguardano l’etica, gli stili di vita, la giustizia e la politica.

I problemi ambientali, infatti, coinvolgono sia la scienza biomedica che le Health Humanities, proprio perché sono questioni socio-culturali caratterizzate da specificità e variabilità contestuale. Sostenibilità, dunque, come “emergenza educativa” (Ulivieri, 2018) e “sfida educativa globale” (Birbes, 2016), in cui la pedagogia - ponendosi in modo critico verso l’onnipotenza riconosciuta alla tecnica - muove dalle risorse intangibili della formazione, per riscoprire il mondo naturale come interlocutore e partner nell’ambito della progettualità educativa (Ibidem).

L’attuale pandemia sta mostrando al mondo intero quanto la crisi sanitaria non sia soltanto un problema di scienza biologica; è anche problema umano, profondamente interconnesso con aspetti - come dicevamo prima - etici, di stili di vita, di giustizia e di politiche governative.

Porter utilizza il termine “zoografie rischiose” per segnalare come i “fattori ecologici, le reti interpersonali e le dinamiche del mercato globale si combinano per creare nuove zoonosi ed emergenti rischi di malattia (2012, p. 103). Queste zoografie rischiose rivelano anche intuizioni chiave oltre il binomio natura/cultura, facendo emergere quanto l’idea che i soggetti siano

intrinsecamente ed esclusivamente umani sia errata. Riconoscendo, dunque, l'interdipendenza tra specie diverse, si rende necessario riconfigurare la conoscenza che abbiamo di noi stessi e le narrazioni che ne tracciamo. D'altra parte, il rischio zoonotico è determinato dal cambiamento delle condizioni climatiche e dagli sconvolgimenti degli assetti economico-ecologici. In questo "snodo" si colloca l'attuale pandemia da Covid-19, che non è soltanto una problematica biologica, ma narrativa: bisogna ricostruirne la storia e in modo diacronico e in modo sincronico. Ma anche in una prospettiva di *future studies*.

Sebbene le Planetary Health, le Health Humanities e le Environmental Humanities siano tutte connesse da una comune visione ecologica del pianeta, vi sono delle specificità.

La Planetary Health e le Environmental Humanities, a differenza delle Health Humanities, espandono il loro pensiero ecologico, transcendendo il mondo socio-politico ed includendo micro e macro ambiente e le connessioni con l'ecosistema.

Le Health humanities e le Environmental humanities, a differenza della Planetary Health, sono molto più attente all'azione umana, al fare significato e al ruolo delle arti, delle scienze umane e della cultura nel plasmare la vita e le scelte umane.

Infine, la Planetary Health e le Health Humanities, sono molto più interessate al ruolo del benessere nelle scelte di vita e nei sistemi sociali, più direzionate verso la promozione della salute e del benessere.

La promozione del benessere è sempre e comunque al centro degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'ONU e questo significa che tutti gli altri obiettivi non solo vi fanno riferimento, ma vi sono "contenuti" (Figura 1).

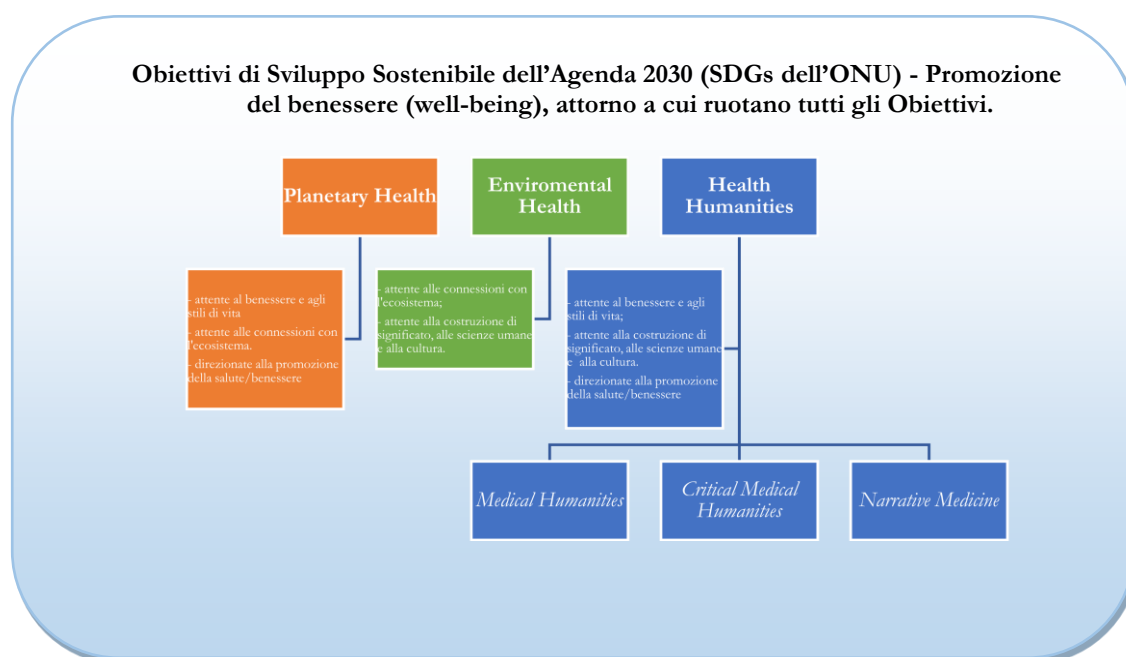


Figura 1 — Specificità delle Health Humanities, Enviromental Health e Planetary Health nell'ambito degli SDGs dell'ONU.

Come si può osservare (Figura 2) dallo schema tripartito sotto riportato (benessere, infrastrutture e ambiente naturale), per raggiungere questi obiettivi, il mondo non ha bisogno soltanto della scienza medica. Organizzare tali obiettivi attorno al benessere significa, cioè,

lavorare in ottica “complessa”, valorizzando il contributo delle arti e delle Humanities che possono aiutarci a leggere le contraddizioni, gli imprevisti e le problematiche che si presentano durante il percorso di raggiungimento di tali obiettivi.

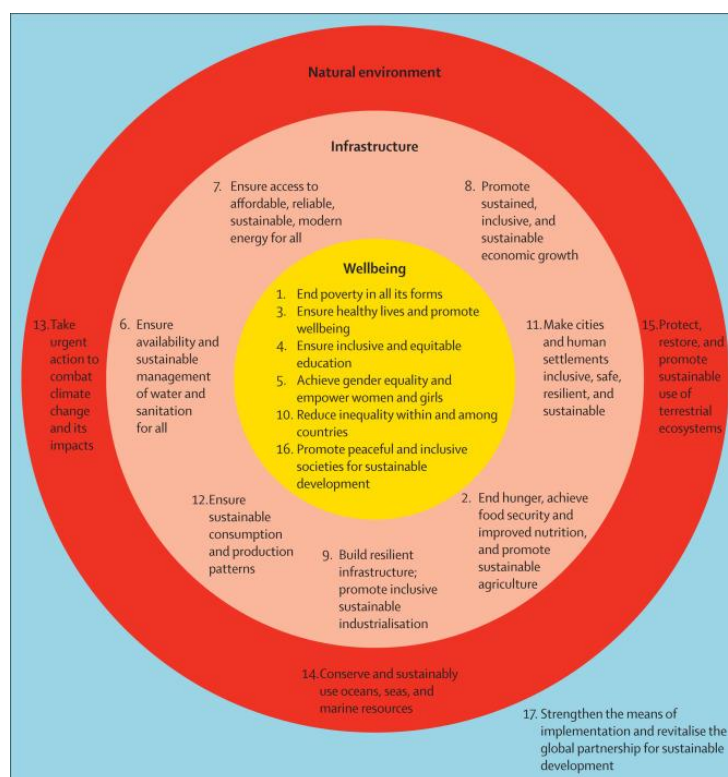


Figura 2 — *Obiettivi di Sviluppo Sostenibile: interazioni, infrastrutture e istituzioni* (da Waage et al., 2015).

4. Conclusioni

Il percorso che abbiamo delineato fin qui, ci è utile per comprendere quanto sia indispensabile riorganizzare i nostri sistemi di valori verso definizioni più sostenibili di benessere e ben-vivere. La pandemia sta mostrando in modo tragico “l’inesistenza di un’educazione alla complessità, misconoscendone il potenziale pragmatico, scientifico e politico. Rifugiarsi nel pensiero della semplificazione ha prodotto, infatti, comportamenti collettivi pericolosi. Molte «profezie si sono adempiute» (Watzlawick) in forme paradossali per i quali il pronto soccorso sono diventati impraticabili, le ambulanze introvabili, i medici di famiglia irraggiungibili, stressando strutture già impreparate alla grande incertezza” (de Mennato, 2020, p. 11).

Se assumiamo che le Health humanities possono essere definite come ciò che riguarda la comprensione dell’uomo attraverso le scienze umane (Zannini, 2009, p. 144), siamo in grado di interpretare la salute come incorporata nelle esperienze umane che ogni cultura cerca di elaborare e comunicare attraverso l’arte, la letteratura, il cinema, il teatro, la musica e tutti i linguaggi che possano avere una funzione epistemica nella costruzione dell’equilibrio di salute (Garista, 2020, p. 73).

Se le discipline umanistiche forniscono una comprensione umana che non possiamo ottenere dalle scienze biologiche (che si concentrano, invece, sulla “spiegazione” dei fenomeni), una dei luoghi chiave in cui tale comprensione può essere applicata è la questione della felicità

dell'essere umano come sentimento apprendibile e coltivabile verso il ben-essere (Noddings, 2003), a partire da percorsi di “alfabetizzazione emotiva” per tutta la vita (Buccolo, 2019; Iori, 2009).

Come abbiamo detto, la crisi ecologica è una delle emergenze di oggi che richiede la messa in campo di tutte le risorse necessarie, dove il ruolo della scienza e della tecnologia è centrale; come anche un approccio differente all'economia e ai modelli di sviluppo e di consumo. Tutto questo richiede - evidentemente - un rinnovamento socio-culturale, possibile soltanto a condizione che si intervenga sui processi educativi e formativi, in una prospettiva di lifelong learning e sviluppo umano (Iavarone, Malavasi, Orefice, Pinto Minerva, 2017).

Come ha recentemente scritto Luigina Mortari (2020) “Se la scienza è stata al servizio di una tecnologia che ha prodotto – oltre a numerosi ed evidenti benefici – esiti negativi sugli ecosistemi, quali presupposti vanno cambiati? Se il modo di agire ha una relazione essenziale con i costrutti etici, disponiamo di una etica capace di orientare correttamente la relazione con il mondo naturale? Una cultura come quella occidentale, che ha elevato il consumo a paradigma del vivere, ha riserve di pensiero alternative cui attingere?”

In questi mesi di pandemia “ogni virologo esprime una epistemologia; non sono “uguali”, anche se sono accademicamente equivalenti. Ricercatori, specialisti, infermieri, ma anche familiari sconvolti dal dolore, malati paralizzati dalla paura offrono competenze e vissuti amplificati dal mezzo, usando propri stili di narrazione, tutti veri, ma contemporaneamente tutti parziali. È proprio in questa polifonia che si radicano le forme complesse della realtà che richiedono l'apertura ad un dialogo consapevole tra le scienze, la politica e la comunicazione” (de Mennato, 2020, p. 11).

Proprio nel bel mezzo di una pandemia, come quella che stiamo vivendo, leggere la realtà complessa del fenomeno Covid-19 significa saper progettare cultura e azioni tras-formative che siano in grado di contrastare il riduzionismo medico-sanitario e di promuovere l'integrazione delle dimensioni umane, sociali, politiche, ambientali e di giustizia globale, verso le Planetary Health Humanities.

La pedagogia, in questo senso, ha la responsabilità – come scienza prima della formazione (Margiotta, 2011) – di collaborare con gli altri ambiti disciplinari, fornendo il suo specifico contributo, che si identifica nell'impegno verso la co-costruzione di narrazioni comuni e meta-narrazioni che siano in grado di far emergere biografie dei soggetti, de-costruendole e ricostruendole mediante il dialogo e il confronto. L'obiettivo di fondo, è quello di interconnettere la salute pubblica con l'esperienza umana in ottica partecipativa, soprattutto in riferimento al “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - PNRR” (2021) – valorizzando in modo complementare entrambe le dimensioni della salute: quella socio-sanitaria e quella socio-educativa.

Riferimenti bibliografici:

Arts and Humanities Research Council (2017). *Exploring Mental Health and Wellbeing: The Role of Arts and Humanities Research*. Great Britain: Arts and Humanities Research Council.

Atkinson, S., Macnaughton, J. and Richards, J. (Eds.) (2016). *The Edinburgh Companion to the Critical Medical Humanities*. Edinburgh: Edinburgh University Press.

Bartaccioni, S., Bonadonna, G., Sartori, F. (2006). *Dall'altra parte*, Milano: BUR.

- Bertolini, G., Massa, R. (Eds.) (2003). *Clinica della formazione medica*. Milano: FrancoAngeli.
- Bevilacqua, A. (2011). Il processo di implementazione delle Medical Humanities in Italia: progetto di ricerca sullo stato attuale. *Formazione & Insegnamento*, 9(2), 103-112.
- Birbes, C. (2016). *Custodire lo sviluppo, coltivare l'educazione. Tra pedagogia dell'ambiente ed ecologia integrale*. Lecce: PensaMultimedia.
- Bleakley, A., (Ed.) (2020). *Routledge Handbook of the Medical Humanities*. New York: Routledge.
- Blezza, F., Ferro Allodola, V. (2020). Editoriale. *Medical Humanities & Medicina Narrativa – MHMN*, 1(1): 13-21. <http://dx.doi.org/10.4399/97888255332621>
- Boffo, V. (Ed.) (2006). *La cura in pedagogia*. Bologna: CLUEB.
- Bruzzone, D. (2007). “Tecnici della vita o esperti di umanità?”. In Bruzzone D., Musi E., *Vissuti di cura. Competenze emotive e formazione nelle professioni sanitarie* (pp. 143-158). Milano: Guerini e Associati.
- Bruzzone, D. (2020). L'anima della cura: la vita emotiva dei professionisti della salute come sfida per la formazione. *Studium Educationis*, anno XXI, n.2-giugno, 90-100.
- Bruzzone, D., Musi, E. (Eds.) (2007). *Vissuti di cura. Competenze emotive e formazione nelle professioni sanitarie*. Milano: Guerini e Associati.
- Bruzzone, D., Zannini, L. (Eds.) (2014). Dossier su “Prospettive fenomenologiche della cura di sé nella formazione continua dei professionisti della salute”. *Encyclopaideia. Journal of Phenomenology and Education*, 39, 3-5.
- Buccolo, M. (2019). *L'educatore emozionale. Percorsi di alfabetizzazione emotiva per tutta la vita*. Milano: FrancoAngeli.
- Buccolo, M., Ferro Allodola, V., Mongili, S. (2020). Percezioni e vissuti emotivi ai tempi del COVID-19: una ricerca esplorativa. *Lifelong, Lifewide Learning (LLL)*, 16(35), 372-398. <https://doi.org/10.19241/lll.v16i35.501>
- Campo, R. (2005). The Medical Humanities, for lack of a better term. *Journal of the American Medical Association*, 294, 1009-1011.
- Cassel, E. (1982). The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. *New England Journal of Medicine*, 306(11), 639-45. DOI: 10.1056/NEJM198203183061104
- Castiglioni, M. (2016). *La parola che cura*. Milano: RaffaelloCortina.
- Cattorini, P. (2003). *Bioetica e cinema. Racconti di malattia e dilemmi morali*. Milano: FrancoAngeli.
- Charon, R. (2019). *Medicina narrativa. Onorare storie dei pazienti*. Milano: RaffaelloCortina Editore.
- Charon, R., Sayantani, D., Nellie, H., Craig, I., Eric, R. M., Edgar, R. C., Spencer, D. and Spiegel, M.. (2016). *Principles and Practices of Narrative Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Clift, S., Camic, P. (Eds.) (2016). *Oxford Textbook of Creative Arts, Health, and Wellbeing: International Perspectives on Practice, Policy, and Research*. Oxford: Oxford University Press.
- Contini, M. (1992). *Per una pedagogia delle emozioni*. Firenze: La Nuova Italia.
- Contini, M., Demozzi, S., Fabbri, M., Tolomelli, A. (2014). *Deontologia pedagogica. Riflessività e pratiche di resistenza*. Milano: FrancoAngeli.
- Contini, M., Manini, M. (2007). *La cura in educazione. Tra famiglie e servizi*. Roma: Carocci.

- Contini M., Manuzzi P, Fabbri M. (2006). Non di solo cervello. Educare alle connessioni mente-corpo-significati-contesti. Milano: RaffaelloCortina.
- Crawford, P., Brown, B. and Charise C. (Eds.) (2020). *The Routledge Companion to Health Humanities*. New York: Routledge.
- Crawford, P., Brown, B., Baker, C., Tischler, V. and Abrams, B. (Eds.) (2015). *Health Humanities*. New York: Palgrave.
- de Mennato, P. (2003). *Il sapere personale. Un'epistemologia della professione docente*. Milano: Guerini e Associati.
- de Mennato, P. (2008). Nuovi modelli di apprendimento nelle scienze della salute per rispondere alla complessità delle cure. Convegno Nazionale SIPEM, (Atti del convegno Rimini, 23 Febbraio 2008), *Tutor. Rivista della Società Italiana di Pedagogia Medica*, 8(1-2), 40-46.
- de Mennato, P., Formiconi, A. R., Orefice, C., Ferro Allodola, V. (2013). *Esperienze estensive. La Formazione riflessiva nella Facoltà di Medicina di Firenze*. Lecce: PensaMultimedia.
- de Mennato, P. (5 dicembre 2020). Pandemia, la scienza che non c'è. È la grande assente in un dibattito confuso e senza certezze. *Corriere del Mezzogiorno*.
- Donnie, S. (1988). The pedagogy of two different approaches to humanistic medical education: cognitive vs affective. *Theoretical Medicine*, 9, 227-236.
- Emmett, R., Nye D. (2017). *The Environmental Humanities: A Critical Introduction*. Cambridge: MIT Press.
- Evans, M. (2002). Reflections on the humanities in medical education. *Medical Education*, 36(6), 508-513.
- Evans, M., Arnott, R., Bolton, G., Finlay, I., Macnaughton, J., Meakin, R., Reid, W. (2001). The medical humanities as a field of enquiry. Statement from the Association for Medical Humanities. *Journal of Medical Ethics*, 27(2), 104-105.
- Evans, M., Greaves, D. (2010). Ten years of medical humanities: a decade in the life of a journal and a discipline. *Medical Humanities*, 36, 66-68.
- Ferro Allodola, V., Canocchi, E. (2011). *Prevenzione e cura. Lavorare con le rappresentazioni*. Lecce: PensaMultimedia.
- Fieschi, L. Matarese, M., Vellone, E., Alvaro, R., De Marinis, M.G., Medical humanities in healthcare education in Italy: a literature review. *Ann. Ist. Super. Sanità*, 49(1), 56-64.
- Frauenfelder, E., Santoianni, F. (2002). *Le scienze bioeducative. Prospettive di ricerca*. Napoli: Liguori.
- Frauenfelder, E., Santoianni, F., Striano, M. (2004). *Introduzione alle scienze bioeducative*. Roma-Bari: Laterza.
- Freeman, W. J. (2000). *Come pensa il cervello*. Torino: Einaudi.
- Garista, P. (2020). Health humanities. Generare salute attraverso le narrazioni in una prospettiva di life-long learning, *Medical Humanities & Medicina Narrativa - MHMN*, 1(1), 65-82. <http://dx.doi.org/10.4399/97888255332625> (ver. 20.12.2020).
- Giani, U. (2006). *Enigma. Ragionamento Clinico e Narrative Personali*. Bologna: Millennium.
- Giarelli, G., Good, B.J., Del Vecchio Good, M-J., Martini, M., Ruozi, C. (cur.) (2005). *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile*. Milano: FrancoAngeli.
- Gordon, J. (2005). Medical humanities: to cure sometimes, to relieve often, to comfort always. *Medical Journal of Australia*, 182(1), 430-432.

- Greaves, D. (2001). Two conceptions of medical humanities. *Nursing Philosophy*, 2, 270-271.
- Greaves, D., Evans, M. (2000). Conceptions of medical humanities. *Medical Humanities*, 26, 65-66.
- Heise, E., Christensem, J. and Niemann, M. (Eds.) (2017). *The Routledge Companion to the Environmental Humanities*. London: Routledge.
- Iavarone, M., Malavasi, S., Orefice, P., Pinto Minerva, F. (2017). *Pedagogia dell'ambiente 2017. Tra sviluppo umano e responsabilità sociale*. Lecce: PensaMultimedia.
- Iori, V. (2008). La vita emotiva nelle professioni di cura". In V. Iori, D. Bruzzone, E. Musi, A. Augelli, I. Casadio, M. Filippini, *Dossier Emozioni e sentimenti nel lavoro di cura*, Università Cattolica – Sede di Piacenza.
- Iori, V. (2009). Il sapere dei sentimenti. Fenomenologia e senso dell'esperienza. Milano: FrancoAngeli.
- Jones, T., Wear, D. and Friedman L. (2014). *Health Humanities Reader*. Rutgers: Rutgers University Press.
- Kaneklin, C., Scaratti, G. (Eds.) (1998). *Formazione e narrazione. Costruzione di significato e processi di cambiamento personale e organizzativo*. Milano: RaffaelloCortina.
- Kanisza, S. (1994). *L'ascolto del malato*. Milano: Guerini e Associati.
- Kanisza, S. (1996). *Apprendere nei servizi socio-sanitari*. Roma: NIS.
- Kanisza, S. (2001). *Pedagogia ospedaliera*. Roma: Carocci.
- Marcum, J. (2008). Reflections on Humanizing Biomedicine. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(3), 392–405. <https://doi.org/10.1353/pbm.0.0023> (ver. 15.12.2020).
- Margiotta, U. (Ed) (2011). *La pedagogia scienza prima della formazione*. Lecce: PensaMultimedia.
- Masini, V. (2005). *Medicina narrativa. Comunicazione empatica ed interazione dinamica nella relazione medico-paziente*. Milano: FrancoAngeli.
- McWhinney, I. (1986). Are We on the Brink of a Major Transformation in Clinical Method? *Canadian Medical Association Journal*, 35, 873-878. PMID: PMC7592136.
- Menton, M., Larrea, C., Latorre, S. et al. (2020). Environmental justice and the SDGs: from synergies to gaps and contradictions. *Sustainability Science* 15, 1621-1636. <https://doi.org/10.1007/s11625-020-00789-8> (ver. 15.12.2020).
- Mezirow, J. (2003). *Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti*. Milano: RaffaelloCortina.
- Mortari, L. (2006). *La pratica dell'aver cura*. Milano: Bruno Mondadori.
- Mortari, L. (2020). *Educazione ecologica*. Bologna: Laterza.
- Mortari, L., Saiani, L. (2013). *Gesti e pensieri di cura*. Milano: McGraw-Hill Education.
- Noddings, N. (2003). *Happiness and Education*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nussbaum, M. (2004). *L'intelligenza delle emozioni*. Bologna: Il Mulino.
- Palmieri, C. (2000). *La cura educativa. Riflessioni ed esperienze tra le pieghe dell'educare*. Milano: FrancoAngeli.
- Palmieri, C. (2011). *Un'esperienza di cui aver cura... Appunti pedagogici sul fare educazione*. Milano: FrancoAngeli.
- Pattison S. (2003). Medical Humanities: a vision and some cautionary notes. *Journal of Medical Ethics: Medical Humanities*, 29, 33-36.
- Polanyi, M. (1990). *La conoscenza personale*. Milano: Rusconi.

- Porter, N. (2012). Risky Zoographies: The Limits of Place in Avian Flu Management. *Environmental Humanities* 1, 103-121. <https://doi.org/10.1215/22011919-3609994> (ver. 10.12.2020).
- Rivoltella, P. (2012). *Neurodidattica. Insegnare al cervello che apprende*. Milano: RaffaelloCortina.
- Rivoltella, P. (2014). *La previsione. Neuroscienze, apprendimento, didattica*. Brescia: La Scuola.
- Rose, D., van Dooren, T., Chrulow, M., Cooke, S., Kearnes, M. and O’Gorman E. (2012). Thinking through the Environment, Unsettling the Humanities. *Environmental Humanities* 1, 1-5. <http://www.environmentandsociety.org/mml/thinking-through-environment-unsettling-humanities> (ver. 10.12.2020).
- Schön, D. A. (1993). *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Bari: Dedalo.
- Schön, D. A. (2006). *Formare il professionista riflessivo. Per una nuova prospettiva della formazione e dell’apprendimento nelle professioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Sörlin, S. (2012). Environmental Humanities: Why should Biologists Interested in the Environment take the Humanities Seriously? *BioScience* 62(9), 788-789. <https://doi.org/10.1525/bio.2012.62.9.2> (ver. 10.12.2020).
- Spinsanti, S. (2006). Una prospettiva storica. In R. Bucci (Ed.), *Manuale di medical humanities*. Roma: Zadig.
- Spinsanti, S. (2011). Critica della ragione medica. *Quaderni di Teoria*, terza serie VI/1, pp. 23-38.
- Striano, M. (2001). *La razionalità riflessiva nell’agire educativo*. Napoli: Liguori.
- Syse, K. L., Mueller, M. L. (2015). *Sustainable Consumption and the Good Life. Interdisciplinary perspectives*. London: Routledge.
- Ulivieri, S. (Ed.) (2018). *Le emergenze educative della società contemporanea. Progetti e proposte per il cambiamento*. Lecce: PensaMultimedia.
- Waage, J., et al. (2015). Governing sustainable development goals: interactions, infrastructures, and institutions. In J. Waage and C. Yap (Eds.), *Thinking beyond sectors for sustainable development* (pp. 79–88). London: Ubiquity Press.
- Zannini, L. (2001). *Salute, malattia e cura. Teoria e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*. Milano: FrancoAngeli.
- Zannini, L. (2004). *Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica*. Milano: FrancoAngeli.
- Zannini, L. (2008). *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Milano: RaffaelloCortina.
- Zannini, L. (2020). Le emozioni nel lavoro di cura. In D. Bruzzone, E. Musi (Eds.), *Aver cura dell’esistenza. Studi in onore di Vanna Iori* (pp. 243-251). Milano: FrancoAngeli.