

IL MIRAGGIO DELLA "LIBERA SCELTA" IN AMBITO SANITARIO

ROBERTO ALFIERI,

DOCENTE DI "PROGETTAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI" PRESSO IL DIPARTIMENTO DI
"SCIENZE DELLA PERSONA" DELL'UNIVERSITÀ DI BERGAMO - RALFIERI@ASL.BERGAMO.IT

La libera scelta, in sanità, suona più come uno slogan che come un principio perseguitabile con coerenza. Se si volesse essere chiari fino in fondo, il principio andrebbe incluso tra le cosiddette distorsioni ideologiche: ossia, tra i concetti che, pur avendo specifici campi di applicazione, sono estrapolati artatamente in contesti diversi da quelli in cui sono stati concepiti

Tra le prerogative di noi esseri umani, il libero arbitrio è, insieme con l'autocoscienza, la cifra che identifica, meglio di ogni altra, la nostra dignità. Essere liberi significa decidere gli scopi della vita, scegliere la propria strada, i problemi su cui impegnarsi, i mezzi da utilizzare.

Non è quindi strano che, anche in sanità, la "libera scelta" sia molto quotata. Viene opposta a un controllo incombente da parte di uno Stato assistenziale che decide al posto nostro, mortifica le capacità d'iniziativa, tenendoci sotto tutela dalla culla alla bara, quasi fossimo incapaci di esprimerci e agire consapevolmente. Vogliamo, invece, avere la possibilità di scegliere: non solo il medico di fiducia o l'ospedale dove essere curati, ma anche il tipo di intervento cui sottoporci, dal più semplice, come l'assunzione di un farmaco, al più complesso, come un trapianto d'organo. Desideriamo mantenere un controllo sulla nostra esistenza e sulla nostra salute, almeno fino a quando saremo in grado di esercitare quel minimo di autonomia che ci consenta di non cadere in balia di altri. È un atteggiamento comune e profondamente umano. Ma siamo, poi, così liberi?

LA QUESTIONE FILOSOFICA DELLA LIBERTÀ

C'è chi sostiene che la libertà sia un'illusione. Per il materialismo ciascuno di noi sarebbe il prodotto di una doppia determinazione: naturale e storica.

Le idee religiose e filosofiche, i valori morali, i simboli estetici e culturali, le passioni, le scelte etiche ed estetiche sarebbero prodotti e determinati dalla natura e dalla storia.

Per il materialismo marxista, ad esempio, veniamo completamente condizionati dalle infrastrutture economiche e dalla classe sociale cui apparteniamo. Solo imprimendo un nuovo corso alla storia sarebbe possibile indi-

rizzare i comportamenti umani verso il compimento di un avvenire felice, privo di ogni sorta di alienazione.

Per il materialismo nazista, invece, sarebbero i nostri geni a predeterminarci. La selezione della razza e la sua epurazione da ogni tara ereditaria consentirebbero di raggiungere traguardi radiosì di virtù e potenza.

Altri, per non cedere unilateralmente all'ideologia del totalitarismo di sinistra o di quello di destra, pensano che l'essere umano sia vincolato, nel suo agire, oltre che dalla storia e dal patrimonio genetico, dalla miriade di interazioni che geni e storia realizzano nel corso dello sviluppo di ogni singolo essere. Nell'impossibilità di conoscere le innumerevoli possibilità di un gioco combinatorio in cui interagiscono migliaia di geni (circa 30.000) con migliaia di fatti e circostanze storiche contingenti, noi chiamiamo libertà ciò che è, in realtà, solo l'artefatto della nostra ignoranza. Scambiamo per una forma di libertà la nostra incapacità di capire e prevedere i comportamenti umani, determinati da un numero talmente grande di fattori da sovrastare le nostre limitate possibilità di comprensione (1).

Saremmo ingenui a disconoscere i condizionamenti della natura e della storia.

La libertà, però, non è annullata dalle situazioni costrittive. Si esercita proprio rispetto ad esse. La libertà va intesa come lo scarto possibile rispetto a questi condizionamenti. Non possiamo essere ridotti alla nostra storia né ai nostri geni, dal momento che siamo gli autori, non i prodotti della storia. Possiamo prendere le distanze dalla nostra comunità, dalla lingua, dalla cultura e uscire dalle paludi del conformismo. Possiamo discostarci dalle nostre appartenenze naturali e storiche per giudicare la realtà, distinguendo ciò che è bene e ciò che è male, secondo il nostro personale

discernimento. Siamo, infatti, degli agenti morali, liberi di volere e di scegliere.

NEUROSCIENZE E LIBERO ARBITRIO

Ma da dove viene la possibilità di astrarci da ogni possibile radicamento sociale e genetico e di elevarci al di sopra degli istinti e dei condizionamenti? Secondo gli sviluppi delle neuroscienze questa nostra libertà consiste nella interposizione della riflessione tra stimoli e reazioni. La riflessione ci consentirebbe, infatti, di leggere e interpretare dati e informazioni alla luce di ciò che sappiamo e dei nostri sistemi emozionali, per soppesare fra loro i vari problemi e i diversi scopi che ci interessano. Quanto più ricca e profonda è la riflessione, tanto più libere sono le nostre scelte. La riflessione ci permette di entrare in dialogo con le diverse anime di un sé multiforme e di interrogare la coscienza che, nel tempo, ha assegnato un valore ad ogni esperienza ed evento

del mondo. Essa permette di orientarsi in base a priorità fondate su giudizi di valore. L'essenza del libero arbitrio deriva proprio dalla sospensione delle azioni e decisioni in questo spazio di riflessione, dalla capacità di inibizione delle compulsioni dei sistemi di memoria ereditati e di quelli acquisiti, connessi con la memoria episodica. Man mano cresciamo, infatti, impariamo a inibire le risposte automatiche dei sistemi di comando elementari legati al piacere, alla paura e alla rabbia per sostituirle con risposte più sofisticate, suscettibili di un continuo apprendimento. Sembra paradossale che alla base del libero arbitrio, ossia di ciò che simboleggia più di ogni altra cosa la volontà attiva degli esseri umani, ci sia lo sviluppo di un'area inibitrice (2). Essa frenale risposte stereotipate aprendoci ad un orizzonte di libertà più ampie. Risiede nella parte ventro-mesiale dei lobi frontali che raggiungono la loro maturazione solo verso i 20 anni,

Crescere e scoprire se stessi

Psicoterapia e religione come possibili chiavi di lettura per affrontare problematiche che riguardano l'identità degli individui, gli atteggiamenti di fronte alle situazioni della vita, l'interpretazione dei fatti. I testi **Lottare e amare** e **Regina selvaggia** fanno parte della collana *Parole per lo spirito*; a partire dalla rilettura dei testi biblici, vengono proposti itinerari di riflessione con approccio psicologico. Nel primo caso sono analizzate 18 figure maschili della Bibbia che vengono messe in parallelo con altrettante immagini archetipiche della forza maschile (padre, pellegrino, amante...); protagoniste dell'altro volume sono quattordici donne dei testi sacri che offrono lo spunto per indagare la vera natura ed essenza dell'essere donna. In **Penso bene e mi sento meglio** vengono descritte semplici tecniche ed accorgimenti per imparare a pensare in modo razionale (come indica il sottotitolo) e superare distorsioni cognitive e convinzioni errate che ci impediscono di essere felici e valorizzare la nostra interiorità. L'autore di **Amori difficili**, psicoterapeuta, si interroga sulle cause - sociali e culturali - della crisi delle relazioni interpersonali ed affettive; emerge la necessità di trovare spazi per creare legami autentici e duraturi ed educare all'affettività, in una società che al contrario ci spinge alla solitudine, alla ricerca di emozioni estreme, alla confusione delle identità sessuali.

Anselm Grun, **Lottare e amare**, San Paolo, Cinisello Balsamo 2005, p. 196, euro 12.00; Linda Jarosch, Anselm Grun, **Regina e selvaggia**, San Paolo, Cinisello Balsamo 2005, p. 183, euro 12.00; Maria Cristina Strocchi, **Penso bene mi sento meglio**, San Paolo, Cinisello Balsamo 2005, p. 149, euro 9.00; Tonino Cantelmi, **Amori difficili**, San Paolo, Cinisello Balsamo 2007, p. 265, euro 13.00.

segnando biologicamente il passaggio dall'adolescenza all'età adulta.

SANITÀ E LIBERA SCELTA

Se le cose stanno così, come possiamo arrivare ad esercitare la nostra libertà in campo sanitario? Al di là delle scelte teoriche, poi, qual è la concreta gamma delle possibilità a nostra disposizione?

Occorre tener conto del principio di realtà, per cui le scelte vanno comunque collocate all'interno di certi vincoli. Anche se fosse possibile scegliere, in sanità non veniamo mai a trovarci di fronte alla pluralità di offerta che contraddistingue il mercato dei consumi più tradizionali. La stessa scelta del medico di medicina generale o del pediatra, soprattutto in comuni piccoli e in zone montane, è tutt'altro che libera. La medicina generale è tutelata dall'innalzamento del cosiddetto "rapporto ottimale" che di fatto la ha trasformata in una sorta di monopolio. In tutta la regione Lombardia, ad esempio, nel corso del 2004, sono stati inseriti solo 12 nuovi medici sui 7000 presenti, a testimonianza di una situazione bloccata sul piano di una reale concorrenza professionale (3). Se guardiamo ai ricoveri, poi, la scelta dell'ospedale è legata più che tutto al luogo di residenza, anche per la necessità di fruire di un minimo di assistenza da parte dei propri congiunti durante la degenza. La limitazione nelle possibilità di scelta dell'ospedale nasce anche dal fatto che in diversi casi i ricoveri sono conseguenti a interventi di pronto soccorso. La selezione del luogo di cura esula, quindi, in buona parte, dall'ambito delle scelte autonome. Se poi allarghiamo la prospettiva e pensiamo ai sistemi sanitari dei Paesi in via di sviluppo, ci rendiamo conto che le opzioni possibili, per una popolazione che affronta quotidianamente i problemi della fame, sono ridotte ai minimi termini. Nella maggior parte dei casi si tratta solo di decidere se aderire o meno alle campagne di vaccinazione di massa. Tutto il resto è condizionato dalla possibilità di pagare e dalla disponibilità dei servizi.

Insomma, potremmo concludere che barriere di diversa natura (spaziali, temporali, normative ed economiche) condizionano l'accesso ai servizi, in modo tale da limitare fortemente la libera scelta.

Ma esistono anche barriere culturali. Infatti, persino i più esperti di noi, nel momento in cui si ammalano, sono lontani dal disporre, da soli,

delle informazioni utili ad una scelta veramente consapevole. Dobbiamo ricorrere ai medici che adempiono al ruolo di consiglieri, interpretando i bisogni e orientando le nostre domande. Le scelte più libere, molte volte, sono quelle che si trasformano, paradossalmente in una domanda diversa da quella espressa originariamente. La libera scelta viene promossa impedendoci di decidere avventatamente, portandoci a retrocedere rispetto ad eventuali risposte automatiche cui siamo abituati: febbre ed antibiotico; insonnia e sonnifero; tosse e sciroppo sedativo; stitichezza e lassativo... L'area inibitoria del lobi frontali ha bisogno, in casi di questo tipo, dell'aiuto di un personaggio autorevole, come il medico di fiducia, per essere attivata. Il libero arbitrio viene, così, esercitato in un modo strano e apparentemente contraddittorio: frenando una libertà troppo inconsapevole. Lo spazio riflessivo conseguente al dialogo medico-assistito ci apre a decisioni e comportamenti apparentemente meno liberi, ma più evoluti.

INCERTEZZA, VALORI, BENEFICI E RISCHI

Potremmo chiederci se una rappresentazione di questi tipi della figura del medico, come di colui che effettivamente è in grado di accrescere la nostra consapevolezza, non sia troppo idealizzata. È vero, piuttosto, che il medico si trova, a sua volta, in serie difficoltà a gestire l'incertezza intrinseca nei vari fenomeni biologici (4). La cosiddetta legge di Franklin, ad esempio, per cui niente è certo, a parte la morte e le tasse, sembra venga sistematicamente elusa dai medici, sia per non intaccare il prestigio professionale di chi vorrebbe trovare un rimedio per ogni male, sia per non accrescere l'ansia di un futuro troppo insidioso.

Molti medici, infatti, pensano che gli assistiti non vadano informati, ma semplicemente rassicurati. A parte questo, è anche vero che spesso il medico non ha il tempo e la capacità di entrare in un dialogo sufficientemente profondo, in condizioni di vera empatia col malato. Quand'anche ci riesca ed arrivi ad esprimere i suoi valori, potrebbe trovarsi in conflitto con la propria coscienza. Potrebbe non solo esercitare il diritto di rifiutare una prestazione professionale in contrasto con la sua coscienza, ma ostacolare, ad esempio, chi intende assumere "la pillola del giorno dopo" non fornendogli le informazioni utili ad ottenerla (5). Insomma, in alcuni casi, la libera scelta del

malato potrebbe entrare in rotta di collisione con la libera scelta del medico.

Per complicare ulteriormente le cose, si deve ricordare, poi, che esistono, schematicamente, 2 tipi di decisioni. Ciascuno dei 2 tipi richiede differenti strategie per comunicare benefici e rischi (6). Il primo tipo si riferisce a decisioni nell'area di interventi efficaci, in cui i benefici eccedono di gran lunga i danni potenziali, al di là delle specificità di ogni singolo caso. In questi casi il medico deve darsi da fare per evitare il sottoutilizzo delle prestazioni. Un esempio tipico potrebbe essere fornito dalla terapia insulinica nel diabete giovanile, che andrebbe trattato in modo simile in ogni angolo del globo.

L'altro tipo di decisioni si riferisce, invece, a opzioni sensibili alle preferenze dei malati, in cui il rapporto benefici rischi è sia incerto sia dipendente dai giudizi di valore dei malati: in questi casi il coinvolgimento dei pazienti è indispensabile per capire se l'intervento può recare più bene che male nel singolo caso.

Per le opzioni del primo tipo, l'obiettivo è di migliorare l'adesione col supporto di servizi che informano, motivano e affrontano gli ostacoli legati al cambiamento.

Per le opzioni del secondo tipo, la consulenza deve mettere in luce l'incertezza决策 proveniente da una difficoltà intrinseca (il precario equilibrio tra benefici e rischi, l'incertezza scientifica) e da fattori modificabili, come una conoscenza inadeguata e valori non chiariti da parte del malato. Si deve comunque assumere che i valori del malato non contrastino troppo con quelli del medico, perché altrimenti si entrerebbe nell'ambito dell'obiezione di coscienza, con le ulteriori difficoltà cui abbiamo già accennato. Esempi di questo secondo tipo di decisioni includono lo screening prenatale, quello per il cancro della prostata, la gestione dei sintomi della menopausa, l'ipertrofia prostatica, il mal di schiena, il cancro del seno in fase precoce (6).

Le difficoltà non finiscono qui. Può anche essere arduo comunicare vantaggi e svantaggi in modi comprensibili e significativi per i malati. Quanti medici, ad esempio, hanno chiaro in mente che diverse modalità di presentazione dei benefici e dei rischi, pur riferendosi agli stessi dati di realtà, possono portare il loro assistito ad assumere decisioni diametralmente opposte? A titolo esemplificativo nella **Tabella 1** vengono presentati in diversi modi i benefici connessi con lo screening del cancro mammario nelle donne che ese-

guono la mammografia ogni 2 anni tra i 40 e i 69 anni (4). E' facile immaginare come il grado di adesione possa variare a seconda del fatto che, ad esempio, si citi la diminuzione del rischio relativo o quella del rischio assoluto o l'aumento di vita attesa in ciascuna donna esaminata. Come si può parlare, allora, di libera scelta se questa può essere diretta da una parte all'altra a seconda del modo in cui, più o meno consapevolmente, vengono presentate le informazioni?

Tabella 1. Diverse modalità di presentazione dei benefici dello screening del cancro del seno in donne tra 40 e 69 anni (mammografia ogni 2 anni)

- | |
|--|
| 1) riduzione del RR (rischio relativo) del 25%* |
| 2) riduzione del rischio assoluto di 1/1000** |
| 3) NNTT***: 1000 |
| 4) aumento della speranza di vita: 12 giorni**** |

* Gli studi della letteratura dimostrano che, grazie allo screening, la mortalità per cancro del seno passa da 4/1000 a 3/1000: il rischio relativo diminuisce, quindi, del 25% per chi si sottopone allo screening.

** Il rischio assoluto diminuisce, invece, di 1/1000 poiché è il risultato della differenza tra 4/1000 e 3/1000.

*** Numero delle persone da sottoporre allo screening per ottenere una morte in meno per cancro della mammella: significa che 999 donne finiranno per non derivarne alcun beneficio

**** Il calcolo si riferisce alla fascia d'età 50-69 anni ed è effettuato senza aggiustamenti per la qualità, altrimenti il vantaggio sarebbe minore, a causa degli "effetti collaterali" dello screening. Si stima che si guadagnano circa 32 anni di vita per la persona che viene salvata: dividendo per 1000 persone si ottengono 12 giorni: una media con poco senso, dato che il vantaggio sarà ripartito tutto su una sola persona

Le professioni sanitarie tra libero mercato e sicurezza sociale

A parte le obiettive difficoltà proprie della professioni sanitarie, le scelte che oggi vengono praticate cadono in circostanze storiche del tutto inedite, per via dei dilaganti conflitti di interesse.

Le aziendalizzazioni e privatizzazioni in sanità sono il sintomo di una cultura che, dopo aver estromesso lo Stato dalla proprietà dei mezzi di produzione industriale, mira ad escluderlo progressivamente anche dalla sfera dei servizi. Tutto ciò che è pubblico è diventato sinonimo di spreco, inefficienza, pigrizia. La progressiva marginalizzazione del ruolo pubblico nei servizi, però, finisce per condannare la politica all'insignificanza rispetto al bene comune, alla lettura dei bisogni dei suoi cittadini più fragili e all'esercizio della solidarietà.

Così, l'economia sanitaria, che si occupa dei costi complessivi della malattia e dei guadagni di salute e ha orientato per decenni le scelte strategiche dei servizi sanitari nazionali, è stata progressivamente sopraffatta dall'economia aziendale. Nel contemporaneo, il tradizionale conflitto di interesse che ha da sempre tentato il medico, a causa dell'asimmetria del suo rapporto col malato, ha assunto una gravità assolutamente inedita, per via delle nuove collusioni che si sono instaurate con l'industria della salute e con le aziende sanitarie di recente istituzione. Gli attuali meccanismi di pagamento nella forma dei DRG hanno fatto sì che le aziende sanitarie fossero tese al profitto, così come le industrie della salute, e che le modalità di incentivazione dei medici, il loro prestigio professionale e sociale fossero legati all'andamento del budget delle unità operative in cui lavorano, in un gioco di interessi sinergici che ha schiacciato i malati in una posizione estremamente marginale.

Sembra che la sanità abbia subito, nel corso della sua storia evolutiva, una mutazione sfavorevole (in quanto incompatibile con la sopravvivenza a medio e lungo termine dei servizi sanitari nazionali), tanto da restarne snaturata. Le professioni di aiuto stentano ad immergersi a capofitto in una cultura lontana dalla loro tradizione e resistono di fronte alla prospettiva di un ruolo semplicemente esecutivo ed agnostico, rispetto a priorità e scopi fissati da altri, inestricabilmente legati al profitto. Nonostante le resistenze, alcuni concetti, però, hanno già cambiato significato per tutti quanti. Il DRG, ad esempio, non è più soltanto inteso come un metodo di pagamento, ma anche come un criterio di programmazione (gli investimenti vengono orientati verso le maggiori potenzialità di ritorno economico), una modalità di selezione delle patologie (quelle che procurano un maggior margine di profitto), di scelta dei casi e dei trattamenti (rispettivamente quelli meno complicati e

quelli più efficienti, anche a scapito dell'appropriatezza).

Pure i metodi di direzione del personale si adattano a queste nuove concezioni. Si basano sull'assunto che lo scambio monetario e l'interesse individuale determinino i comportamenti e prevalgano su qualsiasi altra forza persuasiva. Il comportamentismo mette a disposizione, così, una leva potente da sfruttare: i professionisti possono essere forzati nelle azioni puntando sulla loro avidità. A volte non sono nemmeno necessari i modi sbrigativi del dispotismo manageriale. Basta premiare adeguatamente l'adesione alle direttive aziendali, indipendentemente dalla loro natura, dalle motivazioni e dagli scopi che si propongono (7).

Ma il comportamentismo ha un prezzo elevato poiché, se tendiamo ad aspettarci dagli altri solo delle risposte interessate, finiamo per smarrire il piacere della gratuità e facciamo emergere il peggio da noi stessi, instaurando un circolo vizioso che, alla lunga, tende a corrompere i sentimenti e la volontà di tutti. I rapporti umani e professionali degenerano, così, nello scambio contrattuale e commerciale (8).

CONCLUSIONE

La libera scelta, in sanità, suona più come uno slogan che come un principio perseguitabile con coerenza. Se si volesse essere chiari fino in fondo, il principio andrebbe incluso tra le cosiddette distorsioni ideologiche: ossia, tra i concetti che, pur avendo specifici campi di applicazione, sono estrapolati artatamente in contesti diversi da quelli in cui sono stati concepiti. Storicamente, ad esempio, è stata una cinica distorsione ideologica etichettare come "trattamenti" dei dissidenti le atrocità perpetrate nei gulag staliniani. E, per ritornare al contesto sanitario, in questa epoca di privatizzazioni e aziendalizzazioni, la "libera scelta" si presenta in buona compagnia: basti pensare ad analoghe distorsioni come quella relativa al "budget" delle unità operative ospedaliere o agli incentivi di risultato del personale sanitario (9). Ci si può appellare alla libera scelta, infatti, pur con tutte le complicazioni del caso, nell'ambito del consumo delle merci. Il principio non può essere estrapolato alla sanità, per la semplice constatazione che salute e malattia non possono essere equiparate a delle merci. Salute e malattia sono essenzialmente fenomeni culturali, condizionati da altissime barrie-

re all'accesso e da un fortissimo intreccio di interessi, difficilmente superabili da cittadini privi della conoscenza necessaria ad interpretare dati e informazioni in continua evoluzione.

A questo punto viene spontaneo chiedersi: "Non è il principio della libera scelta un espediente favoloso che consente di raggiungere nello stesso tempo diversi obiettivi di comodo"? Ad esempio, esso permette:

1) di dimostrare che il sistema è dotato di una potenzialità di controllo del tutto superiore a quella di cui in realtà è capace, a condizione che si diventi abili a "scegliere";

2) di persuadere i singoli che rientra nella loro piena responsabilità esercitare o meno il loro "diritto" alla salute;

3) di esonerare il potere politico dal dovere di preoccuparsi della salute di tutti, dal momento che vengono caricati sulle spalle di ogni singolo cittadino gli oneri della "libera scelta".

Note

- 1) L. Ferry, J. Vincent. *Che cos'è l'uomo?* Garzanti, Milano 2002.
- 2) M. Solms, O. Turnbull. *Il cervello e il mondo interno*, Cortina, Milano 2004.
- 3) E. Pozzi, *Riscoprire l'orgoglio*, Il Bollettino. Ordine provinciale medici chirurghi e odontoiatri di Bergamo. Dicembre 2004.
- 4) G. Gigerenzer. *Quando i numeri ingannano*, Cortina 2003.
- 5) A.R. Charo. *The celestial fire of conscience. Refusing to deliver medical care*, NEJM 2005;24:2471-3.
- 6) A.M. O'Connor et al. *Risk communication in practice: the contribution of decision aids*, BMJ 2003; 327: 736-740.
- 7) R. Alfieri. *Gli incentivi di risultato servono alla sanità?* QA vol 15 n.4, dicembre 2004.
- 8) S. Zamagni. *Il riduzionismo nella teoria economica*, Pluriverso 1: 81-91, 2001.
- 9) R. Alfieri. *Le idee che nuocciono alla sanità e alla salute*, Franco Angeli, Milano 2007.

Ese queste considerazioni racchiudono qualche elemento di verità, sorge un altro quesito inquietante per chi ha impegnato la propria vita professionale nella "sanità pubblica": resta, per lui, un qualche spazio d'azione nei servizi aziendalizzati del nostro tempo? E se resta uno spazio residuale, quale possibilità di movimento rimane oltre quella di segnalare i rischi e le derive connesse con l'adozione di principi e strategie sbagliate?

E' venuto il tempo di riconoscere l'esistenza di idee che nuocciono alla sanità e di valutarne in tutta la loro portata le conseguenze dirompenti per la sopravvivenza a lungo termine dei servizi sanitari nazionali. Il primo passo consiste con l'emanciparsi dalla banalità degli slogan, come quello della libera scelta, per riparlare della dimensione etica delle professioni di aiuto ed iniziare ad applicare in sanità gli insegnamenti più fecondi della teoria dei sistemi complessi (9).



In viaggio nella storia e in Oriente

I due romanzi, disegnano lo scenario di un'India che sta cambiando, dove le tradizioni si scontrano con la volontà di emancipazione e libertà di alcune donne, che affermano questo senso di ribellione nella ricerca del diritto a vivere un'affettività e una sensualità piene ed autonome. Il primo volume è una raccolta di storie che svelano la difficoltà e contraddittorietà dell'amore nel continente indiano, con figure femminili che si lasciano sedurre dagli inviti della modernità, nel tentativo di superare e dimenticare discriminazioni sociali, religiose, tra imposizioni familiari, tabù e ricerca del piacere. Protagoniste di **Lo specchio si fa verde a primavera** sono le donne di una famiglia di Nuova Delhi: Chhobi e Sonali, sorelle, stravolgono il ritmo immutabile della consuetudini e delle regole, rifiutando la decisione di matrimoni combinati, per dar voce alla forza dei sentimenti, non riconoscendo il valore e l'autorità dell'eredità opprimente di un passato che non "dà spazio ai desideri, all'estro dell'avventura".

Sudhir Kahar (a cura di), **Storie d'amore indiane**, Neri Pozza Vicenza 2007, p. 254, 10.50 euro; Selina Sen, **Lo specchio si fa verde a primavera**, Vicenza 2007, p. 383, 18.00 euro.