

# Samozdravljenje in problem izbire

Alan Kelher

**Trinajstega februarja 2014 je v državnem zboru potekala javna predstavitev mnenj na temo samozdravljenja. Naj spomnimo, jeseni 2013 je Slovenski konopljin socialni klub uspešno zbral podpise za obravnavo Predloga Zakona o samozdravljenju (8.835 podpisov). Javna predstavitev mnenj naj bi tako podala odgovor predvsem na vprašanje, ali in kako samozdravljenje prispeva k zaščiti in višanju kakovosti zdravja posameznika in družbe kot celote?**

Predlog Zakona o samozdravljenju namreč, kot je zapisano na spletni strani kluba, »daje pravico do odločanja o lastnem telesu in načinu ohranjanja svojega imunskega sistema ter hkrati pravico do gojenja rastlin v te namene«. Toda čeprav ima objavljeni predlog kar nekaj metodoloških in vsebinskih pomanjkljivosti, me na tem mestu bolj zanima, zakaj do take pobude sploh pride, na katero morebitno sistemsko pomanjkljivost zdravniškega tretmaja opozarja in navsezadnje želim razumeti manj očitne posledice takšnih pobud, ki jih v državnem zboru najbrž ne bomo slišali.

## Šumi v komuniciranju med zdravniki in bolniki

Enega izmed prvih razlogov za tovrstne pobude bi morda lahko iskali v neuspešni komunikaciji med zdravnikom in bolnikom. Sposobnost dobrega komuniciranja namreč preseže različne pripovedne stile, ki izhajajo iz različnih razlag bolezni, te pa iz različnih zaznavnih ravni bolnika in zdravnika (Arthur Kleinman: *Patients and Healers in the Context of Culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*). Komunikacijski šumi se s tem zmanjšajo na minimum. Kleinman namreč s konceptom razlagalnega modela (*explanatory model*) pokaže, da je bolezen vrsta razlage, pri čemer zdravnik uporablja znanstven model razlage, ki se artikulira s pomočjo univerzalnega kliničnega jezika, bolnik pa partiku-

larni model razlage, ki je produkt posameznikovega razumevanja (in ožjega družbenega konteksta, iz katerega izhaja). Na podlagi te konstruktivistične perspektive Kleinman loči med *obolelostjo* (*illness*) in *boleznijo* (*disease*) (v slovenščini nimamo konsenza glede prevoda navedenih angleških terminov, ki sta sicer mednarodno uveljavljena v antropološki stroki; Uršula Lipovec Čebren (*Tradicionalni zdravitelji in spiritualni mediatorji v Istri*) *illness* prevaja z *boleznijo*, *disease* pa z *bolezenskim stanjem*). *Illness* se nanaša na bolnikovo osebno doživljanje bolezni, pa tudi na odzive njegove bližnje okolice, npr. družine. *Disease* pa se nanaša na biomedicinsko interpretacijo fiziologije in patologije bolnika.

Zdravnik zato prisluhne bolnikovemu zaznavanju bolezni in ga prevede oziroma nadomesti z jezikovnim kategoriziranjem, standardiziranjem in postvarjenjem simptomov. Zdravnik je namreč tisti, ki identificira bolezen oziroma njene simptome poveže v smiselno celoto, ki se ji reče diagnoza. Z njo potrди, spremeni, dopolni ali pa ovrže bolnikovo razlago ali kozmologijo bolezni, s čimer tudi vpliva na njegov položaj v tem odnosu; če je bolnikova kozmologija bolezni pravilna in zdravnik potrди njegovo diagnozo, s tem tudi utrди oziroma legitimira bolnikovo recepcijo bolezni in podeli določen status veljave njegovi interpretaciji. Poveča mu samozavest. In nasprotno. Lahko pa *zdravniški žargon*, s katerim operira zdravnik, bolniku ne le

otežuje razumevanje povedanega, tako navodil, diagnoz kot nasvetov, temveč jih lahko napelje tudi k napačnim zaključkom pri razumevanju bolezni in iskanju ustrezne terapije. Končni rezultat je lahko iskanje alternativnih modelov zdravljenja (Mirjana Ule: *Psihologija komuniciranja*).

Poleg uporabe *neosebne*, *profesionalnega jezika* k simbolni distanci v intimnem odnosu med zdravnikom in bolnikom pripomorejo še druge »maske klinične nedostopnosti«, ki prispevajo k pomanjkljivi komunikaciji med bolnikom in zdravnikom; izpostaviti gre predvsem pomanjkanje časa (zdravnik splošne medicine ima za vsakega pacienta odmerjenih le sedem minut). Zdravnik je tako omejen na preučevanje in opazovanje oziroma zaznavo tistih najbolj očitnih dejavnikov, ki mu služijo pri diagnosticiranju, ne more pa vzpostaviti bolj osebnega in empatičnega odnosa z bolnikom. Komunikacija postane tako večinoma enosmerna, v obliki navodil, bolnik pa dobi le tiste informacije, ki jih zdravnik želi razkriti in ki jih je uspel razbrati na podlagi skromnega odnosa z bolnikom. S tem pa se omeji tudi zdravljenje, saj brez polnega sodelovanja bolnika tudi zdravnik ne more biti bolj uspešen. Posluš za bolnikovo pripoved in pripovedni stil je torej bistven. Navsezadnje pa zadržke v komunikaciji med zdravnikom in bolnikom najbrž vzbuja tudi samo okolje, v katerem se komunikacija odvija, nekakšen »teritorij oskrbe«. To je prav določeno okolje, prostor zdravstvenih domov in bolnišnic, ki je visoko depersonalizirano, formalizirano in tehnizirano, kar lahko bolnike sili k begu v bolj nevtrarno oziroma domače okolje.

## Odnosi med bolniki in zdravniki

Vrsto (ali uspešnost) komuniciranja Uletova ukalupi v 3 glavne modele odnosov v zdravstveni praksi, ki sicer do neke mere kažejo tudi zgodovinski razvoj odnosov med bolnikom in zdravnikom: paternalistični, pogodbeni in partnerski model.

*Paternalistični model* odnosov zajema pasivnega bolnika ter do-

minantnega in aktivnega zdravnika. Potek zdravljenja je odvisen od zdravnikovega znanja, medicinske tehnologije, s katero si pomaga, in zdravstvenega osebja, ki mu asistira. Ker je bolnik obravnavan kot objekt, leži vsa odgovornost zdravljenja na zdravniku. Opazna je zgodovinska in kulturna analogija s šamani in vrači, saj zdravljenje temelji na pooblastitvi uporabe moči, ki izhaja iz posebnega znanja ali poklicnosti. Zaupanje bolnikov v zdravnike in v njihovo posebno vlogo in moč je tako ključnega pomena. Ta model je sicer v zatonu sorazmerno s širitvijo medicinskega znanja med laike, z večanjem izobrazbene pismenosti in splošne kulturne ravni. Bolniki so s temi dejavniki namreč postali enakopravnejši partnerji v poziciji moči.

*Pogodbeni model* vidi zdravnika kot ponudnika, bolnika pa kot povpraševalca po določenih zdravstvenih storitvah. V tem modelu precejšnjo vlogo igra medicinska tehnologija in diagnostika, ki še dodatno zmanjšujeta stik med zdravnikom in bolnikom. Medicina se tako lahko znajde na trgu ponudbe in povpraševanja, zato je podvržena tržnim zakonitostim in oglaševanju. Zdravnik kot »ponudnik« oziroma »prodajalec« lahko določi, če in kdaj bo uresničil zaželeno storitev, za katero je na podlagi etike pogodbe zgolj strokovno odgovoren. Bolnik kot »potrošnik« oziroma »kupec« oziroma plačnik pa odloča, kateri poseg želi opraviti na sebi. S tem postane zdravnik »trgovec«, ki zadovoljuje želje strank. Ta nevarnost narašča s privatizacijo zdravstvenih storitev in komercializacijo zdravstva na sploh. Deviacija pogodbenega odnosa je tudi preveliko zaupanje, tako zdravnikov kot bolnikov, v moč zdravstvene tehnologije, diagnostike in farmacije, ki pa se lahko hitro sprevrže v nasprotje – bolnikovo nezaupanje in zavračanje sodobne medicine in zdravlil, čemur pogosto sledi podobna slepa vera v alternativne pristope zdravljenja.

*Partnerski model* pa razume zdravnika in bolnika kot aktivna, enakopravna in zainteresirana partnerja v procesu podpornega sodelovanja in zdravljenja, saj si skupaj prizadevata za izboljša-





**Bolniki želijo imeti več besede pri zdravljenju, želijo, da se upošteva njihovo mnenje, kar posledično vodi tudi v željo po večji ponujeni izbiri. Bolniki so namreč danes bolj izobraženi in informirani, zato vedo, kaj ponuja trg. Vendar pa ima pluralnost izbire tudi svoje temne plati.**

nje zdravstvenega stanja. Tovrsten odnos je posledica sodobnih pričakovanj in standardov, ki od zdravnika in drugega zdravstvenega osebja terjajo izkušnje in strokovnost, od bolnika pa dejavnost, samoodgovornost in sodelovanje.

Omenjeni modeli odnosov se razlikujejo predvsem v vodenju in upravljanju z bolnikovimi občutki, čustvi in zaupanjem. V *partnerskem odnosu* tako za razliko vere v moč zdravnika kot osebe in osebnosti (paternalistični model) in vere v moč tehnike (pogodbeni model) prevladuje *moč zaupanja*. Danes predvsem medicinske sestre razvijajo podporni model odnosov in komuniciranja, poudarjajo udeležbo v interakciji z bolniki, v katerem razvijajo spodbujajoče razumevanje in skrb, ter tako nudijo alternativo instrumentalnemu odnosu do bolnikov, v katerem se zdravniki, kot njegovi nosilci, ukvarjajo predvsem z medicinsko tehničnimi vprašanji zdravljenja, s posredovanjem informacij in sprejemanjem odločitev.

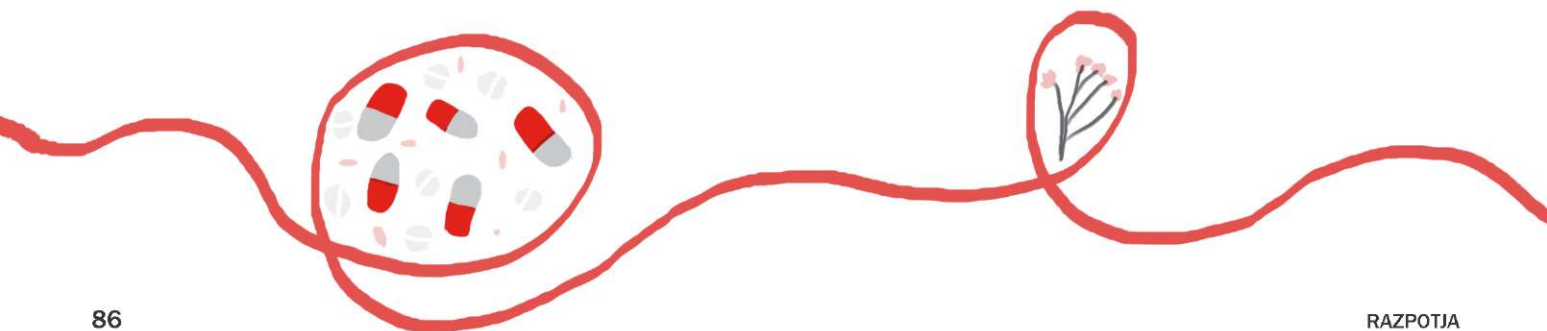
### Teorija izbire

Bolniki želijo imeti več besede pri zdravljenju, želijo, da se upošteva njihovo mnenje, kar posledično vodi tudi v željo po večji ponujeni izbiri (čeprav ta sploh ni nujno znanstveno utemeljena, npr. homeopatija). Bolniki so namreč danes bolj izobraženi in informirani, zato vedo, kaj ponuja trg.

Vendar pa ima pluralnost izbire poleg svoje postmoderne potrošniške privlačnosti svobode tudi manj očitne temne plati. Izbire se namreč drži tudi neke vrste frustracija, ki jo bežno obelodani Renata Salecl v svojem delu *Izbira*. Salecova opozarja, kako se z izbiro odgovornost premika od zdravnikov k bolnikom, saj bi zdravniki le nudili izbire, ne bi pa tudi odgovar-

jali za njihove posledice. Zdravnik po njenem namreč ne igra več vloge svetovalne in usmerjevalne avtoritete, ki bi pacientu nalagala, kar je najboljše za njega, temveč mu ponudi le paleto možnosti, na podlagi katere pacient zavestno izbira in podaja ali zavrne privolitev v posamezno možnost. V takšnem odnosu je prisoten koncept *opolnomočenja* (*empowerment*), ki posameznika navdaja z občutkom, da se je racionalno (na podlagi svojega povečanega znanja) in odgovorno odločil sebi v prid, s čimer se znebi občutka, da slepo in ponižno sledi avtoriteti. Koncept opolnomočenja se je v zadnjih desetletjih razširil na mnoga področja, tudi področje javnega zdravja oziroma promocije zdravja, vendar pa na nekaterih področjih lahko pride do njegove manipulacije. To je najbrž posledica tudi čedalje večje pravne odgovornosti zdravnikov v primeru zapletov.

Po drugi strani, ironično, nekateri primeri kažejo (Salecova navaja študijo kardioloških bolnikov iz Izraela), da ravno nevednost, negiranje oziroma zanikanje bolezni prispeva k boljšemu zdravju in celo daljši življenjski dobi v primerjavi z nenehnim »nadziranjem«<sup>»</sup> zdravja in obremenjevanjem z njim, in zaradi česar postaneta bolezen in bolnišnično zdravljenje še bolj strašljiva. Poleg tega je privolitev v izbiro brez ustreznega medicinskega znanja le farsa (to velja sicer tudi za samozdravljenje), s katero se zdravniki izogibajo odgovornosti. Pravzaprav ravno neizbira, ne glede na to, ali je vsiljena preko avtoritete ali pa ko možnosti izbire pravzaprav ni, vpeljuje pojem odgovornosti. Vsakršna izbira se začne izmikati odgovornosti. Svoboda izbire je namreč v teoriji dokaj všečna, dokler se stvari ne zakomplicirajo, saj ob bolj resnih boleznih bolniki radi prepuščajo odločitve avtoritetam. (Morda bi na tem mestu kdo



pomislil na dejstvo, da se tudi zdravljenja bolj resnih obolenj, npr. raka, ljudje lotevajo mimo biomedicine. A, prvič, h konkurenčnim zdravstvenim pristopom se težji bolniki navadno zatečejo šele potem, ko biomedicina odpove, in drugič, to ne pomeni zmanjševanja pomena zdravstvene avtoritete kot take, temveč gre zgolj za prenos le-te na konkurenčni sistem zdravljenja.) Saleclove tako navaja Barryja Schwarza (*The Paradox of Choice: Why More is Less*), ki je predstavil rezultate ankete, v kateri so skupino zdravih ljudi spraševali, ali bi si v primeru diagnoze raka želeli izbirati med različnimi terapijami. 65 % vprašanih je odgovorilo pritrdilno. Med resnično obolelimi za rakom jih je želelo izbirati le še 12 %.

Na to opozarja tudi Uletova, saj po njenem lažji bolniki zavzemajo pozicijo *avtonomnega človeka*, njihovo zaupanje vase je večje, zato tudi ni potrebe niti želje po navezavi na zdravnika, zaradi česar ga »doživljajo kot drugega, tujega«. Pri vzpostavljanju distance jim pomaga tudi (nehoteno) porabniško oziroma potrošniško obnašanje, s katerim navsezadnje lažje obvladujejo strah in negotovost. Pri težjih bolnikih je situacija drugačna. Ti ne posegajo po poziciji avtonomnega človeka, pač pa (čustveno) *odvisne osebe*, saj v zavetju zdravnika ne iščejo le pomiritve, ampak želijo v zavezi z njim rehabilitirati svoje zdravstveno stanje. Poleg tega je zaradi težavnosti bolezni jasno, da bo potreben daljši stik z zdravnikom, v katerem bo potrebno vzpostaviti pristnejši odnos. Ker gre za *proces*, je tudi odnos globlji – pričakuje se vzajemno sodelovanje. Samozdravljenje ima tako morda do neke mere smisel v okviru lažje bolezni, vendar pa izkušnja težje bolezni daje zdravniški oskrbi drugačen pomen. Navsezadnje tesnoba, ki raste z resnostjo obolenja, pušča vidne posledice, ki so merljive. Saleclove navaja zgovoren primer, ko je kanadsko ministrstvo za zdravje s študijami ugotovilo, da negotovost oziroma z njim povezan stres, ki ga povzročajo ne-transparentne čakalne liste za sprejem v bolnišnico, pripomore k poslabšanju zdravstvenega stanja oziroma simptomov obolele populacije. Ko so zdravnikom odvzeli pristojnost za sestavo

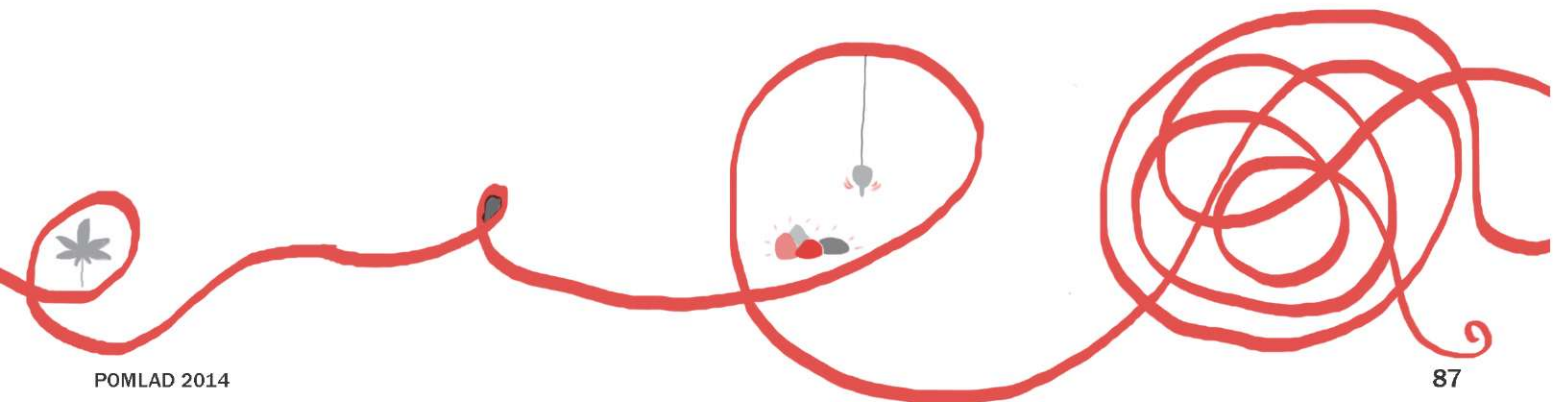
tovrstnih list (ti so jih lahko zaradi lastnih interesov tudi namerno podaljševali) in jih prenesli na posebne lokalne organe, ki so poskrbeli tudi za njihovo javno objavo na internetu, se je namreč znatno izboljšalo zdravstveno stanje populacije, saj se je strah pred nepravilnim (predvsem pa negotovim) čakanjem na zdravstveno obravnavo precej zmanjšal.

V Sloveniji se čakalne dobe za zdravstvene storitve sicer lahko preveri na spletni strani Ministrstva za zdravje in ZZSZ, vendar je pri nas, kot je 18. 2. 2014 v državnem zboru na 19. nujni seji Odbora za zdravstvo v svoji javni predstavitvi pripomnila kandidatka, kasneje pa potrjena ministrica za zdravje (ki je v tem času odstopila, op. ur.), dr. Alenka Trop Skaza, »še vedno dovoljen sistem dvoživk, dopoldan javno, popoldan zasebno«, pri čemer je še posebej problematično »preskakovanje na nacionalnih čakalnih listah preko samoplačniških ambulant«, in sicer na način, »da se preskakujejo čakalne vrste s pregledom v popoldanskih samoplačniških ambulantah pri istem izvajalcu, ki bo potem bolnika nadalje oskrbel v ambulanti javnega zdravstva«. Morda gre pri iniciativi samozdravljenja tako iskati razloge tudi v netransparentnosti sistema in ne v sistemu kot takem.

### Antropologija ruralnega zdravja

Kako pomembna je zdravstvena oskrba potrjujejo tudi antropološke raziskave. Medicinski antropolog David Napier je na enem od svojih predavanj (*Applied medical anthropology: health care projects in rural areas*, 2008) predstavil izsledke neke študije, ki je sicer želela raziskati vpliv centralizacije na odročna in ruralna območja. (Raziskovanje ruralnih območij se lahko izkaže za še posebej dobrodošlo v primerjalne namene, saj je so družbeni odnosi v manjših lokalnih skupnostih navadno bolj homogeni kot v družbeno bolj heterogenem urbanem okolju, s čimer se tudi lažje izkristalizirajo določene primarne in ek-sistencialne potrebe.)

Napier je podal primer »racionalizacije« nacionalnega zdravstvenega sistema (*National Health Service*) v Veliki Britani-





ji, kjer so novi laburisti že pred leti začeli ukinjati bolnice v ruralnih območjih z argumentom, da je njihov obseg storitev premajhen, da ne premorejo dovolj opreme, da ne zdravijo dovolj dobro, češ da imajo premalo posameznih primerov letno, na podlagi katerih bi ustrezno vzdrževali nivo strokovnega znanja, itd. Nasproti temu so si zamislili rešitev v gradnji t. i. »centrov zdravstvene odličnosti«, s katerimi bi izboljšali storitve in učinkovitost. Z vidika optimizacije stroškov imajo morda prav, toda takšni kratkovidni ukrepi imajo na lokalne skupnosti še neke druge daljnosežne učinke. Leta 2002 so na namreč Škotskem izvedli raziskavo, v kateri so spraševali prebivalce, kateri so – po njihovem mnenju – prvi in najosnovnejši elementi za preživetje skupnosti. Oziroma natančneje, katere so najpomembnejše stvari, brez katerih ne bi zmogli, če bi želeli imeti skupnost v ruralnem območju. Odgovor je bil (v tem vrstnem redu): zdravnik, šola, dovolj prostora za shode oziroma zborovanje, najsi bo to cerkev za religiozne potrebe ali pa mestna hiša za sekularne in pošta. Če je torej zdravniška oskrba najpomembnejša za kohezijo ruralne skupnosti, potem vlada z gradnjo t. i. centrov odličnosti kvečjemu razgrajuje lokalno skupnost. Ali res pričakuje, da bodo npr. starejši ljudje premagovali velike razdalje do teh centrov odličnosti zaradi tamkajšnje morebitne boljše medicinske ponudbe?

Za nas je ta raziskava pomembna tudi zato, ker se je v zadnjih letih enaka vladna iniciativa odvijala tudi v Sloveniji; naj spomnim samo na primer racionalizacije mreže 14 porodnišnic

Slovenije za racionalizacijo mreže poslovalnic, s katerim najmanjše in najmanj rentabilne poslovalnice že več kot leto dni ukinja, čeprav je res, da ne ukinja poštnih storitev kot takih, temveč le spreminja poslovalnice v pogodbeno, kar pomeni, da delo nadaljujejo v prostorih pogodbenih partnerjev, najpogosteje v trgovinah ali drugih lokalih).

### Prelaganje odgovornosti

Navsezadnje pa se utegne s samozdravljenjem (kljub izmuzljivi definiciji) še bolj individualizirati neoliberalna in postmoderna odgovornost posameznika do samega sebe in posledično družbe (to je sicer ena najostrejših kritik v sociologiji zdravja). To bo takorekoč neizbežna posledica.

Tudi tu Salecova poda primer iz novejšje zgodovine. Ko so Američani poslali na Luno prvega človeka, se je dodatno okrepila vera v znanost. Ravno v tistem času je zato predsednik Richard Nixon suvereno napovedal odločen boj proti raku – postal je ena glavnih nalog na zdravstvenem področju –, češ da odgovori znanosti niso več daleč. Ko se je boj izkazal za neuspešnega, hkrati pa se je v družbi še okrepil individualizem, je ta bolezen postala stvar posameznika. S samozdravljenjem je posameznik v celoti postal odgovoren za nastanek raka (slabe življenjske navade) in celo za njegovo zdravljenje po diagnozi. Salecova hkrati opozarja na dejstvo, da se je ideja samozdravljenja razbohotila ravno v trenutku, ko je čedalje več držav odprlo vrata privatizaciji javnih zdravstvenih storitev (zveni

**Salecova opozarja, kako se z izbiro odgovornost premika od zdravnikov k bolnikom, saj bi zdravniki le nudili izbire, ne bi pa tudi odgovarjali za njihove posledice. Zdravnik po njenem namreč ne igra več vloge svetovalne in usmerjevalne avtoritete, ki bi pacientu nalagala, kar je najboljše za njega, temveč mu ponudi le paleta možnosti, na podlagi katere pacient zavestno izbira in podaja ali zavrne privolitev v posamezno možnost.**

oziroma ginekološko-porodniških oddelkov iz leta 2009, ki je predlagala ukinitve enot, kjer so opravili povprečno manj kot 2 poroda dnevno (tj. v Brežicah, Trbovljah, Kopru in na Jesenicah) in kjer je bilo zato po mnenju delovne skupine Ministrstva za zdravje ekonomsko in strokovno vprašljivo financiranje popolne opreme in kadrov (minimalni kadrovski normativ za vzdrževanje delovanja porodne sobe in izračunani letni bruto osebni dohodek zanj je po takratnih izračunih znašal nekaj čez 820.000 EUR). (Mimogrede, podobno velja tudi za načrte Pošte

domače?), saj je bilo čedalje več ljudi nezadovoljnih z javnim zdravstvom, zasebnih storitev pa si je lahko privoščilo čedalje manj ljudi.

Tako bi lahko pobudo za samozdravljenje razumel kot klic na pomoč, poziv k izboljšanju (npr. na ravni komuniciranja oziroma odnosov, transparentnosti, utrditve institucionalne prisotnosti izven urbanih centrov) ali pa vsaj ohranitvi javnega zdravstva kot takega. Vsekakor prispeva k paleti odgovorov najmanj kot refleksija trenutnega stanja. ●





## Jepov Rim: neskončna lepota

Francesco Condello

**Dandanes je vse težje razumeti razloge, ki filmu prinesejo uspeh in posvečeni status. Še bolj zahtevno pa je predvideti, ali bo film ostal zapisan v zgodovini kinematografije ali pa bo sčasoma zapadel v pozabo. To v veliki meri velja tudi za leto 2013, v katerem tudi oskarji, ki smo jih spremljali v začetku marca, niso zmogli izpostaviti pravega zmagovalca: najpomembnejše nagrade (za najboljši film, najboljšo igralsko zasedbo, najboljši scenarij ...) so bile tako razdeljene med pol duzata filmov, prejemnik največjega števila kipcev (*Gravitacija*, triler mehiškega režiserja Cuaróna, ki se odvija na Mednarodni vesoljski postaji) pa je svojo bero požel večinoma z nagradami »tehnične« narave. V času, ko vlada vsesplošno prepričanje, da se oskarji, ki so nekoč predstavljali nesporno avtoriteto na področju kinematografije, vse bolj nagibajo k potrditvi finančnih investicij velikih produkcijskih hiš in okusa masovne publike, smo se odločili, da se bomo osredotočili na izdelek, nagrajen v kategoriji najboljšega tujejezičnega filma.**

V tej kategoriji so bili skozi leta vedno nagrajevani kakovostni filmi, ki se po namerah, še bolj pa po proračunu, močno razlikujejo od hollywoodskih blockbusterjev: ukvarjali se bomo z *Neskončno lepoto* (*La grande bellezza*, 2013) italijanskega režiserja Paola Sorrentina.

### **Mojstrovina ali »prebrisan« film?**

Vse od uradne predstavitve na lanskem festivalu v Cannesu je *Neskončna lepota* počasi pridobivala vse večje odobravanje kritike in občinstva, zmagovala nagrado za nagrado (najboljši tuji film na angleških nagradah BAFTA in Golden Globes, absolutni zmagovalec Evropskih filmskih nagrad) in ustvarila tisto ustno izročilo, ki je osnovni vzvod vsakega neameriškega filma, ki želi prodreti v Hollywood.

Pri tem pa je zanimivo, da navdušenje, ki je zavladovalo po svetu, ni ustrezno odmevu v domovini, čeprav bi lahko pričakovali, da se bo to spremenilo vsaj po tem, ko je osvojil oskarja, pač po stari italijanski navadi, da se v zadnjem trenutku pridruži zmagovalcu. V Italiji je bil splošni sprejem kritike in publike hladen, če že ne izrecno negativen. K temu je nedvomno prispevala neprimerna (in izjemno reduktivna) etiketa nove »dolce