

ADOLESCENTOLOGIA

Giornale Italiano di Adolescentologia e medicina dell'adolescenza
Giornale di cultura scientifica ed educativa per la salute dell'adolescente

Adolescentologia 2026; 3



Fondato nel 1992 da Giuseppe R. Brera

Direttore responsabile Giuseppe R. Brera

Direttore editoriale Antonio Licari

Vice-Direttore e Managing Editor: Ettore Ruberti

direzione@adolescentologia.org

Comitato scientifico ed editoriale

Luciano Berti, Giuseppe R. Brera, Flavio Della Croce, Vito Galante, Luigi Gargantini, Vincenzo Ovallesco, Paolo Garascia, Mariangela Porta, Ettore Ruberti, Assunto Quadrio+

Organo del Dipartimento di Adolescentologia dell'Università Ambrosiana e della Società Italiana di Adolescentologia e Medicina dell'Adolescenza

www.adolescentologia.org

www.unambro.it

Blog del giornale: www.adolescentologia.wordpress.com.

Edizioni dell'Università Ambrosiana, Milano Abbonamenti:

Abbonamento annuale 50 euro-4 numeri- Scuole: licenza di distribuzione agli studenti -Numeri Speciali 10 euro

Ordinare l'abbonamento a editoria@editoriauniversitaambrosiana.it

Autorizzazione del Tribunale di Milano n° 374- 1992

Giornale affiliato alla [Rivista Internazionale Medicine, Mind and Adolescence](http://www.rivistainternazionalemedicine.com) ISSN 1126-7127

Abbonamenti editoria@editoriauniversitaambrosiana.it

EDIZIONI UNIVERSITA AMBROSIANA

www.editoriauniversitaambrosiana.it

INDICE

EDITORIALE

QUANDO CURARE SIGNIFICA ANCHE ASCOLTARE Antonio Licari	3
--	---

ARTICOLI

NESSUN RIMPIANTO PER EMMA BONINO- LEADER DEL GENOCIDIO ITALIANO Giuseppe R. Brera	3
---	---

LA BUROCRAZIA COME LIMITE DELLA MEDICINA GENERALE NELL'ASSISTENZA ALLA CRONICITÀ: ANALISI EPISTEMOLOGICA E CLINICA ALLA LUCE DELLA MEDICINA CENTRATA SULLA PERSONA Vito Galante	9
---	---

DAL CURARE AL PRENDERSI CURA: UN SALTO DI QUALITÀ NELLA GESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE Giuliana Ciarelli	19
--	----

LO STRUTTURALISMO IN ANTROPOLOGIA E LA DIFFUSIONE <i>DELL'HOMO SAPIENS</i> IN ITALIA Ettore Ruberti	21
---	----

LA NATURA UMANA NELL'ADOLESCENZA: IL PATHOS DEL MISTERO Giuseppe R. Brera	28
---	----

POPOLAZIONE E IPERSFRUTTAMENTO DELLE RISORSE Ettore Ruberti	31
---	----

FORMAZIONE

PRESENTAZIONE CORSI DELL'UNIVERSITÀ AMBROSIANA	35
---	----

SPAZIO LETTERARIO ADOLESCENTI a cura di Vito Galante	36
--	----

DICHIARAZIONE UNIVERSALE DEI DIRITTI E DEI DOVERI DEL GIOVANE	40
--	----

NOTIZIE DALLA SOCIETÀ ITALIANA DI ADOLESCENTOLOGIA E MEDICINA DELL'ADOLESCENZA	42
---	----

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI	45
----------------------------------	----

ALLEGATI	45
-----------------	----

EDITORIALE

QUANDO CURARE SIGNIFICA ANCHE ASCOLTARE

Antonio Licari

Un adolescente non è una diagnosi, un voto scolastico o un comportamento da correggere. È una persona. E proprio da qui dovrebbe partire il dialogo tra medicina e pedagogia.

Viviamo in una società che tende a classificare rapidamente. Un disagio diventa un problema, un comportamento difficile diventa un'etichetta, un sintomo diventa una diagnosi. Ma quando si parla di adolescenti, fermarsi a ciò che appare non basta. L'adolescenza è una fase complessa, fatta di trasformazioni fisiche, emozioni intense, ricerca di autonomia e bisogno di appartenenza. In questo periodo medicina e pedagogia possono svolgere un ruolo fondamentale, a condizione che non perdano di vista ciò che hanno in comune: **la persona**. La medicina si occupa della salute e della cura; la pedagogia accompagna il processo di crescita e di formazione. Sono prospettive differenti, ma entrambe possono contribuire a comprendere il giovane nella sua interezza. Perché dietro un disagio fisico o psicologico c'è sempre una storia personale, una famiglia, una scuola, un gruppo di amici, un ambiente sociale. Per questo la cura non può limitarsi alla prescrizione di una terapia, così come l'educazione non può ridursi a regole e disciplina.

Prima di intervenire bisogna ascoltare. Prima di giudicare un comportamento, bisogna cercare di comprenderne le ragioni. È questa la logica di un approccio centrato sulla persona: non considerare il ragazzo come un semplice "caso", ma riconoscerne bisogni, fragilità, capacità e potenzialità. Una prospettiva che richiede anche una maggiore collaborazione tra medici, pedagogisti, insegnanti e famiglie. La sfida è particolarmente importante oggi. Gli adolescenti

vivono immersi in una realtà dominata dalla tecnologia, dai social network e da un confronto continuo con gli altri. In questo scenario possono emergere nuove forme di disagio, che non sempre sono immediatamente visibili. Ignorarle o liquidarle come semplici "problemi dei giovani" significa perdere l'occasione di intervenire in modo efficace. La vera cura, allora, non consiste soltanto nel trovare una soluzione a un problema. Consiste nel creare le condizioni perché una persona possa sentirsi vista, ascoltata e accompagnata. Ed è forse questa la domanda più importante che medicina e pedagogia dovrebbero porsi: non soltanto **"che cosa non funziona?"**, ma **"chi abbiamo davanti?"**. Perché mettere la persona al centro significa ricordare una verità semplice, ma spesso dimenticata: **prima di essere un paziente, uno studente o un adolescente in difficoltà, quel ragazzo è una persona che chiede di essere riconosciuta.**

ARTICOLI

NESSUN RIMPIANTO PER EMMA BONINO: LEADER DEL GENOCIDIO ITALIANO

Giuseppe R. Brera ¹

E' deceduta l'ex parlamentare radicale Emma Bonino incisiva nella storia della Repubblica Italiana per avere promosso il degrado morale dell'Italia promuovendo insieme ai socialisti(PSI, PLI, DP, PRI, PCI, PSDI e indipendenti di sinistra) e l'ipocrita collaborazione della Democrazia Cristiana e della compagine catto-comunista prima con Aldo Moro-storica apertura ai valori delle masse popolari al Congresso della DC del 1974-la legge 194, firmata infatti da Andreotti Anselmi, Bonifacio-Morlino-Pandolfi. (DC). Questa ha

¹ Rettore dell'Università Ambrosiana-Presidnete della Società Italiana di Adolescentologia e Medicina dell'Adolescenza

fatto cadere la sanità italiana in una schizofrenia istituzionale e ha permesso da allora la soppressione di c.a. cinque milioni di bambini che non hanno avuto il diritto sacro e civile di vedere la luce, anche se un certo numero abortito vivo è stato soppresso. Famoso il caso di uno di questi messo in frigorifero a morire. I bambini Down sono stati così sterminati fino al 9 mese senza pietà e arrestando la ricerca sulla terapia fetale del Down.

L'ipocrita obiezione di coscienza sul piano morale è sul piano filosofico blasfema, in quanto non si può obiettare che la verità esista. **La verità è che il feto è un essere umano che ha diritto di vivere e nessuno ha il diritto di decidere della sua vita, la cui nascita al di là delle motivazioni cosce e inconscie delle madri e dei padri appartiene al mistero dell'esistenza umana che solo la fede in un essere creatore della vita e della morte, del principio e del fine, dell'alfa e dell'omega, può spiegare, come è stato dedotto già dagli antichi filosofi greci (Platone, Aristotele) e ieri da fisici del valore di Max Planck.**

La Bonino responsabile in prima persona di decine di aborti per cui è stata incarcerata, è insieme a Marco Pannella, leader radicale, la maggior promotrice di questo genocidio e della schizofrenia istituzionale dell'istituzione medica che ha determinato l'apertura di camere di sterminio ginecologico affiancate alle sale parte particolari personalità di ostetrici-ginecologi, tecnici della morte, ruotano, pagati dai soldi di contribuenti che non sono d'accordo, esecutori di orrendi delitti contro bambini sani e malati nelle diverse fasi dello sviluppo fetale.² L'aspetto schizoide di questi atti è che questi tecnici un giorno uccidono, un giorno fanno nascere. La psicoanalisi kleiniana accomuna per dinamica motivazionale inconscia

di natura schizoparanoide le motivazioni di questi tecnici della morte, a quelle delle donne, che sono mandanti di un vero e proprio omicidio esecrato dagli albori della Medicina (Giuramento d'Ippocrate-codice deontologico dei medici. Oggi sappiamo come l'aborto indotto è causa di gravi sequele epigenetiche e psicologico-negative – psichiatriche come già nel 1981 avevo evidenziato da una ricerca, compiuta con abortisti nel saggio: “La scelta di abortire: motivazioni e sequele psichiche”³. Depressione, reazioni psicotiche e disturbi psicosomatici sono comuni nelle donne che abortiscono, mediate da sensi di colpa inconsci, catartizzate da alcune con l'ideologizzazione dell'aborto in una politica femminista aggressiva come in uno psicodramma perché attraverso la proiezione esterna dei sensi di colpa inconsci, attraverso il conflitto, la donna non cade in depressione. Ecco perché dopo un aborto scelto da donne sposate o in coppe e sostenuto dai partner le unioni spesso si rompono, in quanto il padre diventa "nemico" investito dalla proiezione dei sensi di colpa della donna che ha scelto di far uccidere il figlio.

1. Impatto dei diritti “civili” della Bonino sui giovani italiani

I danni psicologici e psichiatrici, con corrispondenza epigenetica (Iper-metilazione geni promotori es. di geni oncosoppressori con il loro silenziamento) sono così riassumibili:

1 Aumento del rischio suicida: Il tasso di suicidio delle donne in Finlandia è aumentato da 5,9/100.000 dopo la maternità a 34,1/100.000 dopo l'aborto volontario e/o terapeutico. Ciò significa che una donna che il rischio di suicidio attribuibile all'aborto è 28,2. In Italia non ci sono studi⁴

³ Brera G R La scelta di abortire: motivazioni e sequele psichiche. Edizioni Amici per la vita, 1982

⁴ °Gissler M, Hemminki E, Lonnqvist J. Suicides after pregnancy in Finland, 1987-94: register linkage study. BMJ. 1996 Dec 7;313(7070):1431-4

² Brera G R. L'interruzione omicida della maternità: una catastrofe personale, psico-sociale ed intergenerazionale. Estratto da: Giuseppe R Brera Il tempo di Ulisse e il tempo di Penelope. Edizioni Università Ambrosiana 2004

2 Aumento del rischio del figlicidio. Non vi sono studi epidemiologici ma livello clinico è ben documentato. Ho avuto personalmente in terapia una madre che aveva fantasie omicide nei confronti del figlio. Il problema si risolse quando emerse che la donna aveva abortito e con la coscienza della dinamica che si era verificata dopo il fatto, dovuto alla proiezione inconscia dei sensi di colpa. I minori di donne sposate che abortiscono rischiamo di divenire il capro espiatorio dei sensi di colpa inconsci della madre. Un esempio di cronaca è stato il delitto di Cogne dove la madre, dopo un aborto prendeva antidepressivi che hanno slatentizzato la dinamica inconscia proiettiva dei sensi di colpa contro il bambino, divenuto oggetto dell'aggressività materna.

3 Aumento rischio per la salute mentale delle donne che abortiscono. Su un campione di 56.741 ricoverate per cure psichiatriche l'aborto raddoppiava il rischio di ricoveri per reazioni di adattamento, episodi psicotici depressivi singoli e ricorrenti, e triplicava il rischio di ricoveri per disturbi bipolari maniaco depressivi (Reardon D, C e aa 2003).⁵

4 Negli USA nel 2002 una ragazza che aveva abortito una prima gravidanza aveva un rischio di cinque volte superiore di una ragazza che partorisce di divenire tossicomane e quattro volte di più rispetto ad una ragazza che perde il bambino per cause naturali. In Italia nel 2026 il rapporto 2025 della Società Italiana di adolescentologia e di Medicina dell'adolescenza ha documentato che nella popolazione 13-24 anni, l'aborto volontario è associato a un aumento significativo del rischio di consumo di sostanze: +38% per cannabis, +41% per cocaina, +63% per poli assunzione e +70% per uso problematico. L'impatto assoluto è pari a +350 casi per 100.000 giovani.

Tenendo presente che il consumo voluttuario di sostanze psicotrope è associato a un aumento del rischio di suicidio nei giovani e dell'abbandono scolastico, questa eredità culturale e legislativa della Bonino, Pannella e C, ha avuto degli effetti catastrofici.

Aumento aborti indotti da uso di sostanze psicotrope: Il consumo di sostanze tra i giovani 13-24 anni mostra una correlazione significativa con l'aborto volontario: cannabis (+42%), cocaina (+58%), poli assunzione (+71%). L'impatto assoluto è rilevante, con +170 casi per 100.000 giovani attribuibili al consumo di droghe

L'analisi socio-analitica degli effetti psico-sociali dell'aborto, dovute a ca cinque milioni di omicidi di stato-una strage- causa anche di rotture famigliari, per le proiezioni catartiche aggressive della donna sul padre, vede l'aborto come induttore di una depressione sociale, primo responsabile di una conflittualità interna comune alle società occidentali ed esportata come catarsi nel favorire e non promuovere la fine di guerre inatto per la necessità di catartizzare un pool di sensi colpa persecutori la cui catarsi è la guerra. La non volontà dell'Europa di non far cessare il conflitto Ucraino-Russo ha questa origine schizoparanoide.⁶

Il curriculum necroforo e necrofilo della Bonino non finisce qui: è storica la sua posizione a favore dell'eutanasia e della libertà di droga. Nell'ultima campagna elettorale che l'ha vista nelle piazze, come già era successo con Pannella, faceva distribuire ai partecipanti la Cannabis, per dimostrare la sua apertura alla libertà.

L'eredità culturale di Emma Bonino per il consumo di droga tra i giovani è riassumibile in questa tabella.

Il consumo di sostanze psicotrope è un forte predittore di suicidio causato da

⁵ Reardon DC, Cogle JR, Rue VM, Shuping MW, Coleman PK, Ney PG. Psychiatric admissions of low-income women following abortion and childbirth CMAJ. 2003 May 13;168(10):1253-6.

⁶ Brera GR Psicoanalisi della guerra Ucraina-Russia. Milano; Editoria Università Ambrosiana; 2024

Predittore	pvalue	OR (A)	ΔOR (%)	RD*	P
Value					
1 Consumo di sostanze	1.55	+55	+1.8	0.0	
2					
2 Poli assunzione di sostanze	1.88	+88%	+2.4	0.	
01					
3 Uso problematico	2.05	+105%	+3.0	0.	
01					

Per 100.000

L'uso di sostanze è associato significativamente al rischio di morte per overdose, fino a triplicarlo, nelle polo assunzioni, ai problemi di salute mentale, all'abbandono scolastico alla mortalità per incidenti stradali

2 L'arbitrio della Bonino, dei radicali e della sinistra politica contro la verità e la libertà

Il problema filosofico che la Bonino, come Pannella con i compagni omologhi d'ideologia non hanno mai affrontato è l'origine dell'idea della libertà democratica, idea morale istituzionale. Morale significa: verità oggettiva per il bene dell'uomo. I radicali, i "Democratici", I verdi e la sinistra italiana, pensano che non esista una verità oggettiva base del bene o di una falsa base del male, radice ontologica delle scelte dell'uomo e che la libertà significhi "io faccio tutto quello che mi pare e mi piace", "La verità è ciò che io penso e sento che sia vero", pensiero oggi al primo punto della "Sindrome della grande fratello",⁷ pandemia che sta distruggendo l'Occidente e l'Italia. Nel mondo medico vi sono analfabeti anche mediatici che sono contagiati.

Gli affiliati alla defunta contestano così anche la morale intrinseca dell'organismo biologico a cui dobbiamo la salute e la vita. I natural killer, cellule di prima difesa dell'organismo, identificano l'antigene di virus, batteri e cellule tumorali e se il codice non corrisponde a quello dell'organismo le distruggono. La verità oggettiva del codice della vita permette il bene della persona. la cellula NK fa un'azione di verifica, si muove secondo il codice della verità antigenica per la vita dell'uomo. Si tratta di una morale biologica iscritta nel corpo fondata sulla verità di un codice per la vita.

La morte della Bonino ha provocato nello stato un delirio di beatificazione di una personalità necrofila e necrofora, chiaramente tormentata da sensi di colpa inconsci e viziata dall'onnipotenza del potere delle tenebre. La sua azione umanitaria come commissario UE per gli aiuti umanitari, a favore dei bambini africani, è interpretabile come tentativo riparativo dei propri sensi di colpa per avere ucciso decine di esseri umani nelle prime fasi della vita.

Viene ricordata come apostola dei "diritti civili". **Ci si domanda se il diritto ad uccidere chi non si può difendere, (aborto-eutanasia) , il consentire che un minore in difficoltà o non in difficoltà psicologiche possa drogarsi siano espressione di una civiltà o al contrario di un degrado distruttore la civiltà e la democrazia, che dovrebbe essere fondata sulla verità per il bene dell'uomo, che non è riducibile all'arbitrio del singolo individuo, contagiato dalla Sindrome del Grande Fratello.**

Sono atti " democratici" che tutelano la libertà individuale il sopprimere la vita di un essere umano o favorire che soggetti in evoluzione psicologica diventino schiavi della droga o persone disperate perché non assistite in un modo giusto, vengano "suicidate" o se a fine vita uccise?

⁷ Brera G.R La sindrome del Grande Fratello e i magnifici sette. Come essere genitori in un tempo difficile. Milano; Editoria dell'Università Ambrosiana. 2024

Per questi motivi il minuto di silenzio in Senato, con applausi, i funerali di stato, con il corollario della frase del Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella: “ Un punto di riferimento” (fatto incredibile ma non sorprendente) **sono espressione di un degrado incivile della Repubblica Italiana**, fatta propria da parlamentari senza valori morali di riferimento, un oblio della Costituzione che tutela salute e quindi la vita dei cittadini italiani di ogni età, da parte di chi dovrebbe difenderla.

Il divorzio, di cui la Bonino è stata un apostola, andrebbe ridiscusso per i suoi effetti destruenti. Oggi il matrimonio ha perso quel criterio d'indissolubilità che prima di questa legge esisteva per effetto della cultura cristiana. La legge oggi andrebbe rivista ponendo dei limiti per creare una maggiore responsabilità in chi si unisce in matrimonio. Oggi infatti il tasso delle rotture matrimoniali è altissimo nel 2022 era ca 1 su due (il 48,9%); nel 2000 una su 20. Il divorzio e prima la separazione a mio parere andrebbero proibiti-se non per cause gravi tipo violenza domestica-consumo di droga etc. quando vi siano figli minori, che attualmente non sono tutelati.

Il problema centrale è la lesione psicologica di **1.200.000 minori figli di coppie separate**, (il 14% dei minori 8.600.000) ⁸ un danno enorme per il tessuto sociale per le conseguenze psicologiche e comportamentali.

Le cause maggiori della separazione sono in ordine gerarchico 1 incomunicabilità e conflitti (prevenibile) 2 l'infedeltà 3 stress economico 4. Violenza domestica e abusi 5. Dipendenze e problemi di salute mentale 6. Differenze di ruoli e aspettative di genere 7 disaccordo sull'educazione dei figli 8 insoddisfazione affettiva e perdita d'intimità 9 cambiamenti di valori e crescita personale divergente 10 altre cause es: immigrazione, problemi legali, differenze culturali).

⁸ Dati ITAT 2022

La separazione non è già un diritto civile?

Dato che la Costituzione tutela il diritto alla salute e al sano sviluppo dei minori, (art. 30-31-32) la separazione e il divorzio oggi appaiono anti-costituzionali, quando vi siano figli minori in quanto i minori sono danneggiati, escludendo alcune condizioni.

È evidente, da un punto di vista psicodinamico che questo incide negativamente sul desiderio matrimoniale dei figli di coppie separate e sulla natalità.

Studi longitudinali mostrano che i figli di genitori divorziati hanno una probabilità inferiore di contrarre matrimonio rispetto ai figli di genitori stabili. L'entità varia: alcuni lavori stimano riduzioni relative della probabilità di matrimonio dell'ordine del 10-30% a seconda del campione e della fascia d'età ^{9, 10}.

La letteratura mostra una tendenza a una fecondità più bassa tra i figli di genitori separati: differenze medie possono andare da 0,1 a 0,5 figli in meno per donna nel corso della vita, variando per contesto e coorte. Alcuni studi europei trovano effetti più marcati nelle coorti nate in periodi di transizione familiare. ^{11 12 13 14}

⁹ Società Italiana di Adolescentologia e Medicina dell'Adolescenza. Rapporto 2025 sullo stato di salute dei giovani italiani. Edizioni Università Ambrosiana 2026. (in stampa

¹⁰ Amato PR, DeBoer DD. The transmission of divorce and marital instability across generations: a meta-analysis. J Marriage Fam. 2001;63(3):1038-1050. doi:10.1111/j.1741-3737.2001.01038.x

¹¹ Amato PR. The consequences of divorce for adults and children. J Marriage Fam. 2000;62(4):1269-1287. doi:10.1111/j.1741-3737.2000.01269.x.

¹² McLanahan S, Percheski C. Family structure and the reproduction of inequalities. Annu Rev Social. 2008; 34:257-276. doi: 10.1146/annurev.soc.34.040507.134549.

3 La beatificazione istituzionale della Bonino

Quali sono gli effetti sulle ragazze e i giovani della “Pompa magna” dei funerali della Bonino, a spese dei contribuenti che per la maggior parte non sono d’accordo? Fare vivere li desiderio necrofilo, schizoparanoide e autolesivo di un aborto, il drogarsi, l’eutanasia, il suicidio assistito, o lo stesso divorzio, come atti eroici non certamente favorisce lo sviluppo del paese e la salute mentale della popolazione.

Oggi per salute s’intende: “La scelta delle possibilità vere per essere la migliore persona umana”

L’eredità della Bonino, che abolisce il paradigma della verità oggettiva in favore dell’arbitrio individuale, fatto passare, come libertà democratica e diritti civili, ha favorito la “scelta delle possibilità vere per essere la migliore persona umana” o invece appare con un’ombra tenebrosa basata sul falso cioè una falsa libertà, l’arbitrio che danneggia grandemente l’Italia e la sua popolazione.

La Democrazia deve essere fondata sulla “alecrazia”(potere della verità", altrimenti se 1000 psicopatici e immaturi hanno la maggioranza politica il paese è condannato e un governo guidato da personalità ignoranti e necrofore, porta la nave ad affondare. Per questo è necessario che chi vota guardi bene la statura culturale e morale di chi chiede uno stipendio di 13.000.000 euro al mese per amministrare la cosa pubblica. Lo sguardo primario deve essere volto alla politica nei confronti della maternità e i

minori e i giovani, il futuro del paese che oggi, come ieri, non esiste in minima parte.

Le tenebre sulla vera libertà, fondata sulla verità e il bene dell’uomo, rappresentate dalla defunta politica, lasciano per eredità una falsa dignità dell’uomo, senza il paradigma della verità oggettiva per il bene, la cui motivazione profonda appare essere il desiderio di morte e il trionfo dell’istinto di morte.

L’aspetto più deteriore dei valori di questa ex-abile politica, è stato il suo essere costante untrice della “Sindrome del Grande Fratello”, di una pandemia che ha danneggiato 5 milioni di donne e milioni di adolescenti e giovani.

Oggi al contrario è necessario che uomini di vera cultura si uniscano per combattere il degrado in cui è caduta l’Italia in un Europa che è stata capace di votare a favore dell’inserimento dell’aborto come diritto costituzionale, fatto avvenuto in Francia su proposta di Macron, denunciato alla Corte penale internazionale.

Un’ Europa che ha multato e ha tolto finanziamenti all’Ungheria rea di avere proibito la propaganda LCBT nelle scuole e che mostra così un’azione politica che vuole essere superiore alle sovranità nazionali, può solo essere di danno se non torna alla sua vocazione solo di comunità d’interessi.

Questo è il vero motivo della vocazione europeista della defunta, che vedeva la possibilità di poteri politici sempre più lontani dalla verità di una vera civiltà per il bene dell’uomo e lo "sviluppo integrale della persona", capaci di violare le elementari libertà civili e democratiche, come il diritto a vedere la luce dopo l’uscita dal ventre materno.

Papa Francesco, nel commiatarsi dalla visita evangelica alla Bonino, malata, ha detto una grande verità: " Tenga duro, l’erba cattiva non muore mai"

¹³ Kiernan KE. The legacy of parental separation: Social, economic and demographic consequences for children in Britain. Popul Trends. 1992;(68):1–10. (review/empirical synthesis) doi:10.2307/2979186.

¹⁴ Perelli-Harris B, Styrac M. The role of parental separation in shaping young adults’ partnership and fertility trajectories in Europe. Demogr Res. 2018; 38:1–30. doi: 10.4054/DemRes.2018.38.1.

È invece nostro compito e dovere, prima di tutto dei medici e degli infermieri ma di tutti gli uomini e donne veri, vere e giusti, avere il coraggio e la responsabilità di estirpare l'erba cattiva perché il grano fertile e gli alberi da frutto crescano. Questo significa all'atto di voto identificare la cultura, valori morali e maturità affettiva di chi chiede di essere scelto per amministrare la cosa pubblica (Res Pubblica)

La persona infatti determina i suoi atti e l'essere viene prima del fare.

L'unica possibile commemorazione che vedo per la Bonino è la dispersione delle ceneri su qualche camera di sterminio ginecologico o di suicidio assistito, o su qualche tomba di giovane morto per droga, (a spese private) e una preghiera perché Il Signore perdoni quest'anima triste, con una giusta pena. Il Senato potrebbe comunque dedicare alla defunta un cippo marmoreo: "A colei che ha lottato con successo per introdurre in Italia il diritto civile di uccidere a spese dello stato".

Manca solo, come ciliegina sulla torta della beatificazione istituzionale l'omelia del cardinale Zuppi, presidente della CEI! Fortunatamente la pompa magna è stata laica.

**LA BUROCRAZIA COME LIMITE DELLA
MEDICINA GENERALE
NELL'ASSISTENZA ALLA CRONICITÀ:
ANALISI EPISTEMOLOGICA E CLINICA
ALLA LUCE DELLA MEDICINA
CENTRATA SULLA PERSONA**

Vito Galante

Abstract The escalating burden of chronic non-communicable diseases represents one of the most critical challenges facing contemporary healthcare systems. In primary care, general practitioners (GPs) are increasingly constrained by an overwhelming administrative burden, characterized by redundant bureaucratic tasks, rigid prescribing protocols (such as Piani Terapeutici and restrictive AIFA notes), and fragmented digital documentation. This report provides an exhaustive epistemological and clinical analysis of how bureaucratic hypertrophy alienates general practice, compromising the therapeutic relationship and worsening health outcomes for chronic patients. Framed within the Person-Centered Medicine (PCM) paradigm formulated by Professor Giuseppe Rodolfo Brera at the Milan School of Medicine of Ambrosiana University, this study demonstrates that bureaucratic reductionism stems from a mechanistic, biomolecular model that treats human health as a mere technical-statistical entity.

Through the theoretical lenses of Kairology, Psychoneuroendocrineimmunology (PNEI), Relational Epigenetics, and the Health Relativity Theory, administrative friction is identified as a major allostatic stressor that impairs patient coping mechanisms and induces physician burnout. Empirical data from Ambrosiana

University demonstrate that replacing bureaucratic compliance with the Person-Centered Clinical Method (PCCM) leads to a 95% improvement in patient understanding, a 75% increase in quality of life, a 70% reduction in unnecessary diagnostic tests and drug prescriptions, and a 55% decrease in avoidable hospitalizations. Reorganizing chronic care around the teleonomic nature of the human person—integrating body, mind, and spirit—is essential to overcome administrative alienation and restore the physician's role as a maieuta of human dignity.

Keywords Person-Centered Medicine; Giuseppe R. Brera; General Practice; Chronic Disease Management; Administrative Burden; Person-Centered Clinical Method (PCCM); Epigenetics; Kairology.

Introduzione e Inquadramento del Problema: La Cronicità Sovraccaricata dalla Burocrazia

La gestione delle patologie croniche non trasmissibili — quali le malattie cardiovascolari, il diabete mellito, la broncopneumopatia cronica ostruttiva, le patologie neurodegenerative e quelle autoimmuni — costituisce la sfida prioritario-strutturale dei moderni sistemi sanitari universalistici¹. L'invecchiamento progressivo della popolazione e l'aumento della multi morbidità impongono una riorganizzazione radicale dell'assistenza primaria, collocando il Medico di Medicina Generale (MMG) al crocevia fondamentale tra la tutela della salute pubblica e la presa in carico clinica del singolo individuo¹. Tuttavia, la medicina territoriale si trova oggi sommersa da una profonda crisi d'identità e di sostenibilità, determinata dall'ipertrofia degli adempimenti burocratici e amministrativi che soffocano l'atto medico quotidiano².

Il Medico di Medicina Generale, la cui funzione originaria si fonda sulla continuità relazionale, sulla fiducia interpersonale e sulla visione olistica del paziente nel suo contesto di vita, si trova progressivamente trasformato in un mero compilatore di dati e intermediario burocratico per conto delle istituzioni regolatorie e assicurativo-sanitarie⁵. L'introduzione capillare di flussi informativi rigidi, prescrizioni vincolate da registri regionali, Piani Terapeutici (PT) cartacei o digitali di complesso rinnovo, Note AIFA vincolanti e procedure farraginose per l'accesso alle prestazioni specialistiche ha frammentato il tempo dedicato all'ascolto clinico⁵.

Studi condotti sull'organizzazione della Primary Care evidenziano come una quota compresa tra il 25% e il 40% dell'orario di lavoro giornaliero del medico di famiglia sia assorbita da mansioni di natura puramente amministrativa, del tutto prive di valore aggiunto clinico². Nel contesto italiano, circa il 27% delle consultazioni di medicina generale risulta potenzialmente evitabile, essendo generate da inefficienze del sistema di prenotazione esterna, ritardi nelle comunicazioni di dimissione ospedaliera o richieste di rinnovo prescrittivo formale di terapie stabili da anni⁵.

La burocrazia in medicina non rappresenta una semplice disfunzione organizzativa o un inconveniente logistico; essa costituisce un vero e proprio ostacolo epistemologico e clinico¹⁰. Riducendo l'incontro clinico a una sequenza di adempimenti procedurali e codifiche nosografiche, il sistema burocratico aliena il medico dalla sua missione maieutica e declassa il paziente cronico a mero portatore di organo malato o consumatore di risorse¹. Per comprendere la radice di tale fallimento e delineare una via di superamento scientificamente e clinicamente fondata, appare necessario analizzare il problema alla luce della Medicina Centrata sulla Persona (PCM), il paradigma

scientifico ed epistemologico ideato dal Prof. Giuseppe Rodolfo Brera presso la Scuola Medica di Milano dell'Università Ambrosiana¹¹.

L'Anatema Burocratico e la Crisi Epistemologica della Medicina Contemporanea
La Genesi Riduzionista dell'Ipertrofia Amministrativa

La deriva burocratica della medicina generale trae origine dal predominio del paradigma riduzionista e biomolecolare, consolidatosi nel corso del XIX e XX secolo¹¹. Tale modello, fondato su un determinismo meccanicista, concepisce la malattia come un'alterazione puramente anatomo-patologica o biochimica del corpo-macchina, e la salute come semplice assenza di sintomi o parametri alterati¹². In questa prospettiva, la soggettività del paziente, la sua vita emotiva, le sue credenze, la sua ricerca di significato e il suo contesto socio-relazionale vengono espunti dall'equazione diagnostico-terapeutica, poiché considerati variabili non quantificabili o irrilevanti¹⁰.

L'applicazione di questo riduttivismo bio-meccanico alla gestione della sanità pubblica ha prodotto il fenomeno della medicina amministrata o gestionale¹⁰. Nell'illusione di poter controllare la spesa sanitaria e misurare l'efficacia clinica attraverso algoritmi e indici di performance quantitativi, i sistemi sanitari hanno moltiplicato le strutture di controllo burocratico⁴. Le norme prescrittive, quali i Piani Terapeutici per farmaci biotecnologici, antidiabetici di nuova generazione, anticoagulanti orali diretti o la triplice terapia per la BPCO, sono nate inizialmente come strumenti di monitoraggio della spesa e dell'appropriatezza⁸. Tuttavia, col passare degli anni e con il consolidamento delle evidenze di efficacia e sicurezza di questi principi attivi, la permanenza di tali vincoli si è trasformata in un puro vincolo formale⁹.

Come denunciato dalle principali rappresentanze della professione medica (tra cui la FNOMCeO), l'obbligo di rinnovo periodico dei Piani Terapeutici da parte dei soli specialisti ospedalieri genera milioni di visite ridondanti ogni anno, costringendo i pazienti cronici — spesso anziani e fragili — a continui spostamenti tra presidi territoriali e ospedali al solo scopo di ottenere un timbro o una firma⁹. Si stima che l'eliminazione dei Piani Terapeutici obsoleti e la loro sostituzione con note prescrittive ordinarie o con l'apertura della prescrizione ai medici di medicina generale libererebbe oltre cinque milioni di visite specialistiche all'anno, restituendo tempo clinico prezioso sia agli specialisti sia ai medici di famiglia⁹. La persistenza di queste barriere burocratiche sottrarre importanti risorse assistenziali ai casi complessi o di nuova diagnosi e costringe il medico di medicina generale a un estenuante lavoro di rincorsa burocratica, trasformando la ricetta in una pratica difensiva e alienante⁶.

Analfabetismo Epistemologico e Alienazione Professionale

Questo fenomeno riflette ciò che Brera e Galante definiscono analfabetismo epistemologico della medicina contemporanea: l'incapacità dell'istituzione sanitaria e dei suoi operatori di riconoscere i fondamenti concettuali e le teorie scientifiche che sottendono l'atto clinico¹⁰. Credendo che la medicina sia una scienza dura al pari della fisica classica determinista, il sistema sanitario tratta i processi vitali e assistenziali come sequenze di causa-effetto programmabili via software¹⁰.

L'effetto immediato di questo analfabetismo è la depersonalizzazione della cura⁵. Il medico, sopraffatto da schermi di computer, alert prescrittivi, scadenze amministrative e minacce di rivalsa contabile per presunte inapproprietezze,

soffre di un marcato fenomeno di *burnout* professionale². Il tempo della visita, prescrittivamente ridotto a pochi minuti dai carichi di lavoro, viene assorbito dall'inserimento dati, lasciando spazio insufficiente alla comprensione della persona malata². Si produce così una cesura drammatica nel rapporto medico-paziente: il malato si sente inascoltato e reificato; il medico percepisce la propria professione declassata da arte maieutica ed etica a mansione d'ordine burocratico⁵.

Il Paradigma della Medicina Centrata sulla Persona di Giuseppe R. Brera: Fondamenti Teorici ed Epistemologici

Per superare la paralisi prodotta dall'ipertrofia burocratica nella cura della cronicità, la scienza medica necessita di un cambiamento di paradigma¹¹. Questo cambiamento è stato teorizzato e sviluppato a partire dal 1998 presso la Scuola Medica di Milano dell'Università Ambrosiana dal Prof. Giuseppe Rodolfo Brera, attraverso la formulazione del Paradigma della Medicina Centrata sulla Persona (PCM) e la stesura del suo fondamentale *Manifesto Epistemologico* nel 1999-2000¹¹.

I Pilastri Epistemologici del Manifesto della Medicina Centrata sulla Persona

La Medicina Centrata sulla Persona scompagina il riduzionismo biomolecolare senza negare i contributi della ricerca biologica, ma integrandoli in una visione antropologica completa e non deterministica¹². I concetti cardine definiti nel *Manifesto Epistemologico* (Anno Domini 2000) e negli sviluppi successivi costituiscono il presupposto filosofico e scientifico per rifondare l'assistenza al paziente cronico¹⁰:

1. La Teleonomia della Natura Umana:

L'essere umano non è un mero aggregato meccanico mosso unicamente da spinte istintuali o reazioni chimiche

deterministiche, ma è una realtà intrinsecamente teleonomica¹². La *teleonomia* è definita da Brera come la tendenza naturale, consapevole o inconscia, della persona a costruire la propria natura umana come una realtà orientata alla Verità, all'Amore e alla Bellezza¹². Nella cura della cronicità, la malattia non cancella questa spinta teleonomica; al contrario, la sofferenza e la limitazione biologica pongono al paziente una drammatica domanda di senso che richiede una risposta integrata¹².

2. La Persona come Soggetto Tridimensionale Integrato:

La persona è considerata un soggetto unico e irripetibile nella sua globalità, dal concepimento alla morte naturale, strutturato dall'interazione costante e di pari dignità etico-epistemologica di tre dimensioni: il *Corpo* (la globalità dinamica dei fenomeni biologici e fisiologici), la *Mente* (il mondo simbolico, affettivo, percettivo, cognitivo e comportamentale) e lo *Spirito* (la naturale e inalienabile domanda di significato, di trascendenza e di orientamento valoriale dell'esistenza)¹². Questi tre mondi non coesistono come entità separate, ma interagiscono in modo teleonomico bidirezionale¹². Le scoperte della Psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI), dell'epigenetica e della neurobiologia confermano scientificamente che lo stato emotivo, i significati attribuiti all'esistenza e la qualità delle relazioni umane modificano direttamente la trascrizione genica, la risposta immunitaria e la funzione neuroendocrina¹⁰.

3. La Teoria della Relatività Indeterminata dei Fenomeni Biologici al Coping:

Dimostrata da Brera, la Teoria della

Relatività dei Fenomeni Biologici stabilisce che la reattività biologica e l'esordio o la progressione di una patologia non sono dati assoluti e deterministici, ma sono relativi alla possibilità e alla qualità del *coping* della persona, ossia alla sua capacità biologica, psicologica e spirituale di affrontare ed elaborare gli eventi di vita stressanti (interni ed esterni)¹². Il sistema Soggettività-Biologia-Ambiente (S-B-E) riprogramma costantemente i processi vitali attraverso la simbolizzazione affettiva ed esistenziale¹⁰.

4. **Il Nuovo Concetto di Salute:** Nel paradigma di Brera, la salute cessa di essere un concetto statico o un semplice stato negativo ("assenza di malattia") per diventare il lavoro attivo e dinamico di costruzione da parte della persona di fattori protettivi che neutralizzano i fattori di rischio¹². La salute si rivela nelle possibilità e nella qualità del coping nel proprio stile di vita, ed è fondamentalmente definita come *"la scelta delle possibilità vere per essere la migliore persona umana"*¹².
5. **Il Medico come Maieuta della Dignità Umana e l'Incontro Kairologico:** La cura clinica trova il suo culmine nella relazione interpersonale¹². L'incontro tra medico e paziente non è un atto burocratico o una transazione commerciale, ma un *Kairos* — il momento opportuno di grazia e di svolta in cui la sofferenza o la gioia consentono alla persona di scoprire la propria irriducibile dignità¹². Il medico agisce come un maieuta, aiutando il paziente a far emergere le proprie risorse interiori e a diventare il protagonista attivo del proprio processo di guarigione o di adattamento creativo alla cronicità¹⁰.

6.

Fisiopatologia Relazionale e PNEI: L'Impatto Biologico del Vincolo Amministrativo

La decontestualizzazione burocratica dell'assistenza sanitaria danneggia direttamente la fisiologia del paziente cronico¹⁰. L'analisi interazionista e PNEI sviluppata presso la Scuola Medica di Milano rivela una serie di relazioni causali di secondo e terzo ordine tra l'ipertrofia burocratica e il peggioramento delle patologie croniche¹⁰.

Quando il Medico di Medicina Generale è costretto a dedicare il tempo della consultazione alla compilazione di campi informatici e moduli di autorizzazione, il contatto visivo, l'ascolto empatico e l'esame fisico vengono drasticamente ridotti⁶. Dal punto di vista della Epigenetica Relazionale e Morale — disciplina approfondita da Brera e Galante —, la mancanza di sintonizzazione affettiva e di accoglienza maieutica viene percepita dalla persona malata come un segnale di minaccia ed estraniamento¹⁰. Questa percezione soggettiva attiva l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) e il sistema nervoso simpatico del paziente¹². La prolungata secrezione di cortisolo e catecolamine, indotta dallo stress relazionale e dalla frustrazione burocratica (ad esempio la paura di non ottenere il rinnovo di un farmaco essenziale o di non poter prenotare una visita di controllo), innesca un carico allostatico disfunzionale¹². A livello epigenetico, lo stress cronico altera i pattern di metilazione del DNA nei promotori dei geni che regolano i recettori dei glucocorticoidi (come il gene *NR3C1*) e le citochine pro-infiammatorie¹⁷. Nei pazienti affetti da patologie cardiovascolari, diabete o malattie autoimmuni, ciò si traduce in un aumento dello stato infiammatorio sistemico (IL 6, TNF α), favorendo la progressione della patologia organica e scompensando l'equilibrio metabolico ed emodinamico¹⁷.

Il sistema burocratico costringe il medico ad adottare una diagnostica e una prescrittiva basate quasi esclusivamente sul dato nosografico e laboratoristico (l'ansia della codifica o "ansia nosografica")¹⁰. Anziché valutare le risorse di *coping* del paziente e sostenere la sua motivazione al cambiamento dello stile di vita, il medico burocratizzato applica rigidi protocolli farmacologici¹⁰. Tuttavia, un paziente cronico privo di una relazione terapeutica significativa e disorientato dai cavilli amministrativi sviluppa un profondo senso di impotenza appresa (*learned helplessness*)¹. La perdita di fiducia nell'alleanza terapeutica riduce drasticamente l'aderenza ai trattamenti e spinge il paziente a consultazioni inappropriate o all'uso incontrollato del pronto soccorso, determinando l'esatto contrario dell'appropriatezza e del contenimento della spesa perseguiti in teoria dai regolatori burocratici².

Analisi Comparativa dei Modelli Assistenziali ed Evidenze Cliniche

Per comprendere appieno l'abisso che separa la gestione burocratico-riduzionista dall'applicazione del paradigma centrato sulla persona, è opportuno confrontare direttamente i due modelli di assistenza alla cronicità e analizzare le evidenze empiriche di efficacia clinica raccolte presso l'Università Ambrosiana¹⁰.

Confronto Paradigmatico nell'Assistenza Primaria

Dimensione di Analisi	Paradigma Biomedico-Burocratico (Medicina Amministrata)	Paradigma della Medicina Centrata sulla Persona (Giuseppe R.
-----------------------	---	--

		Brera)
Epistemologia di fondo	Determinismo meccanicista, riduzionismo o biomolecolare, positivismo quantitativo ¹² .	Interazionista, teleonomico, indeterminato, complesso (S-B-E System) ¹² .
Oggetto della Cura	La malattia organica, la patologia nosografica, la codifica ICD, il parametro alterato ¹⁰ .	La Persona malata nella sua tridimensionalità globale: Corpo, Mente e Spirito ¹² .
Ruolo del Medico	Esecutore tecnico di protocolli, compilatore di flussi informativi e gestore di Piani Terapeutici ⁶ .	Maieuta della Dignità Umana, educatore alla salute, ricercatore e delle risorse di coping ¹⁰ .

Ruolo del Paziente	Recettore passivo di prescrizioni , oggetto di adempimenti burocratici e verifiche di conformità ¹ .	Soggetto attivo, protagonista teleonomico della propria salute e costruttore di fattori protettivi ^{1 2} .
Natura della Relazione	Transazionale, burocratica, spesso difensiva e frammentata dal sovraccarico informatico ⁵ .	Alleanza terapeutica maieutica, incontro interpersonale fondato sul significato (<i>Kairos</i>) ¹² .
Gestione della Cronicità	Frammentazione in linee guida rigide, vincoli di Nota AIFA e Piani Terapeutici specialistici ⁹ .	Integrazione della clinica con l'epigenetica relazionale e potenziamento del Coping individuale ¹⁰ .

Definizione di Salute	Assenza di malattia organica o rientro nei range dei parametri di laboratorio ^{1 2} .	Costruzione dinamica di fattori protettivi per la realizzazione della persona (verità , amore, bellezza) ¹² .
------------------------------	--	--

Evidenze Empiriche di Efficacia del Metodo Clinico Centrato sulla Persona (PCCM)

L'adozione del Metodo Clinico Centrato sulla Persona (PCCM) ideato da Brera non rappresenta soltanto un'istanza etica o filosofica, ma dimostra una superiore efficacia clinica ed economica rispetto alla pratica burocratizzata¹¹. Studi condotti presso la Scuola Medica di Milano dell'Università Ambrosiana hanno quantificato l'impatto dell'applicazione del PCCM da parte dei medici di medicina generale nella gestione dei pazienti con patologie croniche¹³.

L'analisi di queste evidenze dimostra un apparente paradosso: *la burocrazia, introdotta dai sistemi di governo sanitario per contenere i costi, finisce per far lievitare la spesa globale, inducendo risposte cliniche ed esami difensivi, scompensi organici da stress relazionale e ricoveri evitabili*⁵. Al contrario, l'investimento sulla qualità della relazione terapeutica e sulla formazione dei medici al Metodo Clinico Centrato sulla Persona produce un imponente risparmio di risorse economiche e di sofferenza umana¹³.

Il Metodo Clinico Centrato sulla Persona (PCCM) e la Diacrisi come Risposta Operativa

Per affrancare la Medicina Generale dalle secche della burocrazia alienante, non è sufficiente semplificare le norme amministrative; è necessario che il medico acquisisca una nuova metodologia clinica rigorosa e scientificamente validata¹⁰. Tale metodologia è rappresentata dal Metodo Clinico Centrato sulla Persona (PCCM), introdotto nell'insegnamento universitario della Scuola Medica di Milano fin dal 1998¹¹.

Il PCCM sostituisce la diagnosi puramente nosografica con il concetto operativo di **Diacrisi**¹⁰. La Diacrisi è l'atto sintetico-interpretativo che integra simultaneamente due dimensioni fondamentali:

1. **La Diagnosi di Persona:** l'identificazione della struttura di personalità del paziente, delle sue risorse evolutive, del suo stile di coping, dei suoi fattori protettivi, della sua domanda spirituale ed esistenziale di senso e della qualità delle sue relazioni interpersonali¹².
2. **La Diagnosi di Malattia:** la valutazione scientifica rigorosa dei segni, dei sintomi, delle alterazioni anatomo-fisiologiche e dei parametri bio-umoral relativi alla patologia cronica¹².

La Diacrisi consente al medico di non rimanere ostaggio dell'ansia nosografica — che spinge alla sovra-prescrizione di farmaci ed esami per coprire ogni minima deviazione dalla norma statistica — ma di interpretare il dato biologico all'interno della storia unica della persona¹⁰.

Un elemento fondante del PCCM nella gestione della cronicità è l'applicazione del Counselling Medico, ideato da Brera nel 1991¹¹. Il Counselling Medico non è una forma di psicoterapia, né una semplice consulenza informale, ma una tecnica clinica maieutica attraverso la quale il medico guida il paziente a

prendere consapevolezza delle proprie possibilità di salute e di scelta etico-esistenziale¹⁰.

Come evidenziato dalle ricerche di Galante sulla funzione della *Volontà* nella Medicina Centrata sulla Persona, la guarigione o la stabilizzazione di una malattia cronica dipendono dall'attivazione della risposta volitiva e morale del paziente¹⁰. Un sistema burocratico tratta il paziente come un soggetto passivo da controllare; il Counselling Medico, al contrario, stimola la risposta teleonomica e la volontà di guarire, aiutando il malato a riorganizzare il proprio stile di vita, la propria alimentazione, la propria attività fisica e le proprie risposte allo stress¹². Attraverso questo percorso maieutico, la persona cronica smette di vivere la terapia come un'imposizione esterna soffocata da adempimenti burocratici e la trasforma in una scelta libera e responsabile per la realizzazione della propria vita¹⁰.

Conclusioni e Prospettive Politico-Sanitarie

L'analisi condotta dimostra in modo inequivocabile che l'ipertrofia burocratica costituisce un vero e proprio limite strutturale, clinico ed epistemologico per la Medicina Generale nell'assistenza alle persone con patologie croniche¹. Riducendo la pratica medica a un esercizio di conformità amministrativa, il sistema sanitario contemporaneo soffoca la relazione terapeutica, induce il burnout nei professionisti della salute e innesca reazioni di stress allostatico nei pazienti, con il risultato di peggiorare i quadri clinici e far lievitare i costi assistenziali globali⁵.

Il superamento di questa crisi richiede una rivoluzione scientifica e culturale che metta al centro il paradigma della Medicina Centrata sulla Persona formulato dal Prof. Giuseppe Rodolfo Brera¹¹. Alla luce dei principi della Scuola Medica di Milano dell'Università Ambrosiana e delle evidenze empiriche disponibili, si tracciano

le seguenti raccomandazioni politico-sanitarie e metodologiche⁹:

1. **Radicale Deburocratizzazione dell'Atto Prescrittivo:** In linea con le istanze della FNOMCeO e i recenti aggiornamenti normativi (quali l'evoluzione della Nota AIFA 97, della Nota 99 e l'istituzione della Nota N01), è urgente eliminare l'obbligo di rinnovo specialistico per i farmaci d'uso consolidato nella cronicità⁸. La responsabilità prescrittiva deve essere restituita appieno al Medico di Medicina Generale, abilitandolo a gestire la continuità terapeutica senza interposizioni burocratiche⁹. Le Note AIFA devono tornare a essere strumenti trasparenti di guida all'appropriatezza scientifica e non cavilli amministrativi sanzionatori⁹.
2. **Riforma della Formazione Medica (Medical Education):** È necessario superare l'analfabetismo epistemologico della classe medica introducendo nei corsi di Laurea in Medicina e nelle Scuole di Specializzazione in Medicina di Comunità e Cure Primarie l'insegnamento dell'epistemologia interazionista, della Psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI), dell'epigenetica relazionale e della Teleonomia umana¹⁰. I medici di medicina generale devono essere addestrati all'uso della Diacrisi e delle tecniche di Counselling Medico, al fine di acquisire competenze relazionali rigorose per la conduzione dell'incontro clinico e la gestione maieutica del paziente cronico¹⁰.
3. **Riorganizzazione del Tempo Clinico e Risorse Territoriali:** La legislazione e gli Accordi Collettivi Nazionali della Medicina Generale devono formalizzare e tutelare il tempo dell'ascolto e della comunicazione empatico-maieutica come

prestazione clinica fondamentale, inderogabile e non sostituibile da adempimenti informatici ("tempo di relazione come tempo di cura")²². Inoltre, le Aziende Sanitarie e le aggregazioni territoriali (Case di Comunità, COT, AFT) devono farsi carico della gestione amministrativa e del flusso dati attraverso segreterie dedicate e figure infermieristiche, liberando integralmente il medico di famiglia da compiti di codifica ed data-entry passivo².

Soltanto affrancando la medicina generale dalle catene della burocrazia riduzionista e riorganizzando l'assistenza primaria attorno alla tridimensionalità della persona umana (Corpo, Mente e Spirito) sarà possibile garantire un'assistenza alla cronicità che sia scientificamente avanzata, economicamente sostenibile e autenticamente umana¹⁰.

Bibliografia

1. Belleri G. La gestione del paziente cronico: modelli esplicativi a confronto. *Recenti Prog Med.* 2022 Apr;113(4):237-243. Disponibile su: <https://www.recentiproggressi.it/archivio/3792/articoli/37764/>
2. Shemtob L, Martin M, Junghans C, Painter A, Gopal D. Written evidence submitted by Dr Lara Shemtob, Dr Martha Martin, Dr Connie Junghans, Dr Annabelle Painter, Dr Dipesh Gopal and Dr... UK Parliament; 2021. Disponibile su: <https://committees.parliament.uk/writtenevidence/41743/pdf/>
3. WONCA Europe. Programme – Paris 2026. 29th WONCA Europe Conference; 2026. Disponibile su: <https://woncaeurope2026.org/programme/>
4. Harris MF, Zwar N. Care of Patients with Chronic Disease: The Challenge for General Practice. *Med J Aust.* 2007 Jul 16;187(2):104-

107. Disponibile su:
https://www.researchgate.net/publication/6203508_Care_of_Patients_with_Chronic_Diseases_and_The_Challenge_for_General_Practice
5. The Health Creation Alliance. Making Time in General Practice: Full Report. 2015 Oct. Disponibile su:
<https://thehealthcreationalliance.org/wp-content/uploads/2018/11/Making-Time-in-General-Practice-FULL-REPORT-06-10-15.pdf>
6. Washington Medical Commission. WMC Meeting Packet. WMC; 2023. Disponibile su:
https://wmc.wa.gov/sites/default/files/Meeting%20Packet_2.pdf
7. Time and the patient-physician relationship. ResearchGate; Disponibile su:
https://www.researchgate.net/publication/228000859_Time_and_the_patient-physician_relationship
8. Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano (OMCeO Milano). Archivio per: News. OMCeO Milano; Disponibile su: <https://omceomi.it/news-2/>
9. Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO). Piani terapeutici, semplificare a favore del paziente. La proposta FNOMCeO. *TrendSanità*; 2023. Disponibile su:
<https://trendsanita.it/piani-terapeutici-semplificare-a-favore-del-paziente-la-proposta-fnomceo/>
10. Galante V. Il Ruolo del Medico nella Medicina Centrata sulla Persona: Dall'Analfabetismo Epistemologico alla Maieutica della Dignità. *Comitato Sanitario Nazionale*. 2026 Giu. Disponibile su:
https://www.researchgate.net/publication/407289618_Il_Ruolo_del_Medico_nella_Medicina_Centrata_sulla_Persona_Dall'Analfabetismo_Epistemologico_alla_Maieutica_della_Dignità
11. Brera GR. *La medicina centrata sulla persona. Il cambiamento di paradigma della scienza medica*. Milano: Università Ambrosiana; 2010. ISBN: 9788890475542.
12. Università Ambrosiana. Manifesto epistemologico della medicina centrata sulla persona. Università Ambrosiana; Disponibile su: <https://www.unambro.it/html/manita.htm>
13. Comitato Sanitario Nazionale. La medicina centrata sulla persona e l'epopea della conoscenza: l'integrazione tra il paradigma di Giuseppe R. Brera e la visione dantesca nella scienza medica contemporanea. CSN; 2026 Lug 21. Disponibile su:
<https://www.comitatosanitarionazionale.it/2026/07/21/la-medicina-centrata-sulla-persona-e-lepopea-della-conoscenza-lintegrazione-tra-il-paradigma-di-giuseppe-r-brera-e-la-visione-dantesca-nella-scienza-medica-contemporanea/>
14. Consumer-Directed Healthcare and The Physician-Patient Relationship. Scholar Commons, University of South Carolina; Disponibile su:
https://scholarcommons.sc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1328&context=senior_theses
15. Motore Sanità. Documento di sintesi: NOTA 97 - Ad un anno dalla sua applicazione. Motore Sanità; 2022 Mar 22. Disponibile su:
<https://www.motoresanita.it/wp-content/uploads/2022/05/DOCUMENTO-DI-SINTESI-NOTA-97-Ad-un-anno-dalla-sua-applicazione-22-marzo-2022.pdf>
16. FIMMG Cuneo. Nuova Nota 99: sparisce il piano terapeutico specialistico per la triplice. FIMMG Cuneo; Disponibile su:
<https://www.fimmgcuneo.org/nuova-nota-99-sparisce-il-piano-terapeutico-specialistico-per-la-triplice/>
17. Università Ambrosiana. Medicina centrata sulla persona. Università Ambrosiana News; Disponibile su:
<https://www.universitaambrosiananews.it/medicina-centrata-sulla-persona/>
18. Adolescentologia e Medicina dell'Adolescenza. Tag: Giuseppe R. Brera. Disponibile su:
<https://www.adolescentologiaonline.it/tag/giuseppe-r-brera/>
19. Brera GR. Person Centered Medicine: Theory, Teaching, Research. ResearchGate; Disponibile su:
https://www.researchgate.net/publication/215528815_Person_Centered_MedicineTheoryTeachingResearch
20. Galante V. Epigenetica Relazionale e Morale: La Rivoluzione del Paradigma della Medicina Centrata sulla Persona della Scuola Medica di Milano. ResearchGate; 2026. Disponibile su:

<https://www.researchgate.net/publication/408491470> Epigenetica Relazionale e Morale La Rivoluzione del Paradigma della Medicina Centrata sulla Persona della Scuola Medica di Milano

21. Comitato Sanitario Nazionale. Archivi: Counselling medico. CSN; Disponibile su: <https://www.comitatosanitarionazionale.it/category/counselling-medico/>
22. Galante V. Profilo professionale e pubblicazioni. ResearchGate; Disponibile su: <https://www.researchgate.net/profile/Vito-Galante>
23. SNAMI Roma. Appropriata Prescrittiva nella Regione Lazio: svolta epocale. SNAMI Roma; 2023 Ago 19. Disponibile su: <https://www.snamiroma.org/wp1/2023/08/19/appropriatezza-prescrittiva-nella-regione-lazio-svolta-epocale/>
24. Editoria Università Ambrosiana. La persona dell'adolescente e la medicina centrata sulla persona. Editoria Università Ambrosiana; Disponibile su: <https://www.editoriauniversitaambrosiana.it/la-persona-delladolescente-e-la-medicina-centrata-sulla-persona/>
25. Adolescentologia e Medicina dell'Adolescenza. Categoria: Person Centered Medicine. Disponibile su: <https://www.adolescentologiaonline.it/category/person-centered-medicine/>
26. The Medicine and Health Paradigm Shift. ResearchGate; Disponibile su: <https://www.researchgate.net/publication/390557800> THE MEDICINE AND HEALTH PARADIGM SHIFT
27. Comitato Sanitario Nazionale. La Volontà nella Medicina Centrata sulla Persona secondo il Paradigma di Giuseppe R. Brera: Fondamenti Epistemologici, Clinici ed Epigenetici. CSN; 2026 Ago 17. Disponibile su: <https://www.comitatosanitarionazionale.it/2026/08/17/la-volonta-nella-medicina-centrata-sulla-persona-secondo-il-paradigma-di-giuseppe-r-brera-fondamenti-epistemologici-clinici-ed-epigenetici/>
28. Galante V. Epistemologia della Riforma Territoriale: Analisi Critica del Decreto-Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata sulla Persona. ResearchGate; 2026. Disponibile su:

<https://www.researchgate.net/publication/407288782> Epistemologia della Riforma Territoriale Analisi Critica del Decreto-Legge Schillaci alla Luce del Paradigma della Medicina Centrata sulla Persona

29. Doctor33. MMG privato, il Regno Unito fa sul serio. Ecco gli scenari a confronto con l'Italia. Doctor33; Disponibile su: <https://www.doctor33.it/articolo/60353/mmg-privato-il-regno-unito-fa-sul-serio-ecco-gli-scenari-a-confronto-con-litalia>

DAL CURARE AL PRENDERSI CURA: UN SALTO DI QUALITÀ NELLA GESTIONE DELLE MALATTIE CRONICHE

Giuliana Ciarelli

Abstract: *Chronic diseases require a shift from a model focused mainly on treatment to a broader patient-centred approach. Caring for people with chronic conditions means addressing not only the physical aspects of disease, but also its psychological, social and relational impact. Effective communication, empathy and trust are therefore essential in the relationship between healthcare professionals, patients and families. Recognising the patient as an active participant in the care process allows healthcare to become more personalised, effective and humane.*

Le malattie croniche impongono una nuova chiave di lettura dei processi di salute e malattia e richiedono strategie innovative. Gestire la malattia cronica significa affrontare una realtà che va ben oltre la semplice diagnosi medica e richiede un approccio globale, capace di accompagnare il paziente lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale. Non è sufficiente che il medico prescriva una terapia e che il paziente la assuma: è necessario che il medico, insieme agli altri professionisti sanitari, prenda in carico la persona malata e la sua famiglia. La vera chiave non è “curare”, ma

“prendersi cura”. Curare significa limitarsi alla dimensione fisica del paziente; prendersi cura, invece, vuol dire abbracciare ogni aspetto della persona: fisico, psichico, sociale e persino spirituale. Questo concetto è in linea con l’attuale definizione di salute intesa come equilibrio globale della persona e non semplicemente come assenza di malattia. Occorre quindi che l’attenzione dei professionisti sanitari non sia concentrata esclusivamente sulla patologia e sul suo agente eziologico, ma sulla persona nella sua interezza. È una prospettiva nuova, che pone il paziente al centro dell’intervento sanitario.

Per la persona malata, soprattutto quando la patologia è cronica, l’esperienza della malattia interrompe il normale flusso della vita e compromette l’immagine che ha di sé, oltre a incidere sul proprio ruolo familiare, professionale e sociale. La malattia comporta inevitabilmente cambiamenti indesiderati nella propria quotidianità e nel proprio ambiente, per l’eventuale presenza di presidi terapeutici. A ciò si aggiunge il fatto che il paziente deve rinunciare all’idea di una guarigione definitiva. Per questo la centralità della persona rappresenta il fulcro di ogni percorso di cura. La malattia è quella che è; ciò che fa la differenza è il modo in cui viene affrontata.

Determinante, in questo senso, è il modo di agire dei professionisti sanitari. Occorre tenere presente che la professione sanitaria si compone sempre di due dimensioni inscindibili: una tecnico-scientifica e una profondamente umana. Uno degli aspetti più delicati della pratica medica è il rapporto tra professionista sanitario, paziente e familiari. Sebbene spesso i sanitari sentano il bisogno di proteggersi dall’esposizione emotiva implicita nella relazione di cura, è proprio la disponibilità ad aprirsi alla relazione che rende possibile una connessione autentica e, di conseguenza, un’assistenza realmente efficace. Come affermava lo psicologo Carl Rogers, una relazione d’aiuto deve fondarsi su accettazione, autenticità ed empatia. L’empatia, in particolare, è la capacità di mettersi nei panni dell’altro e di

vedere il mondo dalla sua prospettiva: significa guardare la realtà così come l’altro la vede e la percepisce, con le sue paure e le sue fragilità. Solo così il paziente può sentirsi accolto, compreso e libero di esprimere come vive la propria malattia. Non può esistere una vera relazione senza una reciproca condivisione di contenuti, emozioni, vissuti e obiettivi. In ogni rapporto umano,—e ancor più in quello medico, convivono molteplici prospettive. Essere capaci di guardare la realtà così come il paziente la percepisce rappresenta il primo passo per costruire un rapporto di fiducia. È una sfida che implica vulnerabilità anche da parte del professionista, ma che consente di raggiungere risultati non solo clinici, ma anche profondamente umani.

Nel contesto delle malattie croniche, la relazione medico-paziente assume una valenza ancora più profonda, poiché contribuisce a creare le condizioni affinché la persona in cura e la sua famiglia possano gestire al meglio la malattia e i cambiamenti che essa comporta. Ogni paziente rappresenta un universo unico, con una propria storia, speranze, paure e aspettative. Pur condividendo alcuni tratti comuni con altri malati, nessuna esperienza è identica a un’altra. La medicina deve quindi accettare e rispettare questa unicità, evitando di ridurre la persona a un semplice caso clinico. Quando un paziente entra in ambulatorio porta con sé tutta la sua vita: il proprio vissuto, le certezze e le incertezze, i dubbi, i pregiudizi, le paure e le ansie. Il medico deve aprirsi a questa complessità, adottando una prospettiva che tenga conto non solo della malattia (*disease*), ma anche del modo in cui il paziente la vive (*illness*). Il ruolo del medico non può limitarsi a quello di un tecnico della salute focalizzato esclusivamente sui sintomi corporei: la professione sanitaria richiede un equilibrio costante tra competenze scientifiche e capacità relazionali e comunicative.

Nel rapporto tra medico e paziente convivono due competenze fondamentali: quella del medico, esperto della malattia e dei suoi aspetti clinici, e

quella del paziente, esperto del proprio vissuto. Questa complementarità dovrebbe guidare ogni interazione, creando un dialogo chiaro, utile e rispettoso. Come sottolineava Platone: *“Un discorso chiaro e perfetto è determinato da quattro cose: ciò che bisogna dire; quanto bisogna dire; le persone a cui bisogna rivolgersi; il tempo in cui bisogna dirlo”*. La comunicazione è uno degli strumenti più potenti a disposizione del medico, non soltanto per trasmettere informazioni, ma per costruire una relazione autentica con il paziente. La relazione con il paziente e la comunicazione che la sostiene non sono mai processi unidirezionali. Attraverso il dialogo, medico e paziente collaborano per dare senso all’esperienza della malattia, affrontarla e, quando possibile, trasformarla in una condizione gestibile. La comunicazione tra medico e paziente non deve quindi essere un semplice trasferimento di informazioni. È necessario invece un confronto continuo sull’evoluzione della malattia e sulle diverse opportunità terapeutiche, ciascuna delle quali può avere un impatto differente sulla qualità della vita.

Per realizzare una buona comunicazione occorre prestare attenzione alla componente emotiva del paziente e verificare sempre la reale comprensione delle informazioni fornite, soprattutto quando ci si trova di fronte a persone con ridotta alfabetizzazione sanitaria. Il paziente deve essere messo nelle condizioni di comprendere ciò che sta accadendo: i meccanismi della malattia, la diagnosi, la prognosi e le opzioni terapeutiche. Una comunicazione chiara e strutturata riduce l’incertezza e rafforza la fiducia. Il paziente deve poter essere consapevole delle risorse disponibili per gestire la malattia e partecipare attivamente al percorso di cura. Bisogna considerare anche il significato che egli attribuisce alla propria esperienza, poiché anche di fronte a una patologia cronica è possibile mantenere un equilibrio interiore tra aspetti psicologici, sociali e spirituali.

Solo con queste premesse il “curare” può trasformarsi davvero in “prendersi cura”.

LO STRUTTURALISMO IN ANTROPOLOGIA E LA DIFFUSIONE DELL’HOMO SAPIENS IN ITALIA

Ettore Ruberti

Le culture si sono sviluppate in relazione alle caratteristiche dei territori che le varie popolazioni hanno successivamente occupato, alle condizioni fisiche e climatiche che hanno in parte determinato le modalità di sopravvivenza e di sviluppo delle attività lavorative, alle vicende storiche che hanno caratterizzato il susseguirsi dei periodi di espansione e contrazione dei popoli dominanti in ogni determinata area, oltre che agli scambi culturali che, con lo sviluppo delle comunicazioni e degli spostamenti dei popoli, sono diventati sempre più frequenti e radicali. Per cercare di comprendere come le popolazioni si sono diffuse ed hanno sviluppato i loro peculiari modi di vivere e di esaminare le loro identità culturali, ci avvarremo dei mezzi fornitici dall’Antropologia strutturale.

Premessa

La ricerca etnologica ha per decenni sofferto dell’Europeismo, ossia dal considerare l’uomo europeo il modello di riferimento o, addirittura il modello di uomo, relegando tutte le altre etnie ad un ruolo comprimario e, paradossalmente, considerare l’europeo come un’unica tipologia culturale e antropologica, spesso non sottoponibile ad indagine scientifica in quanto “uomo superiore”. È chiaro che, con lo sviluppo delle conoscenze e delle scienze naturali storiche, l’etnologia ottocentesca è stata destituita delle sue stesse basi ideologiche.

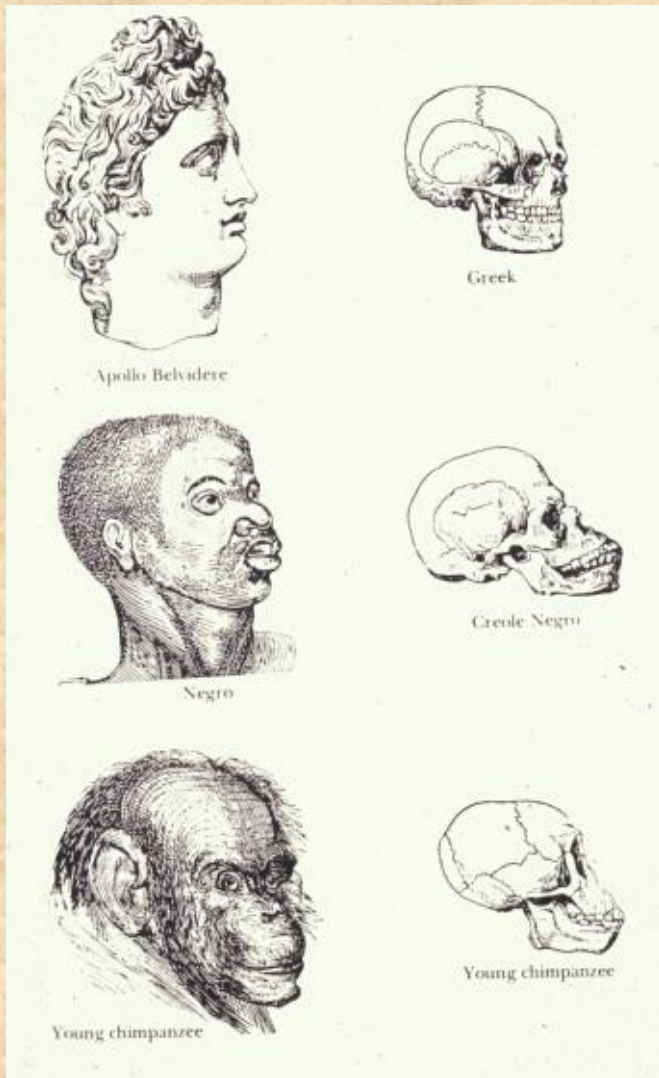


Figura 1. Tratto da Josiah Clark Nott, George Robert Gliddon Indigenous races of the earth. 1857

Con lo sviluppo dell'antropologia moderna ci si è finalmente resi conto che non solo ogni etnia, ma addirittura ogni popolazione è caratterizzata da una tipologia culturale differente. Ovviamente esistono dei limiti fisiologici, strutturali e sociali che costituiscono costanti presenti in ogni cultura, a prescindere dalla distanza spaziale e/o temporale con qualsiasi altra. Sono quelle che Eibl-Eibesfeldt, fondatore dell'Etologia umana, definisce le invarianti nell'evoluzione della specie.



Figura 2. Irenaus Eibl-Eibesfeldt

Lo sviluppo, parallelo ma in gran parte autonomo, della ricerca antropologia portata avanti da Levi-Strauss, lo ha portato all'applicazione dello strutturalismo all'antropologia.



Figura 3. Claude Levi-Strauss

Lo strutturalismo, essenzialmente assegna all'antropologia il compito specifico di definire le caratteristiche formali dei vari sistemi culturali, facendoli derivare da un numero ristretto di principi di struttura sociale, e focalizzando le particolarità di ogni cultura, in questo richiamandosi al funzionalismo.

Conseguenza di questo approccio metodologico, è l'approfondimento delle diversità culturali e la consapevolezza che, dal punto di vista antropologico, perde di significato il concetto di razza, in quanto le razze umane (dimostate poi inesistenti dalla genetica) sono infinitamente minori delle etnie e delle popolazioni. A questo punto mi rendo conto che devo spiegare al lettore come la genetica delle popolazioni è arrivata alla constatazione della non esistenza delle razze umane. Il concetto di razza umana è stato coniato quando la colonizzazione ha portato gli europei a contatto con altri gruppi etnici. I primi antropologi, basandosi soprattutto su caratteristiche fisiche esteriori e sul grado di avanzamento tecnologico e sociale raggiunto, avevano diviso gli uomini in cinque razze, spesso classificate in maniera verticale con il bianco nord-occidentale al vertice. Alcuni, soprattutto inglesi e francesi, avevano creato una contiguità di razza fra i neri e le scimmie antropomorfe. Alcuni studiosi più attenti, come Darwin, pur vissuti in epoca vittoriana, avevano fatto notare che non esisteva una netta separazione fra le caratteristiche fisiche, che si stemperano fra le popolazioni contigue.

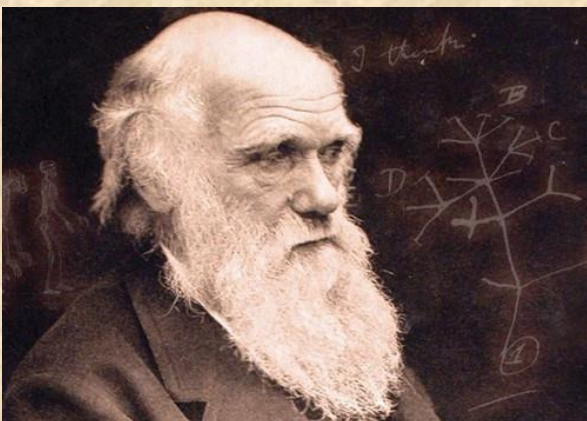


Figura 4. Charles Robert Darwin

Dopo quasi un secolo e mezzo dalle osservazioni di Darwin, gli studi genetici compiuti da Cavalli-Sforza sul cromosoma Y (ossia il cromosoma maschile, il cosiddetto DNA di Adamo) e da Svante-Peebo sul DNA mitocondriale (come noto, il mitocondrio proviene dalla cellula uovo, il cosiddetto DNA di Eva), hanno dimostrato al di là di ogni ragionevole dubbio che la variabilità genetica all'interno delle singole popolazioni è paragonabile se non maggiore di quella presente fra le popolazioni, ne deriva che il concetto di razza umana non ha validità biologica. Questo dato è facilmente verificabile anche dal punto di vista comportamentale, confrontando il comportamento di persone adottate da rappresentanti di etnie diverse. Del resto i casi di bambini allevati da animali selvaggi hanno ampiamente dimostrato l'estrema plasticità ed adattabilità della nostra specie.

Questa digressione, oltre a chiarire l'asserzione relativa alle razze umane, ci fa incamminare verso la conoscenza della diffusione della nostra specie nel mondo, fino alla della pianura padana, dove, nel periodo chiamato dell'ascia pesante, un nugolo di nostri progenitori ha cominciato a disboscare e bonificare le foreste paludose che un tempo la coprivano, permettendo lo sviluppo dell'agricoltura ed il successivo sviluppo dell'allevamento e delle successive società, come approfondiremo di seguito.



Figura 5. Luigi Luca Cavalli-Sforza

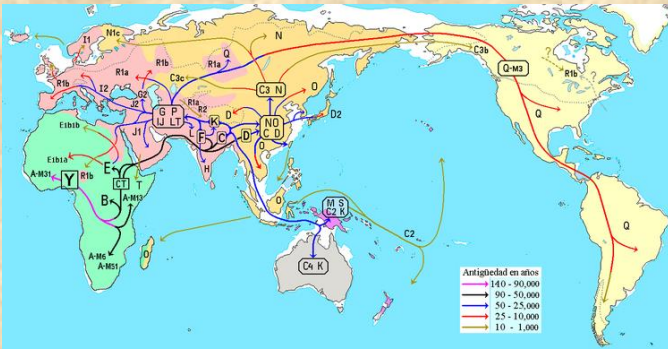


Figura 6. Distribuzione degli aplogruppi del cromosoma Y



Figura 7. Svante Paabo

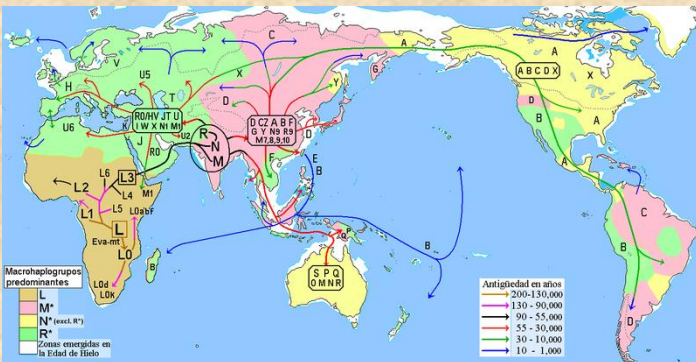


Figura 8. Distribuzione degli aplogruppi del DNA mitocondriale

Inizio dal corno d'Africa

Come ormai ampiamente documentato, la specie umana ha avuto origine in Africa orientale e si è diffusa sul resto del pianeta con migrazioni successive partendo dal corno d'Africa, soppiantando in tempi relativamente brevi le altre specie di Homo che, per un certo periodo, hanno convissuto con i nostri antenati. Dalle ultime evidenze genetiche è ormai accertato che vi sono

stati anche alcuni casi sporadici di passaggi orizzontali di geni con le specie a noi più affini, come l'*Homo neandertalensis*. Senza tuttavia addentrarci in questa affascinante ricostruzione, che esula dalla presente trattazione, seguiremo la progressiva espansione della nostra specie fino al territorio italiano.

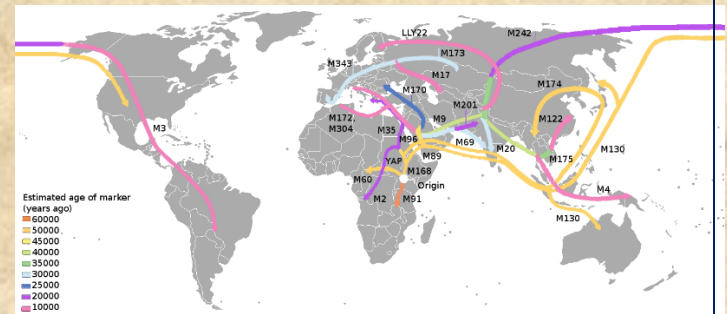


Figura 9. Diffusione dell'uomo sulla Terra. Le M indicano marcatori genetici

L'espansione

Le prove genetiche, fossili e paleoantropologiche che abbiamo acquisito dimostrano che la nostra specie ha iniziato a diffondersi sul pianeta, partendo dall'Etiopia, diffondendosi in Asia, dopo aver occupato la parte meridionale della Penisola Araba e, successivamente, circa 100.000 anni fa, per mezzo di espansioni successive, da una parte diffondendosi progressivamente in Medio Oriente, dall'altra in India, Cina, Indonesia e, in fasi successive, ha raggiunto l'Australia e successivamente le Americhe. Appare ovvio al lettore che non si tratta di un'unica popolazione, ma di varie espansioni che sono durate alcune migliaia di anni.

L'inizio della colonizzazione europea è databile circa 40.000 anni fa e coincide con l'ultimo periodo di esistenza dell'*Homo neandertalensis*, come più sopra descritto.

L'uomo moderno ha raggiunto significative capacità tecnologiche già 60/70000 anni fa (cfr. Cavalli-Sforza), questo gli ha permesso di affinare sia i metodi di spostamento che le tecniche di caccia e raccolta del cibo, della sua conservazione, e le capacità di sfruttare le pelli per coprirsi dalle avversità atmosferiche, mentre l'utilizzo del fuoco è databile in epoca più recente.

Le capacità acquisite gli hanno consentito di spostarsi anche in condizioni disagiate e su substrati altrimenti non superabili, come tratti di mare, territori coperti da ghiaccio e neve, ecc. Anche la densità raggiunta dai gruppi umani ha subito un continuo incremento, partendo da poche decine di individui dei clan familiari a più numerosi clan formati anche da centinaia di individui, capaci di cooperare.

Come fa notare Cavalli-Sforza, la maggiore velocità di crescita della popolazione comporta un raddoppio della stessa ogni vent'anni circa. Questa causa un incremento demografico che diviene insostenibile in pochi secoli: si assiste ad incremento di trentadue volte in un secolo, di mille in due secoli di un milione ogni quattro secoli. Questo incremento causa una pressione sulle risorse che diviene in breve insostenibile. Certamente l'incremento demografico ha comportato un'espansione che è divenuta sempre maggiore con la crescita demografica, espansione che sarà mitigata, ma non eliminata, solo con l'avvento dell'agricoltura, avvenuto contemporaneamente circa 14000 anni fa in cinque parti del pianeta.

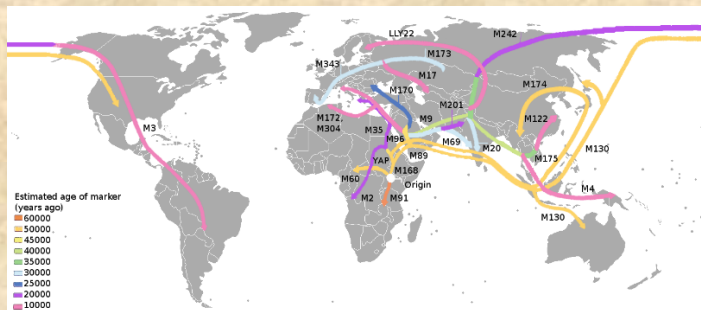


Figura 9. Diffusione dell'uomo sulla Terra. Le M indicano marcatori genetici

L'espansione dal Medio Oriente avvenuta, come più sopra riportato, in concomitanza con le ultime fasi di esistenza dell'*Homo neandertalensis*; si è verificata in una fase interglaciale, prima del massimo glaciale, ossia il periodo di massima espansione glaciale del quaternario, durato da 25.000 a 18.000 anni fa, conosciuto come LGM (Last Glacial Maximum). Questo ha permesso a gruppi di cacciatori-raccoglitori di spostarsi progressivamente in Europa, riuscendo ad

attraversare le Alpi e cominciando ad occupare anche la Pianura Padana, caratterizzata allora da foreste paludose inframmezzate da estesi acquitrini.

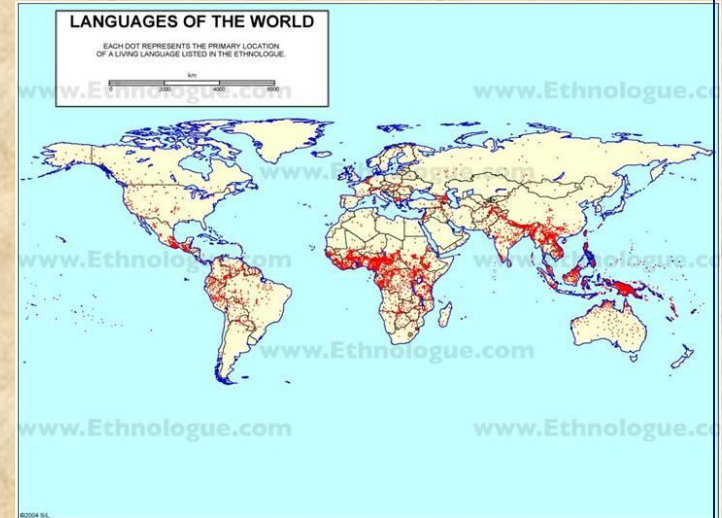


Figura 10. La distribuzione delle lingue corrisponde a quella delle piante coltivate. Vedi figura seguente

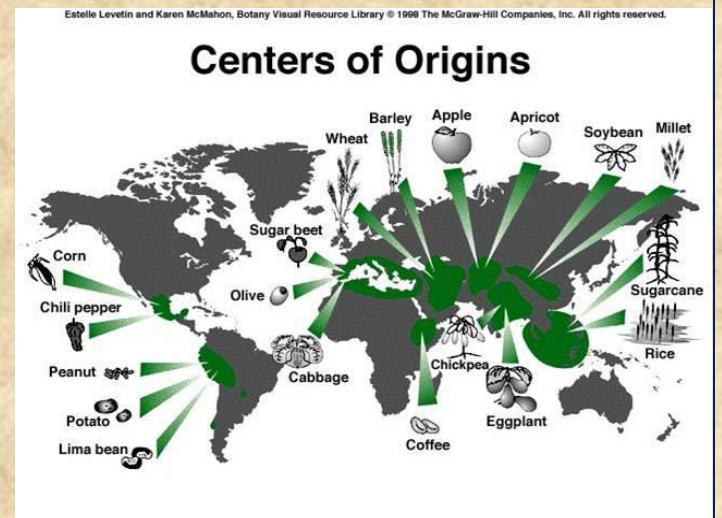


Figura 11. La distribuzione delle piante coltivate corrisponde a quella delle lingue - Vedi figura precedente

Specie cugine

L'*Homo sapiens* si è diffuso nel pianeta progressivamente, partendo dal Corno d'Africa. Precedentemente, altre Specie di *Homo* si erano diffuse in gran parte del continente Eurasiatico, ed alcune di esse hanno convissuto per un certo

periodo con il *sapiens*. Recenti analisi genetiche hanno dimostrato che queste Specie cugine hanno avuto qualche scambio genetico con il *sapiens* per mezzo di incroci occasionali. Recenti scoperte di fossili hanno dimostrato che alcune Specie hanno convissuto con il *sapiens* addirittura dopo l'ultima glaciazione. E' di pochi anni fa la scoperta, nell'Isola di Flores, dei resti scheletrici di una Specie di Ominide nano, chiamato *Homo floresensis*, vissuto circa 18.000 anni fa. Questa scoperta ha suscitato vasta eco, anche perché lo scopritore lo ha definito furbescamente Hobbit, richiamandosi ad una fortunata serie di film. Ancora più recentemente, si è scoperta un'altra Specie che ha convissuto con i nostri antenati, l'*Homo denisova*.

Tralasciando comunque di seguire la diffusione e lo sviluppo delle altre Specie di Ominidi, ci concentreremo sulla diffusione della nostra Specie in Eurasia, ed in Italia.

Diffusione dell'*Homo sapiens* in Pianura Padana

Le analisi genetiche hanno dimostrato con un elevato indice di confidenza (ossia con altissimo grado di affidabilità), coadiuvate anche dalle evidenze fossili, che la diffusione di *Homo sapiens* è avvenuta attraverso tre ondate successive di migrazione a partire dal territorio dell'attuale Etiopia.

La migrazione che ha portato alla colonizzazione del territorio italiano è avvenuta prima dell'ultima glaciazione e, partendo dal Medio Oriente, ha portato l'*Homo sapiens* ad attraversare le Alpi ed ha penetrare progressivamente nella Pianura Padana, al tempo coperta da foreste paludose ed acquitrini. I primi abitanti erano cacciatori-raccoglitori che vivevano in piccoli gruppi dediti al nomadismo. Ciò ha consentito ai loro discendenti di adattarsi e sopravvivere anche quando il periodo glaciale ha modificato il territorio. Dalle evidenze geologiche sappiamo che, dove sono ubicati i laghi di maggiore dimensione che caratterizzano il territorio, esistevano precedenti bacini fluviali che erano già frequentati da popolazioni che, oltre che di caccia

e di raccolta, vivevano anche dei prodotti della pesca. Dopo lo scioglimento dei ghiacci, il territorio ha assunto progressivamente l'aspetto che ha mantenuto sino allo sviluppo dell'agricoltura industriale e dello stravolgimento causato dall'industrializzazione selvaggia.

Le popolazioni sopravvissute alla glaciazione erano dedite ancora alla caccia ed alla raccolta, mentre, le coste dei laghi erano occupate da popolazioni che sfruttavano le risorse acquatiche. Successivamente, altre popolazioni più progredite, anch'esse provenienti dal Medio Oriente, sfruttando nuovi strumenti che avevano messo a punto o mutuati da altri popoli con cui erano venuti in contatto, per mezzo soprattutto di quella che è stata definita ascia pesante, cominciarono, circa 16/15.000 anni fa a disboscare e trasformare il territorio, cominciando ad importare animali allevati che accompagnavano i loro spostamenti, e coltivavano in maniera occasionale e temporanea il terreno. Cosa che avveniva nello stesso periodo ed anche precedentemente in Asia. Il tipo di agricoltura di sussistenza, applicato dando fuoco a piccole radure e coltivandole al massimo per un paio di stagioni, avviene ancora in popolazioni che vivono in America meridionale ed Africa, per cui abbiamo un'idea abbastanza chiara di come funzionava.

Nascita dell'agricoltura

Successivamente, popolazioni più progredite, provenienti anch'esse dal Medio Oriente, importarono l'agricoltura vera e propria, nata contemporaneamente ed indipendentemente in cinque zone del Pianeta, fra cui il Medio Oriente. La nascita dell'agricoltura è stata la prima vera rivoluzione causata dalla tecnologia. Rivoluzione che ha causato un cambio radicale del modo di vivere di una parte dell'umanità. Infatti, l'agricoltura ha costretto l'uomo a trasformarsi da nomade a stanziale e, conseguentemente, all'allargamento dei gruppi tribali, prima poco più che familiari, con il conseguente sviluppo della cooperazione non più temporanea fra più clan, come in caso di guerre tribali, ma sistematica, con la divisione dei compiti e la

nascita delle specializzazioni delle competenze. Il successivo incremento della dimensione delle comunità ha trasformato i primi insediamenti in gruppi interconnessi, successivamente sviluppatisi in grosse concentrazioni e successivamente città, con la nascita del commercio e la creazione di eserciti che avevano il preciso compito di difendere gli insediamenti, ma anche di conquistare nuovi territori, portando alla nascita dei primi regni ed alla riduzione in schiavitù delle popolazioni sottomesse.

Ovviamente, non tutte le popolazioni erano dedite all'agricoltura. Molte vivevano ancora di caccia e raccolta, praticando il nomadismo e le guerre tribali, spesso attuate per mezzo di incursioni ladresche. Per non soccombere di fronte alle popolazioni concentrate in insediamenti stabili, con il tempo le popolazioni nomadi si sono concentrate in orde che, per migliaia di anni, hanno continuato questa tipologia di vita. Come tutti sappiamo dai tempi della scuola, quando le popolazioni stanziali hanno continuato ad espandersi ed hanno formato veri imperi (pensiamo a quello Romano), molte popolazioni sono state sottomesse e, dopo la caduta degli imperi, hanno occupato e saccheggiato le città ed i Paesi, senza però riuscire a costruire dei veri domini stabili, in quanto legate al modo di vivere nomade. Alcune popolazioni, soprattutto asiatiche, sono però riuscite a creare imperi vastissimi che, solitamente, con la morte del condottiero che aveva guidato le orde, ormai divenute veri eserciti, finivano per disgregarsi, sia per guerre legate alla successione, sia per mancanza di un sistema amministrativo valido. Questo però esula dalla presente trattazione.

Sviluppo dell'agricoltura

Mi sembra importante soffermarmi sullo sviluppo dell'agricoltura, perché quest'ultima ha determinato il maggior cambiamento nello sviluppo dell'umanità, superiore perfino allo sfruttamento dell'energia chimica e fisica, avvenuto negli ultimi due secoli, che ha consentito all'umanità di affrancarsi dal lavoro animale e di attuare uno sviluppo eccezionale

delle tecnologie, con il conseguente stravolgimento dell'intero pianeta.

La nascita e lo sviluppo dell'agricoltura e dei primi allevamenti non transumanti sono stati permessi dalla tecnica dell'ibridazione e dalla concimazione dei terreni. A noi queste tecniche, per millenni attuate in modo empirico, paiono banali, ma non deve essere considerato banale accorgersi che, accoppiando selettivamente le piante e gli animali di cui si nutrivano i nostri predecessori, si potevano scegliere i discendenti che presentavano i caratteri migliori, sia dal punto di vista alimentare che di resa o di facilità di coltivazione e di allevamento. Solo dagli anni settanta dello scorso secolo possiamo modificare le piante alimentari per mezzo di radiazioni (citiamo il Grano creso, sviluppato dal Gruppo di ricerca di Scarascia Mugnozza dell'ENEA), mentre la modifica del patrimonio genetico è frutto della ricerca effettuata in anni più recenti.



Figura 12. Spiga di Teosinto a confronto con quella del suo discendente ottenuto dall'Uomo il Mais

Alcuni caratteri selezionati non avrebbero permesso alle specie coltivate di sopravvivere in natura. Pensiamo solo alle Graminacee che mantengono attaccate alla pannocchia i semi, viceversa immaginate come sarebbe scomoda e scarsamente produttiva la raccolta, attuata dagli agricoltori, dei singoli semi dal terreno. Un altro problema che hanno dovuto affrontare i primi agricoltori è rappresentato dai parassiti delle piante coltivate e di quelli che attaccavano le sementi e gli alimenti conservati in genere.



Figura 13. Agricoltura preistorica - Da Internet

Molte problematiche, compreso lo stesso dissodamento del terreno, hanno “costretto” l’uomo a sviluppare tecnologie adeguate, contribuendo certamente allo sviluppo dell’artigianato e, successivamente, alle categorie specializzate di lavoratori. Anche l’approvvigionamento di acqua e le fortificazioni, rese necessarie dalle incursioni e dalle guerre, hanno portato cambiamenti notevoli nella stessa struttura delle società. Ciò ha portato alla nascita delle diverse figure professionali ed alla nascita delle classi sociali, mentre i capiclan si sono successivamente mutati in sovrani che, spesso, specialmente se dotati di carisma ed appoggi, si tramutavano in dittatori.

LA NATURA UMANA NELL'ADOLESCENZA: IL PATHOS DEL MISTERO

Giuseppe R. Brera

Abstract

Adolescence is presented as the most crucial stage of human development, where cognitive and psychosexual maturation allows individuals to discover their personal identity as men or women. Despite decades of work in Adolescentology and Person-centered theories,

the field remains fragmented: physicians focus on biology, psychologists on subjectivity, and sociologists on statistics, with little unified awareness of the adolescent as a whole person.

The article argues that contemporary culture is dominated by what the author calls the “Big Brother Syndrome”, a widespread mindset characterized by hedonistic arbitrariness, denial of responsibility, relativism, emotionalism, the primacy of appearance over being, virtual narcissism, reduction of the person to utility, rejection of transcendence, ethical relativism, and scientific determinism. This cultural syndrome pushes adolescents to adapt to external pressures rather than develop their inner resources, suppressing the internal conflict necessary for critical consciousness and personal growth.

The author warns that this mindset leads to the loss of belief in objective truth, which is essential for moral reasoning and even reflected in biological systems such as the immune response. Health, therefore, is defined as the ability to choose the true possibilities that allow a person to become their best self.

Adolescence is described as the moment when individuals encounter a “code” inscribed in human nature—expressed through truth, love, and beauty—which calls them to interpret the meaning of existence. This interpretive code, linked to spiritual dimensions of human life, guides adolescents toward the realization of their unique human potential.

Drawing on philosophical reflections from Heidegger and Gadamer, the article suggests that only a true interpretive code can answer the fundamental question of the meaning of being. The author identifies this code in the message of Jesus Christ, who offers a path for personal fulfilment through love of God, oneself, and others.

Ultimately, the article argues that overcoming the Big Brother Syndrome requires reaffirming the

existence of objective truth and choosing an interpretive framework that enables individuals to become fully human. This is presented as the deeper purpose of Youth Science Italy 2026.

L'adolescenza è il periodo della vita più interessante. È il tempo infatti in cui l'uomo, grazie alla maturazione cognitiva ipotetico-deduttivo e affettivo-psicosessuale, prende consapevolezza della sua identità di persona, individuata a livello psico-neuro-endocrinologico come uomo e donna, con la scoperta della propria identità sessuale.

E' necessario premettere che ancora oggi dopo trent'anni dalla nascita dell'adolescentologia, della teoria dell'adolescenza centrata sulla persona, dell'interazionismo spirito-mente-corpo, della teleonomia della natura umana, ancora oggi c'è una frammentazione: medici si occupano del biologico, gli psicologi della soggettività, i sociologi dei numeri.

La seconda premessa è la cultura contemporanea in cui siamo immersi, che evidenzia una pandemia della Sindrome del Grande Fratello che si può riassumere in questi punti: L'adolescenza è il periodo della vita più interessante. È il tempo infatti in cui l'uomo, grazie alla maturazione cognitiva ipotetico-deduttivo e affettivo-psicosessuale, prende consapevolezza della sua identità di persona, individuata a livello psico-neuro-endocrinologico come uomo e donna, con la

scoperta della propria identità sessuale. È necessario premettere che ancora oggi dopo trent'anni dalla nascita dell'adolescentologia, della teoria dell'adolescenza centrata sulla persona, dell'interazionismo spirito-mente-corpo, della teleonomia della natura umana ancora oggi c'è una

frammentazione epistemologica e conseguentemente applicativa: i medici si occupano del biologico, gli psicologi della soggettività, i sociologi dei numeri. Non c'è coscienza della persona dell'adolescente.

La seconda premessa è la cultura contemporanea in cui siamo immersi, che

evidenzia una pandemia della Sindrome del Grande Fratello che si può riassumere in questi punti:

LA SINDROME DEL GRANDE FRATELLO¹⁵

- 1. Io faccio tutto quello che mi piace e mi pare
(Arbitrio edonistico)**
- 2 Non rispondo di niente a nessuno. L'importante è non pagare di persona per la propria scelta giusta o sbagliata
(Onnipotenza de-responsabilizzante)**
- 3 La verità è ciò che penso e sento che sia vero.
(Riduzione relativista)**
- 4 Il consenso della maggioranza è verità etica
(Riduzionismo sociologico)**
- 5 Io esisto se provo emozioni forti
(Riduzione limbica-sottocorticale)**
- 6 Apparire è più importante di essere**
- 7 Per sentire d'esistere è necessario comunicare la propria immagine sullo smartphone, nei social, apparire e essere visti in TV o essere membri di una rete sociale virtuale. La comunicazione ha sostituito l'introspezione.
(Diffusione virtuale dell'identità, narcisismo virtuale) La diffusione dell'identità è un sintomo psicotico**
- 9 La persona è strumenti di piacere, potere, guadagno**
- 10 (Tecnologismo riduzionista)**
- 11 Dio è un'idea che toglie la libertà
(Ateismo ignorante)**
- 12 Il bene e il male non esistono ontologicamente
(Relativismo etico)**
- 13 Il fare viene prima dell'essere
(Pragmatismo sociologico logo-clasta)**

¹⁵ Brera G, R. La Sindrome del Grande Fratello e i Magnifici Sette. Come essere genitori in un tempo difficile. Milano; editoria Università Ambrosiana 3009-2024

14 La vita e i fenomeni naturali sono sottomessi alla causalità lineare e riducibili solo alla conoscenza scientifica (Scientismo determinista-meccanicista)

Questa Sindrome che ho identificato nel 2005, chiama l'adolescente all'adattamento alle richieste dell'ambiente non alla valorizzazione delle sue risorse per la sua realizzazione personale. eliminando il conflitto interno, necessario per lo sviluppo della coscienza critica e rendendo schiavo l'adolescente dei desideri infantili pre-genitali utili al profitto e senza idea della verità, ridotta a sensazione, con la rinuncia alla soddisfazione di vincere la battaglia per essere un adulto/a forte, coraggioso/a e responsabile che voglia cambiare se stesso/a e il mondo, capace di combattere per la verità, valorizzando le risorse personali uniche e irripetibili, fatto che chiede coraggio e fiducia in se stesso nell'attualità e nel futuro.

L'aspetto più tremendo di questa pandemia è la perdita della consapevolezza dell'esistenza della verità oggettiva, base del pensiero morale: verità per il bene, iscritto anche nell'organismo biologico. Il sistema immunitario di prima difesa, i Natural Killer, si muovono secondo un'etica che si basa sul riconoscimento del codice antigenico dei batteri, virus, cellule tumorali. Se questo non è riconosciuto come appartenenti all'organismo ospite, la patria biologica, questi enti vengono distrutti. A questi paladini del Santo Graal biologico dobbiamo la nostra salute e la vita.

Oggi infatti per salute si deve intendere: **“La scelta delle possibilità vere per essere la migliore persona umana”.**¹⁶¹⁷ Se non c'è da

parte dell'uomo la volontà e la capacità di riconoscere un codice di verità, che gli permette di riconoscere le possibilità vere per essere la migliore persona umana, l'uomo si ammala.

L'essenza dell'adolescenza è la scoperta dell'esistenza di un codice misteriosamente iscritto nella natura umana, grazie, come detto, allo sviluppo cognitivo e affettivo psicosessuale, con l'arrivo alla genitalità. Questo codice, un DNA che testimonia l'esistenza di una dimensione spirituale naturale, l'anima- parola oggi esclusa dal linguaggio della cultura- si manifesta alla coscienza con tre parole: verità amore e bellezza, che chiamano l'adolescente alla domanda del loro significato, e quindi rivelano alla coscienza il mistero dell'essere uomini e donne, in quanto chiedono l'applicazione di un codice interpretativo, che l'adolescente deve individualmente a scegliere per l'allostasi e che se vero, gli permette di aprire la serratura della porta del senso della vita e della realizzazione come persone umane.

Heidegger, ha speso tutta la sua vita, fino in ultimo a domandarsi dell'essere, “Qual è il senso dell'essere”, come interrogativo principale posto all'uomo nell'esistenza, possibile secondo il suo allievo Gadamer con una “Rivelazione”.

Nella storia dell'umanità, **l'unica persona che ha rivelato un codice per rispondere questa domanda è stato Gesù Cristo, che ha dato all'uomo, una semiologia per la realizzazione dell'esistenza personale per divenire delle persone umane.**¹⁸ con l'invito ad essere per amare Dio sopra ogni oggetto di conoscenza e se stessi e come se stessi il prossimo. Su questa base che ha indicato come necessità per la vita, l'uomo costruisce la sua **dignità** e la sua libertà nell'essere una persona umana.

¹⁶ Brera G. R. Person-centered Medicine: Theory, Teaching, Research. Int. J. Pers. Cent. Med 2011; 1 (1):69-79

¹⁷ Brera G. R Il cambiamento epistemologico della Medicina e la Medicina centrata sulla persona in Atti

del Congresso: La persona dell'adolescente e la Medicina centrata sulla persona. Milano Editoria Università Ambrosiana; 2024 ISBN 9798337941318

¹⁸ Brera G R Adolescenza e verità. Milano; Editoria Università Ambrosiana; 2026 ISBN 9798199869393

L'essenza dell'adolescenza è dunque la scoperta di un senso trascendente dell'esistenza individuale che si pone come mistero nella scelta di un codice interpretativo, non rivelato a priori, della verità, dell'amore e della bellezza ma condizione necessaria per l'interpretazione delle possibilità vere per essere la migliore persona umana. In questa vicenda così bella, così avventurosa, così rischiosa nelle onde dell'esistenza, l'adolescente scopre la possibilità di poter essere una persona umana **a condizione che scelga una risposta vera alla domanda di significato della verità, dell'amore e della bellezza, in cui si è rivelata nel mistero la natura umana.** Il significato scelto vero o falso permette di rispondere alle domande poste dall'esperienza delle possibilità, il poter essere per realizzarsi. Questo vale per tutti noi. **Solo il coraggio continuo di vedere e risolvere nella verità, nell'amore e nella bellezza, il conflitto tra "Dover essere" e Poter essere" può permettere all'uomo e alla donna di realizzare il proprio essere una persona umana.**

La sindrome del grande fratello, va dunque combattuta perché vuole generare uomini bene adattati.

Alla base di tutto oggi, nella cultura pedagogica, medica, politica e non solo, è il fare emergere la necessità della consapevolezza dell'esistenza della verità oggettiva per la vita e la salute e la necessità di scegliere un codice interpretativo, come necessità per la realizzazione dell'essere una persona umana.

Questo è il senso profondo di "Youth Science Italy 2026"

POPOLAZIONE E IPERSFRUTTAMENTO DELLE RISORSE

Ettore Ruberti

Quando, nel 1798, Thomas Robert Malthus pubblicò il *Saggio sul principio della popolazione* in cui sosteneva che è sbagliato cercare di migliorare le condizioni di vita dei meno abbienti

ma, al contrario, imporre il controllo delle nascite poiché la crescita della popolazione presenta un andamento esponenziale geometrico, mentre le risorse disponibili sono suscettibili di un incremento aritmetico, non era certo stato il primo né l'unico ad essere preoccupato dell'incremento della popolazione e dell'esaurirsi delle risorse.



Thomas-Robert-Malthus

Questo tema ha trovato, già dall'antica Grecia, sostenitori che hanno propugnato e propugnano il controllo demografico anche con mezzi coercitivi ed ha subito una diffusione ed un'impennata dalla fine dell'Ottocento, portando ad atrocità e genocidi.

Paradossalmente ma con una certa logica perversa, con la nascita e lo sviluppo dei movimenti ambientalisti, tali preoccupazioni si sono acuite e, mentre anticamente tali ideologie erano sostenute da sparuti gruppi di persone, sia pure dotati a volte di poteri decisionali, una parte sempre più cospicua di persone sembra trovare nel controllo delle nascite una valida soluzione alle problematiche che affliggono l'umanità.

Addirittura, molte associazioni ambientaliste vedono l'umanità come il cancro del pianeta, trasformando di fatto la giusta preoccupazione per l'ambiente in un movimento [neomalthusiano](#).

Antefatto storico.

È vero che molte civiltà del passato sono perite a causa dell'ipersfruttamento delle risorse ma questi eventi sono stati causati dall'utilizzo distruttivo delle stesse, spesso per motivi politici,

come nel caso degli abitanti dell'Isola di Pasqua o nell'allevamento di specie inadatte, come nel caso dell'allevamento di Ovini e Caprini, i cui zoccoli spaccano le zolle, in terreni non adatti, come nel caso dell'antica Grecia.

Anche l'imposizione alla popolazione di incrementare le nascite per avere più soldati, come nel caso di molte popolazioni polinesiane del passato, può portare ad un esaurimento delle capacità di sostentamento. Certo, anche eventi non programmabili come terremoti, eruzioni vulcaniche, pandemie, eccetera, possono portare al declino di una società ma questi eventi non entrano nel contesto di cui stiamo discutendo.

Per molti storici un fenomeno che può portare alla diminuzione di una popolazione è rappresentato dalla guerra ma ormai sappiamo che dopo un conflitto avviene un incremento delle nascite: basti riflettere sull'aumento della popolazione mondiale verificatosi dopo i due conflitti mondiali che pure hanno causato atroci carneficine.

Viceversa è stato ampiamente dimostrato che, con il miglioramento della qualità della vita, l'accesso alle risorse, l'incremento della scolarizzazione specie delle donne, le popolazioni tendono a stabilizzarsi, se non addirittura a diminuire, come dimostra il caso dell'Europa occidentale.

Origine e sviluppo dell'eugenetica.

Il primo teorico del controllo delle nascite è stato il filosofo Herbert Spencer, mentre il primo ad avere sviluppato praticamente tale ideologia è stato Francis Galton, colui che aveva coniato il termine di eugenetica e sviluppato l'ideologia ad essa associato.

Galton, partendo dall'osservazione che i componenti delle classi privilegiate della società anglosassone erano tutti più o meno imparentati e per la maggior parte persone di successo, si convinse che lo sviluppo delle società umane (generalizzando la situazione anglosassone del tempo e sorvolando sul fatto che le Elite erano comunque privilegiate) rispecchiava le qualità ereditarie e quindi la giustezza della segregazione delle popolazioni e delle classi meno abbienti a

seconda del loro corredo ereditario che, va sottolineato, al tempo non si sapeva cosa fosse.

Queste idee furono poi diffuse in tutta Europa ed in America, dove attecchirono pericolosamente, specialmente nelle Elite imprenditoriali e colonialiste. Addirittura, negli Stati Uniti, nella penisola scandinava ed in Inghilterra prima, e in gran parte dell'Europa successivamente, vennero promulgate Leggi razziali e Leggi che permettevano, anzi incentivavano, la segregazione e la sterilizzazione forzata di delinquenti, malati mentali e fisici, poveri ed appartenenti a "razze" considerate inferiori.

Galton fondò l'Eugenics Record Office che fece confluire successivamente con volontà testamentale nel Galton Chair of National Eugenics cui destinò 45000 sterline.

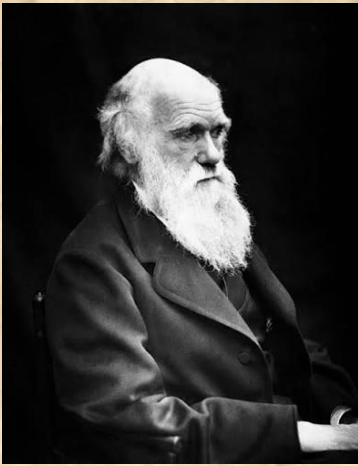


Herbert-Spencer

Come si può constatare, Hitler poteva vantare l'apporto teorico anglosassone ed il cattivo esempio di altri Paesi. Va anche sottolineato che le Leggi suddette e le applicazioni delle stesse sono terminate in alcuni Paesi, come la Svezia, solo negli anni Settanta del Novecento.

È abbastanza sorprendente, ed anche ingiusto, il fatto che l'applicazione dell'eugenetica sia anche definita "Darwinismo sociale", mentre è noto che Darwin era contrario sia allo schiavismo, allora diffuso, sia all'eugenetica, anzi, pur vissuto in epoca vittoriana, fu il primo a sostenere che il concetto di razza umana era sbagliato scientificamente in quanto nelle popolazioni non esisteva una netta separazione fra le

caratteristiche fisiche, che si stemperano fra le popolazioni contigue.



Charles Robert Darwin

Dopo quasi un secolo e mezzo dalle osservazioni di Darwin, gli studi genetici compiuti da Cavalli-Sforza sul cromosoma Y (ossia il cromosoma maschile, il cosiddetto DNA di Adamo) e da Svante-Peebo sul DNA mitocondriale (come noto, il mitocondrio proviene dalla cellula uovo, il cosiddetto DNA di Eva), hanno dimostrato al di là di ogni ragionevole dubbio che la variabilità genetica all'interno delle singole popolazioni è paragonabile se non maggiore di quella presente fra le popolazioni, ne deriva che il concetto di razza umana non ha validità biologica.

Questo dato è facilmente verificabile anche dal punto di vista comportamentale, confrontando il comportamento di persone adottate da rappresentanti di etnie diverse. Del resto, i casi di bambini allevati da animali selvaggi hanno ampiamente dimostrato l'estrema plasticità ed adattabilità della nostra specie.

Nascita e sviluppo dell'ambientalismo.

Lo sviluppo dell'ambientalismo si può dividere in due fasi: la prima, sviluppatasi nell'ambito delle Elite mondialiste al vertice delle multinazionali e delle merchant bank, portò alla fondazione delle prime associazioni ambientaliste che, unitamente alla protezione di ambienti particolarmente pregiati, perpetrava il controllo mondiale delle nascite, specie nei Paesi in Via di Sviluppo, anche con metodi coercitivi; la seconda, spesso

finanziata dai fautori della prima, con la diffusione e la promozione di una visione ambientalista della società.

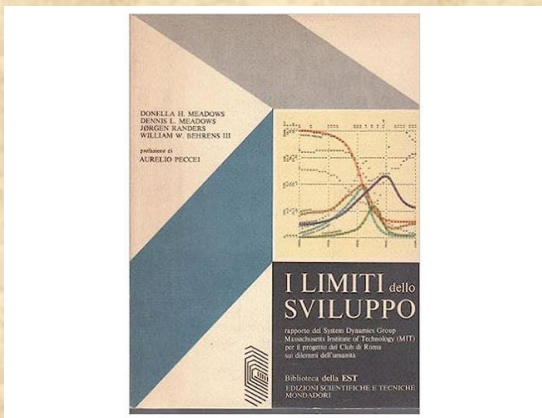
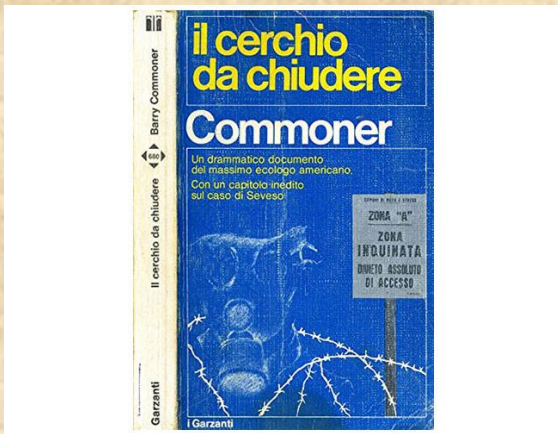
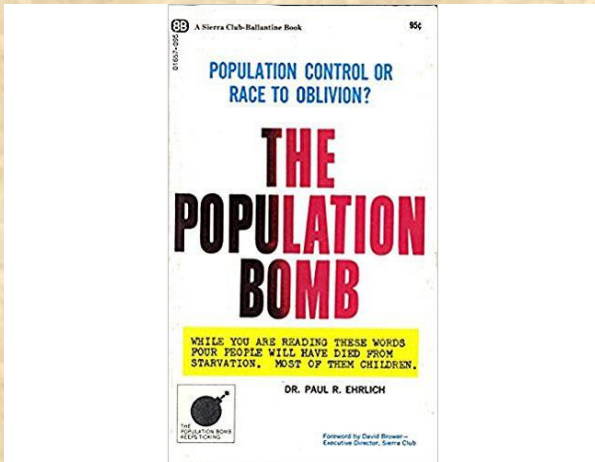
In prima approssimazione, il rispetto dell'ambiente e l'obiettivo di pervenire ad uno sviluppo delle società e dell'utilizzo delle risorse che sia compatibile con l'ambiente e rinnovabile nel tempo appare logicamente giusto e razionale. Purtroppo, però, questa visione è stata "dirottata" verso un'ideologia neo [panteista](#) che vede l'umanità come il cancro del pianeta e lo sviluppo delle società in contrapposizione con la salvaguardia del Pianeta.

A ciò si aggiunge il fatto, ben sfruttato dalle multinazionali, che alle istanze basate sulle conoscenze scientifico/tecnologiche si sono sostituite ideologie basate sul rifiuto a prescindere delle nuove tecnologie.

Il primo libro che è considerato il capostipite del filone ambientalista è "Primavera silenziosa" della biologa [Rachel Carson](#), in cui tra l'altro veniva condannato il DDT. In effetti, la Carson, basandosi su dati sperimentali rivelatisi fallaci (vedi il mio ["Lotta alla malaria e DDT"](#) pubblicato su "Il Progresso"), proponeva di sottoporre a rigidi protocolli l'utilizzo di questo insetticida, non la sua eliminazione.

Comunque, con la diffusione dell'ambientalismo, le pubblicazioni ambientaliste/catastrofiste divennero sempre più estremiste, cito "Il cerchio da chiudere" di [Barry Commoner](#), "The Population Bomb" di [Paul Ehrlich](#), "I limiti dello sviluppo" prodotto dal MIT di Boston per conto del Club di Roma di Aurelio Peccei.





Va sottolineato che nessuna delle catastrofi annunciate da questi “profeti di sventura” si è avverata, ma questo non ha impedito ai guru ambientalisti di continuare con le loro fosche previsioni, sostenendo che le catastrofi sarebbero soltanto avvenute successivamente.

Basti riflettere sul fatto che, se fossero state esatte le previsioni di Malthus, nell'anno 2000 nel

Mondo avrebbero dovuto esserci 256 miliardi di persone, mentre nel 2023 abbiamo superato gli 8 miliardi. Questo, ovviamente, non significa che non bisogna proteggere l'ambiente o che si può continuare con una crescita illimitata e con l'ipersfruttamento delle risorse ma, semplicemente, che è necessario un approccio meno ideologico e più tecnico, valutando ogni problema ed ogni tecnologia senza pregiudizi ideologici.

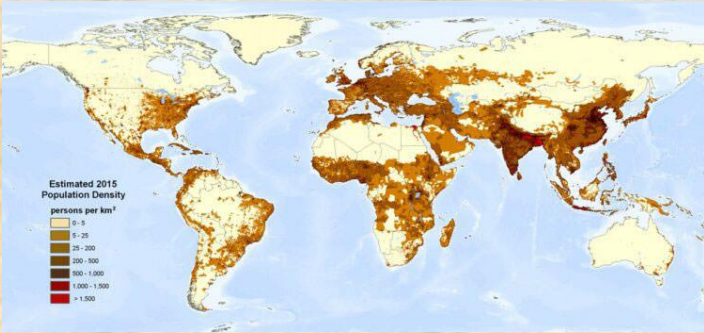
La storia, anche recente, ci ha dimostrato che, quando la qualità della vita delle popolazioni migliora, migliorano anche la qualità dell'ambiente naturale, la gestione delle risorse e la popolazione tende a stabilizzarsi.

Certo, molte problematiche non sono facili da risolvere ed è chiaro che è necessario un approccio meno basato solo sugli interessi a breve termine nell'utilizzo delle risorse da parte delle multinazionali ed in alcuni casi dei governi, ed è necessario coinvolgere le popolazioni nella gestione delle risorse e del territorio, favorendo la diffusione di una cultura tecnico/scientifica di base, a cominciare dalla scuola e dalla divulgazione.

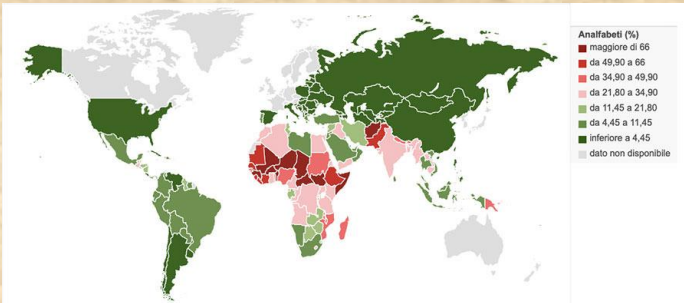
Purtroppo, questo è ampiamente disatteso e, specie nel campo del giornalismo, prevale un approccio sensazionalistico in cui dominano lo scoop e/o la diffusione di notizie scorrette, non so quanto in buona fede.

Va sottolineato che, in molti Paesi, dominano ancora dittature in cui la volontà dei singoli conta nulla e lo sfruttamento del Popolo e delle risorse dipendono dagli interessi delle classi dominanti, spesso facilmente manipolate o corrotte dai potentati economici mondiali.

Ne va dimenticato che molte Nazioni sono in effetti dominate dagli interessi delle Nazioni più avanzate che hanno sostituito il colonialismo militare di un tempo con un più invasivo e trasversale colonialismo economico. Cito il caso del franco africano, utilizzato da 15 Nazioni appartenenti all'Africa Sub Sahariana, stampato in Francia con la contropartita del 50% del prodotto interno lordo di quei Paesi che finisce nei forzieri della Francia.



Densità-della-popolazione-nelle-diverse-regioni-del-mondo-UNEP



Percentuale-di-persone-oltre-i-15-anni-di-età-analfabeti-sul-totale-della-popolazione-Anno-2019

FORMAZIONE

PRESENTAZIONE CORSI DI ADOLESCENTOLOGIA DELL'UNIVERSITÀ AMBROSIANA

L'adolescentologia insieme alla Medicina centrata sulla persona è un'eccellenza mondiale del [Dipartimento di adolescentologia](#) dell'Università Ambrosiana dal 1995. I corsi erogati dalla [Scuola medica di Milano](#), sono ancora unici al mondo.

I Master dell'AA 2026-2027 sono **Adolescentologia clinica, Counselling medico con l'adolescente, Dottorato di ricerca in Adolescentologia clinica**. A questi si può accedere solo con la laurea in Medicina e Chirurgia. È stato istituito per la prima volta

in Italia e nel mondo il Dottorato di ricerca un Educazione alla salute dell'adolescente Al Master e al Dottorato di ricerca in Educazione alla salute dell'adolescente si può accedere anche con il diploma di laurea in scienze della formazione o l'abilitazione all'insegnamento di scienze nella scuola superiore.

Il corso ha lo scopo di formare alla organizzazione di un programma di educazione alla salute nella scuola superiore, il programma "Kairos" © e alla ricerca scientifica sui risultati.

Il primo anno è dedicato all'acquisizione della teoria dell'adolescenza centrata sulla persona e della procedura di organizzazione dell'educazione alla salute nella scuola e della procedura del Programma "Kairos" © (Person-Centered health program), sperimentato come efficace nella risoluzione delle principali cause delle problematiche scolastiche e della salute dell'adolescente. Questo avviene con un tirocinio metodologico finalizzato a formare alla conduzione di gruppi di discussione (gruppi creativi), alle tecniche di comunicazione e alla costruzione del locus interno. Il secondo anno è dedicato all'acquisizione del metodo scientifico necessario, con le procedure statistiche avanzate, per l'analisi dei risultati e alla progettazione ed esecuzione del programma di educazione alla salute "kairos" e della ricerca scientifica collegata nella scuola in supervisione

Le informazioni in dettaglio sui programmi sono sul sito della "[Scuola Medica di Milano](#)"

- **Scuola di specializzazione in Adolescentologia clinica e Master**
- **Scuola di specializzazione in Counselling Medico con l'adolescente e Master**
- **Master in Educazione alla salute e alla creatività dell'adolescente**
- **Dottorato di ricerca in Educazione alla salute dell'adolescente**
Informazioni in dettaglio

[Modulo d'ammissione](#)
www.scuolamedicamilano.it

EDITORIA UNIVERSITÀ AMBROSIANA



ATTI DECONGRESSO INTERNAZIONALE “PERSON-CENTERED HEALTH AND THE RESILIENT ADOLESCENT”

Editor Giuseppe R. Brera

Multiple Authors. Piermario Biava, Giuseppe R. Brera, Flavio Della Croce, Richard Fiordo, Domenico Francomano, Vito Galante, Paolo Garascia, Roy Kallivajalil, Antonio Licari, Mariangela Porta, Ettore Ruberti, Claudio Violato

ENGLISH-ITALIAN- PAGES 150 – EURO 15
– ISBN 9798278079569

L’opera, costituita dagli atti del Congresso internazionale segna una svolta storica nella definizione di salute e nella comprensione dell’adolescenza

Il Congresso Internazionale “[*Person-centered Health and the Resilient Adolescent*](#)”, è stato un

evento di svolta nella storia della medicina, delle scienze umane e della ricerca sull’adolescenza. Il volume raccoglie contributi scientifici che ridefiniscono in modo radicale il concetto di salute e unificano, *per la prima volta, i diversi campi di studio sull’adolescenza in un paradigma epistemologico coerente e innovativo.*

IL Congresso di importanza storica ha fondato la sua rilevanza su due pilastri concettuali che segnano un cambiamento epocale

1. La fine del concetto obsoleto di “benessere psicofisico”

Gli Atti sanciscono il superamento della definizione di salute come “*benessere psicofisico*” (OMS, 1948), sostituendola con il paradigma **interazionista e teleonomico** della Medicina centrata sulla persona, formulato nel 2011 dal prof. Giuseppe R. Brera e presentato alla WHO e aggiornato nel 2024. La nuova definizione di salute è:

“La scelta delle possibilità vere per essere la migliore persona umana.”

La salute viene così intesa come un **costrutto semantico**, fondato sulle scelte di qualità della vita e sulla loro interazione dinamica con le variabili biologiche, capaci di influenzare epigeneticamente l’espressione genica. Un cambio di prospettiva che restituisce centralità alla libertà personale, alla responsabilità e alla dignità dell’essere umano.

2. L’unificazione della ricerca sull’adolescenza nella Adolescentologia con la Kairologia

Il Congresso ha inoltre riconosciuto l’Adolescentologia – nata nel 1991 – come paradigma epistemologico capace di unificare la ricerca sull’adolescenza, oggi frammentata tra medicina, psicologia e sociologia. Da questo sviluppo è emersa la **Kairologia**, (1993) una ermeneutica della natura umana che vede nell’adolescenza il momento in cui si rivela la ricerca della di una risposta domanda fondamentale dell’esistenza: **verità, amore e bellezza**, che emerge dalla natura umana.

La qualità della risposta a questa domanda determina la libertà e la dignità della persona,

oppure – in assenza di una risposta vera – la schiavitù, il degrado morale e psicologico e la malattia.

Resilienza e salute centrata sulla persona: un binomio inseparabile

Gli Atti evidenziano come la **resilienza dell'adolescente** non sia un semplice adattamento all'ambiente, ma la capacità di rispondere alla domanda kairologica:

**“È vero che questo sentimento, parola o comportamento è davvero un bene per me?”
(domanda kairologica)**

La consapevolezza dell'esistenza di una verità oggettiva nella natura umana diventa così il fattore discriminante che orienta le scelte, la qualità della vita e dunque la salute stessa. Per questo, resilienza e salute centrata sulla persona risultano concetti inseparabili, validi per ogni età ma fondativi nell'adolescenza.

Una nuova responsabilità per clinici e ricercatori

Il volume richiama con forza il compito morale dei professionisti della salute: formarsi per promuovere la resilienza come valorizzazione delle risorse uniche di ogni adolescente. In questa prospettiva, anche la malattia può diventare una risorsa per la crescita personale, trasformando la pratica clinica da routine bio-tecnologica orientata anche al profitto a **un'avventura nel mistero e nella libertà ontologica della persona umana**.

Gli *Atti del Congresso* rappresentano dunque un contributo fondamentale per chi opera nella medicina, nella psicologia, nelle scienze sociali, nell'educazione e nelle politiche giovanili, offrendo un nuovo quadro teorico e operativo per comprendere e accompagnare l'adolescente nel suo cammino verso la piena realizzazione personale.

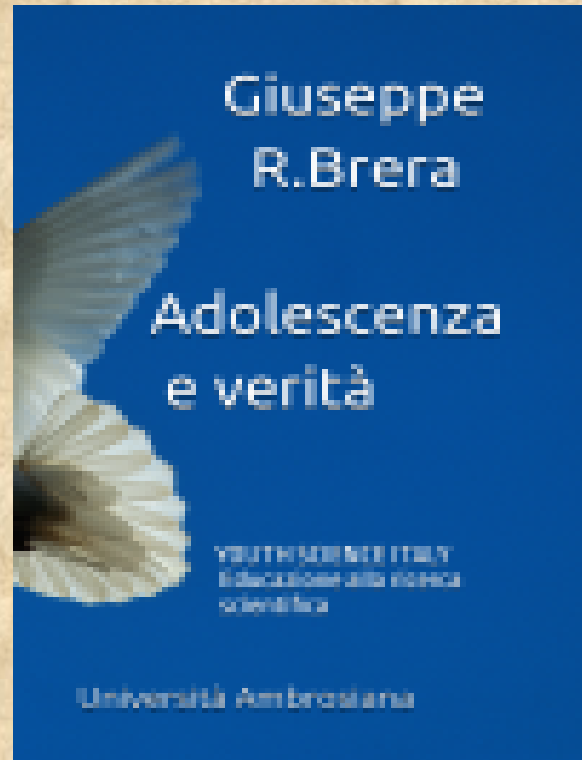
Informazioni editoriali

**Distribuito dall'Editoria dell'Università
Ambrosiana e nel mondo da Amazon**

Ordini editoriali:

editoria@editoriauniversitaambrosiana.it

[Atti digitali: gratuiti](#)



Giuseppe R. Brera

ADOLESCENZA E VERITÀ.

**pp. 97 - Milano Edizioni dell'Università
Ambrosiana**

2026 - € 15

editoria@editoriauniversitaambrosiana.it

Il libro spiega la necessità di portare oggi la cultura, a partire dall'adolescenza nella scuola, a riflettere sulla necessità della verità oggettiva per la salute e la vita, facendo un'esperienza di ricerca, alla luce della misteriosa e naturale domanda di senso, verità-amore-bellezza che la Kairologia ha evidenziato caratterizzare dall'adolescenza la natura umana in ogni cultura. Il saggio evidenzia la necessità di un ritorno all'ontologia, perché verità, essere, persona, libertà, dignità e salute sono inseparabili e l'uomo e la donna per non rimanere schiavi del sociologismo, della bio-tecnologia, e del loro mondo pulsionale, per uscire dalle tenebre della caverna platonica, devono necessariamente

scegliere un codice interpretativo delle possibilità d'esperienza per arrivare a una realizzazione del loro essere una persona umana, che unicamente nella storia è stato rivelato dal Maestro del tempo, Gesù Cristo, risolvendo così il dilemma di Heidegger: "Qual è il senso dell'essere". L'interpretazione vera delle possibilità dell'esperienza come condizione semiologica e maieutica della natura umana è espressa oggi dalla definizione di salute come "Scelta della possibilità vere per essere la migliore persona umana" alla luce del cambiamento epistemologico della Medicina di natura interazionista e teleonomico: la Medicina centrata sulla persona. L'ultima parte del libro è dedicata all'introduzione di Youth Science Italy 2026-I° Settimana di educazione alla ricerca e alla sua organizzazione.

SPAZIO LETTERARIO ADOLESCENTI

a cura di Vito Galante

Musa

Ghermita dal torpor dei
pensieri infranti,
da sveglia
precipito nel reame dei sogni.

Rivolgo uno sguardo alla mia musa,
in piedi, ma dormiente
nell'atelier della nebbiosa
città dell'anima,
e la vedo lì, sul piedistallo di marmo,
muta.

Eppur d'un tratto si sveglia,
con gli occhi affranti.

Non parla, non ora, è assorta, pensierosa.
Poi mi osserva: «L'oscuro abisso
ti ha fatto smarrir l'ispirazione,
non raggiungo il tuo cuor»
«Lo so, non merito il tuo amor», le rivelo
e con lo sguardo fuggo ricercando il ciel sereno.

«Le mie sorelle son smarrite»,
mi dice d'improvviso e
con le nivee iridi
guarda oltre la finestra
ricercando il paradiso.

Ed or io, scruto smarrita verso le nubi:
e lì, tra i templi eterni
vedo la sorella maggiore, straziata,
dei tempi odierni,
piangere lacrime di versi
che cadendo dal celeste empireo
s'infrangono silenziose,
come pioggia,
tra gli umani affaccendati
nella loro frenetica vita,
con i loro grigi ombrelli
in questo mondo strano,

nevrotico
alla ricerca costante
della hybris.

Ma d'un tratto ridestata, mi chiedo:
«Che cos'è l'arte, la creatività?»
È redenzione per i cuori pulsanti di artisti.
Mi ha strappata dalla stanza dei rimpianti
in cui dimoravano i miei pensieri infranti
che il mio cuor, seppur vivo,
facevan imbrunir.

Essa è luce per il mio animo sbrindellato
di poeta, di creativa, o di qualsiasi persona
che con essa può dir: «Son vivo!».

Mariangela Matarrese

LA “DICHIARAZIONE UNIVERSALE DEI DIRITTI E DEI DOVERI DEL GIOVANE”

- 1) Il diritto ad un'alimentazione sana e sufficiente per potere pensare, studiare, lavorare e comunicare. Il diritto ad un alloggio sano e confortevole dove poter vivere in modo dignitoso.**
- 2) Il diritto alla libertà di religione, pensiero, parola, informazione, associazione, movimento e il dovere di rispettare e difendere tali libertà.**
- 3) Il diritto di rispettare religioni, nazionalità, razze, etnie e culture diverse dalla propria e il diritto di difendere la propria appartenenza religiosa, etnica e nazionale.**
- 4) Il diritto allo studio e il dovere di impegnarsi nello studio per poter sviluppare le proprie risorse creative per il benessere individuale e sociale.**
- 5) Il diritto al lavoro ed il dovere di impegnarsi con onestà e giustizia per costruire le risorse necessarie per cercare e mantenere il lavoro.**
- 6) Il diritto di servirsi di ogni mezzo di comunicazione allo scopo di promuovere e difendere la libertà, la verità, la giustizia, la pace, la vita, la solidarietà nella coscienza individuale e sociale.**
- 7) Il dovere di mantenere il proprio stato di salute, evitando e ostacolando nel proprio ambiente la diffusione di ogni comportamento e di ogni mezzo che possa danneggiare la propria salute e quella altrui.**
- 8) Il diritto ad essere assistiti e curati nella malattia. Il dovere di aiutare, con le proprie possibilità, le persone di ogni età in stato di svantaggio umano e sociale.**
- 9) Il diritto e il dovere di rispettare e difendere la propria vita e quella di ogni essere umano dal concepimento alla morte.**
- 10) Il dovere di aiutare e rispettare i propri genitori e il diritto di essere da essi aiutati e rispettati.**
 - il diritto a sposarsi e procreare costituendo una propria famiglia senza condizionamenti culturali, familiari, sociali e religiosi.****Il dovere di provvedere responsabilmente con il proprio coniuge ad un ambiente familiare sereno e ricco di amore, all'educazione e allo sviluppo delle risorse affettive,**

cognitive, morali e religiose, alla casa, al nutrimento, alla cura della prole costruendo e ricevendo ogni supporto necessario a questi fini.

11) Il dovere di promuovere, conservare e rispettare le opere dell'ingegno e della civiltà umana.

Il dovere di promuovere, rispettare, difendere la vita dell'ambiente naturale.

12) Il dovere di promuovere, conservare e difendere la libertà, la giustizia, la fratellanza e la pace universale tra le persone, i popoli e le nazioni con la cooperazione, l'impegno affettivo, il coraggio morale e intellettuale, il lavoro, nello spirito di Dio, verità e amore universale ed eterno. *

Scritto, in nome di Dio presso la Società Italiana di Adolescentologia da Giuseppe R. Brera, Presidente.
Milano, Italia, Europa, 25 Dicembre 1992. * 18 Dicembre 1994.-5 Marzo 2012

Approvato dal Consiglio dei Delegati della Società Italiana di Adolescentologia il 24 Gennaio 1993. * 18 Marzo 1995.

REGISTRATO nella Repubblica Italiana in data 30.01.1993 presso il notaio Dr. Carlo Corso in Milano con atto n° 59567/4946, di repertorio. Al 16.07.2004 –

Stati aderenti alla Dichiarazione: Sixto A. Duran Ballen Presidente Repubblica dell'Equador Jean Bertrand Aristide Presidente Repubblica di Haiti; Regione Lombardia; Romania. Capi di Stato che hanno aderito formalmente.: il Re di Spagna Juan Carlos di Borbone.

Comitato internazionale della Dichiarazione Universale dei Diritti e Doveri del Giovane

MEMBRES PERMANENTS: Giuseppe R. Brera (Italie-Coordinateur), Milena Cerna (République Tchèque) -Avelina Perez (Equador), Jerome Lejeune (France + 1994), Iosef Seifert, (Liechtenstein) Carlo Casini, (Italy)+ Aldo Zanon (Italy). Claudio Violato (Italia-Canada), Richard Fiordo (USA), Nabil Al Zahaar (Egypt).

Siège World Federation And Society of Adolescentology c/o Società Italiana di Adolescentologia e Medicina dell'adolescenza
Viale Romagna 51 20133-Milano-Italia, ph. 02 56567274.

NOTIZIE DALLA SOCIETÀ ITALIANA DI ADOLESCENTOLOGIA E MEDICINA DELL'ADOLESCENZA

1. **La Società Italiana di Adolescentologia e di Medicina dell'adolescenza ha diffidato il Ministro della salute Orazio Schillaci per la legge vaccinale infantile ancora in vigore che, malgrado le evidenze scientifiche e cliniche aumenta il rischio di mortalità nei bambini entro 15 gg dalla vaccinazione.**

TESTO DELLA DIFFIDA CON I MOTIVI SCIENTIFICI

L'evidenza scientifica ed epidemiologica mostra che l'esavalente somministrata tre volte entro il 1° anno di vita, è un temibile e imprevedibile killer-la cronaca ha riportato recentemente un'altra vittima ma di fatto i numeri veri non si conoscono- come è stato documentato dal lavoro del prof. Giuseppe R. Brera (2017) che ha individuato l'esistenza di due sindromi cliniche legate alla vaccinazione.

La revisione della letteratura internazionale sugli effetti avversi della vaccinazione esavalente documenta, senza dubbio, l'esistenza di una nuova sindrome clinica: la "Post Hexavalent Vaccination Sudden Infant Death Syndrome" (PHVSIDS), senza patologie concomitanti che inducano un rischio per la vita,¹⁹ confermata da indagini autoptiche, con un aumento della mortalità infantile e dei ricoveri ospedalieri correlato al numero di vaccini somministrati prima del primo anno di vita. Nel

2014 Maturri ha verificato con l'autopsia di 13 casi di SIDS, seguenti alla vaccinazione esavalente che in questi bambini non esisteva nessuna minaccia per la vita e che quindi la vaccinazione esavalente è stata induttrice del decesso²⁰

Dal 1999 al 2004, in Italia, vi è stata una strage di 52 decessi infantili direttamente associati alla vaccinazione esavalente: 8 entro 24 ore (RR = 1,5; RR = 2,3 con il vaccino Infarix Hexa; 0,7 con Hexavac), 34 entro 7 giorni (RR = 1,8; RR = 1,5 con Infarix Hexa; 2,8 con Hexavac; con tutti i prodotti esavalenti RR = 2), 52 entro 14 giorni (RR = 1,5; RR = 1,5 con Infarix Hexa; 1,6 con Hexavac). Le notifiche di decessi infantili sono continuate anche dopo questa data. *La vaccinazione esavalente appare come una roulette russa nei bambini con vulnerabilità sconosciuta.*²¹

Negli anni successivi i decessi SIDS dopo l'esavalente e i gravi effetti avversi (20%) sono continuati.

Nel 2017 la Società Italiana di Adolescentologia e Medicina dell'adolescenza aveva chiesto l'incriminazione di Beatrice Lorenzin, di Walter Ricciardi Presidente Istituto Superiore della Sanità, implicato in un conflitto d'interesse riconosciuto dal tribunale di Roma (causa Codacons) e di Angelo Del Favero Direttore Generale dello ISS, al tempo presidente della Fondazione Smith-Kline Italia, produttrice dell'esavalente, -evidente conflitto d'interesse- per avere omesso di prendere in considerazione la relazione sugli effetti avversi dei vaccini, fatta dall'AIFA, chiesta dalla Procura di Torino, in

¹⁹ Brera GR The Post Hexavalent Vaccination Sudden Infant Death (PHVSIDS) and the Post Vaccination Asia Syndromes (PVAS).-Preprint Research Gate.

²⁰ Maturri L, Del Corno G, Lavezzi AM. Sudden infant death following hexavalent vaccination: a neuropathological study. Curr Med Chem. 2014;21(7):941-6.

²¹ Traversa G, Spila-Alegiani S, Salmaso S, Ciofi degli Atti M, HERA Study Group, et al. Sudden unexpected deaths and vaccinations during the first two years of life in Italy: a case series study. PLoS One. 2011;6(1):e16363. doi:10.1371/journal.pone.0016363.

relazione alla denuncia di due genitori che hanno visto i figli morire dopo la vaccinazione.²²

Oltre alla PHVSIDS, esistono evidenze cliniche e scientifiche di malattie autoimmuni associate alle vaccinazioni, derivanti dai minerali aggiunti ai vaccini come adiuvanti, conservanti e stabilizzatori, come l'alluminio, inoculato in quantità enormi, e il mercurio, che permette di definire una nuova sindrome clinica: la Post Vaccination ASIA Syndrome (PVAS). ASIA è la sindrome autoimmune indotta da adiuvanti. C'è un'evidenza scientifica che metalli accumulati nel cervello alterino i microRNA e in particolare i miRNA implicati nella neuro-genesi, dando una base scientifica alle associazioni tra autismo e adiuvanti.^{23 24 25} L'aumento dell'alluminio in cervelli di soggetti autistici è stato documentato.²⁶ Una sola dose di esavalente introduce 820 microgrammi di alluminio.²⁷ che è una dose superiore di 43= 170 volte la dose massima tollerabile nel suo siero. Esiste inoltre un rischio di autoimmunità da parte di alcuni vaccini può derivare anche dalla ricombinazione del DNA

dell'ospite con DNA proveniente da linee cellulari umane di feti abortiti utilizzate per la produzione del vaccino MMRV, associato anche all'autismo.²⁸

Inoltre, esiste una documentazione irrefutabile che la vaccinazione esavalente determina immunosoppressione ben descritta dall'immunologia, causa conseguente di morte per altre infezioni, come accaduto. L'algoritmo AEFI dell'OMS (valutazione della causalità degli eventi avversi dopo vaccinazione), costruito su una epistemologia meccanicistica di causalità lineare obsoleta, mostra una fallacia ben spiegata.

Queste osservazioni scientifiche e cliniche evidenziano che i bambini non possono essere trattati come polli da batteria e la necessità di un approccio centrato sulla persona alla vaccinazione, secondo la Medicina Centrata sulla Persona, cambiamento del paradigma della scienza medica.

Il documento rivela che il Ministro della Salute italiano (Lorenzin) ha diffuso nel 2017 una guida del 2009 sugli effetti avversi della vaccinazione, con suggerimenti ridicoli e pericolosi, come "Non visitare i bambini sani prima della vaccinazione né misurare la temperatura", ed è stato informato di una vera strage di bambini italiani e di gravi effetti avversi della vaccinazione esavalente (9–20,3% dal 2014 al 2016) e di altri 5 decessi segnalati da PHVSIDS.

La filosofia "Lasciamo che pochi muoiano per salvarne molti di più" è inaccettabile per un medico che rischia di vedere un neonato morire a causa del suo atto, poche ore dopo una vaccinazione preventiva, e allo stesso tempo i genitori non

²² Adolescentologia, 2018, volume 4, numero 3 (in allegato)

²³ Wang J, et al. Aluminum exposure alters microRNA expression in rat hippocampus. *Toxicology Letters*. 2016; . Nota: studio su ratti che mostra modulazione di diversi miRNA neuronali dopo esposizione cronica ad alluminio; tra i miRNA alterati viene riportata la variazione di miR 134 in tessuto ippocampale.

²⁴ 2.Liu X, et al. Environmental metal exposure and microRNA dysregulation in brain tissue. *NeuroToxicology*. 2. Nota: analisi di profili di microRNA dopo esposizione a metalli (incluso l'alluminio) con segnalazioni di up o down regolazione di miR 137/miR 134 in alcuni modelli sperimentali

²⁵ Zhang Y, et al. miR 138 modulation in neurotoxicity models: role of metal-induced oxidative stress. *Journal of Neurology*. Nota: studio sperimentale che collega stress ossidativo indotto da metalli a cambiamenti di miR 138 in colture neuronali; l'alluminio è incluso tra gli agenti testati

²⁶ Mold M, Umar D, King A, Exley C. Aluminium in brain tissue in autism. *J Trace Elem Med Biol*. 2018 Mar;46:76-82. doi: 10.1016/j.jtemb.2017.11.012. Epub 2017 Nov 26. PMID: 29413113.

²⁷ Pilette J Alluminio e vaccini Internet <https://www.comilva.org/it/informazione/ricerca-scientifica/alluminio-e-vaccini#vaccini>

²⁸ Brera G.R . The "Russian Roulette" hexavalent vaccination: the hexavalent vaccination risk for children's and adults' life and health. *The Post Hexavalent Vaccination Sudden Death Syndrome (PHVSIDS) and the Post Vaccination Asia Syndrome (PVAS)*. *Ital J Adolescentol Adolesc Med*. 2018;3:2–19. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/328126924>

possono essere obbligati a esporre i loro figli a una roulette russa.

La possibile soluzione è ridurre come negli USA il numero dei vaccini, eliminando l'esavalente, affidare al pediatra la scelta del momento della vaccinazione, dopo una necessaria valutazione clinica, riducendo il numero di vaccini all'essenziale, come oggi negli USA, con una politica sanitaria che potrebbe essere chiamata "vaccinazione centrata sulla persona". Le malattie infettive possono essere prevenute meglio potenziando l'immunità naturale, anche con una politica di sanità pubblica che promuova l'allattamento al seno, un forte fattore di protezione immunitaria con anche potere vaccinale, la qualità delle cure materne e l'educazione a una dieta e condizioni di vita che stimolino l'immunità, tutti fattori di resilienza per l'immunità naturale, più potente dell'immunità adattativa.

Il 4 Marzo 2026, il prof. Brera, Direttore della Scuola di Milano e Presidente del Comitato Sanitario Nazionale, ha chiesto al Ministro Schillaci di cambiare la legge vaccinale per l'evidenza dei rischi. Oggi dopo gli ulteriori decessi post esavalente, il Ministro rischia un'incriminazione ma comunque farebbe bene a ispirarsi alla riforma USA, avversata dalla American Academy of Pediatrics che come ha fatto rilevare Kennedy è spinta da BigPharma contro i rilievi della CDC. (Center Disease Control).

Questa associazione è ancora capace, come del resto lo è stata quella italiana, di consigliare la vaccinazione anti-COVID per bambini e adolescenti, contro ogni evidenza epidemiologica con sieri mRNA genotossici.²⁹

2. La Società Italiana di Adolescentologia è d'accordo con il DL del Governo che riduce la presenza degli stranieri nelle classi.

Sotto la lettera inviata al Presidente del Consiglio e al Ministero dell'istruzione Giuseppe Valditara esplicitante i motivi dell'accordo, con l'interpretazione psicoanalitica.

LETTERA AL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO

La Società Italiana di Adolescentologia plaude al DL del Governo per la riduzione degli studenti stranieri nelle classi al 30%.

Il DL appare giusto per il bene degli studenti italiani e stranieri in quanto:

1. Sul piano cognitivo facilita l'apprendimento della lingua e della storia italiana in quanto stabilisce un'omogeneità linguistica di maggioranza culturale nella classe, che promuovendo la comunicazione in lingua italiana ne facilita l'assimilazione;

2. Sul piano emotivo promuove l'identificazione con la cultura italiana, in analogia alla cultura fuori della scuola prevenendo una dissonanza emotiva, che in modo fittizio presenterebbe la cultura italiana come cultura di minoranza da cui difendersi.

Il problema centrale dell'immigrato è la reazione di lutto della propria identità culturale in quanto la lingua è associata alle relazioni affettive primarie con i genitori. Questo fenomeno è accentuato soprattutto negli immigrati islamici in cui la lingua madre è associata all'insegnamento del Corano, nella scuola coranica, determinando un'associazione profonda tra il simbolo affettivo e religioso.

L'apprendimento della lingua italiana può provocare una reazione di lutto della propria identità con la conseguenza il sorgere di difese schizoparanoidi che portano al conflitto violento contro un nemico, frutto della proiezione

²⁹ Brera GR The epidemiological increase of children and adolescents' cancer and cardiovascular disease incidence in the mRNA anti-Covid vaccines era: the epigenetic hypothesis Med Mind Adolesc 2025;XX:ID4. Available from: <https://www.medicinemindadolescence.it>.

fantasmatica per difendersi dalla depressione dovuta alla perdita dell'oggetto d'amore, in questo caso le relazioni affettive primarie espresse nella lingua-madre.

Per prevenire questi processi che sono alla base oggi della violenza delle bande di giovani extracomunitari di cultura islamica è necessario aumentare i processi d'identificazione con la cultura italiana, che essendo di radice cristiana, cultura "infedele", è facile oggetto di difese ostili.

L'idea di corsi **obbligatori** di lingua e cultura italiana del Ministro Valditara, anche per i genitori, per evitare il più possibile il permanere della lingua araba a domicilio che chiaramente, per le valenze affettive, entrano in dissonanza con l'apprendimento della lingua e l'identificazione con la cultura italiana, è eccellente.

Tuttavia il fatto che la resistenza all'apprendimento dell'italiano sia legato a un conflitto interno d'identità di natura religiosa, in cui la lingua madre è associata ai legami affettivi e alla religione, fatto che per la difesa, può portare al conflitto è dimostrato dal fatto che i giovani immigrati filippini di fede cristiana, o quelli cinesi che non sono religiosi non sono protagonisti di fenomeni violenti.

Il problema appare legato anche alla permanenza delle scuole coraniche, per loro natura integraliste.

La questione del conflitto culturale tra Islam e cultura cristiana, la prima convenzionale (Kohlberg) cioè centrata sulla legge coranica determinante una rigida struttura sociologica della famiglia e la seconda post-convenzionale, cioè centrata sulla libertà di coscienza, rappresenta il problema più serio che l'Italia si trova ad affrontare.

3. La Società Italiana di Adolescentologia ha dato il patrocinio all'Accademia genitori degli Adolescenti del Dipartimento di Adolescentologia

dell'Università Ambrosiana che eroga corsi per genitori e un servizio di counselling medico gratuito per gli adolescenti.

www.accademiagenitori.it

ISTRUZIONI PER GLI AUTORI

Gli articoli vanno compilati in word-carattere: times new roman, corpo 12.

Paragrafo: allineamento giustificato, interlinea singola, rientro e spaziatura 0 ptmargini: normali non va inserita nessuna protezione del testo.

Le immagini devono essere in formato jpg, preferibilmente inviate anche al di fuori del testo.

Ogni articolo dovrà essere completato dall'abstract in inglese.

La punteggiatura del testo in italiano dovrà essere inserita secondo le norme codificate, come pure quella in inglese.

Ogni eventuale variazione necessaria va comunicata per mail almeno una settimana prima della pubblicazione.

Ogni articolo va preceduto dal titolo, tutto maiuscolo ed in neretto corpo 12 sotto con spazio 1 dal nome dell'Autore seguito dal cognome in neretto con iniziali maiuscole.

La bibliografia, se presente, va compilata secondo il Codice Internazionale Vancouver e inserite a piede di pagina o elencate alla fine dell'articolo sempre in formato Times New Roman ma corpo 10 ed è necessario inserire uno spazio fra le voci. Fra il numero e l'Autore va inserito uno spazio

Nel testo la citazione della pubblicazione sarà numerata progressivamente in apice secondo il programma word.

Le figure eventuali e le tabelle devono essere inserite nel testo e numerate corrispondentemente alla loro citazione nel testo.

La bibliografia va formattata a sinistra.

Le opinioni espresse negli articoli sono responsabilità esclusiva degli Autori

Per qualsiasi controversia legale il Foro competente è quello di Milano

Gli articoli che non rispettano le norme per gli Autori saranno rinviati indietro

SPESE EDITORIALI

Gli Autori, se non docenti dell'Università Ambrosiana, membri della SIAd, docenti scolastici e adolescenti, sono tenuti a versare un contributo editoriale di € 50 per la revisione e di € 300 per la pubblicazione

Su temi.

Articoli: Teoria – Lavori sperimentali e clinici
Contributi letterari a vitogalante@unambro.it

Gli articoli devono essere inviati al Direttore Editoriale prof. Antonio Licari
direzione@adolescentologia.org

ALLEGATI



scienceitaly.it

I° Settimana italiana di educazione alla ricerca scientifica. SERS – 21-26 Ottobre 2026

**TERMINE ISCRIZIONE PER LE SCUOLE
20 OTTOBRE**

segreteria@youthscienceitaly.it

**Deve essere inviato il modulo d'iscrizione
presente sul sito.**

L'iscrizione è gratuita

Comunicato

Il 28 Maggio 2026 la SIAd e il Dipartimento di Adolescentologia dell'Università Ambrosiana hanno promosso la video-conferenza nazionale introduttiva a Youth Science Italy 2026 I° Settimana italiana di educazione alla ricerca scientifica (SERS) Presentazione sul tema "ADOLESCENZA E VERITÀ"

La Direzione di *Youth Science Italy 2026* è lieta di aver presentato il webinar inaugurale "ADOLESCENZA E VERITÀ", che ha presentato la I° Settimana italiana di educazione alla ricerca scientifica (SERS), dedicata alle scuole italiane, in programma dal 5 al 10 ottobre 2026.

L'incontro online si è tenuto il 28 maggio 2026, dalle 10:00 alle 12:00, con la partecipazione di autorevoli esponenti del mondo scientifico e clinico italiano.

Programma

Moderatore: prof. Vito Galante, direttore del Comitato Sanitario Nazionale, vice-presidente della Società Italiana di Adolescentologia e Medicina dell'adolescenza

- **10:00** — Introduzione prof. Giuseppe R. Brera – Rettore dell'Università Ambrosiana, presidente Società Italiana di Adolescentologia e Medicina dell'adolescenza
- **10:10** — Intervento del prof. Silvio Garattini; Presidente Istituto Mario Negri
- **10:25** **Relazione del prof. Giuseppe R. Brera**

“Adolescenza e Verità”

- **10:45** — Presentazione del programma *Youth Science Italy 2026*
 - **Antonio Licari** — Direttore YSI
 - **Ettore Ruberti** — Coordinatore scientifico YSI
- **11:15** — Sessione di domande e risposte
- **12:00** — Chiusura lavori

Registrazione Per ricevere gratuitamente gli atti, nel libro “Adolescenza e verità” del prof. Giuseppe R. Brera la scuola deve risultare registrata a Youth Science Italy 2026- Youth Science regione 2026: inviare una mail di richiesta a

editoria@editoriauniversitaambrosiana.it;

Comitato onorario (provvisorio) Andrea Lenzi (Presidente CNR); Vittorino Andreoli; Silvio Garattini (Presidente Istituto Mario Negri); Presidenti delle regioni patrocinanti.

Comitato scientifico nazionale (non definitivo) Silvio Garattini; Giuseppe R. Brera (Presidente); Vito Galante (Vice-Presidente e delegato Puglia); Mariangela Porta (Segretaria Nazionale SIAD); Giuliana Ciarelli (delegata Molise); Flavio Della Croce; Domenico Francomano (delegato Calabria);

Paolo Garascia (delegato Lombardia); Alessandra Lamontagna (delegata Toscana); Antonio Licari (Direttore e delegato Sicilia-Sardegna); Ettore Ruberti (Coordinatore scientifico e delegato Liguria).

Contatti organizzativi

- **Presidenza:**
presidenza@youthscienceitaly.it — Tel. +39 393 643 4088; Tel. +39 02 5656 7274
- **Direzione:** direzione@youthscienceitaly.it — direzione@pec.youthscienceitaly.it — Tel. +39 393 643 4088
- **Segreteria nazionale:**
segreteria nazionale@youthscienceitaly.it — Tel. +39 393 643 4088
- **Coordinamento scientifico e comunicazione:**
coordinamentoscientifico@youthscienceitaly.it — Tel. +39 347 775 4261

Materiale per la stampa Su richiesta sono disponibili comunicati estesi, dossier informativi, biografie relatori e immagini ad alta risoluzione. Richieste a: prof. Ettore Ruberti coordinamentoscientifico@youthscienceitaly.it — Tel. +39 347 775 4261

ATTI DEL WEBINAR NAZIONALE

Il cambio di paradigma della Medicina e l'efficacia clinica del Metodo Clinico Centrato sulla Persona (PCCM), 7 Aprile-16 Aprile 2026

Con il patrocinio dell'Università Ambrosiana, della Scuola Normale Superiore di Medicine e della Scuola Medica di Milano, del Comitato sanitario nazionale, della Società Italiana di Adolescentologia e Medicina dell'adolescenza, dello World Health Committee

Seminario tenuto dai Prof.ri Giuseppe R. Brera, Vito Galante, Mariangela Porta moderato dai Prof.ri Ettore Ruberti, Antonio Licari -intervento conclusivo: prof. Flavio della Croce, con

l'introduzione del Dr. Stefano Ogetti, presidente della Società Italiana dei Medici Cattolici.

Presentazione del Seminario

La Medicina sta vivendo una trasformazione profonda: dalla centralità della malattia alla centralità della persona, dalla diagnosi come atto tecnico alla cura come processo relazionale, predittivo e personalizzato. Il Prof. Giuseppe R. Brera, Rettore dell'Università Ambrosiana e Direttore della Scuola Medica di Milano, autore del Paradigma della Medicina centrata sulla persona e fondatore del Metodo Clinico Centrato sulla Persona (PCCM) piloterà un seminario dedicato a comprendere:

- come è cambiato il concetto stesso di salute;
- perché la Medicina deve adottare un nuovo paradigma epistemologico e clinico;
- quali evidenze dimostrano l'efficacia del PCCM nella pratica clinica;
- come questo metodo rivoluziona la relazione medico-paziente, la prevenzione, la diagnosi e la terapia.
- la necessità della transizione del sistema sanitario italiano al cambio di paradigma della Medicina.

Il dr. Stefano Ogetti, presidente della Società Italiana Medici Cattolici (AMCI) ha introdotto il seminario con una panoramica sulla Medicina contemporanea sottolineando il dominio della frammentazione dei saperi specialistici che determinano confusione tra differenti oggetti di conoscenza e l'unità della persona umana. Ne risulta un'attrazione del medico e del paziente verso un frammento di sapere o verso strumenti di conoscenza diagnostici con la riduzione della persona a essere oggetto di diagnosi e di studio tecnico e l'oblio del significato della medicina che è il prendersi cura della totalità della persona.³⁰ Il prof. Brera ha presentato la rivoluzione epistemologica nella medicina, avvenuta negli

ultimi 40 anni, basata su due pilastri principali: l'interazionismo e la teleonomia della natura umana, spiegando come la medicina si sia evoluta epistemologicamente dallo studio clinico di segni empirici della malattia allo studio clinico di segni non empirici di natura verbale e non verbale, alla luce dell'interazione tra soggettività spirituale e psicologica e reazioni biologiche³¹ centrando così la clinica sulla totalità della persona umana e la sua ricerca ontologica e trascendente di senso nella vita, come verità, amore e bellezza in cui può trovare l'unità. Nella sessione del 7 Aprile il relatore ha presentato i fondamenti epistemologici del cambiamento di paradigma basati sul progresso interazionista della scienza medica, negli ultimi 40 anni : la rivoluzione epistemologica in fisiologia con l'Allostasi, la psico-neuro-endocrino immunologia, la scienza degli affetti, la psicofisiologia ,l'epigenetica e la medicina quantistica, fondamenti della teoria della relatività delle reazioni biologiche³² evidenziando come la qualità dell'interpretazione delle possibilità dell'esperienza, vera o falsa, disegna la qualità della vita e lo stile di vita responsabili al 95% delle patogenesi.³³ La rivoluzione delle scienze umane portata dalla Kairologia, nata dallo studio clinico degli adolescenti, ha evidenziato come il secondo pilastro del cambiamento di paradigma della scienza medica è stata la scoperta dell'esistenza di una teleonomia naturale nell'uomo di natura misteriosa che dall'adolescenza chiama ogni persona a rispondere a una domanda di senso come verità-amore e bellezza nel suo esistere, dando un

³¹ Brera GR The relativity of biological reactions and the first formulation of an interactionist epistemological paradigm for medical science and its applications in clinical research and medical education *Medicine, Mind and Adolescence*, 1997; Vol. XII, n° 1-2, pp. 5-13
Copyright 1997: Università Ambrosiana
Available on Internet. www.medicinemindadolescence.it/

³² Ibidem 2

³³ Willet C. Walter. Balancing Life Style and Genomic Research for Disease Prevention. *Science*. 2002; 296 :695-699

³⁰ Brera GR. The shift of medicine to the Person-centered medicine paradigm and the life epistemology. *Pers Cent Med Int J* [Internet]. 2025 Nov 13; XV:ID3. ©2023. Available from: <http://www.personcenteredmedicinejournal.it> ISSN: 2037-5522

codice, accettato o rifiutato all'interpretazione delle possibilità d'esperienza: il poter essere. *Questo proietta il lavoro del medico prima di tutto su un piano non empirico, ma ontologico e fonda un nuovo concetto di salute (Brera 2011-2024) : “ La scelta delle possibilità vere per essere la migliore persona umana”* non l'impersonale “ Benessere psico-fisico” e la relatività della salute alle possibilità , alle capacità interpretative e alla qualità dell'essere persona che origina dall'interpretazione vera o falsa delle possibilità dell'esperienza e nei progetti risultante nella costruzione di fattori protettivi o di rischio e dell'allostasi conseguente, che dalla qualità dell'interpretazione vera o falsa induce un adattamento psico-neuro-endocrino allostatico al rapporto con gli stimoli derivanti dalla propria soggettività e l'ambiente interpersonale e fisico. Il paradigma è nato in Italia presso l'Università Ambrosiana nel 1999 e ha preso il nome di “Medicina centrata sulla persona”, e con le sue prime applicazioni didattiche nel mondo è stata presentata, su invito, alla WHO il 4 Maggio 2011 dal prof. Giuseppe R. Brera. Nel 2008, è nato un movimento internazionale che recentemente ha portato alla nascita della World Society of Person-Centered Medicine. World Society of Person Centered Medicine.

La patogenesi esce così dal passato determinismo meccanicista di origine positivista, fondato sulla causalità lineare Stimolo-Risposta e si lega così ha un processo interpretativo della persona risultante nella qualità della vita che nasce da una semiotica dell'esistenza che il medico-non maniscalco-deve imparare a decifrare pilotando il paziente verso la verità su se stesso attraverso la ricerca del significato della malattia per la sua vita, verso la realizzazione di una salute responsabile come “ Ricerca delle possibilità vere per essere la migliore persona umana”.³⁴ La malattia si manifesta così come un momento propizio (Kairos) per il cambiamento personale e la realizzazione dell'essere una persona umana e deve essere intesa come evento della vita e possibilità di cambiamento personale che determina la qualità dell' allostasi. Il medico vero e preparato diviene

così un maieuta dell'essere persona del paziente, pilotandolo verso la sua realizzazione umana e la Medicina una semiotica dell'esistenza che comprende la malattia.

La rivoluzione epistemologica della Medicina e della scienza medica ha permesso una nuova definizione della patogenesi, come *processo costitutivo dinamico* che il relatore ha definito come : “*Mancanza di punti di forza e risorse soggettive come fattori protettivi psico-neuro biologici e ambientali causante un' azione dominante di fattori di rischio soggettivi , ambientali e di natura bio-molecolare anche iatrogeni, sia derivati da cause naturali, sia da un errore d'interpretazione delle possibilità d'esperienza o da una scelta fatta o subita sbagliata che causano un' allostasi e scelte di qualità negative per la salute con la diminuzione di funzionalità di organi e e sistemi” Il primo compito del medico è d'individuare i i processi interpretativi dell'esperienza, delle motivazioni e delle intenzioni che inducono fattori protettivi e creare punti di forza e possibilità determinando un' allostasi positiva, Questo significa che chiudere il paziente nella patologia biologica o nel problema che lo frammenti è un grave errore mentre al contrario il paziente può trovare nella malattia l'apertura a una nuova vita in quanto patologia o problemi non sono separati dalle motivazioni profonde al suo essere una persona umana che gli chiedono una risposta oggettiva alle domande di senso presenti nella sua anima.*

Nella sessione del 16 Aprile il prof. Brera ha illustrato il metodo clinico centrato sulla persona (MCCP)³⁵ che, differentemente da quello tradizionale, parte dalla domanda “Chi è la persona che è di fronte a me” e non sull'ansia diagnostica: “Cosa ha questo paziente”, a meno che non vi sia un'emergenza clinico-biologica minacciante la sopravvivenza, anche se questa domanda è necessaria anche in Pronto Soccorso. Il Metodo clinico centrato sulla persona, rigorosamente testato per la sua validità e affidabilità, e che va appreso e non improvvisato, in quanto rivoluziona l'alfabeto della Medicina, introduce la Diacrisi che parte

³⁴ Brera G.R. [Person-centered Medicine: Theory, Teaching, Research.](#) Int. J. Pers. Cent. Med 2011; 1 (1):69-79

³⁵ Brera G.R Person-Centered Medicine and Person-Centered Clinical Method. [Università Ambrosiana ed](#) : 2021 ISBN: 979875638342

dall'accoglienza e dall'ascolto empatico del problema del paziente, analizza i fenomeni empatici, mette tra parentesi il problema portato (Epochè clinica) e nell'interlocutorio analizza i punti di forza, fattori protettivi, le minacce e problemi, il modo con cui la persona affronta gli stress ambientali (coping), stimoli interpersonali e ambientali, qualità e stile di vita, arrivando a disegnare una "Cross-ratio" di resilienza e di rischio e facendo una diagnosi della persona; successivamente dopo l'esame obiettivo empirico il medico secondo un'ipotesi clinica definirà gli obiettivi clinici e gli eventuali esami tecnici biochimico-diagnostici per riformulare la "cross-ratio" integrando le variabili biologiche per arrivare alla fine a disegnare un ritratto clinico del paziente, come soggetto-persona con gli obiettivi terapeutici. Il paradigma dello MCCP è la considerazione dei problemi clinici attuali e passati presentati come eventi della vita e opportunità di un cambiamento qualitativo dell'essere persona, che il paziente con la patogenesi inconsciamente ha cercato e che richiede l'assunzione da parte del medico di un ruolo semiotico, non solo empirico, per capire come il paziente interpreta le possibilità dell'esperienza e maieutico per "tirar fuori" la realtà del suo essere una persona umana. e cercando insieme al paziente il significato del problema e l'apertura a una prospettiva positiva per la vita. Lo MCCP richiede tempo ma permette una piena realizzazione del senso della Medicina e una grande soddisfazione dei medici, mentre oggi invece i medici sono strumento di adattamento sociale e anche politico, o anche consapevoli strumenti di morte, e sottoposti a loro danno a uno stress cronico che spesso mina la loro salute e la loro vita e fanno del lavoro più nobile del mondo una procedura tecnica senza senso e fine.

Il prof Brera ha poi presentato una ricerca condotta da medici allievi della Scuola Medica di Milano, alla fine del Master in Adolescentologia clinica finalizzato all'apprendimento del metodo clinico centrato sulla persona, per valutarne l'efficacia. Il relatore ha sottolineato come oggi la non capacità di applicare il metodo clinico centrato sulla persona porta a danni al paziente chiudendolo nella malattia, con soddisfazione della medicina del

profitto, e come i medici non formati al metodo clinico centrato sulla persona, che richiede una formazione rigorosa, possano essere oggi considerati dei "maniscalchi" buoni o cattivi. della Medicina Centrata sulla Persona

I risultati della ricerca³⁶ su 20 medici per ca 16.000 assistiti del Servizio Sanitario Nazionale mostrano come il metodo clinico centrato sulla persona sia considerato efficace dal 95% per comprendere meglio i pazienti, migliorare la qualità della vita (75%) e salva da esami inutili e prescrizioni specialistiche (70%), e ospedalizzazioni (55%) riducendo a più della metà i costi sanitari, per il risparmio di prescrizioni farmaci, ospedalizzazioni, sebbene il 55% dichiari che richiede più tempo. Oltre all'enorme risparmio di sofferenze e all'aumento della qualità della vita della popolazione con un aumento generale delle risorse personali, il risparmio annuale stimato dalla transizione alla Medicina centrata sulla persona sarebbe per l'Italia di 86.9 miliardi di euro l'anno (nella sola Lombardia 14,7 miliardi) e in Europa tra 543 miliardi a 815. Un medico pediatra dello SSN, secondo i tabulati della Regione Lombardia ha prescritto il 77,33%meno farmaci rispetto alla media prescrittiva dei pediatri della Regione con il risparmio dello 88,5% di spesa pro-capite.³⁷ Il relatore ha sottolineato che la medicina clinica, che si fonda sul rapporto medico-paziente, rischia di scomparire nella "degenerazione bio-tecnocratica" e ha evidenziato la necessità di un cambiamento di politica sanitaria per preservarne il significato etico e il fine.

Il professor Vito Galante ha poi discusso la medicina centrata sulla persona nell'adolescenza, spiegando come l'adolescenza rappresenti il "Kairos" dell'esistenza, un momento propizio, e come il medico debba funzionare come interprete e maieuta dell'identità della persona piuttosto che

³⁶ Brera GR. & ITFOP Person-centered clinical Method and its teaching Pers Cent Med Int J [Internet]. 2025 Nov 10; XV:ID1. ©2023. Available from: <http:// ISSN 2037-5522>

³⁷ Ibidem 3

solo come tecnico. Il prof. Galante ha presentato il concetto di medicina centrata sulla persona, nel lavoro con gli adolescenti ³⁸ spiegando come la scuola medica di Milano forma medici capaci di integrare scienza e antropologia. Con la scoperta della domanda di verità, d'amore e di bellezza, grazie alla maturazione cognitiva e psico-sessuale l'adolescente entra in un nuovo tempo, propizio (Kairos)³⁹ per essere una persona umana e non può essere considerato un meccanismo biochimico. Lo studio dell'adolescenza rivela l'ontologia della natura umana e la sua trascendenza che chiede senso e in questo la realizzazione personale nella verità. Questo consente una interpretazione delle possibilità dell'esperienza che si presentano che se vere per il proprio bene diventano fattori protettivi per la salute. Il chiudere l'adolescente nel problema clinico biologico è un grave errore e può fare molti danni. Per questo motivo chi si occupa di adolescenti deve imparare necessariamente la Medicina centrata sulla persona e la sua applicazione con lo MCCP e il Counselling medico.

Il professor Brera ha chiarito che l'approccio è lo stesso per adolescenti e adulti, ma l'adolescente vive le domande ontologiche per essere una persona umana in modo più diretto e radicale. Il prof. Brera ha sottolineato che nel rapporto clinico la malattia e la sofferenza del paziente fanno inserire diacronicamente nell'esistenza come espressione di un "travaglio" per arrivare alla risposta ontologica e sincronica alle domande di verità, d'amore e bellezza e l'ambulatorio in un certo senso diviene così, se il medico è preparato, una "sala parto" di un uomo nuovo, in quanto la malattia è un Kairos" cioè un momento propizio per divenire una persona veramente umana, che è il compito della vita, sentito da ogni uomo. Il prof. Della Croce ha

chiesto come potrebbe essere l'impatto di questo approccio sull'organizzazione sanitaria e il prof. Galante ha risposto che richiederebbe una ripensamento della formazione medica e della clinica, oltre a un cambiamento politico radicale per cambiare il paradigma attuale di natura biotecnologica. Il prof. Francomano ⁴⁰ ha poi condiviso un esempio pratico dell'importanza dell'approccio centrato sulla persona anche in situazioni di emergenza con tempi limitati, come in Pronto Soccorso trovando consenso nel Prof. Garascia ⁴¹ e nei medici presenti formati alla Medicina centrata sulla persona, che hanno condiviso le loro esperienze

.5. "Anatomia" dell'empatia

I relatori e alcuni partecipanti hanno poi discusso l'importanza della formazione all'analisi dell'empatia dei pazienti, -uno dei fiori all'occhiello della Scuola Medica di Milano, base dello MCCP e della diagnosi della persona- con particolare attenzione ai tempi brevi di consultazione e alle sfide cliniche. Il prof. Licari ⁴² ha sottolineato come pochi secondi siano sufficienti per stabilire un rapporto empatico con i pazienti, mentre Elena ha chiesto come questo metodo potesse essere applicato ai ragazzi autistici. Il prof. Galante ha condiviso la sua esperienza clinica positiva utilizzando il programma Kairos⁴³ con pazienti che

⁴⁰ Francomano D. 11. Il rapporto medico-adolescente e il metodo clinico centrato sulla persona. Atti del Congresso. La persona dell'adolescente e il metodo clinico centrato sulla persona. Milano; 1° giugno 2024; Milano: Edizioni Università Ambrosiana; 2024: 170-173.

⁴¹ Garascia P. Counselling with the adolescent in hospital. (Kairological method). In: Proceedings of the International Congress "Person-Centered Health and the Resilient Adolescent"; 24-26 October 2025; Assisi, Italy. Milan: Edizioni Università Ambrosiana; 2025. p. 130-134

⁴² Licari A. A hand on the heart: a case report of autonomous dysregulation in a young adult. In: Proceedings of the International Congress "Person-Centered Health and the Resilient Adolescent"; 24-26 October 2025; Assisi, Italy. Milan: Edizioni Università Ambrosiana; 2025. p. 115-118

⁴³ Galante V. The Kairos method of Giuseppe Rodolfo Brera: a Person-centered hermeneutic for health education of invisible adolescents. In: Proceedings of the

³⁸ Galante V Medical Counselling in Clinical Work with Adolescents. In: Proceedings of the International Congress "Person-Centered Health and the Resilient Adolescent"; 24-26 October 2025; Assisi, Italy. Milan: Edizioni Università Ambrosiana; 2025. p. 124-128

³⁹ Brera G.R. Il kairos dell'esistenza. Mistero, possibilità e realtà nell'adolescenza e nella natura umana. Milano, Edizioni Università Ambrosiana.; 1995-2026

erano stati etichettati come avere gravi deficit mentali, dimostrando che il metodo poteva superare i limiti tradizionali della diagnosi. Il prof. Brera ha condiviso testimonianze cliniche sui miglioramenti sorprendenti ottenuti con pazienti psichiatrici attraverso il programma, sottolineando la possibilità di applicare questo metodo clinico anche per la diagnosi delle problematiche d'apprendimento che appare un costrutto dinamico motivato, non quantificabile con comuni test psicologici. In questo il programma Kairos è straordinario, clinico centrato sulla persona

La prof.ssa Porta,⁴⁴ nella sua relazione ha presentato il Decalogo dell'adolescentologo, scritto dal prof. Brera, negli anni 90, la cui importanza permane per guidare al rapporto con l'adolescente. La relatrice ha illustrato come l'adolescenza sia un periodo complesso di cambiamento fisico e mentale, evidenziando le differenze rispetto all'adulto e l'importanza della metamorfosi corporea e mentale. e passo per passo l'applicazione del metodo clinico centrato sulla persona con l'adolescente partendo dalla regola delle tre A. (Accoglienza-Ascolto-Alleanza) e il "Cross model" mettendo in rapporto punti di forza-risorse, con minacce problemi per identificare resilienza e rischio. La prof.ssa ha sottolineato come l'ambiente e i rapporti con i pari influenzino lo sviluppo dell'adolescente, creando potenziali rischi comportamentali legati alla maturazione neurofisiologica. Medicina Centrata sulla Persona e adolescenti

I partecipanti al webinar hanno discusso le sfide della medicina centrata sulla persona in un contesto sanitario sempre più frammentato e condizionato dai tempi e dalla mancanza di formazione alla Medicina centrata sulla persona, della cui necessità non c'è ancora consapevolezza pubblica. Il prof. Della Croce ha sollevato

preoccupazioni riguardo alla perdita di una generazione di adolescenti che non frequentano i medici di medicina generale, mentre i partecipanti hanno concordato sull'importanza di raggiungere questi pazienti anche attraverso luoghi non sanitari come le scuole e i consultori per la prevenzione primaria, politica della Società Italiana di Adolescentologia e medicina dell'adolescenza che sta promuovendo anche a questo scopo "[Youth Science Italy 2026](#)" prof.della Croce ha sottolineato come i [consultori familiari e per adolescenti](#) siano strumenti importanti per la prevenzione e il supporto alle persone- se gli operatori sanitari sono adeguatamente formati- mentre la dott.ssa Ciarelli ha evidenziato in una prospettiva di speranza, come vi sia un movimento verso un approccio centrato sul paziente facendo esempi di strutture che adattano la logistica per mettere al centro il paziente

.8. Per una cultura personalista

Il prof. Della Croce⁴⁵ ha concluso il seminario discutendo il concetto di persona umana con i riferimenti culturali della sua origine e il suo ruolo nel contesto medico, Ha sottolineato l'importanza della comunicazione e della relazione tra medico e paziente, proponendo un approccio che va oltre la semplice cura del corpo per considerare l'intera persona umana. Il prof. Galante ha evidenziato la necessità di una rivoluzione nella politica sanitaria per implementare questo paradigma a livello di formazione, clinica e ricerca, sottolineando le sfide con il modello riduzionista dominante nella sanità italiana. Il prof. Giuseppe R. Brera, Rettore dell'Università Ambrosiana ha sottolineato la cecità politica, a danno della salute delle persone, con cui non è considerata la necessità di una transizione del sistema sanitario al cambio di paradigma della Medicina, già proposto da molti anni, malgrado i dimostrati enormi risparmi di sofferenze e costi sanitari. La transizione richiede la formazione rigorosa dei medici e dei docenti, ancora oggi, per la maggiore parte, in uno stato di semi-analfabetismo clinico che è trasmesso agli studenti di medicina, perpetuando in modo erraneo,

International Congress "Person-Centered Health and the Resilient Adolescent"; 24–26 October 2025; Assisi, Italy. Milan: Edizioni Università Ambrosiana; 2025. p. 135-138

⁴⁴ Porta M. The relationship with the adolescent and the Decalogue of the adolescentologist. In: Proceedings of the International Congress "Person-Centered Health and the Resilient Adolescent"; 24–26 October 2025; Assisi, Italy. Milan: Edizioni Università Ambrosiana; 2025. p. 119–223.

⁴⁵ Della Croce F. Significato e salute. L'uomo, il medico. Quattro storie. Piacenza; Costa Edizioni; 2013

il dualismo curriculare medicina-psicologia, inesistente a livello clinico. Questo richiede anche la modifica dei criteri di selezione degli studenti, oggi non adeguati che andrebbe fatta già nelle scuole superiori, come l'Università Ambrosiana ha proposto dal 2001,⁴⁶ con i metodi opportuni, per idoneità a “essere” medici, che chiede valori etici, maturità affettiva, capacità cognitive e di relazione, non confondibile con un “mestiere”.⁸

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

I riferimenti bibliografici e i contenuti dello Webinar sono presenti nelle Riviste internazionali “Open access”

[Person-centered medicine journal](#) – [Medicine, Mind and Adolescence](#)

Il libro del prof. Giuseppe R. Brera: “ [Person-centered medicine and Person-Centered Clinical Method](#)”

Il libro del prof. Flavio della Croce:” Significato e salute” L'uomo, il medico, quattro storie

Gli atti dei congressi: “[La persona dell'adolescente e la medicina centrata sulla persona](#)” e “ [Person-Centered Health and the resilient adolescent](#)” (a cura del prof. Giuseppe R. Brera)

La rivista on line: “ [Adolescentologia- Giornale Italiano di Adolescentologia e Medicina dell'adolescenza](#)”

Le pubblicazioni sono disponibili scrivendo a

editoria@editoriauniversitaambrosiana.it

www.editoriauniversitaambrosiana.it

⁴⁶ Brera G. Brera G.R. Person-centered Medicine and Medical Education in third Millennium (with the introduction of Iosef Seifert The seven aims of Medicine it.) Roma- Pisa: IEPI ;2001 (Italian)

IN OMAGGIO CON LA RIVISTA
IL RAGAZZO SELVAGGIO



