

POLITICA PROFESSIONALE ED EPISTEMOLOGIA INFERMIERISTICA: QUALE RAPPORTO?

Duilio Manara

Professore universitario di seconda fascia SSD Med/45 “Scienze infermieristiche generali, cliniche e pediatriche” e coordinatore del Corso di Laurea in Infermieristica - Università Vita-Salute San Raffaele di Milano.

Mi è stato chiesto di parlare attorno al rapporto tra politica professionale ed epistemologia infermieristica. Paroloni. Ma questo è un argomento molto difficile da affrontare. Se questo rapporto c'è, e c'è sicuramente, che tipo di rapporto è? A che punto siamo rispetto al nostro passato? Che cosa ci aspetta nel futuro?

Suor Odilia, mi fa veramente piacere che lei intervenga dopo di me. Trentatré anni fa, in questo periodo, io avevo 20 anni e mi stavo per diplomare alla Scuola per Infermieri di Alzano lombardo, nelle valli bergamasche, e con tutta la classe di terza fummo invitati al Congresso Nazionale a Rimini. È stato bellissimo, ci siamo divertiti un sacco... ma ovviamente non voglio parlare di questo. Ricordo molto bene suor D'Avella che con un piglio battagliero, picchiando i pugni sul tavolo, chiedeva di avere la maturità che consentisse l'ingresso in Università al corso di base. A mala pena allora si richiedeva solo il biennio. Ma perché? Perché il *nursing* – si diceva - è un'attività di responsabilità, complessa, che richiede formazione elevata, intellettualità.

Siamo tornati a casa, e io, insieme ad altri compagni, sono andato dalla mia didattica – si chiamava didattica una caposala anziana che ci seguiva per tre anni e che passava le ore di assistenza infermieristica, anzi di tecnica infermieristica a dettarci lo Juchly, un manuale allora molto diffuso – e le ho chiesto: ma che cos'è il *nursing*? Mai sentito prima in tre anni di scuola per infermieri. E lei mi risponde: ah, non lo so; dobbiamo chiederlo alla direttrice. Trentatré anni fa. Il rapporto tra contenuto e professione. Queste cose hanno a che fare anche con le cose che dirò sulla lettura della politica professionale

Le tesi

Sostengo 2 tesi in questa relazione: la prima è affermativa. La forza professionale è direttamente proporzionale alla ricchezza delle sue conoscenze, così come ci ha detto prima il prof. Tousjin. Quante più conoscenze abbiamo tanto più la nostra professione avrà impatto nel sociale e avrà forza nelle sue politiche.

La seconda, invece, è dubitativa, ipotetica. Non stiamo ancora usando appieno le conoscenze che in questi anni abbiamo costruito sull'assistenza, così come invece dovremmo; per vari motivi: debolezza politica, non entro in questo, ma soprattutto – e questo è il mio campo – debolezza epistemologica, cioè di costruzione di una conoscenza condivisa e diffusa. Su questa parte ipotetica si può aprire un dibattito perché, ovviamente, non ho certezze.

La definizione di politica professionale è già stata data prima e molto meglio di me.

Mi soffermo invece sulla definizione di epistemologia.

Il termine epistemologia in Italiano è usato con il significato di filosofia della scienza, cioè quella parte della filosofia che si occupa di quel particolare tipo di sapere che è la scienza. Quindi, come una parte della gnoseologia.

In inglese, invece, *epistemology* è usato come gnoseologia, come insieme di conoscenze che parlano di un certo settore.

Oggi non voglio parlare di epistemologia infermieristica in termini di sapere scientifico dell'infermiere. Non mi fermo a questo. Sono molto più interessato a parlare dell'insieme di saperi di cui si occupa l'infermiere per fare il suo lavoro. Quindi, usiamo termine epistemologia, oggi, non solo come scienza ma come insieme di saperi applicati al fenomeno assistenza infermieristica.

Rapporto tra epistemologia e professione

Che il rapporto tra i saperi e il loro ambito di applicazione sia una cosa importante lo dicono i filosofi, i sociologi, gli esperti nell'organizzazione e nella gestione dell'evoluzione delle conoscenze.

Shein, ad esempio, dice che ci sono almeno 3 livelli con cui le conoscenze si applicano a un professionista:

1. un professionista, ad esempio un infermiere, studia la sua disciplina, le conoscenze di base, strutturali, all'università,
2. sulle quali poi impara un sapere applicativo, un *know how* (i metodi, le tecniche che gli permettono poi operativamente di fare suo mestiere),
3. che poi applica al letto del malato con attitudine, con perizia, con un grado di competenza che dipende da ciascuno di noi.

Ma noi partiamo da quelle conoscenze. Senza quelle conoscenze non potremmo mai assistere un malato o meglio, lo assisteremo in maniera non professionale.

Vedete, abbiamo una relazione tra quello che studiamo e quello che facciamo.

Quindi, come politica e azione anche personale, l'infermiere quando veste il camice fa politica professionale e dà un'immagine professionale, che poi uno raccoglie nel Collegio, nella Federazione... ma se noi non difendiamo queste conoscenze e questa politica nel rapporto uno a uno con il malato, là da dove parte la politica e il potere della professione, neanche a livello nazionale si può fare qualcosa.

Sempre parlando del rapporto tra epistemologia e professione, Donald Schon, del MIT di Boston, ha studiato, negli anni settanta/ottanta, il rapporto tra le conoscenze degli ingegneri e il lavoro degli ingegneri. Che cosa ha scoperto? Che molte delle cose che gli ingegneri studiavano all'università non venivano usate nella pratica. Vi è quindi un eccesso di conoscenze inutili al professionista; oppure, le cose importanti che i professionisti facevano, cioè le conoscenze che sviluppavano sul lavoro, erano senza una testimonianza accademica. Nessuno faceva ricerca sulle cose che gli ingegneri giudicavano importanti nel loro lavoro e che nessuno aveva loro insegnato.

Quindi, o un eccesso conoscenza, e quindi buttiamo via il tempo e la fatica degli studenti, o – ancora più grave – un deficit epistemologico, come lo chiamava lui, cioè una mancanza di conoscenza strutturata su cose che i professionisti ritengono importanti del proprio mestiere.

Ed è esattamente di questo che voglio parlare, perché è chiaro che nel 1984, quando io stavo per diventare infermiere, questo deficit era totale. Nessuno mi insegnò allora formalmente che cos'era il cuore della professione infermieristica, magari me l'hanno insegnato in altre maniere, ma non in forma strutturata accademica, dalla cattedra.

Il grumo di complessità della clinica

Allora partiamo dal grumo di complessità della clinica. Per capire la politica professionale partiamo dalla complessità del nostro lavoro.

Vi chiedo di pensare all'ultima volta che avete fatto assistenza, all'ultima volta che un paziente o un parente vi ha ringraziato. Pensate a quella situazione, alle decisioni che avete preso e che hanno fatto la differenza per quel malato e per quella famiglia. Perché fare assistenza vuol dire vedere un problema, decidere degli interventi e valutare i risultati.

Avete preso delle decisioni su quel paziente che hanno fatto la differenza. Ebbene, su quali conoscenze avete basato queste vostre decisioni in quella determinata situazione? Scientifiche e basta? Metodologiche?

Il grumo di complessità della clinica dice che in ogni gesto di clinica, e ce ne sono centinaia in ogni turno di lavoro di un infermiere, molte più che nel turno di un medico – il medico prende meno decisioni cliniche su un malato di un infermiere che deve decidere se muovere un malato o no, usare una scala di valutazione o un'altra, dargli da bere o no, tenerlo a digiuno o no, somministrare la terapia al bisogno o no, ecc. –, Il grumo di complessità della clinica dice che ogni gesto di cura racchiude in sé:

- conoscenze ontologiche: cioè relative alla filosofia dell'esistente – in cui il professionista testimonia che visione ha del suo lavoro. Che cosa penso sia l'assistenza? Perché, se penso che è aver-cura mi comporto in un modo, ma se penso che è solo tecnica mi comporto in un altro.
- conoscenze scientifiche: quali conoscenze ho per prendere una decisione su questo problema? Quali conoscenze metodologiche ho? Che struttura mentale, che percorso di ragionamento faccio per capire il problema e scegliere un intervento? La mia generazione, ma anche la vostra, è nata con il *problem solving*, siamo dei grandi *solver* e piccoli *problem*... Siamo automaticamente portati alla soluzione del problema, ma quanto stiamo molto poco sulla comprensione del problema del malato, fino in fondo, prima di capire qual è la scelta giusta da fare. Siamo grandi risolutori di problemi, attivi a risolverli. Ma

quanto ci fermiamo a ragionare su quello che ci sta passando letteralmente tra le mani? Ci ha appena detto fratel Michael che dobbiamo essere scaltri, cioè attenti a quello che accade e non passare immediatamente alle cose che si fanno, o che si devono fare perché lo dice il protocollo o la coordinatrice dell'unità operativa.

- conoscenze tecnologiche, importantissime; noi usiamo la tecnica per fare assistenza ma anche
- conoscenze relazionali: non c'è cura senza relazione, in gesto tecnico c'è una relazione, c'è un modo di porsi in cui il corpo del curante incontra il corpo del curato.
- conoscenze organizzative: le risorse, le competenze, i tempi, i soldi...
- conoscenze etiche: e certo non per ultime.

Quindi, ogni gesto, ogni decisione clinica ha dietro questo baillame di strutture conoscitive e sovrastrutture intellettuali. Ma attenzione: quando si parla di dilemmi etici o di stress morale, se vai a guardare i problemi e i pensieri del professionista prima di prendere una decisione giusta o sbagliata, saltano fuori tutte queste cose. Dovrei fare così secondo il protocollo, la coordinatrice, però, la pensa così, il medico farebbe un'altra cosa e alla fine le decisioni non sono orientate dall'etica, che dovrebbe dire "facciamo il bene del malato" o, ancora meglio "tutelo il suo principio di autonomia", cioè sviluppo la sua autonomia.

Quali conoscenze sono implicate in un gesto clinico?

La letteratura infermieristica si trova d'accordo sul fatto che siano sostanzialmente 3 i tipi di conoscenza, molto diversi tra loro, ma tutti implicati nel gesto clinico e sono: l'epistemologia (la conoscenza soprattutto scientifica), l'etica (che cosa distingue una decisione volta al bene, all'autonomia del malato e cosa no), l'ontologia (che visione hai dell'assistenza).

Il prossimo codice deontologico dirà o meno il fatto che noi come infermieri vediamo l'assistenza come *caring*, prendersi cura? Perché questa parola orienta in un senso non solo estremamente prescrittivo – è vero – ma di contenuto, la visione che si ha sul nostro lavoro. Come si può vedere si tratta di una decisione politica, ma fondata sulla letteratura, su una base di conoscenza e di discussione condivisa: che cosa ne pensate? Vi piace l'assistenza come *caring* o vi spaventa perché è impegnativa e, qualcuno dice, supererogatoria, cioè eccessivamente richiedente un impegno personale del singolo?

Come disciplina, guardate che anche il padre del neoempirismo, uno dei più famosi epistemologi del novecento, Karl Popper, diceva che le discipline sono l'insieme delle teorie che si occupano di un problema, non solo quelle scientifiche, quelle falsificabili – dice lui – ma anche quelle che sono state falsificate, tutte fanno parte della storia della disciplina, così come quelle che non sono ancora state corroborate fanno parte della disciplina. Il suo principio, difatti, riabilita tutte quelle conoscenze non scientifiche che stanno alla base di molte professioni come la medicina.

Questa è la posizione che assume la filosofia espressa da June J.F. Kikuchi: questi 3 saperi devono integrarsi e quando definiamo che cos'è l'assistenza infermieristica, questa non è una domanda scientifica, non è la scienza che ci aiuta a rispondere a questa domanda; ma è invece una domanda filosofica, ontologica ed etica.

Nel 1989, Benner, una delle mie autrici preferite, un'infermiera, adesso in pensione, che lavorava presso l'Università della California, prova a mettere ordine in questa complessità con una definizione importantissima che ritroviamo nel testo "*The primacy of caring*", e dice: quando prendi una decisione, soprattutto se è orientata al *caring*, non puoi fermarti a quello che dice la scienza – che ti dà orientamento di efficacia, di risparmio, di contenimento degli errori, ci mancherebbe, è fondamentale. Quando prendi una decisione devi porre quella scienza al servizio dell'etica e della responsabilità; la famosa *accountability*, cioè il dover rispondere al malto della tua scelta, perché è per lui che fai quello che stai facendo. Questo è un modo per armonizzare il patrimonio conoscitivo che abbiamo: quello che abbiamo studiato e quello che abbiamo coltivato nelle pratiche.

Rapporto tra epistemologia e professione

Quindi capite che il rapporto fra politica e conoscenza ha basi molto complesse, ma a che punto siamo?

Popper dice, per gli scienziati: badate bene che non è il possesso della conoscenza che fa l'uomo di scienza, ma la ricerca della verità. Noi potremmo dire che il vero professionista, esperto, bravo, autenticamente interprete dei suoi valori e delle sue capacità professionali, non è quello che possiede la certezza del risultato delle sue tecniche, l'efficacia, ma quello che mette a disposizione questo suo patrimonio per trovare la giusta soluzione dei problemi del paziente. Che è facile da dire: la giusta soluzione. Far rientrare l'etica nella decisione clinica.

Abbiamo parlato dei vaccini, ma badate bene che la conoscenza scientifica è quanto di più incerto abbiamo, è provvisoria; dare certezza ai nostri malati che nel 99% dei casi questo vaccino non avrà effetti collaterali, fa sfuggire quell'1% che, invece, ha avuto un danno da quel vaccino. È essenziale allora cercare la fiducia del paziente su basi incerte, perché la scienza non è certezza, vuol dire comunque poter discutere di quello che possiamo fare per lui per affrontare un certo problema. Questa è la base per quel corretto uso del potere a cui faceva riferimento Fratel Michael.

Rapporto tra epistemologia e politica infermieristica – ieri

Guardando nel passato, possiamo citare questo bellissimo libro che ha richiamato Caterina Galletti all'inizio della giornata – io sono uno delle vittime. Lo riprendo per sostenere la seconda parte della tesi. Se questa è la conoscenza, in termini epistemologici, della letteratura internazionale su che cos'è l'assistenza infermieristica, su quali sono le conoscenze che vengono usate dagli infermieri per prendere delle decisioni, ebbene, questo libro, raccontando le varie interviste ci racconta alcune cose. Ci racconta come questo deficit di conoscenza nell'infermieristica abbia prodotto alcune distorsioni nella politica professionale – e attenzione, non è colpa della politica, è colpa della carenza di conoscenze che avevamo a quel tempo.

Ne cito alcune, non necessariamente le principali, soprattutto sul versante formazione, che è quello che mi riguarda più da vicino.

Primo. Per esempio l'etero-conduzione dell'inizio del processo di professionalizzazione; lo dicono tutti gli intervistati. Vale a dire che non sono stati infermieri italiani a iniziare il percorso di professionalizzazione in Italia. Prandstraller, un sociologo famoso, fa corrispondere questo inizio con gli accordi di Strasburgo, firmati nel 1967 e ratificati nel 1973, con 6 anni in ritardo; e li abbiamo ratificati perché scadevano e non perché eravamo lì come infermieri a dire "Vogliamo l'accordo di Strasburgo". Ci è passato largamente sulla testa. Qualcun altro ha deciso sempre per noi. La base della nostra professione è molto lontana dai discorsi della politica, una minoranza illuminata di professionisti – illuminata, ma pur sempre una minoranza – a partire proprio dagli anni 70, ha cominciato a parlarne.

Nel libro si legge la storia del profilo professionale, la lotta, la battaglia della professione, anche se poi abbiamo dovuto fare una grandissima marcia a Roma per ottenerlo.

Così come la tabella XXXIX ter, la prima tabella dell'ingresso dell'infermieristica in università. O ancora la nascita del settore scientifico disciplinare, che rappresenta l'infermieristica come cattedra nel 1994. Abbiamo avuto il primo riconoscimento di un nostro settore nel 1994, ma i primi professori li abbiamo avuti nel 2000.

Io ho partecipato a un concorso – anzi a due o tre – prima di diventare associato due anni fa, e sono sempre stato fregato. In uno, però, c'era una commissione – per parlare proprio di contenuto della scienza infermieristica – composta tutta di medici – perché solo adesso abbiamo ordinari e associati che possono partecipare alle commissioni di concorso. Allora il concorso prevedeva di preparare nel giro di 24 ore una lezione di 50 minuti da tenere davanti alla commissione. Una lezione estratta a sorte. Nella prima giornata difendevi il tuo curriculum e estraevi l'argomento della lezione che dovevi tenere il giorno dopo. Beh, il primo tema che estraevi in quel concorso aveva per titolo "Il trattamento del carcinoma ovarico" – lo metto da parte. Il secondo tema era "Tecniche per la gastroscopia" – lo metto da parte e comincio a pensare che siano stati due giorni buttati via. Il terzo tema era "Il processo infermieristico". Scelgo questo, con un po' di sollievo ma non senza far presente alla commissione che gli altri due temi non erano infermieristici. Mi risposero: "Ma come si permette!", "Come può dire che non sono infermieristici?". "Non lo sono" ribadisco "Non sono cose che gli infermieri studiano". Il giorno dopo faccio la mia lezione e, per la cronaca, in quel concorso vinsero l'abilitazione due medici.

Da questo esempio personale si può rilevare come la debolezza del sapere infermieristico si riverbera sulle politiche e sulle vite di ciascuno di noi.

Secondo esempio. Abbiamo ottenuto percorsi formativi universitari senza aver adeguatamente definito prima i contenuti disciplinari da inserirvi. Noi siamo entrati in Università con i programmi della Signora Boccingher di prima (quella che ci dettava lo Yucly). Abbiamo cambiato il contesto, ma in tante nostre Università abbiamo ancora contenuti non pienamente disciplinari, senza quel criterio di verità che ci diceva Popper prima. Abbiamo voluto l'Università – dice Zanotti, un nostro collega – ma quando parliamo di disciplina facciamo fatica a definirla, facciamo fatica a mollare i punti di riferimento a cui siamo legati.

Terzo. Abbiamo contenuti dei programmi di infermieristica non unificati a livello nazionale e internazionale; continuiamo a insegnare cose – come gli ingegneri citati prima – o inutili o eccessive rispetto al nostro lavoro. Facciamo poca condivisione dei programmi, poca critica interna su che cos'è l'assistenza infermieristica. Abbiamo percorsi formativi in parte ancora aberranti; se partiamo dalla complessità della clinica, dal fatto che per diventare un bravo infermiere devi studiare non solo la scienza, ma anche la filosofia dell'assistenza, per avere principi e valori; questo orienta la professione e orienta la carriera.

Noi abbiamo una carriera in cui abbiamo, per esempio, un master di coordinamento che in un anno ti permette di coordinare un gruppo di professionisti, con una complessità clinica e organizzativa di fronte alla quale un solo anno di preparazione non regge più. Non puoi fare tre anni di corso di laurea e un anno di master e pensare di gestire la complessità clinica e organizzativa di un'unità operativa per i prossimi trent'anni. Non esiste, è aberrante. Perché ce l'abbiamo ancora? Pensate invece al percorso che fanno i medici. Tu prenderesti un primario che non ha dimostrato prima nella sua clinica di essere bravo e innovativo e solo perché ha fatto un master alla Bocconi gli fai fare il primario? O non pensi che prima debba aver dimostrato di essere capace di innovazione e di ricerca nella sua clinica? E allora, per quello gli fai fare il master alla Bocconi e gli dai il primariato. Non perché ha il titolo. Altrimenti, fra 5 o 10 anni avremo infermieri con dottorato di ricerca nella clinica coordinati da uno con il master. Non so se rendo l'idea sul peso che ha la conoscenza nelle decisioni anche organizzative e di carriera.

In questi ultimi 25 anni abbiamo ottenuto grandissimi risultati, abbiamo fatto tanta ricerca clinica e organizzativa, ma pochissima ricerca sociale e sui fondamenti dell'assistenza.

Fra poche settimane pubblicheranno una piccola *survey* coordinata dai colleghi di Genova, che io ho avuto modo di vedere la settimana scorsa. Loro hanno preso tutte le tesi di dottorato degli ultimi 10 anni delle cinque scuole esistenti in Italia, e hanno tipizzato le tesi. Quelle che si occupano di clinica, quelle che si occupano di organizzazione, di etica, di teoria e di società e professione. È uscito che soprattutto ci siamo occupati di clinica, di organizzazione, qualche tesi di etica, una sola tesi di teoria, sui fondamenti, sulla filosofia dell'assistenza in 10 anni in cinque scuole dottorali. Questo per dire il deficit epistemologico: siamo molto centrati ancora sulla scienza, che è sicuramente fondamentale, ma rischiamo di essere indotti a prendere decisioni di un certo tipo se dimentichiamo gli altri tipi di conoscenza che devono crescere in forma armonica. Non è il vero potere della professione quello fondato solo su contenuti scientifici né sui numeri, né sul potere politico di chi ci rappresenta nei confronti del Ministero. Il vero potere politico che abbiamo passa nelle mani di ogni singolo infermiere. Occorre fare ricerca su questo. Su quello che ci rende orgogliosi di fare questo lavoro, quello per cui i pazienti e i famigliari ci ringraziano.

Gli infermieri statunitensi da quasi vent'anni vincono sistematicamente il primo premio dei cittadini tra tutte le professioni per il criterio onestà ed etica. Sono andati al secondo posto solo nel 2001 perché in quell'anno hanno vinto i pompieri, dopo l'11 settembre. Questo è il potere di una professione che i medici hanno perso. Grande scienza, grande cultura, ma poca capacità di conquistare la fiducia dell'altro nelle proprie decisioni. Noi questa fiducia l'abbiamo ancora, anche in Italia. Ce lo dicono gli studi che fa la Federazione. Non deve essere sprecata.

Su che cosa si basa questo potere? Non sulla conoscenza scientifica, ma sul rapporto interumano tra infermiere e paziente.

Vi faccio questo giochino. Questo è un libro importantissimo della Benner – *From novice to expert*. Vi chiedo di guardare bene il sottotitolo "*Excellence and power in clinical nursing practice*". È stato tradotto in italiano nel 2003, da due colleghi – Calamendrei e Rasero, e per fortuna che l'hanno tradotto –, ma guardate come è cambiato il titolo. C'è qualcosa di meno e c'è qualcosa di più. Il qualcosa di più è l'apprendimento che nel testo della Benner non c'è. Il testo della Benner non parla di come formare gli infermieri; parla di come un infermiere diventa bravo e parla del potere che ha l'infermiere che diventa

bravo. La parola “potere” noi l’abbiamo tolta, come se non ci interessasse, come se ci facesse paura. Il potere che ha l’infermiere nei confronti del suo paziente

Il potere più grande che abbiamo è nella relazione, ed è il potere di cura, è il potere di interpretare il bisogno del paziente. Sapete quale la più bella testimonianza di questo potere femminile che abbiamo nella storia della letteratura? Non voglio fare catechismo, ma nel capitolo 14 di Marco, l’episodio dell’unzione di Betania, racconta che Gesù pochi giorni prima della passione a cena o a pranzo con amici viene interrotto da una donna che non si sa chi è, che entra con un vasetto di alabastro, pieno di un profumo di nardo preziosissimo. Rompe il vasetto e comincia a ungere i piedi di Gesù. Scandalo! Butta via i soldi! Che cosa fa questa qui? Chi pensa di essere? – a tavola tra l’altro ci sono solo maschi – Ma Gesù dice: lasciatela fare, sta unguendo il mio corpo per la sepoltura – è un gesto di cura – e dice testualmente “ha fatto ciò che è in suo potere di fare”.

Il potere curativo passa da questo gesto che fa sintesi di tutto quello che una persona sente e sa in quel momento e lo mette a disposizione della persona che sta assistendo.

Rapporto tra epistemologia e politica infermieristica - domani

Concludendo. Qualche sfida per il domani.

La prima. Sapremo ricomporre un’unità professionale di fronte alla crescita della cultura ma anche alla crescita della complessità? Per esempio, dagli OSS fino al *top management*. Noi siamo molto orientati al *top management*, ma sappiamo che, rispetto alla complessità dell’assistenza, gli OSS fanno assistenza. Fanno assistenza infermieristica? Mmh! Sta a noi. Li vogliamo lasciare fuori? Noi in Italia, per il momento li abbiamo lasciati fuori; in molti paesi sono dentro la professione, e la professione governa anche loro. E soprattutto, le loro conoscenze disciplinari sono le nostre: studiano l’infermieristica per fare il loro lavoro, allora perché li lasciamo fuori, se quello che fanno è la stessa cosa che fanno gli infermieri, ma solo con una base conoscitiva più leggera?

Secondo. Come garantiremo la sopravvivenza delle pratiche di cura in una società post-scientista? Questo ha a che fare con la scienza, ma anche con la critica alla scienza che sta venendo avanti. Come riusciremo a testimoniare questi valori e queste conoscenze in una società che sta crescendo in maniera a volte schizofrenica?

Conclusione

La conclusione sembra banale: l’unica politica possibile – tanto a livello personale quanto istituzionale – è l’esercizio del potere orientato al servizio di un ideale condiviso.