

Medicina Narrativa: quale formazione per la competenza narrativa

Esperienza e letteratura a confronto

FRANCESCA MEMINI, VENUSIA COVELLI*

RIASSUNTO: A vent'anni dalla sua nascita la comunità scientifica della medicina narrativa sta proseguendo un processo di riflessione e definizione dei suoi assunti, a partire da quello di competenza narrativa. Prendendo spunto da alcune esperienze e riflessioni personali sulla formazione in medicina narrativa, le autrici aprono possibili strade di indagine e confronto.

PAROLE CHIAVE: Medicina narrativa, competenza narrativa, formazione

ABSTRACT: Twenty years after its birth, the narrative medicine scientific community is continuing a process of reflection and definition of its assumptions, starting from that of narrative competence. Taking inspiration from some personal experiences and reflections on training in narrative medicine, authors open possible paths of investigation and comparison.

KEYWORDS: Narrative medicine, narrative competence, training

* Centro di Ricerca STORIOSS, Facoltà di Psicologia, Università e-Campus, Novedrate, Como.

1. Introduzione

Il 10 novembre 2017, dopo un viaggio in aereo di otto ore e vari spostamenti, varcai finalmente la soglia della Columbia University di New York per prendere parte a un Workshop di medicina narrativa tenuto da Rita Charon e il team di professionisti che da anni collabora con lei per la formazione dei medici della Columbia.

Al termine dei tre giorni di formazione, tornai a casa affascinata dal metodo, ma allo stesso tempo perplessa riguardo alla possibilità di trasferirlo o replicarlo tra le corsie dei nostri ospedali. Mi era parso semplice vederlo applicare nel contesto della Columbia, dove il metodo è nato e da anni gli operatori sanitari respirano la medicina narrativa, ma non appena l'aereo atterrò a Milano, pensando invece al nostro ambiente sanitario, il tutto mi parve impraticabile. Oggi, come allora, per la formazione in medicina narrativa ritengo imprescindibile l'acquisizione delle competenze narrative secondo la formazione classica di Rita Charon, ma le specificità del nostro contesto sanitario mi portano a pensare che forse dovremmo integrare tale formazione con altri aspetti altrettanto importanti che saranno discussi nel presente contributo. (VC)

Sono passati alcuni anni, anni in cui all'esperienza di discenti si è affiancata quella di formatori, durante i quali abbiamo maturato alcune domande e dubbi sulla formazione in Medicina Narrativa. I dubbi nascono spesso dalla constatazione di uno scarto tra teoria ed esperienza vissuta, tra teoria e pratica, forse tra aspettative e realtà. In questo articolo vogliamo provare a raccogliere alcuni dei nostri dubbi, attraverso la narrazione di esperienze personali e alcuni riferimenti alla letteratura scientifica, senza l'ambizione di trovare facili soluzioni, ma con l'intenzione di aprire una conversazione costruttiva.

Partiamo da quello che dovrebbe essere un punto fermo: la competenza narrativa. Che cosa ne sappiamo?

2. Cosa sappiamo sulla formazione narrativa: la competenza narrativa

Rita Charon (2001) individua l'ingrediente caratteristico della ricetta della Medicina Narrativa nella "competenza narrativa":

La medicina narrativa fortifica la pratica clinica con la competenza narrativa per riconoscere, assorbire, metabolizzare, interpretare ed essere sensibilizzati dalle storie

della malattia: aiuta medici, infermieri, operatori sociali e terapisti a migliorare l'efficacia di cura attraverso lo sviluppo della capacità di attenzione, riflessione, rappresentazione e connessione con i pazienti e i colleghi.

È questa competenza quindi ciò che è necessario acquisire/trasmettere nella formazione alla Medicina Narrativa.

I termini “attenzione, rappresentazione e connessione” utilizzati da Rita Charon sono identificati come le abilità che caratterizzano tale competenza. La pedagogia narrativa proposta dai pionieri della Columbia University – il primo corso di medicina narrativa è stato avviato negli anni 2000 – sembra aver assunto una forma precisa su un piano teorico con il passare del tempo e con l'esperienza: le formulazioni più complete e strutturate sono raccolte nel libro del 2017 *“The principle and practice of narrative medicine”*, mentre nel precedente libro di Rita Charon prevaleva un approccio fortemente empatico, apparentemente più mirato a comunicare il significato e il valore della medicina narrativa, anche attraverso metafore e aneddoti. Un libro che ci ha sicuramente fatto appassionare alla medicina narrativa, ma che non ci ha reso facile disgiungere il modello formativo dalla sua ideatrice e trovare strumenti di assessment riconosciuti dalla comunità scientifica.

In ogni caso, sappiamo che la medicina narrativa fin dalle sue origini “si dice in molti modi”, anche diversi da quello della Columbia University, e lo stesso vale per la competenza narrativa.

In Italia la Conferenza di Consenso “Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative” promossa nel giugno 2014 dall'Istituto Superiore di Sanità ha definito la specificità della medicina narrativa una competenza comunicativa:

Con il termine di Medicina Narrativa (mutuato dall'inglese Narrative Medicine) si intende una metodologia d'intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa. La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura. Il fine è la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato (storia di cura).

Facendo un banale paragone con i classici corsi di comunicazione per i professionisti sanitari, la competenza della medicina narrativa

sembra più una postura che non una lista di skills da acquisire o di azioni da compiere.

La dimensione di co-costruzione in particolare emerge nella riflessione di autori come John Launer. Medico di medicina generale e terapista familiare, John Launer (2009) individua nella competenza narrativa l'elemento che unisce le diverse correnti della medicina narrativa e la descrive come composta da abilità di ascolto ed espressione e interazione empatica attraverso il linguaggio.

Se Rita Charon paragona la storia di malattia a un testo narrativo, attingendo alla letteratura e alle arti come strumenti per affinare la competenza, John Launer mette l'accento sulla conversazione tra medico e paziente, come momento in cui si intrecciano e si co-costruiscono i significati. In che modo questa competenza si caratterizza come narrativa e non semplicemente linguistica o conversazionale?

Launer cita Vera Kalitzkus and Peter Matthiessen (2009), che identificano le seguenti abilità come parte della competenza narrativa in ambito clinico:

- sensibilità al contesto dell'esperienza di malattia e alla prospettiva del paziente;
- capacità di formulare una diagnosi in un contesto individuale anziché nel contesto di una descrizione sistematica della malattia e della sua eziologia;
- capacità di comunicazione narrativa, quali l'esplorazione delle differenze e delle connessioni, la formulazione di ipotesi e
 - la condivisione del potere;
 - l'auto-riflessione¹.

Qui servirebbe fare un passo indietro per definire che cosa si intende per narrazione, almeno a partire dal dibattito scatenato da Galen Strawson (Strawson 2004; Hyvärinen 2006, Schechtman 2007; Hydén

¹ Sensitivity to the context of the illness experience and the patient-centred perspective; Establishing a diagnosis in an individual context instead of merely in the context of a systematic description of the disease and its aetiology; Narrative communication skills such as exploring differences and connections, hypothesising [and] sharing power; Self-reflection. (Kalitzkus & Matthiessen 2009).

2013, Woods 2013; Hutto 2016), ma si tratta in un tema tanto complesso e non ancora sciolto nell'ambito della medicina narrativa (Ahlzén 2019), da richiedere una trattazione specifica.

Per ora ci limitiamo a mettere a fuoco alcune caratteristiche che emergono anche dalle precedenti definizioni di competenza narrativa:

- la narrazione veicola un sapere idiografico;
- esprime un punto di vista, un sistema di credenze e valori;
- è situata, contestuale;
- coinvolge l'ascoltatore in un processo interpretativo e di co-costruzione del significato che richiede consapevolezza della differenza di punti di vista e condivisione del potere.

Secondo un recente studio (Chu, Wen & Lin, 2020) “in diversi contributi in letteratura, la competenza narrativa presenta diverse connotazioni, ad esempio i professionisti con competenza narrativa mostrano empatia, capacità di riflessione, professionalità, affidabilità e altre caratteristiche presenti nel contesto clinico, o la competenza narrativa come combinazione di abilità di scrittura, creative e affettive. Le abilità di scrittura implicano la costruzione della struttura della storia, l'adozione di prospettive multiple e la comprensione delle metafore; le abilità creative implicano una varietà di interpretazioni dell'immaginazione, della curiosità, o la creazione di finali multipli, ecc. Le capacità affettive si riferiscono alla tolleranza dell'incertezza della storia oppure alle emozioni suscitate dalla storia”².

Constatata la mancanza di una definizione esplicita e condivisa di tale competenza narrativa, utile per valutare anche da un punto di vista quantitativo l'efficacia della formazione, gli autori dello studio si sono

² However, in different literature, narrative competence has various connotations, such as practitioners with narrative competence showing empathy, reflection, professionalism, trustworthiness and other characteristics in clinical circumstances, or narrative competence as a combination of textual skills, creative skills, and affective skills. Textual skills involve the confirmation of story structure, the adoption of multiple perspectives, and the understanding of metaphors; creative skills involve a variety of interpretations of imagination, curiosity, or the creation of multiple endings, etc.; affective skills refer to the tolerance of the uncertainty of the story or the emotions of entering the story, etc, affective skills refer to the tolerance of the uncertainty of the story or the emotions of entering the story, etc. (Chu, Wen & Lin, 2020).

proposti di esplorare il significato attribuito alla competenza narrativa da un gruppo di studenti di medicina narrativa e medical humanities taiwanesi (Chu, Wen & Lin, 2020). Il risultato della ricerca qualitativa, rappresentato nella Figura 1, ha consentito di identificare quattro temi principali che ruotano attorno alla competenza narrativa.

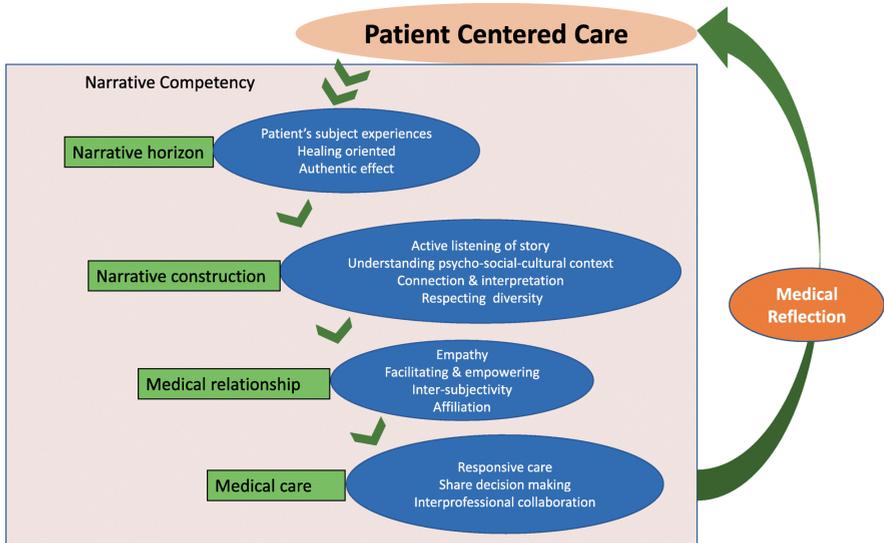


Figura 1. Diagramma integrato del quadro concettuale della competenza narrativa.
 FONTE: (Chu, Wen & Lin, 2020).

Lo studio presenta alcuni limiti: le esperienze raccolte appartengono a una comunità con determinate specificità culturali e che ha seguito un particolare modello di formazione. Il modello individuato non può essere generalizzato, ma piuttosto costituisce un'ipotesi da confermare. Sarebbe interessante ripetere lo studio anche in Italia.

Per quanto sia possibile constatare una “somiglianza di famiglia” tra tutte queste definizioni di competenza narrativa, permane un senso di incertezza, forse costituzionale di questo metodo, forse formativo esso stesso. Nella nostra esperienza emerge soprattutto una domanda: in che modo si correla la competenza narrativa alla pedagogia e alla didattica? Quello di competenza relativa resta comunque un concetto di per sé complesso e in quanto tale difficile da comprendere e da articolare in un metodo. Tale complessità si riflette anche nelle difficoltà di valutazione della formazione, rilevate nelle più recenti revisioni della letteratura (Milota, 2019; Remein *et al.*, 2019).

3. Come si insegna la Medicina Narrativa

Una recente pubblicazione (Milota, 2019) ha identificato un modello di formazione comune descritto nelle principali pubblicazioni scientifiche, basato su un *processo in 3 step*:

- 1) avvio di un processo riflessivo a partire dal close reading (lettura e analisi in profondità di una narrazione di malattia o di un testo letterario, un film, un'opera d'arte o un brano musicale);
- 2) un'attività di scrittura o di riflessione personale;
- 3) un momento di condivisione e discussione in gruppo degli step precedenti.

Si tratta, a grandi linee, del modello proposto da Rita Charon. Questo risultato potrebbe essere pregiudicato dalla maggiore facilità con cui un Paese anglofono riesce ad accedere alle pubblicazioni scientifiche, dalla “potenza” di una struttura come la Columbia University che da decenni sostiene il programma di formazione della Charon anche attraverso progetti di ricerca e da una sorta di processo di “colonizzazione” da parte della Columbia University della medicina narrativa a livello mondiale, anche grazie alla recente attivazione di un master online. A parziale riconferma di questi limiti, una precedente revisione (Wiezel, 2017), che teneva in considerazione la letteratura in tutte le lingue, giungeva a conclusioni differenti, riconoscendo l'impossibilità di individuare un unico modello.

Fatta questa premessa, mantenendo sempre aperto l'orizzonte a possibilità alternative, il modello di Rita Charon è quello che anche noi abbiamo sperimentato più spesso e a cui ci siamo ispirate nella formazione.

Vediamo nel dettaglio le tre fasi della formazione, secondo Rita Charon ma anche con qualche ingrediente alternativo.

3.1. Il close reading (lettura attenta)

Riprendendo le parole di Irvine e Charon (2017) in “*The principles and practice of narrative medicine*”:

Un modo per sviluppare la competenza narrativa è lo studio della letteratura e lo sviluppo della capacità di lettura attenta (close reading). Ascoltare le sto-

rie dei pazienti per capire come i narratori si trovano nella loro situazione attuale richiede la stessa competenza narrativa usata nella lettura di un testo letterario. Secondo noi, l'esercizio del *close reading* applicato ai contributi della grande letteratura sviluppa la competenza narrativa necessaria per comprendere, attraverso la *phronesis* aristotelica, la complessità morale e l'ambiguità.³

Definito “*the signature method of narrative medicine*” il *close reading* prende spunto da diverse discipline – la critica letteraria, la fenomenologia, la narratologia, l'antropologia, ecc – per fornire uno strumento capace di fortificare la competenza narrativa, in particolare la capacità di ascoltare con attenzione.

Lo scopo del *close reading* è di farsi coinvolgere profondamente con le persone e le loro storie, comprendendo come “*il significato di un testo è veicolato nella relazione dinamica tra ciò di cui si racconta e come è costruita la narrazione*” (Charon, 2006).

3.2. Scrittura riflessiva o scrittura creativa

Dopo aver discusso di un testo in plenaria, il formatore presenta la sessione dedicata alla scrittura riflessiva invitando i partecipanti a scrivere spontaneamente, in 4 o 5 minuti, un testo ispirato a uno stimolo mostrato (una storia, una immagine reale, un quadro ecc). È buona norma che lo stimolo sia il più evocativo e ambiguo possibile. Al partecipante non viene detto cosa scrivere, come scrivere, o quali punti devono essere trattati durante l'esercizio di scrittura. In seguito, viene chiesto a ciascuno di leggere la propria storia e facendosi trasportare dai contenuti di quanto ascoltato. Tutti apprezzano gli effetti dell'ascolto (quali interpretazioni suscita il testo, quali stati d'animo sono evocati, quali allusioni percepite, quali ricordi richiamati in memoria o idee suscitate). Ascoltandosi leggere ad alta voce ciò che hanno appena scritto, i corsisti si rendono conto di come essi stessi usino differenti forme di scrittura per esprimere un determinato contenuto. Ad esempio, si può ricorrere alla stesura di una lista sintetica, partire dalla fine della storia per poi ritornare al punto di inizio, si può parlare in prima persona o assumere una posizione narrativa distaccata e impersonale. Questa modalità di lettura attenta e scrit-

³ One way to develop the narrative competence required of narrative ethics is through the study of literature and the development of the skills of close reading. To listen to patients' stories with a view toward understanding how the storytellers find themselves in their present situation requires the same narrative competence used in reading a literary text. We propose that the close reading of great literature develops the narrative competence necessary to understand, through Aristotle's *phronesis*, moral complexity and ambiguity (Irvine & Charon, 2017).

tura riflessiva consente ai partecipanti del corso di sviluppare la capacità di close reading, giungendo a comprendere ciò che essi stessi fanno con le parole.⁴

La scrittura riflessiva è anche alla base dello strumento principe identificato da Rita Charon per praticare la Medicina Narrativa: la cartella parallela (*parallel chart*) (2001). Attraverso questo strumento, l'operatore sanitario è invitato ad assorbire il racconto e l'esperienza di malattia del paziente, parallelamente alla raccolta dell'esame obiettivo, e di restituirlo al paziente dopo la sua personale ri-elaborazione. Tutto ciò è possibile se l'operatore sanitario ha sviluppato anche la capacità di scrittura riflessiva.

Molto spesso si parla di scrittura riflessiva e di scrittura creativa come sinonimi. In realtà esistono differenze così come esistono modelli di formazione che propongono l'una o l'altra o un mix tra le due. Lisa Kerr (2010) individua la differenza fondamentale nella finalità: la comprensione e espressione di sé o l'acquisizione di capacità di scrittura letteraria, con un'attenzione particolare alla dimensione formale.

3.3. *La condivisione in gruppo*

Obiettivo della condivisione in gruppo è giungere alla “*comprensione della sofferenza dei pazienti, insieme con la capacità di analizzare il proprio percorso*” (Charon, 2006, p. 168 trad. it. 2019). La condivisione in gruppo non riguarda l'attività di supporto o di terapia. I gruppi condotti da Rita Charon non sono gruppi di supporto ma di formazione, durante i quali perseguire specifici obiettivi pedagogici.

Secondo Launer (2018), il primo aspetto su cui focalizzare l'attenzione è sulla struttura del testo, non tanto sulle reazioni emotive

⁴ After a class discussion of a text, the facilitator offers a writing prompt and invites all students to take 4 or 5 minutes to write spontaneously, then and there, to the prompt. Unlike prompts that might be offered in a composition class or a professional writing seminar, these prompts are short, expansive invitations that aim to open the mind. The more evocative and ambiguous the prompt the better, for the student is not being told what to write about, how to write about it, or what points need to be covered in the writing. Instead, each student is free to surrender to the text's capacity to transport its reader. By writing to these prompts, the students begin to appreciate what the reading is doing to them—what interpretations are aroused, what moods summoned, what allusions heard, what memories unlocked, what beauty discovered, what ideas stirred (Charon, 2017).

suscitate a seguito dell'ascolto del testo. Ciò è possibile se il formatore evita di aprire la discussione con espressioni di sintonizzazione emotiva (e.g. “mi dispiace dell'evento che ti è accaduto”), ma richiama l'attenzione sulla struttura e sul narratore. Secondariamente, ogni operatore è invitato a leggere il proprio scritto (o la cartella parallela nel caso di formazione di medici) sempre allo scopo di focalizzare l'attenzione sulla struttura del testo. In seguito, si invita il gruppo ad ascoltare “la voce”, identificando lo stile di scrittura, per poi passare alla fase successiva durante la quale, con tre semplici domande (cosa vedi; cosa senti; cosa vuoi sapere) si cerca di facilitare il dialogo tra i partecipanti del gruppo. Infine, è importante riconoscere i pregi del testo ascoltato elogiandoli apertamente.

Il lavoro di gruppo termina dedicando uno spazio finale all'individuazione di eventuali somiglianze tra le varie narrazioni proposte dagli operatori.

4. Esperienze di formazione

I tre step descritti si intrecciano tra loro e si susseguono durante un tradizionale laboratorio di medicina narrativa, fortificandosi a vicenda. Apparentemente si tratta di un modello semplice, facilmente replicabile ma non sempre tutto fila liscio. Ed è in quelle occasioni che ci domandiamo in che modo si possa migliorare, modificare o riadattare. Facciamo qualche esempio in prima persona.

4.1. Neutralità, aderenza al testo e riflessione epistemologica

Durante un laboratorio con un gruppo di pediatri abbiamo letto e analizzato il racconto del padre di un bambino con diabete. Il racconto era stato raccolto in forma scritta all'interno di un progetto di ricerca qualitativa. Durante il laboratorio con il gruppo è emersa un'interpretazione del testo che non mi aspettavo: i pediatri hanno descritto la narrazione come quella di un padre assente. La narrazione veniva interpretata alla luce di altre storie analoghe, caricate di rabbia e di frustrazione, raccolte in quel bagaglio di “sapere narrativo” acquisito dai pediatri nella pratica clinica.

Ero così stupita dalla loro interpretazione del testo, perché io ne avevo data una completamente diversa. Quella di un padre che per motivi di lavoro – mi ero figurata un militare – si trovava forzatamente lontano dalla famiglia e dal figlio malato e ne soffriva. Ma anche un altro partecipante, aveva dato la mia stessa identica interpretazione. Quindi siamo tornati sul testo e abbiamo rin-

tracciato alcuni dettagli (l'assenza al parto e nei primi mesi di vita del figlio) e parole indizio ("ero in servizio a..."). Era un'interpretazione che nasceva dal testo. Come è possibile che il resto del gruppo non avesse notato questi dettagli? Nonostante l'invito alla lettura attenta il proprio sapere narrativo era servito per incasellare nello "stereotipo" il narratore e la sua storia, precludendo una relazione costruttiva. (FM)

Anche la lettura attenta, come l'ascolto del paziente, dovrebbe basarsi sulla sospensione del giudizio e sull'accettazione incondizionata, ma anche sull'attenzione ai dettagli del testo e su una riflessione altrettanto attenta sui propri pregiudizi. Quando enfatizziamo il valore delle narrazioni, non dobbiamo dimenticarci che attingere a un sapere narrativo a volte significa cercare coerenza con la propria visione del mondo, rischiando di perdere di vista sia il testo sia la visione del mondo dell'altro. È necessario un approccio critico e non ingenuo alle narrazioni.

Secondo una recente pubblicazione (Murphy *et al.* 2018) che esplora il concetto di riflessione nella medicina narrativa, solo una riflessione di tipo epistemologico, che si rivolga cioè non alle nostre azioni e vissuti, ma al modo in cui costruiamo i significati, è realmente utile per la medicina narrativa. Infatti solo questa riflessione "epistemologica" permette un reale accesso al mondo dell'altro:

Charon e colleghi sostengono che la riflessione è importante nella medicina narrativa, anche se sembrano sottolineare solo i lati cognitivi e affettivi di questa attività. Nel contesto della medicina narrativa è necessaria una discussione molto più ampia, sulla riflessione.⁵

4.2. *Competenze interpretative e competenze affettive: quale equilibrio?*

Durante un laboratorio di Medicina Narrativa ci è stato chiesto di scrivere un episodio che ha cambiato la nostra vita, così come potrebbe raccontare un paziente a proposito del suo evento-malattia al medico che incontra per la prima volta. Non pensando che poi avremmo letto le storie agli sconosciuti presenti in aula, ho scritto sinceramente un episodio nella mia vita molto significativo e carico emotivamente. Al termine del processo di scrittura, in

⁵ Charon and colleagues contend that reflection is important in narrative medicine, although they seem to emphasize merely the cognitive and affective sides of this activity. A much broader discussion of reflection is required in the context of narrative medicine (Murphy *et al.* 2018).

gruppi di tre, siamo stati invitati a leggere la nostra storia agli altri due membri del piccolo gruppo. Per non risultare quella “resistente” ho iniziato a leggere e dopo qualche riga la voce ha iniziato a rompersi per la commozione e ho terminato a fatica la lettura. Terminato questo scambio di narrazioni ci è stato chiesto di raccontare in plenaria come è stato essere ascoltati. Troppo impegnata a gestire la reazione emotiva importante, non ho pronunciato parola e ho ascoltato le storie raccontate dai presenti in aula, che vertevano non tanto sull’esperienza di essere ascoltati, quanto piuttosto sul racconto dell’episodio narrato. Nessuna parola è stata spesa sulla possibilità che questo esercizio avrebbe potuto turbarci, nessuna parola è stata spesa per riportarci sul qui ed ora dell’esercizio formativo e sui suoi intenti. (VC)

Non è l’unico esempio vissuto all’interno di workshop e laboratori, di una sola giornata, con uno sbilanciamento sulla dimensione emotivo-affettiva rispetto a quella interpretativa e di co-costruzione.

Pertanto, l’episodio ha posto la nostra attenzione sulla attivazione emotiva durante una qualsiasi formazione in medicina narrativa e su quanto tale aspetto debba essere effettivamente considerato e gestito da chi si occupa di formazione.

Nonostante il team della Columbia abbia ribadito la necessità di modulare tale apertura di sé sulla base del gruppo, del setting e delle esigenze del singolo⁶, la nostra esperienza ci ha mostrato esempi in

⁶ The guidelines for this exercise have been explained thoroughly to the group: participants have a short amount of time to write, typically around 5 minutes. Those who wish to share what they have written may do so, sometimes with a partner but more often with the entire group. The facilitator/instructor writes to the prompt as well, and often shares what she has written with the group. No one is required to read, and in an academic setting a student is not graded on willingness to share the writing, nor do we attempt to assess the creativity of the response. Every context is different and must be approached with great sensitivity. For example, prompts that tend to elicit more personal stories may become appropriate only after a group has met several times and the facilitator has gauged the level of trust and willingness. Regardless of the setting, a prompt should certainly not aim to directly elicit painful experiences; it must be open-ended enough to allow the writer to decide how to calibrate her response. In some settings, particularly those with strong institutional hierarchy (such as a group of clinical fellows, residents, medical students, and their supervising attending physician) we may specify that participants have the option to write from their own voices or from the imagined perspective of another. Discussion leaders must be attentive to the dynamics of a particular setting and the needs of each individual. At the same time, emotions play a valuable role in the classroom or workshop setting [...] (Spiegel & Spencer, 2017).

cui si insisteva particolarmente sull'esplicitare i vissuti e i ricordi suscitati nel lettore, sull'espressione emotiva di sé anche in gruppo. Spesso questo tipo di attività (e di attivazione) sembrava un'aspettativa del gruppo stesso.

Un rischio che vediamo è che il testo diventi solo uno specchio su cui ciascuno proietta se stesso. Uno specchio che divide invece di rappresentare un punto di contatto e l'inizio di un dialogo.

La pratica di condividere in gruppo queste emozioni può generare poi fenomeni di contagio emotivo e transfer che, come formatori senza una formazione in psicoterapia, non siamo preparati a gestire.

Conosciamo da tempo gli effetti terapeutici del raccontare e della scrittura, nei termini di alleviare uno stato di possibile disagio vissuto (Pennebaker, 2001), oltre all'utilizzo delle narrazioni per fini terapeutici (White 1992; Mittino, 2013). La terapia narrativa però richiede un altro genere di setting, di competenze da parte dei formatori e si propone con un esplicito obiettivo terapeutico.

Invece la formazione in medicina narrativa non dovrebbe avere una finalità terapeutica, almeno non è questo che diciamo ai partecipanti dei nostri corsi. Non un percorso di terapia, ma l'acquisizione di quella competenza narrativa che potrà migliorare la loro professionalità: un *caveat* di rilievo è quella di evitare di tradurre in termini psicoterapeutici un'attenzione e una riflessione sugli stati emotivi personali, anche attraverso una formazione più mirata per i formatori.

La scelta dei testi per il *close reading* è determinante: sappiamo quanto una narrazione, soprattutto una narrazione ben scritta, sia in grado di sciogliere le briglia dell'emotività. Come discenti abbiamo sempre sperimentato il *close reading* su testi ad alto impatto emotivo e con focus su specifiche emozioni, prevalentemente legate al lutto e alla sofferenza, nonostante si trattasse di corsi brevi.

Ancora più importante la scelta dei prompt di scrittura: "quell'episodio che non potrò dimenticare", "quella persona che mi ha cambiato la vita" "la tua selva oscura" sono altri esempi ascoltati all'interno di altri workshop.

Ribadire l'importanza di una scrittura che non sia solo riflessiva ma anche creativa, secondo le riflessioni di Lisa Kerr (2010), potrebbe essere una buona regola:

Mentre gli insegnanti di scrittura cercano di convincere gli studenti che i laboratori di scrittura creativa letteraria devono concentrarsi sulla competenza

di scrittura, lo stile, i convegni narrativi e il pubblico, devono affrontare la resistenza degli studenti che si aspettano che sia la scrittura che la discussione si concentrino principalmente sui sentimenti degli scrittori. Gli studenti sono anche restii all'idea che gli scrittori debbano essere lettori seri del lavoro altrui e spietati revisori dei loro stessi lavori. Nella sanità, focalizzare l'attenzione oltre il sé è fondamentale per i progetti che cercano di insegnare la competenza narrativa, specialmente se l'obiettivo è quello di promuovere non solo l'espressione e la consapevolezza di sé, ma anche la capacità di osservare, ascoltare ed empatizzare.⁷

Raramente nei laboratori cui abbiamo partecipato ci è capitato di lavorare in questo modo sulla scrittura creativa, anche perché spesso la richiesta è proprio quella di scrivere velocemente, senza riflettere. La scrittura creativa necessita di tempi più lunghi, proprio per permettere all'autore di scegliere e ponderare quale forma dare alle sue parole.

4.3. *E la competenza di "interrogazione"?*

Alla conclusione di un laboratorio di close reading una partecipante, pediatra, ha commentato: "Bello! Sembra di essere tornati a scuola. Ma ci vuole molto tempo". Non mi ha colpito particolarmente il problema del tempo, una costante di tutti i corsi, ma il riferimento alla scuola. Nelle nostre scuole in Italia il lavoro di analisi del testo e anche del testo narrativo è parte del programma della scuola dell'obbligo e nei licei viene ulteriormente sviscerato. Fino alle scuole superiori, la formazione umanistica è ancora una parte persino preponderante su quella scientifica. Per molti professionisti sanitari tornare alla letteratura o alla filosofia e come tornare a una vecchia passione o fra i banchi di scuola. Quello che mi sembrava domandare la pediatra era: bello, ma cosa c'entra quello che facevo a scuola con quello che faccio in studio con il paziente? Leggere, scrivere, condividere: ma poi di fronte mi trovo un paziente, non un libro". Ecco, cerchiamo di trasmettere la postura narrativa, attraverso le abilità di interpretazione, espressione, riflessione ed empatia, ma come si insegna il passaggio alla pratica? Non ci stiamo dimenticando un pezzo? (FM)

⁷ As writing teachers attempt to convince students that literary creative writing workshops must focus on craft, style, narrative conventions, and audience, they face resistance from students who expect both writing and discussion to focus primarily on the writers' feelings. Students are also resistant to the idea that writers should be serious readers of others' work and ruthless revisers of their own. In health care, focusing attention beyond the self is crucial to projects that seek to teach narrative competence, especially if the goal is to promote not only self-expression and self-awareness but also the ability to observe, listen, and empathize (Kerr, 2010).

Launer (2018) sostiene che nel corso della formazione degli operatori sia preferibile ricorrere il meno possibile a domande esplicite volte a sondare le emozioni, compresa la solita frase “come ti fa sentire questo?”, per molti operatori spesso pronunciata senza sincerità perché posta in automatico e in modo inappropriato. L’obiettivo invece è quello di utilizzare quesiti che possano dare spazio allo sviluppo di una narrazione anziché delimitarla o connotarla. E questo è possibile se l’operatore è in grado, quindi è formato, nel porre domande. Si va dunque verso la definizione di competenze di “narrative inquiry”: nella nostra esperienza non abbiamo mai avuto l’occasione di sperimentare una formazione mirata su questa dimensione della competenza narrativa e il modello in 3 fasi di Rita Charon non sembra comprenderla. Launer riprende il concetto di intervista interventiva di Karl Tomm (1988), da lui definita conversazioni che invitano al cambiamento (*conversations inviting change*) e ripropone le quattro categorie di domande identificate dall’autore per consentire alla persona di esplorare dentro di sé e costruire la sua narrazione: domande lineari (utili per raccogliere informazioni contestuali), circolari (domande che colgono l’interazione tra i vari elementi del sistema), strategiche (suggeriscono intenzionalmente qualcosa al paziente) e riflessive (invitano a vedere gli eventi sotto una diversa prospettiva).

Non resta che collegare questa formazione alla conversazione con il modello lettura-scrittura-condivisione: in che modo formiamo i partecipanti ai workshop a diventare abili non tanto nel raccontarsi, ma nel farsi raccontare dal paziente? Basta l’esempio? O non sarebbe il caso di inserire esercitazioni più mirate alla *narrative inquiry* e alla formulazione di domande specifiche descritta da Launer?

4.4. Narrazione scritta e narrazione orale

Il paragrafo precedente porta con sé un’altra domanda: perché facciamo lavorare i partecipanti su testi scritti, invece che sulla conversazione? Nel *close reading* si utilizzano poesie, racconti, quadri e piece teatrali, ma il professionista sanitario non utilizza questi strumenti, e in primo luogo la sua competenza narrativa si applica nell’oralità. Senza rigettare il potenziale del *close reading* dei testi letterari e della scrittura come strumento di riflessione e creatività, ci sono differenze

sostanziali su come si struttura una narrazione scritta e una narrazione orale.

Come scriveva Livia Polanyi (Polanyi, 1982):

I testi letterari hanno normalmente un inizio e una fine e anche se gli autori possono provare ogni sorta di trucco per suggerire che la storia è aperta, una persona ha di fronte un testo che è esso stesso un oggetto. [...] Anche se le storie quotidiane raccontate nel corso delle conversazioni in corso sono aperte a letture multiple come molti testi letterari, i partecipanti alla conversazione devono assegnare un significato al racconto di una storia per facilitare l'integrazione della storia nello stato del discorso generale che normalmente si ottiene. [...] È dimostrato che il significato della narrazione di una storia deriva sia dalla struttura della storia così come viene raccontata, sia dal processo di interpretazione che si svolge nella conversazione dopo il racconto.⁸

Perché attingiamo così tanto dalla cassetta degli attrezzi della teoria letteraria e così poco dall'analisi conversazionale e sociolinguistica? Perché c'è così poca enfasi sulla dimensione performativa del narrare e dell'ascoltare narrazioni orali?

Certo la co-costruzione di significato è proprio quello che dovrebbe emergere dalla condivisione in gruppo, ma qui di nuovo troviamo uno scarto con quello che succede nei gruppi a cui abbiamo partecipato. Se la scrittura manca di creatività, la conversazione manca di co-costruzione, manca di un obiettivo comune che non sia quello di esprimere ciascuno la propria opinione, esperienza, vissuto senza scontentare o infastidire nessun altro partecipante. Una modalità che in un setting reale non sarebbe accettata da nessuno dei partecipanti, molto probabilmente, perché in un setting reale vigono altre regole di conversazione, di cui non si parla nei laboratori di medicina narrativa, che abbiamo sperimentato.

⁸ Literary texts normally have beginnings and ends and although authors can try all sorts of tricks to suggest that the story is open-ended, one has a text which is itself an object. Only philosophers of literature and other folks who deal in the arcane would seriously want to include the reader's responses as part of the text of the work. [...] Although everyday stories told in the course of ongoing conversations are as open to multiple readings as many literary texts, the participants in the conversational storytelling situation must assign a meaning to a given telling of a story in order to facilitate the absorption of the story into the state of general talk which normally obtains. [...] The meaning of a given telling of a story is shown to derive from both the structure of the story as told and the process of interpretation which goes on in the conversation after the telling (Polanyi 1982).

4.5. *In gruppo, ma come?*

Nell'ultimo laboratorio di close reading a cui ho preso parte abbiamo letto un'opera d'arte, un famoso quadro di Klimt. Mentre ciascuno diceva la sua su che cosa "vedeva" nel quadro, quale dettaglio lo colpiva di più e solo qualche sparuto partecipante azzardava una lettura basata sul linguaggio della pittura e sulle scelte stilistiche del pittore, il conduttore ci rimandava la gioia e l'entusiasmo per la capacità del quadro di generare condivisione. Lo stupore per la bellezza dell'arte non manca mai in questi laboratori. La cosa stupefacente, secondo il conduttore, era come ciascuno potesse cogliere aspetti diversi del quadro, vederci qualche cosa che gli altri non vedevano, senza che questo generasse conflitti. Pensai: basterebbe inserire due critici d'arte nel gruppo per vedere come le interpretazioni possono generare conflittualità. E poi, da persona conflittuale e polemica di indole: che male ci sarebbe se emergesse un po' di conflittualità? Che male ci sarebbe se invece di rispettare anche le letture più astruse dell'opera provassimo a darne un'interpretazione condivisa, anche scontrandoci eventualmente o meglio, negoziando i diversi punti di vista, mediando e intrecciando. Non ho percepito nessun senso di connessione. Vedevo solo tante monadi in relazione con l'opera ma non tra loro. Solo tante monadi che fanno cenno di sì con il capo nell'ammettere quanto l'opera d'arte li faccia sentire professionisti e persone migliori. Mai una voce fuori dal coro. (FM)

Nel nostro piccolo contesto nazionale, nei corsi di medicina narrativa, soprattutto quando si tratta di corsi opzionali, capita spesso di incontrare le stesse persone o almeno le stesse tipologie umane: prevalentemente donne, con una spiccata sensibilità e attenzione alla dimensione comunicativa, appassionati di psicologia o scienze umane, amanti della letteratura e delle arti, tutti generalmente con un atteggiamento positivo nei confronti della medicina narrativa.

Ma un gruppo omogeneo è un gruppo che condivide le stesse narrazioni: quante possibilità ci sono di confrontarsi con narrazioni distanti, come possono essere quelle che si incontrano nello studio del medico? Non è proprio questa omogeneità del gruppo a impedire l'emergere di voci fuori dal coro?

Può bastare un testo scritto, un'opera d'arte, a portare in aula un punto di vista differente che permetta a tutti di rimettere in discussione i propri assunti? Forse. Forse dipende da quale opera, e da chi la sceglie, perché anche i formatori hanno i loro bias.

In effetti i gruppi più interessanti e più arricchenti sono quelli a cui partecipano persone che non sono lì per la medicina narrativa, anche se sono anche quelli più difficili, quelli che esigono di più dal forma-

tore, quelli che richiedono competenze di negoziazione, di mediazione, di gestione delle dinamiche affettive, talvolta di contenimento, di ricapitolazione e di “legante” narrativo.

5. Conclusioni

La letteratura scientifica mostra che la medicina narrativa, nei suoi 20 anni di storia, sta prendendo una forma più definita su un piano teorico e metodologico. Permangono ancora alcuni limiti, evidenziati non solo da chi si pone apertamente con sguardo critico, ma anche da chi cerca di mettere a frutto il sapere raccolto da anni di ricerca e sperimentazione (le già citate review della letteratura). Uno sguardo critico e attento ai nodi ancora non sciolti della medicina narrativa (a partire dal significato di narrazione e di competenza narrativa), un’attenzione all’integrazione di diversi punti di vista ed esperienze meno visibili, forse gioverebbe alla medicina narrativa stessa.

Abbiamo voluto raccontare le nostre esperienze, che sicuramente non esauriscono le possibilità offerte nel panorama internazionale e nazionale, per sottolineare alcune delle criticità che anche altri potrebbero aver riscontrato (la gestione delle dinamiche socio-emotive, il bilanciamento tra espressione di sé e co-costruzione, la definizione del concetto di riflessione, la formazione dei formatori, il rapporto tra competenze narrative di lettura/scrittura e orali) e per avviare un confronto con esperienze differenti, di cui spesso sentiamo la mancanza. Ci auguriamo che la recente fondazione della European Narrative Medicine Society (EUNAMES) sia l’occasione per avviare una riflessione epistemologica – talvolta la sensazione è che siamo troppo innamorati della “narrazione della medicina narrativa” per studiarla con uno sguardo critico – e un costruttivo confronto tra esperienze differenti.

Riferimenti bibliografici

AA.VV. Conferenza di Consenso. Linee di indirizzo per l’utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative. «*I Quaderni di Medicina. Il Sole24Ore Sanità*», Allegato al n. 7, 24 feb.-2mar. 2015.

tion. «J Med Humanit.» (2010) Dec;31(4), pp. 295-301. doi: 10.1007/s-10912-010-9120-6. PMID: 20635125.

LAUNER, J., *Why narrative?* «Postgraduate Medical Journal», 85.1-001, 2009, pp. 167-168.

— *Narrative-based practice in health and social care: conversations inviting change*, Routledge, London 2018.

MILLER E., BALMER D., HERMANN N., GRAHAM G., CHARON R. (2014), *Sounding narrative medicine: Studying students' professional identity development at Columbia University College of Physicians and Surgeons*, «Academic Medicine», 89(2), pp. 335-342.

MILOTA M. M., VAN THIEL G. J. M. W. & VAN DELDEN J. J. M. *Narrative medicine as a medical education tool: A systematic review*, «Medical Teacher», 2019, Jul; 41(7), pp. 802-810. doi: 10.1080/0142159X.2019.1584274.

MITTINO F. (2013). *La dimensione narrativa nella mente: implicazioni nel lavoro terapeutico*, «Psichiatria e psicoterapia», 32(4), pp. 239-249.

MURPHY J. W., FRANZ B. A., & SCHLAERTH C. *The Role of Reflection in Narrative Medicine*, «Journal of medical education and curricular development», 5, 2018. doi: 2382120518785301.

PENNEBAKER J.W. (2001), Tradurre in parole le esperienze traumatiche: implicazioni per la salute. In Solano (a cura di), *Tra mente e corpo, Come si costruisce la salute*, Milano, Raffaello Cortina, pp. 159-179.

POLANYI L., *The nature of meaning of stories in conversation*, «Studies in Twentieth Century Literature» 6.1-2, 1982, pp. 51-65.

REMEIN C.D., CHILDS E., PASCO J.C., TRINQUART L., FLYNN D.B., WINGERTER S.L., BHASIN R.M., DEMERS L.B., BENJAMIN E.J., *Content and outcomes of narrative medicine programmes: a systematic review of the literature through 2019*. «BMJ Open», Jan 26;10(1), 2020, e031568, doi: 10.1136/bmjopen-2019-031568. PMID: 3198-8222; PMCID: PMC7045204.

SCHECHTMAN, M., *Stories, lives, and basic survival: a refinement and defense of the narrative view*, «Royal Institute of philosophy supplement», 82, pp. 155-186.

SPiegel M., & SPENCER D. (2017), *This Is What We Do, and These Things Happen: Literature, Experience, Emotion and Relationality in the Classroom*. In CHARON R., DAS GUPTA S., HERMANN N., IR-

VINE C., MARCUS E., COLÓN E. R., SPENCE R.D., & SPIEGEL M. (Eds.), *The principles and practice of narrative medicine*, pp. 37-62.

TOMM K. *Interventive interviewing: Part III. Intending to ask lineal, circular, strategic, or reflexive questions?*, «Family process», 27(1), 1988, pp. 1-15.

WHITE M. *La terapia come narrazione*, a cura di U. Telfener, Astro-labio, Roma 1992.

WIEŻEL I., HORODEŃSKA M., DOMAŃSKA-GLONEK E. *ET AL. Is There a Need for Narrative Medicine in Medical Students' Education? A Literature Review*, «Med.Sci.Educ. », 27, 2017, pp. 559–565.

WOODS A., *Beyond the wounded story-teller: rethinking narrativity, illness and embodied self-experience*. IN: CAREL H., COOPER R., EDITORS. *Health, illness, and disease*. Acumen, Durham, 2013, pp. 112–27.