



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Dipartimento di Scienze Linguistiche e Letterature Straniere
Università Cattolica del Sacro Cuore

Workshop

**Healthy Reasoning:
la comunicazione efficace
nella cura delle malattie croniche**

Giovedì, 27 novembre 2014
Sala 329
Via Necchi, 9
Milano

Il workshop è organizzato nell'ambito del progetto, *Argomentare bene per curare meglio. Strategie e meccanismi della persuasione nella cura delle malattie croniche*. Finanziamento MIUR-Futuro in Ricerca 2013 – Protocollo: RBFR13FQ5J. www.unicatt.it/healthyreasoning

Programma

9:30 – Saluti istituzionali, **Marisa Verna**, Direttore del Dipartimento di Scienze linguistiche e letterature straniere

Chair: **Fabrizio Macagno**, Universidade Nova de Lisboa

9:40 – **Sarah Bigi**, Università Cattolica del Sacro Cuore
Presentazione del progetto “Argomentare bene per curare meglio. Strategie e meccanismi della persuasione nella cura delle malattie croniche”

10:05 – **Nicoletta Musacchio**, Medico diabetologo, I.C.P. Cusano Milanino; Vice Presidente Associazione Medici Diabetologi
Il progetto “Brain&Dia”

10:30 – 10:50: Pausa caffè

10:50 – **Maria Franca Mulas**, Medico diabetologo, Azienda Ospedaliera, Cagliari
L’incompetenza argomentativa: un’ulteriore complicanza nella cura del diabete

11:15 – **Antonio Bonaldi**, Presidente Slow Medicine
L’interazione paziente-curante-contesto: curare la persona, non la malattia

11:40 – Dibattito con i relatori

12:45 – 14:15: Pranzo

Chair: **Sarah Bigi**, Università Cattolica del Sacro Cuore

14:15 – **Fabrizio Macagno**, Universidade Nova de Lisboa
Come analizzare la comunicazione? Schemi argomentativi, euristiche, tipi di dialogo

14:40 – **Giovanni Gobber**, Università Cattolica del Sacro Cuore
Domande e dialogo

15:05 – **Silvia Cavalieri**, Università degli Studi di Milano
La collaborazione tra medico e linguista: il caso della dieta ketogena

15:30 – 15:50: Pausa caffè

15:50 – **Giuseppe Riva & Serena Barello**, Università Cattolica del Sacro Cuore
Tecnologie positive per il patient engagement

16:15 – **Giulia Lamiani & Elena Vegni**, Università degli Studi di Milano
“Dotto’ io la profilassi non la faccio”: strategie argomentative nella visita col paziente emofilico

16:40 – **Alberto Giannini**, Medico di Terapia intensiva Pediatrica, Ospedale Policlinico di Milano
La comunicazione in Terapia Intensiva

17:05 – Dibattito con i relatori

Abstracts

Sarah Bigi, Università Cattolica del Sacro Cuore

Argomentare bene per curare meglio. Strategie e meccanismi della persuasione nella cura delle malattie croniche

Secondo il WHO, le malattie croniche sono la causa del 63% della mortalità al mondo. Al dramma umano si sommano gli enormi costi che i sistemi sanitari devono sostenere per garantire l'assistenza necessaria ai pazienti cronici. Come evidenziato anche dal WHO (www.euro.who.int), il progressivo invecchiamento della popolazione – con relativo aumento di comorbilità e cronicità – sta ponendo dei problemi di sostenibilità per i sistemi sanitari europei.

In questo panorama, in particolare per quanto riguarda la cronicità, assume un ruolo di primaria importanza la prevenzione: delle malattie in primo luogo, ma anche delle complicanze ad esse correlate e dovute alla loro cattiva gestione. In un quadro di cronicità e comorbilità, la prevenzione si ottiene coinvolgendo il paziente nel processo di cura, motivandolo e legittimandolo ad essere protagonista attivo nella gestione della malattia: veri e propri obiettivi terapeutici che si ottengono attraverso un uso efficace della comunicazione durante il colloquio medico.

Il progetto di ricerca “Argomentare bene per curare meglio. Strategie e meccanismi della persuasione nella cura delle malattie croniche” si propone di testare l'usabilità e, entro certi limiti, l'efficacia di alcune euristiche, intese come strumenti a supporto di una strategia argomentativa di lungo termine da utilizzare nel colloquio medico per aiutare i pazienti cronici a compiere scelte corrette per la loro salute.

La presentazione metterà in luce l'impostazione teorica e metodologica del progetto, insieme ai risultati attesi e alle possibili ricadute in termini di formazione dei clinici e miglioramento dell'efficacia della comunicazione durante il colloquio medico. Verranno inoltre riportati alcuni dati iniziali relativi alla Fase Pilota, appena conclusa.

Antonio Bonaldi, Presidente di Slow Medicine

L'interazione paziente-curante-contesto: curare la persona, non la malattia

Le forti e subdole pressioni del mercato, gli atteggiamenti culturali secondo cui fare di più è sempre meglio e il ricorso, sempre più frequente, alla cosiddetta medicina difensiva hanno creato un ampio divario tra le conoscenze scientifiche disponibili in tema di promozione della salute e cura delle malattie e ciò che si fa nella pratica di tutti i giorni. Gli esempi sono innumerevoli e sotto gli occhi di tutti: introduzione di nuove tecnologie sanitarie senza che siano disponibili valide prove di efficacia, invenzione di nuove malattie (*disease mongering*), eccessiva attenzione alle persone in buona salute (correzione di fattori biologici di rischio, check-up, screening), eventi della vita curati come fossero malattie (perdita del lavoro, lutto, insuccessi) ...

Molto spesso tecnologie sanitarie e visite specialistiche plurime sono utilizzate come facili scorciatoie per affrontare gravi problemi di salute o piccoli disturbi, di cui spesso ignoriamo eziologia, evoluzione e trattamento, ma per i quali i pazienti pretendono risposte sicure o almeno chiedono di essere ascoltati. Per esempio, meno del 50% dei pazienti ritiene che le cure ricevute tengano conto delle loro preferenze.

Eppure il sapere del professionista della salute non può ignorare il sapere della persona. Il primo, infatti, è esperto negli aspetti fisiopatologici e terapeutici della malattia, ma il paziente sa ciò che va bene per lui: rispetto alla sua cultura, alle circostanze sociali che contraddistinguono la sua vita, alla sua attitudine al rischio, alle sue paure, ai suoi valori e alle sue preferenze rispetto alle opzioni disponibili. In questo senso il professionista deve sviluppare nuove competenze comunicative che riconoscano pari legittimità ai rispettivi punti di vista e sappiano creare spazi di ascolto e di dialogo, evitando, nello stesso tempo, la contrapposizione tra posizioni che potrebbero risultare conflittuali. È peraltro ben dimostrato che buone relazioni di cura e informazioni chiare aumentano la “compliance” al trattamento e la soddisfazione del paziente, e diminuiscono, nel contempo, i contenziosi medico-legali e l’uso di test diagnostici e trattamenti inappropriati. Infine, porre attenzione al paziente non significa solo prescrivere prestazioni appropriate e migliorare la relazione: l’intero processo di assistenza e l’ambiente in cui si opera influiscono sugli esiti di salute. Le persone si aspettano di essere trattate con dignità, rispetto e confidenza e tutto l’ambiente deve generare un piacevole senso di relax, armonia e benessere. In questo senso deve essere rivisto l’intero contesto di erogazione delle cure: hospital design, spazi, arredi, accoglienza, clima organizzativo, orari, abitudini, procedure, gerarchie, ecc.

Silvia Cavalieri, Università degli Studi di Milano

La collaborazione tra medico e linguista: il caso della dieta ketogena

La relazione verterà sulla presentazione di un progetto di ricerca sviluppato in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Biomediche, Malattie Metaboliche e Neuroscienze dell’Università di Modena e Reggio Emilia per la divulgazione della dieta ketogena nelle epilessie farmacoresistenti nei pazienti pediatrici.

Questo progetto si propone di esplorare il ruolo potenziale degli strumenti di analisi del discorso e dell’analisi qualitativa nello sviluppo di strategie comunicative utili alla divulgazione di informazioni nei documenti scritti rivolti ai pazienti e ai loro *caregivers* che possano portare a una scelta più consapevole della dieta ketogena come terapia per le epilessie farmacoresistenti

In particolare il progetto prende in considerazione due livelli comunicativi: 1) la comunicazione tra specialisti di ambiti diversi (neurologo, pediatra e dietista); 2) la comunicazione con i genitori.

Nonostante l’uso della dieta ketogena per il trattamento delle epilessie pediatriche farmacoresistenti sia ormai una realtà consolidata negli Stati Uniti e nel Regno Unito grazie al lavoro di due fondazioni quali “The Charlie Foundation” (USA) e “Matthew’s Friend” (UK), in Italia la diffusione di questo rimedio dietoterapico è ancora molto limitata e i genitori sono spesso frustrati dalla mancanza delle necessarie informazioni per poter effettuare una scelta consapevole.

Il presente progetto si propone quindi di analizzare sia i generi classici (brochure, leaflets, books, ecc.), sia i generi dei nuovi media (pagine web, social media, youtube, ecc.) utilizzati dalle due principali fondazioni nel loro tentativo di divulgare e promuovere la dieta ketogena (KD).

Durante la relazione verranno pertanto portati esempi di analisi di documenti creati dalla fondazione “Matthew’s Friend” raccolti durante una visita presso la loro clinica e grazie alla collaborazione della CEO Emma Williams, fondatrice della fondazione.

Verranno inoltre presentate le fasi del progetto e gli sviluppi futuri con i risultati attesi.

Alberto Giannini, Medico di Terapia intensiva Pediatrica, Ospedale Policlinico di Milano

La comunicazione in Terapia Intensiva

La capacità di comunicare in modo attento ed efficace – data la complessità dei compiti e la delicatezza dei rapporti tra paziente, équipe e familiari – è oggi considerata per i medici rianimatori una competenza da acquisire e aggiornare (Davidson JE et al, Crit Care Med 2007).

La letteratura scientifica ha messo in evidenza come la comunicazione sia percepita dai familiari dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva come un elemento di grande rilievo per la qualità delle cure (Levy M, Crit Care Med 2001). Tuttavia la comunicazione in questo ambito risulta essere frequentemente inadeguata o inefficace (Azoulay E, Crit Care Med 2000).

Molti dati indicano che tecniche e modalità della comunicazione possono essere apprese e migliorate (Fallowfield L et al, Lancet 2002; Lorin S et al, Crit Care Med 2006;), e che una miglior comunicazione offre evidenti benefici, in termini di minor sofferenza, ai familiari dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva (Lautrette A et al, N Engl J Med 2007).

In Italia il tema della comunicazione in Terapia Intensiva è però un aspetto completamente assente nel curriculum formativo della scuola di specializzazione in Anestesia e Rianimazione (Giannini A, Intensive Care Med 2007;33:1043-1045), e sono tuttora piuttosto rari gli specifici eventi formativi per i medici già in servizio nelle Terapie Intensive.

Giovanni Gobber, Università Cattolica del Sacro Cuore

Domande e dialogo

Questo contributo riguarda la gestione quotidiana delle domande nell'interazione dialogica. Una domanda è qui intesa come una concreta mossa dialogica legata in modo tipico alle fasi iniziali di una comunicazione intorno a un tema (*topic initiating moves*) o alle fasi successive di sviluppo del topic. In generale, l'appello a rispondere va a buon fine se sono soddisfatti alcuni requisiti, come la disponibilità dell'interlocutore a replicare verbalmente con un contributo adeguato al compito che nella domanda è manifestato in modo esplicito, oppure lo è in via implicita ed è recuperabile per inferenza dalla componente verbale esplicita. Anche la risposta, peraltro, può rimanere implicita e richiedere un'inferenza dalla componente esplicita. Tali operazioni si svolgono con successo quando vi è uno sfondo conversazionale comune e sono condivise le pratiche comunicative. In particolare, si concentra l'attenzione sulle dinamiche di slittamento dal contenuto esplicito a quello implicito, là dove proprio quest'ultimo è decisivo per comprendere domande e risposte.

Giulia Lamiani – Elena Vegni, Università degli Studi di Milano

“Dotto’ io la profilassi non la faccio”: strategie comunicative per migliorare l’aderenza

L'aderenza al trattamento è un aspetto fondamentale nella cura delle malattie croniche e in particolare nella cura dell'emofilia. Diversi studi hanno dimostrato che l'aderenza è legata alle rappresentazioni di malattia dei pazienti, ma anche a fattori relazionali come la qualità della comunicazione medico-paziente. Nel presente lavoro verrà presentato il contributo che la linguistica e lo studio

dell'argomentazione possono apportare alle interazioni cliniche. La ricerca ha avuto come obiettivo quello di analizzare le strategie argomentative utilizzate dai medici nell'affrontare problematiche di non aderenza dei pazienti. A tal fine sono state videoregistrate 39 visite in 3 centri di emofilia. Dall'analisi qualitativa delle visite è emerso che: 1) i contrasti di opinione tra medico e paziente riguardo alle terapie sono frequenti, ma spesso il conflitto non viene affrontato; 2) nei casi in cui il conflitto di opinione viene affrontato, le argomentazioni portate dai medici sono basate su rischi a lungo termine; 3) in molte visite non è presente in chiusura l'esplicito commitment del paziente. Verranno discusse le implicazioni pratiche di questo studio al fine di migliorare l'aderenza.

Fabrizio Macagno, Universidade Nova de Lisboa

Come analizzare la comunicazione? Schemi argomentativi, euristiche, tipi di dialogo

La definizione dello status quo della comunicazione medico-paziente, al fine di individuare possibili interventi e miglioramenti, presuppone strumenti di analisi che possano essere usati per valutare la struttura e la qualità sia delle modalità dialogiche che degli argomenti e ragioni usate nel processo decisionale e informativo. A tale fine è utile guardare ai modelli teorici sviluppati in teoria dell'argomentazione e nelle discipline ad essa connesse. In particolare, tre strumenti possono risultare estremamente utili per l'analisi della comunicazione: i tipi di dialogo, gli schemi argomentativi e le strategie euristiche.

I tipi di dialogo sono modelli astratti che rappresentano le principali finalità e modalità dialogiche. Sulla base del rapporto tra gli interlocutori, della conoscenza condivisa, e del fine comunicativo (per esempio ottenere e fornire informazioni, prendere una decisione condivisa, ecc.) è possibile definire sequenze astratte e ideali di interazione. Gli schemi argomentativi sono strumenti per analizzare la struttura e la qualità degli argomenti, riconducendo le ragioni presentate e discusse a schemi prototipici che evidenziano le premesse implicite e le possibili criticità. Tali modelli di ragionamento possono essere usati per ricostruire la conoscenza di fondo degli interlocutori e l'implicito comunicativo, oltre a identificare i punti deboli di un argomento. Le strategie euristiche sono infine la rappresentazione dei ragionamenti automatici su cui spesso fondiamo le nostre decisioni. Le euristiche sono associazioni tra situazioni prototipiche (per esempio dover scegliere cosa mangiare in casa) e decisioni (scegliere uno specifico alimento) sulla base di meccanismi basati per esempio sull'abitudine (ciò che si fa sempre è preferibile), sull'accessibilità (ciò che è immediatamente riconducibile alle proprie esperienze è preferibile), o al rinforzo dell'immagine personale (ciò che è conforme al mio ruolo di padre di famiglia/onesto lavoratore/sportivo è preferibile).

Questi strumenti permettono di identificare le debolezze comunicative e di sviluppare strategie finalizzate a migliorare specifici aspetti delle interazioni. L'analisi quantitativa e qualitativa dei risultati può permettere un trattamento statistico dei dati.

Maria Franca Mulas, Medico diabetologo, Azienda Ospedaliera, Cagliari

L'incompetenza argomentativa: un'ulteriore complicanza nella cura del diabete

Partendo da alcuni esempi paradigmatici di un'insufficiente relazione medico-paziente, derivati da racconti tra colleghi e dai diari delle cartelle cliniche, si rileva come le conoscenze argomentative dei

medici e degli operatori sanitari debbano essere sviluppate. Si osserva con molta frequenza una forte asimmetria nell'uso delle parole nel colloquio che intercorre tra medico e paziente che minaccia la comprensione del progetto assistenziale e mina la realizzazione di un'efficace personalizzazione delle cure.

Le principali banche dati sanitarie in diabetologia documentano un'insufficiente attuazione dei principali processi diagnostici e un raggiungimento degli obiettivi terapeutici migliorabile.

La formazione in sanità è da sempre maggiormente interessata all'accrescimento delle competenze conoscitive e delle abilità correlate agli aspetti più tradizionalmente tipici della professione medica, farmaci, tecnologie, modelli organizzativi.

La letteratura più recente, invece, attribuisce a quest'aspetto della competenza professionale solo il 10% degli esiti di salute, mentre il 50% è legato a fattori sociali e comportamentali. Per giungere a decisioni condivise tra medico e paziente è necessaria la convergenza delle migliori evidenze traslate nella pratica assistenziale con un'appropriata capacità comunicativa. Ci sono prove che documentano come le linee guida applicate senza considerare le preferenze dei pazienti siano destinate a fallire.

Queste considerazioni suggeriscono che alcune risorse devono essere investite, perché i medici possano formarsi per migliorare questa dimensione della competenza professionale. Una delle tecnologie sanitarie che si sta imponendo per favorire la condivisione delle decisioni sanitarie è la medicina narrativa. L'approccio a questo tema richiede un forte impegno, perché si tratta di superare il nozionismo e il riduzionismo biomedico che vengono dall'ordinamento del corso di laurea in medicina e chirurgia.

Nicoletta Musacchio, Medico diabetologo, I.C.P. Cusano Milanino; Vice Presidente Associazione Medici Diabetologi

Il Progetto “Brain&Dia”

Lo studio Brain&Dia AMD è un progetto di ricerca emozionale sviluppato con l'intento di sondare i processi mentali, sia razionali che inconsci, alla base della scelta terapeutica, con un particolare riguardo all'inizio e/o all'utilizzo della terapia iniettiva per evidenziare e riconoscere eventuali ambiti legati all'inerzia terapeutica. Con questo studio si è focalizzata l'attenzione sul funzionamento/caratteristiche/bisogni del medico, al fine di migliorare le competenze del diabetologo e soprattutto identificare e proporre strumenti utili per impostare una relazione di cura più efficace.

Materiali e metodi. Allo studio hanno partecipato 40 diabetologi (46% donne e 54% uomini), coinvolgendo 19 Strutture territoriali e 21 Strutture ospedaliere, di cui 14 del Nord d'Italia, 12 del Centro e 14 del Sud. Sono state condotte 40 interviste *vis-à-vis* con domande sia sul piano razionale che su quello emozionale. I contenuti delle interviste sono stati poi inseriti in un database dal quale si sono potuti identificare i concetti ricorrenti. Si è potuto così organizzare un database (metodo e sw Mix-Covery® validato a livello internazionale – tecniche Harvard School of Business) dal quale sono emerse le aree che generano resistenze e contraddizioni.

Risultati. Dall'analisi delle interviste non sono state riscontrate significative differenze tra i diversi operatori né per sesso, né per collocazione operativa né geografica, ma si sono evidenziate forti contraddizioni tra la lettura razionale e il vissuto del medico sui seguenti argomenti: 1. Difficoltà di gestione della cronicità; 2. Presa di distanza dalle proprie emozioni; 3. Sopravvalutazione e fraintendimento della comunicazione verbale; 4. Mancanza di consapevolezza del vissuto del medico; 5. Pregiudizi sulla terapia insulinica.

Dai risultati è chiaramente emerso come davvero ci sia la necessità di indagare questo ambito e dall'ottimo ritorno avuto dagli intervistati abbiamo avuto un'ulteriore conferma della necessità di percorrere questo nuovo canale di studio e ricerca che può fornire nuovi strumenti di miglioramento per la nostra quotidianità di professionisti.

Giuseppe Riva – Serena Barello, Università Cattolica del Sacro Cuore

Tecnologie positive per il patient engagement

Da alcuni decenni appare diffusa e ricorrente l'idea che le pratiche di cura, per essere efficaci rispetto ai loro obiettivi, richiedano il riconoscimento del ruolo attivo dei loro destinatari (Bodenheimer et al., 2002). In un contesto in cui la partecipazione attiva dei pazienti è oggi più che mai all'ordine del giorno, il concetto di *patient engagement* è riconosciuto, a livello accademico e manageriale, come una strategia efficace per favorire una maggiore autonomizzazione dell'individuo nella gestione consapevole della propria malattia, nell'ambito di una buona relazione di partnership con il sistema sanitario. In un simile scenario risulta evidente la necessità di promuovere azioni di innovazione in merito alla facilitazione della comunicazione/relazione tra il paziente e il suo network di cura.

L'eHealth (Eysenbach, 2001) – tecnologie dell'informazione e della comunicazione per sostenere e promuovere la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il monitoraggio delle malattie e la gestione della salute e dello stile di vita – è riconosciuta come una promettente strategia per innovare le organizzazioni sanitarie e migliorare gli scambi tra i pazienti e i loro *health providers*.

Tuttavia, ad oggi, scarsa attenzione è stata dedicata alle caratteristiche delle tecnologie realmente capaci di promuovere l'engagement dei pazienti. Gli autori di questo contributo discuteranno il valore del Patient Health Engagement (PHE) Model (Graffigna et al., 2013a, 2013b, 2014; Wiederhold & Riva, 2013) e del paradigma della Tecnologia Positiva (TP) (Riva, 2012) per la progettazione e realizzazione di tecnologie basate sui mutevoli bisogni dei pazienti lungo il loro percorso di cura e le loro potenzialità nel sostenere il processo di *patient engagement*.

T. Bodenheimer., E.H. Wagner., K. Grumbach, Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. JAMA 288 (2002), 1909-1914.

G. Eysenbach, What is e-health? Journal of medical Internet research 3 (2001)

G. Graffigna, S. Barello, G. Riva. Technologies For Patient Engagement. Health Affairs 32 (2013), 1172 (a)

G. Graffigna, S. Barello, B.K. Wiederhold, A.C. Bosio, G. Riva, Positive Technology as a Driver for Health Engagement. Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine 9 (2013) (b)

G. Graffigna, S. Barello, S. Triberti, B.K. Wiederhold, A.C. Bosio, & G. Riva (2014). Enabling eHealth as a Pathway for Patient Engagement: a Toolkit for Medical Practice. Studies in health technology and informatics, 199, 13-21.

G. Riva. Personal Experience in Positive Psychology May Offer a New Focus for a Growing Discipline. American Psychologist 67 (2012), 574-575.

B.K. Wiederhold, G. Riva, (Eds.), Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine 2013: Positive Technology and Health Engagement for Healthy Living and Active Ageing, Ios Press, Amsterdam, 2013

Elenco dei relatori

Serena Barello, Università Cattolica del Sacro Cuore
serena.barello@unicatt.it

Sarah Bigi, Università Cattolica del Sacro Cuore
sarah.bigi@unicatt.it

Antonio Bonaldi, Presidente Slow Medicine
abonaldi@libero.it

Silvia Cavalieri, Università degli Studi di Milano
silvia.cavalieri@unimi.it

Alberto Giannini, Medico di Terapia intensiva Pediatrica, Ospedale Policlinico di Milano
a.giannini@policlinico.mi.it

Giovanni Gobber, Università Cattolica del Sacro Cuore
giovanni.gobber@unicatt.it

Giulia Lamiani, Università degli Studi di Milano
giulia.lamiani@unimi.it

Fabrizio Macagno, Universidade Nova de Lisboa
fabriziomacagno@hotmail.com

Maria Franca Mulas, Medico diabetologo, Azienda Ospedaliera, Cagliari
mariafranca.mulas@tiscali.it

Nicoletta Musacchio, Medico diabetologo, I.C.P. Cusano Milanino; Vice Presidente Associazione Medici Diabetologi
nicoletta.musacchio@gmail.com

Giuseppe Riva, Università Cattolica del Sacro Cuore
giuseppe.riva@unicatt.it

Elena Vegni, Università degli Studi di Milano
elena.vegni@unimi.it

Il Progetto

Titolo: Argomentare bene per curare meglio. Strategie e meccanismi della persuasione nella cura delle malattie croniche

Coordinatore: Sarah Bigi, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

Ente finanziatore: MIUR – “Programma Futuro in Ricerca 2013” – Protocollo RBFR13FQ5J

Durata: marzo 2014 – marzo 2017

Dove: Dipartimento di Scienze linguistiche e letterature straniere, Università Cattolica del Sacro Cuore – Milano

URL: www.unicatt.it/healthyreasoning ; www.unicatt.it/healthyreasoning-eng