

# Un paradigma storico-antropologico delle virtù per l'educazione e la cura nei contesti sanitari emergenziali di Libano e Giordania

Viviana De Angelis

*Università degli Studi di Bari*

**Sinossi:** Il contributo propone un paradigma storico-antropologico delle virtù per la formazione e la pratica sanitaria negli scenari emergenziali di Libano e Giordania, dove la sofferenza umana eccede la dimensione biomedica configurandosi come fenomeno multidimensionale (fisico, psicologico, sociale ed esistenziale). A partire da Medical Humanities, Narrative Medicine ed etica delle virtù, il lavoro evidenzia i limiti epistemici dei modelli biomedici e formativi tradizionali, strutturalmente incapaci di comprendere e integrare la complessità della sofferenza vissuta. Il paradigma si articola su tre livelli: etico-disposizionale (virtù come giudizio pratico incarnato), relazionale-narrativo (cura come relazione e ascolto), storico-antropologico (virtù come configurazioni situate della medicina umanizzata). Il modello è discusso attraverso una genealogia della medicina umanizzata, con riferimento a Casa Sollievo della Sofferenza e al progetto SALAM (Interreg NEXT MED) in Libano e Giordania. Si sostiene che tale integrazione consenta di ripensare la formazione sanitaria oltre la dimensione tecnico-procedurale, verso un'utopia della cura globale capace di restituire dignità, fiducia e speranza agli ammalati nei contesti di guerra e crisi.

*Keywords: Medical Humanities, Etica delle Virtù, Medicina Narrativa, Cure Umanizzate, Global health Emergenziale*

**Abstract:** This article advances a historical-anthropological paradigm of virtues for healthcare education and practice in emergency settings in Lebanon and Jordan, where suffering exceeds the biomedical frame and emerges as a multidimensional phenomenon (physical, psychological, social, and existential). Drawing on Medical Humanities, Narrative Medicine, and virtue ethics, it critiques the epistemic limits of conventional biomedical and training models, which remain structurally unable to grasp and integrate the complexity of lived suffering. The paradigm unfolds across three levels: ethical-dispositional (virtues as embodied practical judgment), relational-narrative (care as relationship and attentive listening), and historical-anthropological (virtues as situated configurations of humanized medicine). The model is examined through a genealogy of humanized medicine, with reference to Casa Sollievo della Sofferenza and the SALAM project (Interreg NEXT MED) in Lebanon and Jordan. It argues that this integrative framework reorients healthcare education beyond the technical procedural, toward a *eutopia* of care capable of sustaining dignity, trust, and hope in contexts of war and crisis.

*Key words: Medical Humanities, Virtue Ethics, Narrative Medicine, Humanized Care, Emergency Global Health*

## Introduzione

I contesti sanitari emergenziali contemporanei mettono radicalmente in discussione la capacità dei modelli biomedici e dei paradigmi formativi tradizionali di rispondere alla complessità della sofferenza umana. In particolare, i sistemi sanitari del Libano e della Giordania rappresentano oggi un osservatorio privilegiato per interrogare i limiti epistemici della cura in condizioni di crisi protratta, dove vulnerabilità strutturali, instabilità geopolitica e pressione migratoria convergono nel produrre forme specifiche di fragilità diffusa.

In tali contesti, la pratica sanitaria eccede necessariamente la gestione della patologia, configurandosi come risposta a esperienze di sofferenza che intrecciano dimensioni fisiche, psicologiche, sociali ed esistenziali. La letteratura delle *Medical Humanities* e della *Narrative Medicine* ha evidenziato come la riduzione della cura alla sola dimensione biomedica risulti incapace di cogliere l'esperienza vissuta della malattia (Charon, 2006; Kleinman, 1988).

Anche nel contesto italiano, tale prospettiva ha progressivamente assunto una rilevanza crescente nell'ambito della riflessione pedagogica e medico-sanitaria, attraverso contributi che hanno sottolineato la necessità di integrare dimensione clinica, esperienza narrativa e formazione umanistica dei professionisti della cura (Giarelli et al., 2005; Zannini, 2008; Fieschi et al., 2013).

In questa prospettiva, Arthur Kleinman ha distinto tra *disease* e *illness*, mostrando come la dimensione soggettiva della sofferenza resti spesso marginalizzata nei protocolli clinici, mentre Rita Charon ha sottolineato il ruolo della competenza narrativa nella costruzione di relazioni terapeutiche significative che possono avere un impatto positivo sui processi di guarigione.

Nel panorama italiano, tali prospettive sono state ulteriormente sviluppate nell'ambito delle *Medical Humanities* come dispositivi pedagogici orientati alla formazione riflessiva dei professionisti sanitari e alla costruzione di pratiche di cura maggiormente attente alla soggettività del paziente e alla complessità relazionale della malattia (Zannini, 2008; Spinsanti, 2016).

Parallelamente, il rinnovato interesse per un'etica delle virtù in medicina ha contribuito a ridefinire la formazione sanitaria come processo che implica non solo abilità tecniche, ma anche lo sviluppo di disposizioni morali e relazionali peculiari (Pellegrino & Thomasma, 1993; Doukas et al., 2022; Peteet et al., 2023). In questa linea, Edmund Pellegrino e Luigina Mortari hanno mostrato come la cura richieda un orientamento pratico fondato sulla responsabilità, l'attenzione e la capacità di rispondere alla vulnerabilità dell'altro con empatia e professionalità (Mortari, 2019).

In particolare, la riflessione pedagogica italiana sulla cura ha contribuito a ridefinire la formazione sanitaria come pratica etica e relazionale, sottolineando il valore educativo dell'attenzione, della presenza e del riconoscimento dell'esperienza vissuta della persona sofferente (Ferro Allodola & Canocchi, 2011).

Tuttavia, tali contributi, pur costituendo un corpus teorico ormai consolidato, non sono ancora stati pienamente articolati in un quadro epistemico integrato capace di tradursi in un paradigma operativo per i contesti sanitari emergenziali ad alta complessità. Il presente lavoro si colloca precisamente in questo spazio di elaborazione, proponendo una riformulazione del rapporto tra *Medical Humanities*, etica delle virtù e formazione sanitaria in contesti sanitari emergenziali.

Alla luce di tali premesse, il presente contributo propone di esplorare il potenziale di un paradigma storico-antropologico delle virtù come dispositivo integrativo per la formazione e la pratica sanitaria nei contesti di crisi. Il paradigma, radicato nella tradizione delle *Medical Humanities* ma aperto a genealogie culturali plurali, viene analizzato anche alla luce delle esperienze in corso di sviluppo nell'ambito del progetto *Interreg NEXT MED*, che costituisce un laboratorio applicativo per la sperimentazione di modelli integrati di cura e formazione in contesti emergenziali complessi, attraverso l'implementazione di due hub sanitari in Libano e Giordania in collaborazione con Caritas Lebanon e Caritas Jordan.

L'obiettivo del presente lavoro è mostrare come tale integrazione possa configurarsi come un paradigma educativo e clinico-trasformativo, capace di riorientare le pratiche di cura oltre la soglia della dimensione tecnico-procedurale, verso una concezione della formazione sanitaria intesa come pratica

epistemica, relazionale e antropologica, orientata alla comprensione integrale della sofferenza e alla ricostruzione della dignità umana.

## **La multidimensionalità del dolore e l'incompletezza epistemica della cura sanitaria**

La sofferenza che emerge nei contesti sanitari emergenziali non può essere adeguatamente compresa attraverso le categorie riduttive del paradigma biomedico tradizionale. Come evidenziato dall'antropologia medica, il dolore umano si configura infatti come un'esperienza complessa e stratificata che eccede la nozione di malattia e coinvolge dimensioni biografiche personali, relazionali, familiari, culturali, religiose e, più ampiamente storico-esistenziali (Kleinman, 1988; Kleinman, Das & Lock, 1997).

In questa prospettiva, Arthur Kleinman ha mostrato come la distinzione tra *disease* e *illness* renda evidente lo scarto tra la dimensione oggettivabile della patologia e l'esperienza vissuta della sofferenza, spesso marginalizzata nei protocolli clinici standardizzati.

Anche nel dibattito italiano sulle Medical Humanities, tale distinzione ha contribuito a problematizzare la riduzione della malattia alla sola dimensione biologica, evidenziando la necessità di una formazione sanitaria capace di riconoscere la centralità dell'esperienza vissuta del paziente e delle dimensioni narrative della sofferenza (Zannini, 2008; Giarelli et al., 2005).

Nei contesti del Libano e della Giordania, tale complessità assume una forma particolarmente acuta. La sovrapposizione tra crisi economiche strutturali, instabilità geopolitica e flussi migratori forzati produce condizioni in cui il dolore fisico si intreccia con sofferenze psicologiche, sociali ed esistenziali, generando configurazioni di vulnerabilità multilivello che eccedono la sola risposta clinica.

La letteratura delle *Medical Humanities* ha evidenziato come i modelli biomedici, pur necessari, tendano a operare una riduzione epistemica della complessità della sofferenza, privilegiando ciò che è misurabile e immediatamente trattabile (Charon, 2006). Anche nel contesto italiano, numerosi studi hanno sottolineato la necessità di integrare nella formazione sanitaria dimensioni umanistiche, narrative e relazionali, al fine di contrastare la frammentazione tecnicistica dell'esperienza di cura (Fieschi et al., 2013; Zannini, 2008). Analogamente, la *Narrative Medicine* ha sottolineato come la mancata integrazione della dimensione narrativa comprometta la comprensione profonda dell'esperienza del paziente, la qualità della relazione di cura, e il processo di guarigione e il ritorno alla vita normale.

In parallelo, l'antropologia critica della medicina ha evidenziato come i dispositivi umanitari e sanitari in contesti di crisi possano produrre forme di razionalità operative che, pur orientate all'urgenza, rischiano di ridurre la sofferenza a ciò che è tecnicamente noto e gestibile, lasciando ai margini le dimensioni personali, simboliche ed esistenziali del dolore che, come noto, modulano le risposte biologiche dell'organismo (Fassin, 2012).

Le evidenze più solide della letteratura internazionale, infatti, mostrano che le dimensioni personali, simboliche ed esistenziali del dolore partecipano attivamente alla regolazione dei processi biologici implicati nella salute e nella malattia. Nel quadro del *biopsychosocial model*, l'esperienza soggettiva della sofferenza — inclusi i significati attribuiti, il senso di perdita o di speranza e la qualità delle relazioni — modula l'attività dell'*asse HPA axis* e del sistema nervoso autonomo, influenzando la secrezione di cortisolo, la risposta cardiovascolare e i processi infiammatori (Engel, 1977; McEwen & Stellar, 1993; McEwen, 1998).

Quando tali condizioni si cronicizzano, contribuiscono all'aumento del *allostatic load*, ossia il carico fisiologico cumulativo dello stress, associato a un incremento del rischio di patologie cardiovascolari, metaboliche e psichiatriche (McEwen & Stellar, 1993; McEwen, 1998).

Parallelamente, gli sviluppi nell'ambito dell'*epigenetics* mostrano che esperienze di vita segnate da trauma, privazione o vulnerabilità sociale possono modificare l'espressione genica attraverso meccanismi come la metilazione del DNA, incidendo sulla regolazione dei sistemi dello stress e dell'immunità (Meaney & Szyf, 2005; Felitti et al., 1998).

In modo convergente, la *psychoneuroimmunology* documenta che stati emotivi e condizioni esistenziali influenzano direttamente il funzionamento del sistema immunitario, modulando la

produzione di citochine e i livelli di infiammazione sistemica, con effetti rilevanti anche sul rischio di disturbi depressivi e condizioni croniche (Slavich & Irwin, 2014).

Inoltre, studi empirici mostrano che l'esposizione prolungata a stress significativo è associata a indicatori di invecchiamento biologico accelerato, come l'accorciamento dei telomeri (Epel et al., 2004).

Nel loro insieme, tali evidenze convergono nel sostenere che la sofferenza non può essere ridotta alla sola dimensione biologica, ma va compresa come fenomeno intrinsecamente multidimensionale, in cui fattori biologici, psicologici ed esistenziali risultano profondamente interconnessi e reciprocamente determinanti.

Tuttavia, a fronte di tali evidenze scientifiche e sebbene alcuni modelli bio-psico-sociali e spirituali abbiano cercato di ampliare la comprensione della cura (Sulmasy, 2002; Puchalski, 2013), la loro implementazione nei contesti sanitari emergenziali rimane molto frammentaria e non sistematicamente integrata nella formazione degli operatori sanitari. Ne deriva una incompletezza epistemica della cura, che non riguarda l'efficacia tecnica degli interventi, ma la loro capacità di rispondere alla totalità dell'esperienza umana della sofferenza. In questa direzione, la riflessione italiana sulle *Medical Humanities* e sulla medicina narrativa ha evidenziato come la formazione dei professionisti della salute richieda dispositivi educativi capaci di integrare sapere clinico, ascolto narrativo e consapevolezza antropologica della vulnerabilità umana, superando la separazione tra competenza tecnica e comprensione esistenziale della sofferenza (Giarelli et al., 2005; Spinsanti, 2016; Zannini, 2008).

## **Limiti dei paradigmi pedagogici contemporanei e necessità di un paradigma storico-antropologico delle virtù**

Negli attuali contesti sanitari emergenziali ad alta complessità, la formazione degli operatori sanitari continua a essere prevalentemente orientata a modelli tecnico-procedurali, centrati sull'efficienza clinica, sulla standardizzazione degli interventi e sulla gestione dell'urgenza. Sebbene tali modelli abbiano avuto ed hanno un ruolo insostituibile nella riduzione della mortalità e nel miglioramento degli esiti clinici, essi mostrano crescenti limiti quando vengono applicati a contesti caratterizzati da sofferenza multidimensionale e da fragilità strutturale persistente.

La letteratura delle *Medical Education* ha progressivamente evidenziato come l'enfasi sulle competenze tecniche e sulle performance misurabili rischi di produrre una formazione "riduzionista" di medici e personale sanitario, incapace di integrare le dimensioni relazionali, etiche e narrative della cura (Harden, 2002; Frenk et al., 2010). Anche nel contesto italiano, la riflessione pedagogica e medico-educativa ha criticato la frammentazione tecnicistica della formazione sanitaria, sottolineando la necessità di dispositivi formativi capaci di integrare competenza clinica, consapevolezza narrativa e attenzione alla soggettività del paziente (Zannini, 2008; Fieschi et al., 2013). In particolare, il paradigma delle competenze, pur efficace sul piano organizzativo, tende a frammentare l'esperienza clinica in unità discrete, rendendo difficile la formazione di una visione integrata del paziente come persona.

In risposta a tali limiti, diversi autori hanno proposto una riformulazione della formazione sanitaria in senso umanistico. Edmund Pellegrino ha sottolineato come la medicina sia intrinsecamente una pratica morale, nella quale la competenza tecnica non può essere separata dalla responsabilità etica verso il paziente. Analogamente, Luigina Mortari ha evidenziato come la cura debba essere intesa come pratica riflessiva e situata, fondata sull'attenzione e sulla capacità di rispondere alla vulnerabilità dell'altro (Mortari, 2019). In continuità con questa prospettiva, la riflessione pedagogica italiana sulle pratiche di cura ha sottolineato il valore formativo dell'ascolto, della relazione e della comprensione delle rappresentazioni soggettive della malattia, contribuendo allo sviluppo di approcci educativi orientati all'umanizzazione della medicina (Ferro Allodola & Canocchi, 2011).

Tuttavia, anche le più recenti elaborazioni nell'ambito della *Narrative Medicine* e delle *Medical Humanities*, pur introducendo elementi fondamentali di apertura epistemica, non sempre riescono a tradursi in dispositivi formativi sistematici nei contesti emergenziali, dove la pressione organizzativa tende a riattivare modelli tecnocratici e altamente standardizzati (Charon, 2006; Das et al., 2015).

Anche nel dibattito italiano, diversi autori hanno evidenziato la difficoltà di integrare stabilmente pratiche narrative e approcci umanistici all'interno della formazione sanitaria istituzionale, nonostante

la crescente diffusione delle Medical Humanities nei contesti universitari e clinici (Giarelli et al., 2005; Zannini, 2008; Spinsanti, 2016)

In questo scenario emerge la necessità di un ulteriore livello di integrazione teorica e formativa, capace di superare la semplice aggiunta di competenze “umanistiche” al curriculum medico. Il presente lavoro propone, in questa direzione, la costruzione di un *paradigma storico-antropologico delle virtù*, inteso non come ritorno normativo a modelli etici tradizionali, ma come dispositivo epistemico-educativo capace di articolare in modo integrato dimensioni tecniche, relazionali e antropologiche della cura.

Tale paradigma si colloca all’incrocio tra etica delle virtù, antropologia medica e pedagogia della cura, e trova un primo fondamento teorico nei lavori di Pellegrino e Thomasma (1993), che hanno definito la medicina come pratica intrinsecamente orientata al bene del paziente, e nelle più recenti elaborazioni della *Virtue Ethics* applicata alla formazione sanitaria (Doukas et al., 2022; Peteet et al., 2023). Tuttavia, esso si distingue da tali approcci per la sua dimensione esplicitamente storico-antropologica, che consente di leggere le pratiche di cura come espressioni situate di tradizioni culturali e di modelli di umanizzazione della medicina.

In questa prospettiva, la cura non è ridicibile né a un insieme di competenze né a un codice etico astratto, ma si configura come una pratica incarnata che si sviluppa nel tempo attraverso forme storiche di attenzione alla vulnerabilità umana. La letteratura antropologica sulla sofferenza sociale ha mostrato come tali forme siano sempre culturalmente mediate e contestualmente prodotte (Kleinman, Das & Lock, 1997; Didier Fassin, 2012), suggerendo la necessità di modelli formativi capaci di integrare pluralità epistemiche e sensibilità culturali.

Alla luce di ciò, il paradigma delle virtù qui proposto non intende sostituire i modelli esistenti, ma operare come struttura integrativa capace di ri-orientare la formazione sanitaria verso una comprensione più ampia della cura, in cui competenza tecnica, responsabilità etica e consapevolezza antropologica siano articolate in un unico orizzonte formativo. In tale prospettiva, il paradigma qui proposto si colloca in continuità critica con la tradizione italiana delle Medical Humanities e della pedagogia della cura, che negli ultimi decenni ha contribuito a ridefinire la formazione sanitaria come pratica riflessiva, narrativa e antropologicamente situata. Tale tradizione rappresenta un riferimento particolarmente significativo per l’elaborazione di modelli educativi capaci di rispondere alla complessità della sofferenza nei contesti emergenziali contemporanei. Tale prospettiva appare particolarmente rilevante nei contesti emergenziali del Lebanon e della Jordan, dove la complessità della sofferenza richiede dispositivi educativi capaci di sostenere simultaneamente efficacia clinica e profondità umana della cura.

## **Il paradigma storico-antropologico delle virtù: fondamenti epistemici e articolazione teorica**

Il paradigma storico-antropologico delle virtù si propone come dispositivo teorico e formativo integrativo per la comprensione e la pratica della cura nei contesti sanitari emergenziali ad alta complessità. Esso nasce dalla convergenza tra etica delle virtù, antropologia medica e pedagogia della cura, in dialogo con il dibattito sviluppatosi negli ultimi anni nell’ambito italiano delle Medical Humanities e della medicina narrativa, che ha contribuito a ridefinire la formazione sanitaria come pratica relazionale, riflessiva e antropologicamente situata (Giarelli et al., 2005; Zannini, 2008; Mortari, 2019).

Nel solco dell’etica medica contemporanea, Edmund Pellegrino ha affermato che la medicina è intrinsecamente una pratica morale, in cui la finalità del bene del paziente è costitutiva dell’atto clinico stesso. Analogamente, la tradizione della *virtue ethics* applicata alla medicina ha evidenziato come la competenza professionale non possa essere ridotta a procedure tecniche, ma debba includere disposizioni stabili del carattere quali prudenza, compassione, responsabilità e giustizia (Pellegrino & Thomasma, 1993; Doukas et al., 2022; Peteet et al., 2023). Tuttavia, il presente contributo propone un ampliamento di questo quadro teorico, spostando l’attenzione dalle virtù intese come qualità individuali a una concezione più articolata e situata, nella quale esse emergono come configurazioni relazionali e storicamente determinate della cura.

In questa prospettiva, il paradigma si struttura su tre livelli epistemici interdipendenti e progressivamente inclusivi, che consentono di articolare la complessità della cura oltre le riduzioni tecnicistiche o normativiste.

Il primo livello è quello *etico-disposizionale*. In questa dimensione, le virtù sono intese come disposizioni stabili dell'agente sanitario che orientano l'azione in condizioni di incertezza clinica e vulnerabilità del paziente. Esse non si riducono a regole astratte, ma costituiscono forme incarnate di giudizio pratico che guidano il comportamento professionale nel momento dell'intervento. In continuità con la tradizione aristotelica riletta in chiave contemporanea, tale livello riconosce che la qualità della cura dipende non solo da ciò che il medico sa o può fare, ma anche dal tipo di persona che il medico è diventato nel processo formativo (Hursthouse, 1999; Pellegrino, 1995).

Il secondo livello è quello *relazionale-narrativo*. Qui le virtù non sono più concepite esclusivamente come proprietà individuali, ma come qualità che emergono nello spazio intersoggettivo della relazione di cura. La sofferenza del paziente non può essere compresa soltanto attraverso categorie cliniche, ma richiede l'integrazione della sua dimensione narrativa, biografica e simbolica. In questo senso, la *Narrative Medicine* ha mostrato come la capacità di ascolto, interpretazione e co-costruzione del significato della malattia costituisca una componente essenziale della pratica clinica (Charon, 2006; Frank, 1995). Nel contesto italiano, tali prospettive hanno trovato un'importante elaborazione nell'ambito delle Medical Humanities applicate alla formazione sanitaria, dove la narrazione è stata interpretata non solo come strumento clinico, ma anche come dispositivo pedagogico orientato alla costruzione di una maggiore consapevolezza relazionale ed etica della cura (Zannini, 2008; Spinsanti, 2016). Le virtù, in questo livello, si configurano come competenze relazionali incarnate: attenzione, ascolto, riconoscimento e presenza.

Il terzo livello è quello *storico-antropologico*, che costituisce l'elemento maggiormente innovativo del paradigma. In questa prospettiva, le virtù non sono considerate né come universali astratti né come semplici disposizioni individuali, ma come forme storicamente situate di umanizzazione della medicina. Esse emergono all'interno di specifici contesti culturali, istituzionali e sociali, nei quali la cura assume configurazioni differenti nel tempo e nello spazio. L'antropologia medica ha ampiamente mostrato come le forme della sofferenza e della risposta terapeutica siano sempre culturalmente mediate e storicamente prodotte (Kleinman, Das & Lock, 1997; Didier Fassin, 2012). In questa direzione, anche la riflessione italiana sulle Medical Humanities ha evidenziato come le pratiche di cura siano storicamente e culturalmente mediate, sottolineando la necessità di modelli formativi capaci di integrare dimensione clinica, esperienza vissuta e contesto socio-culturale della malattia (Giarelli et al., 2005; Fieschi et al., 2013). In questa prospettiva, le virtù possono essere interpretate come sedimentazioni storiche di pratiche di cura, che riflettono differenti modi di intendere la vulnerabilità umana e la responsabilità verso l'altro.

L'integrazione di questi tre livelli consente di superare sia la riduzione tecnicistica della cura a competenza procedurale, sia la riduzione normativista delle virtù a codice etico astratto. Il paradigma storico-antropologico delle virtù propone invece una concezione dinamica e situata della formazione sanitaria, nella quale etica, relazione e storia si co-determinano nel processo di costruzione della pratica di cura.

In tale prospettiva, la formazione degli operatori sanitari non è semplicemente trasmissione di conoscenze o abilità, ma processo di formazione del giudizio pratico in condizioni di incertezza radicale, nel quale la capacità di rispondere alla sofferenza dipende dall'integrazione tra competenza tecnica, sensibilità relazionale e consapevolezza antropologica dell'unicità e irripetibilità del paziente. Tale prospettiva risulta coerente con gli orientamenti più recenti della pedagogia della cura e delle Medical Humanities italiane, che concepiscono la formazione sanitaria non come semplice acquisizione di competenze, ma come processo riflessivo di trasformazione professionale e umana dell'operatore sanitario (Mortari, 2019; Zannini, 2008). Questo approccio risulta particolarmente rilevante nei contesti emergenziali del Libano e della Giordania, dove la complessità della sofferenza richiede dispositivi formativi capaci di sostenere simultaneamente efficacia clinica e profondità umana della cura.

## **Genealogie della medicina umanizzata: da Casa Sollievo della Sofferenza al progetto SALAM come modello epistemico applicato**

Il paradigma storico-antropologico delle virtù trova una sua possibile concretizzazione non solo sul piano teorico, ma anche all'interno di specifiche genealogie storiche della medicina umanizzata, nelle quali la cura viene concepita come integrazione tra dimensione tecnica, relazionale ed esistenziale. In questa prospettiva, la riflessione italiana sulle *Medical Humanities* ha contribuito a leggere le istituzioni sanitarie non solo come luoghi di erogazione di prestazioni cliniche, ma come contesti culturali e formativi in cui si costruiscono modelli di umanizzazione della cura (Giarelli et al., 2005; Zannini, 2008; Fieschi et al., 2013). In questa prospettiva, un caso paradigmatico è rappresentato dalla fondazione della Casa Sollievo della Sofferenza, istituzione ospedaliera nata nel secondo dopoguerra come tentativo di coniugare eccellenza clinica e attenzione integrale alla persona che soffre.

La letteratura storico-istituzionale ha interpretato tale esperienza come un modello di organizzazione sanitaria in cui la dimensione tecnica della cura si intreccia con una concezione più ampia della persona sofferente, che include aspetti relazionali ed esistenziali del processo di cura (Alberti, 2007; De Giorgi, 2011). In questo contesto, la figura di Padre Pio può essere interpretata come agente storico-istituzionale che ha contribuito alla costruzione di un modello di ospedale in cui la cura non è riducibile alla sola dimensione tecnica, ma include esplicitamente la relazione, l'ascolto e la dignità di ogni persona sofferente.

Tale esperienza può essere letta, in termini epistemologici, come una forma precoce di integrazione tra medicina scientifica e dimensione umanistica della cura, anticipando in modo significativo temi oggi centrali nelle *Medical Humanities* e nella *Narrative Medicine* (Charon, 2006; Kleinman, 1988). Nel contesto italiano, tali sviluppi sono stati ulteriormente reinterpretati alla luce della riflessione sulle *Medical Humanities*, che ha evidenziato come le istituzioni sanitarie possano diventare luoghi di produzione di pratiche narrative e relazionali della cura (Giarelli et al., 2005; Spinsanti, 2016; Zannini, 2008). In questa prospettiva, Casa Sollievo della Sofferenza non viene assunta come modello normativo, ma come caso storico di istituzionalizzazione della medicina come pratica etico-relazionale complessa, capace di integrare dimensione clinica e dimensione antropologica della sofferenza.

Questa genealogia consente di comprendere il progetto Interreg NEXT MED e, in particolare, l'iniziativa SALAM nei contesti del Libano e della Giordania, come una riattualizzazione contemporanea, laica e interculturale di tale paradigma. Il progetto SALAM, attraverso l'implementazione di *hub* sanitari e unità mobili di telecardiologia in collaborazione con Caritas Lebanon e Caritas Jordan, si configura infatti come un dispositivo innovativo di integrazione tra assistenza clinica, formazione sanitaria e attenzione alla dimensione umana e spirituale della sofferenza.

In questa prospettiva, il termine "Salam" – che richiama semanticamente l'idea di pace e integrità della persona – può essere interpretato non necessariamente in senso religioso, ma come categoria antropologica della cura integrale, coerente con l'orizzonte della salute intesa come benessere globale e non mera assenza di patologia. Tale impostazione risulta coerente con la definizione ampia di salute proposta dalla *World Health Organization*, che include dimensioni fisiche, mentali e sociali del benessere.

Il parallelismo tra Casa Sollievo della Sofferenza e il progetto evidenzia una ricorrenza storica di modelli di medicina umanizzata in contesti di crisi o vulnerabilità sistemica, accomunati dalla medesima sensibilità per il dolore umano e nei quali la risposta sanitaria tende a superare i confini della mera prestazione tecnico-professionale per includere dimensioni relazionali, educative e simboliche della cura aperte alla gentilezza e alla gratuità. (Fassin, 2012; Kleinman, Das & Lock, 1997).

In questo senso, SALAM può essere interpretato come un laboratorio contemporaneo di traduzione operativa del paradigma storico-antropologico delle virtù, in cui la formazione degli operatori sanitari, l'organizzazione dei servizi e la progettazione degli spazi di cura convergono verso un modello integrato e innovativo di assistenza. In continuità con le prospettive della pedagogia della cura e delle *Medical Humanities* italiane, tale modello può essere interpretato anche come dispositivo formativo complesso, in cui la dimensione clinica si integra con quella educativa e relazionale, contribuendo allo sviluppo di competenze riflessive e narrative negli operatori sanitari (Mortari, 2019; Zannini, 2008). Tale modello

non si limita a rispondere all'urgenza clinica, ma mira anche a ricostruire la dignità di ogni vita umana in difficoltà.

## **Implicazioni per la formazione sanitaria nei contesti emergenziali**

La letteratura sulla *Medical Education* ha evidenziato come i modelli basati esclusivamente sulle competenze rischiano di frammentare l'esperienza formativa, riducendo la complessità della pratica clinica a unità misurabili e standardizzate (Harden, 2002; Frenk et al., 2010). Anche nel contesto italiano, la riflessione pedagogica sulla formazione sanitaria ha evidenziato i limiti dei modelli esclusivamente competenziali, sottolineando la necessità di integrare dimensioni etiche, relazionali e narrative nei percorsi formativi dei professionisti della salute (Zannini, 2008; Fieschi et al., 2013; Giarelli et al., 2005). Tuttavia, la crescente complessità dei sistemi sanitari contemporanei ha evidenziato la necessità di modelli formativi capaci di integrare dimensioni tecniche, etiche e relazionali in una visione unitaria della cura.

In questa prospettiva, il paradigma storico-antropologico delle virtù propone una riformulazione della formazione sanitaria articolata su tre assi operativi.

Il primo asse riguarda la *formazione del giudizio pratico in condizioni di incertezza clinica*. Seguendo la tradizione della *Virtue Ethics* applicata alla medicina, il processo formativo non si limita alla trasmissione di conoscenze, ma mira allo sviluppo di capacità deliberative fondate su: prudenza, responsabilità, gentilezza, rispetto e discernimento situazionale (Pellegrino & Thomasma, 1993; Hursthouse, 1999). Tale prospettiva si inserisce in continuità con la tradizione pedagogica italiana della formazione riflessiva, che ha sottolineato l'importanza del giudizio pratico come competenza educativa centrale nella formazione degli operatori della cura (Mortari, 2019; Zannini, 2008). Tale dimensione è particolarmente rilevante nei contesti emergenziali, dove la scarsità di risorse e l'instabilità dei contesti operativi rendono impossibile l'applicazione meccanica di protocolli standardizzati.

Il secondo asse riguarda la *formazione della competenza relazionale e narrativa*. La *Narrative Medicine* ha mostrato come la capacità di ascoltare, interpretare e integrare le storie dei pazienti rappresenti una componente essenziale della qualità della cura (Charon, 2006; Frank, 1995). Nel contesto italiano, tale approccio è stato progressivamente integrato nei percorsi formativi delle professioni sanitarie come dispositivo pedagogico orientato allo sviluppo della capacità riflessiva, relazionale ed etica degli operatori (Zannini, 2008; Spinsanti, 2016). In questa prospettiva, le virtù non sono solo disposizioni individuali, ma si esprimono come pratiche relazionali che consentono il riconoscimento della soggettività del paziente all'interno del processo clinico.

Il terzo asse riguarda la *formazione della consapevolezza antropologica della cura*. Questo livello implica la capacità di comprendere la sofferenza come fenomeno storicamente e culturalmente situato, evitando riduzioni universalistiche o esclusivamente tecnicistiche. L'antropologia medica ha infatti mostrato come le forme della sofferenza e della risposta terapeutica siano sempre mediate da contesti culturali specifici (Kleinman, Das & Lock, 1997; Didier Fassin, 2012). In questa direzione, la formazione sanitaria dei medici e degli operatori sanitari degli hub ospedalieri di Libano e Giordania include una dimensione riflessiva che consenta agli operatori di situare criticamente la propria pratica all'interno di contesti socioculturali complessi.

L'integrazione di questi tre assi formativi consente di delineare un modello educativo non riduzionista, in cui la formazione sanitaria viene concepita come processo di trasformazione professionale e umana. In questa prospettiva, la formazione sanitaria nei contesti emergenziali può essere letta come un processo di educazione alla cura che trova solide basi nella tradizione italiana delle *Medical Humanities* e della pedagogia della cura, in cui la formazione del professionista della salute è intesa come sviluppo integrato di competenze tecniche, etiche e relazionali (Mortari, 2019; Giarelli et al., 2005; Zannini, 2008). Tale modello risulta particolarmente coerente con le esigenze dei contesti emergenziali, nei quali la qualità della cura dipende non solo dall'efficienza tecnica degli interventi, ma anche dalla capacità di sostenere la dimensione relazionale, simbolica ed esistenziale della sofferenza vissuta da ogni paziente.

## Conclusioni

In dialogo con il dibattito contemporaneo sulle Medical Humanities e sulla pedagogia della cura, anche nel contesto italiano, il presente contributo ha proposto un paradigma storico-antropologico delle virtù come quadro teorico integrativo per la comprensione e la pratica della cura nei contesti sanitari emergenziali. Attraverso l'integrazione tra etica delle virtù, *Medical Humanities* e antropologia medica, il lavoro ha evidenziato come i paradigmi biomedici e formativi tradizionali, pur necessari, risultino epistemicamente incompleti nel rispondere alla multidimensionalità della sofferenza umana.

In particolare, è stato mostrato come la sofferenza nei contesti del Libano e della Giordania non possa essere ridotta alla sola dimensione clinica, ma richieda un approccio integrato capace di includere dimensioni narrative, relazionali ed esistenziali. In questa direzione, il paradigma proposto si configura come un dispositivo epistemico-educativo in grado di riorientare la formazione sanitaria verso una comprensione più ampia e articolata della cura.

L'analisi ha inoltre evidenziato come la genealogia della medicina umanizzata, esemplificata storicamente da esperienze istituzionali come la Casa Sollievo della Sofferenza, possa offrire chiavi interpretative utili per comprendere le attuali trasformazioni dei modelli sanitari. In questa prospettiva, il progetto *Interreg NEXT MED* e l'iniziativa *SALAM* si configurano come espressioni contemporanee di tale tradizione, traducendo in contesti emergenziali complessi un approccio integrato alla cura, in collaborazione con Caritas Lebanon e Caritas Jordan.

In conclusione, il paradigma storico-antropologico delle virtù qui proposto non intende sostituire i modelli esistenti, ma integrarli, offrendo una cornice teorica capace di connettere dimensione tecnica, etica e antropologica della cura. Tale integrazione appare particolarmente rilevante nei contesti emergenziali contemporanei, nei quali la sfida non è soltanto curare la malattia, ma preservare e ricostruire le condizioni di dignità, fiducia e riconoscimento della persona nella sua interezza.

## Acknowledgments

This work was developed within the framework of the Interreg NEXT MED Programme 2021–2027, under the Project SALAM. The author acknowledges the support provided by the programme and the project partnership in conducting the research activities presented in this contribution.

## Bibliografia

- Charon, R. (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford University Press.
- Doukas, D. J., Ozar, D. T., Darragh, M., de Groot, J. M., Carter, B. S., & Stout, N. (2022). Virtue and care ethics & humanism in medical education: A scoping review. *BMC Medical Education*, 22(1), 131. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-03051-6>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Epel, E. S., Blackburn, E. H., Lin, J., Dhabhar, F. S., Adler, N. E., Morrow, J. D., & Cawthon, R. M. (2004). *Accelerated telomere shortening in response to life stress*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 101(49), 17312–17315. <https://doi.org/10.1073/pnas.0407162101>
- Fassin, D. (2012). *Humanitarian reason: A moral history of the present*. University of California Press.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Fieschi, L., Matarese, M., Vellone, E., Alvaro, R., & De Marinis, M. G. (2013). Medical humanities in healthcare education in Italy: A literature review. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 49(1), 56–64. [https://doi.org/10.4415/ANN\\_13\\_01\\_10](https://doi.org/10.4415/ANN_13_01_10)
- Ferro Allodola, V., & Canocchi, E. (2011). *Prevenzione e cura. Lavorare con le rappresentazioni*. Pensa Multimedia.

- Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*. University of Chicago Press.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., et al. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923–1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- Giarelli, G., Good, B. J., Del Vecchio Good, M.-J., Martini, M., & Ruozi, C. (Eds.). (2005). *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile*. FrancoAngeli.
- Harden, R. M. (2002). Learning outcomes and competencies: Principles and practice in medical education. *Medical Teacher*, 24(2), 151–158. <https://doi.org/10.1080/01421590220120618>
- Hursthouse, R. (1999). *On virtue ethics*. Oxford University Press.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.
- Kleinman, A., Das, V., & Lock, M. (Eds.). (1997). *Social suffering*. University of California Press.
- McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine*, 338(3), 171–179. <https://doi.org/10.1056/NEJM199801153380307>
- McEwen, B. S., & Stellar, E. (1993). Stress and the individual: Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, 153(18), 2093–2101. <https://doi.org/10.1001/archinte.1993.00410180039004>
- Meaney, M. J., & Szyf, M. (2005). Environmental programming of stress responses through DNA methylation. *Molecular Psychiatry*, 10(11), 1032–1039. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001755>
- Mortari, L. (2019). *MelArete. Cura, etica, virtù*. Raffaello Cortina Editore.
- Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (1993). *The virtues in medical practice*. Oxford University Press.
- Peteet, J. R., Witvliet, C. V. O., Glas, G., & Frush, B. W. (2023). Accountability as a virtue in medicine: From theory to practice. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 18(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s13010-023-00129-5>
- Puchalski, C. M. (2013). *Making health care whole: Integrating spirituality into patient care*. Templeton Press.
- Slavich, G. M., & Irwin, M. R. (2014). From stress to inflammation and major depressive disorder: A social signal transduction theory of depression. *Psychological Bulletin*, 140(3), 774–815. <https://doi.org/10.1037/a0035302>
- Spinsanti, S. (2016). *La medicina vestita di narrazione*. Il Pensiero Scientifico Editore.
- Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42(suppl\_3), 24–33. [https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl\\_3.24](https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24)
- Zannini, L. (2008). *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Raffaello Cortina Editore.