

*Health humanities*  
Generare salute attraverso le narrazioni  
in una prospettiva di *life-long learning*

PATRIZIA GARISTA\*

L'uomo ha bisogno di mettere insieme  
il visibile e l'invisibile perciò elabora fiabe,  
miti, leggende, feste, canti, arte

Maria Lai, 1999

RIASSUNTO: La salute è un processo complesso, multidimensionale, polifonico. Essa non può essere pensata solo quando sopraggiunge una malattia bensì nella ricerca continua di equilibrio, da de-costruire e ricostruire nel corso della vita. La salute tuttavia, pur permeando ogni esperienza umana, nel suo rapporto con la propria cultura e con le geografie che la configurano, rimane spesso celata nelle storie delle persone e delle loro comunità. Promuovere salute significa dunque interrogarsi su queste storie, trasformandole in narrazioni condivise e partecipate. La prospettiva salutogenica infine orienta la tematizzazione di una *narrative based health promotion* e delle *Health humanities* presentate in questo contributo.

PAROLE CHIAVE: salute, salutogenesi, narrazioni, humanities.

ABSTRACT: Health is a complex, multidimensional, polyphonic process. Health cannot be thought of only when a disease occurs. It

\* Istituto Nazionale Documentazione, Innovazione e Ricerca Educativa – INDIRE e Università degli Studi di Perugia.

should be thematized during the continuous search for balance, built over the life-course. Health, however, even though every human experience, in its relationship with culture and with the geographies that shape it, often remains hidden within people and communities' stories. Therefore, health promotion means questioning these stories in a participatory way, transforming stories into shared narratives. In the present paper the salutogenic perspective guides practitioners on how to thematize a narrative-based health promotion, and Health Humanities.

KEY-WORDS: health, salutogenesis, narratives, humanities.

## 1. La salute si nasconde nelle storie

Nel volume intitolato “Dove si nasconde la salute” Gadamer riflette sulla salute mettendo a fuoco un’esperienza di vita comune a molti di noi: prendere atto dell’importanza della salute a partire dal suo opposto, la malattia, invitando ognuno a interrogarsi sul sentirsi bene, come compito universale della cura di sé, e non esclusivamente del malato. Tale consapevolezza è determinante per agire e fare scelte di salute: “è solo a partire dall’alterazione della situazione complessiva che noi diveniamo realmente consapevoli della salute, su cui poi il nostro pensiero si sofferma [...] Ma in cosa consiste il benessere se non proprio nel fatto di non costituire il centro dell’attenzione, permettendoci di essere liberamente aperti e pronti a tutto?” (Gadamer, 1994, pp. 82-83). La salute agisce pertanto come dimensione latente, non si manifesta allo stesso modo della malattia, un oggetto misurabile, diagnosticabile. Al contrario essa si cela quasi sempre alla nostra coscienza e quindi non diviene mai causa di preoccupazione. La salute si nasconde, non irrompe nella nostra quotidianità ma la permea, costantemente. Introducendo la differenza tra medicina scientifica e arte medica Gadamer afferma un bisogno primario nella costruzione della salute ovvero come l’arte medica debba ristabilire un’armonia, creando significati dello star bene. L’idea di salute come costruzione continua di equilibrio, come processo in cui la salute si mostra e si nasconde, è molto vicina alla definizione di salute di Antonovsky, un sociologo che ha esplorato i vissuti di salute e qualità di vita, proponendo una via nuova allo studio e alla promozione della salute (1987). Una pista

capace di partire da fattori generatori di controllo e di benessere. Ma come possiamo riportare alla luce e alla coscienza un tale processo generativo e in continuo bilanciamento? Gadamer comprende alcune caratteristiche che costituiscono la salute: la complessità e il rapporto con il contesto, l'importanza dell'analisi della qualità della vita, la relatività di questo concetto e la multidimensionalità a partire dai significati che la salute evoca e a cui si può accedere attraverso un lavoro di interpretazione, un lavoro necessario per cogliere le sue dimensioni celate e far emergere la salute (Zannini, 2001).

Il pensiero di Gadamer offre una cornice teoretica per introdurre il tema della salute a partire dalle esperienze vitali che ci attraversano e che devono essere interpretate per riconoscere le opportunità e le risorse nell'ambiente e in noi stessi, le quali ci permetteranno di "pensare la salute", di renderla visibile ai nostri sensi. Leggere e interpretare una storia di vita significa avviare un progetto formativo che necessita di essere continuamente interrogato per essere rimodulato in funzione di nuovi equilibri. Per Gadamer la *Bildung* "non può delinearci come esito compiuto e pieno, suscettibile di spiegazioni secondo nessi perfettamente evidenti, come una sorta di oggetto, prodotto", "[...] ma è un'appartenenza, [...] abitare un orizzonte" (ivi, pag. 83). La comprensione della salute nasce allora "dall'atteggiamento interrogante", che significa "porre e mantenere aperte delle possibilità [...] ricostruire la domanda originaria del testo. [...] Ma significa anche continuamente interrogarsi su quella che è la propria domanda, cioè la propria pre-comprensione" (Zannini, 2001, pag. 47), al fine di riformulare il progetto iniziale.

Finalità di un lavoro pedagogico nell'ambito della cura, intesa nella sua accezione più ampia che ingloba e sostiene la promozione della salute, sarà quello di reinterpretare il lavoro per la salute come lavoro ermeneutico sulle storie di persone, che si incrociano con quelle della propria famiglia, della propria comunità, in grado di sottolineare come la comprensione della salute sia necessaria non tanto e non solo per affrontare la malattia, quanto per costruire un progetto su di sé e insieme agli altri.

La salute è il delicato equilibrio che ciascuno di noi instaura con il proprio contesto vitale. Parlare di salute vuol quindi dire, in ultima istanza, comprendere il significato di particolari o quotidiani eventi, dei conseguenti adattamenti – o disadattamenti – attivati e dei desideri e delle aspettative di un

soggetto che si trova inserito in un determinato ambiente. (Zannini, 2001, p. 44)

La recente emergenza sanitaria ha evidenziato quanto sia importante fare prevenzione nel territorio, entrare in contatto con le persone, ricostruire la storia del contagio e la sua geografia. Tale constatazione può essere collocata in una visione che rilegge la salute nella prospettiva salutogenica, soppesando le evidenze epidemiologiche con le storie personali e locali, il bilanciamento dei diritti, la partecipazione alle decisioni di politiche pubbliche, la cura. Con l'espressione "promozione della salute", infatti, si rimanda a quell'approccio che si propone di "mettere le persone in grado di controllare ciò che determina la propria salute" e di farlo attraverso più campi d'azione, tra cui quello di matrice squisitamente educativa, definito anche il volano principale in grado di far girare la ruota rappresentativa di tutti gli altri ambiti. Negli ultimi decenni si è prefigurato un vero e proprio cambio di paradigma nello studio della salute, traghettando da un modello di tipo patogenico a uno di tipo salutogenico (Antonovsky, 1987). Si è cominciato a studiare non solo ciò che causa una patologia (modello patogenico), evidenziando come prevenire queste cause (fattori di rischio e comportamenti a rischio), ma soprattutto ciò che può produrre "salute" in termini di risorse interne al soggetto e opportunità fruibili nel contesto circostante. Da allora, quindi, molto è stato detto e discusso sui concetti di salute e malattia, mettendo in luce gli aspetti multidisciplinari, complessi e soprattutto processuali dello "star bene" delle persone (Bleza, 2009; Iavarone *et al.*, 2017; Ingrosso, 2011).

Ciò su cui focalizzeremo l'attenzione in questo testo riguarda la necessità di pensare la salute, di comprenderne le istanze generatrici, di catturare elementi esperienziali che siano in grado di raccontare e rappresentarla. Circa quaranta anni fa Antonovsky elaborò il modello della salutogenesi a partire dalle storie raccolte sull'esperienza di salute/malattia tra persone che avevano vissuto traumi importanti ed esperienze negative. Precisamente, Antonovsky scoprì che molte persone erano riuscite a ritrovare il proprio equilibrio e a costruire "salute" nella loro vita quotidiana nonostante un trauma, una disabilità, una malattia. Da questa sorgente narrativa si generò la domanda salutogenica: cosa permette alle persone di apprendere come costruire e ricostruire il proprio equilibrio di salute e la propria qualità di vita?

Tra le prime risposte salutogeniche, Antonovsky ci presenta quelle che lui ha denominato “Risorse generali di resistenza”. Le risorse di una persona possono essere di diverso tipo: interne (fattori biologici, caratteristiche di personalità, esperienze personali ecc.) ed esterne (beni a disposizione nel proprio contesto, relazioni, ecc.). Averle a disposizione, o poterle facilmente reperire, significa avere maggiori possibilità di affrontare le situazioni più o meno difficili della vita. Tuttavia, più importante delle risorse è l’abilità di utilizzarle. Per fare questo, e quindi per creare il proprio equilibrio di salute, le persone hanno bisogno di comprendere la situazione in cui si trovano. Hanno bisogno di dare senso alle esperienze, di effettuare quel movimento interpretativo suggerito da Gadamer, leggere e interpretare la propria storia, comprenderla nel profondo, interrogando le convinzioni e gli schemi comportamentali acquisiti con altre storie, quelle insegnate, quelle lette, quelle raccontate nel proprio contesto. Il muoversi in direzione della qualità di vita e della salute è favorito dunque da quello che Antonovsky definisce “senso di coerenza”: “un globale, sebbene penetrante, sentimento che qualsiasi cosa accada nella vita essa può divenire comprensibile e può essere gestita a partire dal significato legato ad ogni cosa” (Lindström, 1992). Nella prospettiva di Lindström, la salutogenesi è un apprendimento dalla vita e per tutta la vita, in cui l’elemento fondatore è l’equilibrio soggettivo che ognuno riesce a de-costruire e ricostruire nella sua *life history*. Solo così le persone possono creare coerenze tra la loro quotidianità e la complessità di nuove conoscenze ed essere al centro del processo, attive, partecipi e soddisfatte (Lindström, Eriksson 2011). La salute diviene un’esperienza di apprendimento permanente che porta a confrontare se stessi e la propria storia con gli eventi della vita. Proprio come nel *life-long* e *life-wide learning*, non si apprende un comportamento di salute una volta per tutte, mettendo in pratica una condotta salutare predefinita o, come si afferma altrove “corretto” (ad esempio fare almeno 30 minuti al giorno di attività motoria). Piuttosto il senso della promozione della salute e della sua genesi rimanda alla “possibilità di diventare consapevoli delle proprie esperienze e della propria storia, come la ragion d’essere per mettere in pratica un comportamento relativo ad esempio al fare sport, all’alimentazione o al rapporto con l’ambiente, e di viverlo in quanto stile di vita: un modo di essere e sentirsi vitali nel mondo (Garista, 2009, p. 103).

Ci potremmo chiedere allora per quale motivo risulta necessario sco-prire la salute, domandarsi perché ci sentiamo bene, farlo domandare agli altri. Come già sottolineato da Zannini (2001) il lavoro educativo e formativo con i professionisti della salute ci impone di affrontare la complessità e multidimensionalità di questo costrutto. Diventare con-sapevoli dei significati della salute e delle forme con cui si manifesta, significa muoversi verso quel processo di empowerment e di costru-zione di competenze riflessive per creare campi d'esperienza in cui sia possibile promuovere salute. In questa prospettiva diventa dunque importante recuperare il guadagno formativo delle narrazioni in grado di "svelare la salute globale e unica" delle persone, delle comunità, degli animali, dell'ambiente che ci circonda.

## **2. Narrative based health promotion. Le storie come temi generato-ri di una pedagogia della salute**

Promuovere salute significa attivare diversi processi di cambiamento con le persone, le comunità, l'ambiente, evoluzioni che coinvolgono molti fattori, da coordinare in modo sistemico, tenendo conto del carattere complesso ed ecologico che caratterizza la salute-genesi. Per comprendere e attivare tali andamenti non basta tenere conto delle evidenze scientifiche, ma è necessario confrontarsi con le storie dell'umanità. In questo senso affermiamo che la salute non si nasconde solo nelle biografie delle persone ma si intreccia con la storia della cittadinanza, della sua cultura, e ancora con le modalità dei professionisti della salute di riflettere sulle pratiche e sui casi storia che hanno saputo trasformare un'intera comunità in un laboratorio di salute. Adottando un modello di analisi salutogenico, e facendo propri alcuni principi della promozione della salute che incrociano molti assunti del lavoro educativo con le comunità, si afferma qui l'idea che la promozione della salute non possa essere solo *evidence based*, ma che debba incorporare le narrazioni di mediazione e progettazione, diventando quindi una *narrative based health promotion*.

L'analisi dei casi, come il racconto di storie, è un approccio alla va-lutazione che si concentra sul processo e sugli indicatori intermedi. Le descrizioni dei casi, analizzate e sistematizzate, forniscono molti più dati che altre forme di ricerca qualitativa, in quanto riportano informazioni sugli eventi passati, sui

soggetti coinvolti nella comunità, sui setting di promozione della salute e ci aiutano a capire il perché sono successe alcune cose più che il come e il quando. In questo modo l'apprendimento che deriva dallo scambio di esperienze può essere generalizzato e riportato nella pratica di promozione della salute. (Davies & Macdonald, 1998)

L'affermazione di Davies e Macdonald è più che condivisibile se si parte dal presupposto che la pratica in promozione ed educazione alla salute, come ogni prassi si propone di innescare processi di cambiamento, dunque di costruzione di nuove conoscenze, per mostrarsi efficace deve essere illuminata da una teoria elaborata a partire dalla pratica stessa. Una "buona pratica" secondo Mortari (2003), infatti, non coincide con l'applicazione di costrutti teorici ma implica ideazione e progettazione a partire dall'esperienza. Acquisire delle competenze nella pratica in promozione della salute richiede pertanto la valorizzazione delle risorse esistenti e la creazione di una coerenza in grado di negoziare tra i vincoli presenti e le possibilità di miglioramento. Assumere tale prospettiva implica creare il presupposto per un lavoro di rielaborazione dell'esperienza sul campo. In questo senso gli approcci narrativi si propongono all'attenzione dei professionisti della promozione della salute come il supporto a un percorso di formazione, supervisione e valutazione per lavorare su tematiche specifiche e, allo stesso tempo, su questioni metodologiche per implementare la valorizzazione dell'esperienza professionale ad esempio attraverso la rielaborazione di casi concreti. Tuttavia, la rielaborazione e la valutazione di un'esperienza in forma narrativa non possono essere lasciate al caso, o alla capacità dialogica e creativa di un facilitatore, ma richiedono metodi rigorosi. Labonte e colleghi (1999), ad esempio hanno sperimentato il metodo del "dialogo sulle storie" di matrice freiriana. Strutturare le condizioni affinché si possa narrare e ascoltare sviluppa già in itinere un processo che potenzia il controllo che i professionisti hanno sulla pratica, perché nel momento in cui queste storie vengono condivise, diventano generative di temi per la riflessione in gruppo, l'analisi, la pianificazione dell'azione futura, permettendo così, come suggerisce Mortari, di effettuare un doppio movimento, verso la propria storia e verso l'ascolto delle interpretazioni altrui, che assicura di "guadagnare un sapere dall'esperienza" (2003), di acquistare un potere, un controllo sulla propria attività. Nel metodo del "dialogo sulle storie" tali narrazioni però, non vengono accettate solo in quanto pre-

sentate e raccontate dal loro autore, quindi come nell'approccio casuale, ma sono usate come base per produrre interrogativi rispetto a ciò che è stato fatto, il perché e il risultato ottenuto (Freire, 1998) a partire da un tema generativo comune. Quindi le storie non sono semplicemente narrate al fine di indurre una riflessione personale, ma il gruppo di questo workshop si impegna in un dialogo su di esse (Labonte *et al.*, 1999). Anche se non si è mai occupato esplicitamente di promozione della salute, Paulo Freire e la sua pedagogia, hanno gettato le fondamenta per poter costruire un approccio critico alla promozione della salute basato sulle storie. La sua teoria è stata ampiamente discussa (Wallerstein e Bernstein, 1988) e contribuisce a coltivare un approccio narrativo nella promozione e nell'educazione alla salute. Nel riesaminare gli usi e la funzione delle storie nella promozione della salute, in primo luogo sottolineiamo come esse abbiano il potenziale di chiarire il livello soggettivo del rapporto tra azione individuale e dei contesti sociali e culturali in senso lato. In secondo luogo, restituiscono alle persone la possibilità di parlare al mondo, di nominare la propria esperienza (McCormack e Milne, 2003), e così facendo, le storie si offrono come mediatori di significato per il raggiungimento di un equilibrio di qualità della vita, come un atto per responsabilizzare le persone nella gestione della loro vita.

### 3. Dalle Medical humanities alle Health arts and humanities

Riprendendo Gadamer e il suo richiamo a "scoprire" la salute, possiamo affermare che non è facile raccogliere e intercettare racconti positivi capaci di comunicare salute. Chi riesce a farcela, chi trova le risorse per ristabilire il proprio equilibrio di salute spesso esce dai circuiti di cura e non cerca contesti in cui raccontare la sua storia. In questa prospettiva si è creato un movimento che sta cercando non solo di promuovere l'uso delle narrazioni in promozione della salute, bensì di studiare e portare a una riflessione critica le *humanities* che possono raccontare la salute: le *Health Humanities*. La prospettiva salutogenica che qui abbiamo fatto nostra ci spinge a cercare nelle *Medical humanities* una cornice specificamente ancorata ai fattori che generano salute.

In promozione della salute si preferisce l'espressione *Health Humanities* per la sua maggiore centratura sugli aspetti della salute e del-

la sua genesi, per l'attenzione a rintracciare elementi caratteristici del lavoro di comunità che richiede la partecipazione attiva delle persone e l'empowerment. Le Health Humanities costituiscono un'area d'incontro tra le arti — e la cultura umanistica in generale — e le scienze della salute e sociali, al fine di promuovere la salute e al fine di pensare alla formazione dei professionisti in questo settore.

Secondo quanto affermato da Zannini le Medical Humanities non vanno confuse con il tema dell'umanizzazione della medicina o con le arti liberali. Esse possono essere definite come ciò che riguarda la comprensione dell'uomo attraverso le scienze umane (Zannini, 2009, p. 144). Tale definizione e precisazione, che qui abbiamo rielaborato con l'espressione *Health humanities*, ci riporta ancora al richiamo di Gadamer sulla necessità di comprendere la salute, considerando il suo essere intrinsecamente incorporata nelle esperienze umane che ogni cultura cerca di elaborare e comunicare attraverso l'arte, la letteratura, il cinema, il teatro, la musica e tutti i linguaggi che possano avere una funzione epistemica nella costruzione dell'equilibrio di salute.

Nella ricerca sull'alta formazione e lo sviluppo professionale in pro-mozione della salute si riscontra un interesse sempre più evidente nelle narrazioni, da cui emerge un altro modo di approcciare le *Humanities*, quello della prospettiva salutogenica (Rubes, Steger, 2019). Una pedagogia narrativa si connette all'esperienza professionale e umana come un processo di attribuzione dei significati. La letteratura, l'educazione all'eredità culturale e i suoi prodotti come l'arte, i film, la poesia, la fotografia, aprono a prospettive multiple nella costruzione di un equilibrio di salute e alla costruzione della qualità di vita per la densità di significati che suggeriscono. De Leew e colleghi (2018) inoltre sostengono che affinché il ritorno della medicina e della sanità pubblica alle *humanities* non rimanga ancorato a paradigmi ancora focalizzati sulle dimensioni più biologiche e cliniche della salute, è necessario aggiungere una riflessione sulle geografie che contraddistinguono le esperienze di salute e malattia, invitando a una riflessione sulle *GeoHumanities*, ovvero l'interspazio tra geografia medica, geografia della salute e le *humanities*. Le *Geohumanities* si propongono di studiare il nesso tra gli ambienti che ospitano le esperienze dell'uomo e la costruzione di equilibri. In questo interspazio le *Geohumanities* problematizzano gli elementi spaziali e il loro impatto sul benessere e la qualità di vita, introducendo nuovi sguardi all'umano, nei contesti di cura e promozione della salute.

Presentiamo di seguito due esperienze sulle *Health Humanities* nell'alta formazione. La prima riguarda un lavoro di archivio sui film che parlano di salute. La seconda una riflessione sulla pedagogia di Maria Lai e la sua arte performativa.

All'interno del Laboratorio di Pedagogia narrativa e salutogenesi, si è organizzato un archivio dei dossier pedagogici relativi ai film che parlano di promozione della salute (Garista *et al.*, 2005) oltre al fare ricerca intorno a strumenti art-based (Garista *et al.*, 2019). Il primo progetto si riferisce all'archivio della rubrica "cinema e salute" della rivista «La Salute umana» gemellata con la rivista francese «La Santé de l'homme». Tale rubrica attiva dagli anni Novanta, seleziona film documentati e riadattati in chiave didattica dal Centro culturale francese "Les Grigneaux", un enorme archivio di dossier pedagogici su film a partire dai quali riflettere sulle esperienze dell'umano che a vario titolo possono influenzare i comportamenti di salute, con un approccio molto vicino alla *positive education* (Niemic, Wedding, 2014) e alla *critical health education* (Fitzpatrick, Tinning, 2014). Un lavoro che si è confrontato con l'esperienza italiana sull'uso del cinema nelle pratiche riflessive presso l'Università di Firenze (de Mennato, 2005; Ferro Allodola, Depalmas, 2015; de Mennato *et al.*, 2013;).

L'arte di Maria Lai può essere considerata un ulteriore esempio per rendere visibile un laboratorio culturale ed artistico di costruzione della salute nelle comunità. "Legarsi alla montagna" è il nome della performance preparata nella nativa Ulassai dall'artista Maria Lai. Il nastro azzurro con cui ogni abitante si annoda al vicino, alle case e alla montagna simboleggia la forza e insieme la fragilità dei vincoli esistenti tra umanità, paesaggio, ambiente, vita e materia, ma anche la forza di legami e riletture generative delle risorse e delle opportunità di un contesto. La storia della performance si origina dalle leggende del territorio, raccontando di una montagna che definisce un clima e una qualità di vita molto ostili per lo sviluppo umano, economico, culturale. Circa 35 anni dopo la sua installazione l'impatto della performance artistica sulla comunità di Ulassai è stato valutato in termini di sviluppo professionale, economico, sociale, qualità di vita, stato di salute e sostenibilità ambientale. La montagna che rende fragili può trasformarsi anche in una opportunità per la giustizia sociale, la solidarietà, lo sviluppo di conoscenze ed economie. Maria Lai interpreta narrazioni e rituali, lavorando sulle possibilità di ri-orientamento e di rientro in formazione, creando esperienze (*life-long, life-wide, life-*

*deep*) capaci di sostenere un rapporto diverso con l'ambiente fisico e relazionale, al punto da produrre nuove narrazioni e nuovo senso in una piccola comunità.

Nei laboratori a cielo aperto o in quelli scolastici, i nastri di Maria Lai hanno creato dei campi d'esperienza educativa, in quanto trasformativa del già dato, simbolica rispetto a un non ancora, intrecciando pensiero e azione, forme e colori, storie e culture ma soprattutto il bello e il brutto delle relazioni umane (amicizie e litigi), come un disegno capace di tenere tutto insieme e restituire un nuovo significato all'esperienza e a quello che ci può insegnare. Ma può una leggenda, e la sua interpretazione performativa, diventare generatore di risorse e opportunità trasformative e di empowerment di una comunità? E in che modo la trasfigurazione della leggenda in performance comunitaria può essere riletta, dopo più di trent'anni, in una prospettiva pedagogica di cambiamento e progresso umano per tutti i cittadini?

Gli studi di Colazzo e Manfreda, hanno già messo in luce molte dimensioni dell'agire educativo a supporto dell'empowerment di comunità, mettendo a fuoco il possibile contributo pedagogico delle arti performative, anche in riferimento alla promozione della salute in ambito comunitario (Colazzo, 2012; Manfreda, 2014). In Ulassai Maria Lai ha costruito, rendendolo visibile, quello spazio simbolico e materiale delle relazioni tra generazioni, generi, famiglie e vicini, insieme a quello delle connessioni tra laico e profano, tra ambiente fisico e ambiente costruito, tra uomo e oggetti/beni che abitano il suo mondo. Ed è in questo spazio di *Geohumanities* che si è potuto valorizzare l'esistente, trasformandolo in un apprendimento per generare cura di sé e sviluppo sociale.

Una delle difficoltà che si incontrano nella formazione in promozione della salute risiede nella possibilità di visualizzare e immaginare un processo di cambiamento complesso, che spesso si scontra con barriere culturali, burocratiche, economiche, per poi ipotizzarlo come realizzabile e realmente capace di impattare positivamente la salute. Le *Health Humanities* diventano dunque strumenti fondamentali per la *capacity building*, prefigurando scenari possibili in cui comprendere la salute e soprattutto connetterla (*reliant* come direbbe Morin) all'elemento dell'umano (Garista, Zannini, 2020).

#### 4. Mito e immaginazione: favole e progettazione educativa per promuovere empowerment, salute, resilienza

Nell'introdurre il suo lavoro su come re-incantare l'educazione attraverso la letteratura, Kujber (2017) ha accostato i temi dell'incanto, dell'immaginazione, del magico e del mito utilizzati da Yeats, Milton e Tolkien alla possibilità di attivare apprendimenti trasformativi, significativi per il potenziamento e la cura di sé, ma anche più specificamente per "educare alla salute". Sarebbero proprio le esperienze immaginali a generare un processo di apprendimento trasformativo, in quanto il lavoro narrativo chiede di costruire coerenze tra eventi caotici, affrontando i pericoli della vita, trovando i significati, gli aspetti di armonia tra uomo e ambiente (Wooden, 2011). Secondo la Klujber l'immaginazione ha un potenziale salutogenico in quanto rinforza il senso di coerenza (SOC), la funzione mentale responsabile nel promuovere benessere e salute. Nel citare Antonovsky e la sua idea di adattamento dell'organismo a ciò che gli succede, con un movimento verso l'immaginazione, l'amore, il gioco, il significato, la volontà in quanto strutture sociali atte a produrre un adattamento positivo, la studiosa si chiede in che modo si possa sviluppare l'immaginazione e rafforzare il SOC. Può la lettura raggiungere questo obiettivo? Sebbene non ci siano studi sperimentali in questo senso, le suggestioni della Klujber sembrano molto interessanti e pongono una sfida alla ricerca in questo settore. Klujber cerca una risposta nella prosa e nella poesia di autori come Blake, Dickinson, Coleridge, Shelley, Yeats, Milton, Keats e ancora altri, ma propone anche di portare la salutogenesi in aula attraverso un training sull'immaginazione e il pensiero immaginativo, con l'aiuto della letteratura e del mito, per rinforzare il senso di coerenza, l'autoefficacia, l'*hardiness*, la *mindfulness*, la resilienza psico-sociale, l'interpretazione positiva del bias, l'empatia, la compassione, la tolleranza, l'attitudine a non giudicare, l'abilità del cercare una mediazione, l'abilità di creare un equilibrio in situazioni caotiche e traumatiche, l'abilità di attraversare una dissonanza cognitiva in modo salutare (Klujber, 2017).

Tra i generi letterari prossimi alle *Health Humanities* le favole, in particolare, offrono un modello per far fronte alle relazioni più comuni, dando un significato generale alla realtà che potrebbe poi essere utilizzato per comprendere altre situazioni.

Ci sono delle storie dunque che si prestano maggiormente al racconto delle progettazioni educative in promozione della salute. Se lette e offerte alle possibili interpretazioni durante sessioni di *capacity building*, all'interno di contesti formativi sulla promozione della salute, possano consentire un passaggio da un approccio comunicativo centrato su una storia (una storia raccontata in una classe prima e dopo un contributo teorico) verso un approccio comunicativo centrato sulle narrazioni (diverse interpretazioni della storia che sono stati costruite in un dialogo aperto, partecipativo tra docente/tutor, operatori, stakeholder, artista) (Arnett, 2002).

In un discorso sulle *Health humanities* presentiamo qui una delle favole di Gramsci 'il topo e la montagna' è qui presentata come metafora della promozione della salute e della teoria salutogenica. In sintesi, la sua storia pone un problema (in questo caso, la mancanza e l'uso sbagliato delle risorse) e narra il processo che il topo attraversa per trovare una soluzione. Un elemento specifico del genere letterario sulla fiaba è che questa ha una struttura simile a quella di un progetto (Propp, 2000). La fiaba ha una tipica struttura suddivisa in tre parti: 1. –Introduzione, 2. – Una situazione di conflitto, divisa in azione e dialogo, e reazione e risposta, e 3. –Una conclusione. Nel racconto 'il topo e la montagna' l'introduzione presenta un bambino affamato, la situazione di conflitto consiste nel fatto che il suo latte viene rubato dal topo e né la madre né la capra sono in grado di alimentarlo. L'azione e il dialogo sono attivati da un topo che escogita un piano che mira non solo a soddisfare il bisogno del bambino, ma anche sviluppare una azione comunitaria orientata al cambiamento globale. Esempi di reazione e risposta sono rappresentati da scene con gli altri attori e dal processo decisionale. La conclusione è rappresentata dalla scena finale che mostra anche l'efficacia del piano del protagonista (Garista *et al.*, 2015).

Una storia comprende una trama, personaggi principali e un narratore. Gramsci scrisse una favola con personaggi e una trama per comunicare il suo pensiero politico e la sua teoria per il benessere in una comunità, anticipando i principi fondamentali che sono alla base della promozione della salute e la teoria salutogenica. Nel suo racconto, anticipando quanto affermato con altri termini nella Carta di Ottawa, Gramsci propone un approccio in cui " la salute viene creata e vissuta dalle persone all'interno delle abitudini della loro vita quotidiana, dove imparano, lavorano, giocano e amano (WHO, 1986). Una narrazio-

ne ha tutti gli ingredienti di una storia, ma, in prospettiva freiriana, una narrazione aggiunge l'elemento di condivisione e partecipazione alla costruzione delle conoscenze: "quando una storia ha il sostegno della comunità, consenso e la partecipazione diventa una narrazione" (Arnett, 2002).

La favola di Gramsci non solo può diventare uno strumento strategico per spiegare la teoria di promozione della salute, ma può anche essere il processo attraverso il quale la teoria di promozione della salute si sposta nella pratica. L'efficacia metaforica e comunicativa del "topo e della montagna" ci hanno spinto a sperimentare altre favole in grado di raccontare i nuclei salutogenici di una progettazione educativa, orientata all'empowerment, capace di inserirsi anche in contesti altamente emergenziali di salute pubblica come quello della recente pandemia. Ad esempio Sepulveda nei suoi racconti affronta molte questioni cruciali della promozione della salute, mettendo in scena azioni positive dei protagonisti rispetto allo sviluppo del proprio potenziale, all'incontro con l'altro, con il diverso, con la malattia e la morte, con le questioni legate all'inquinamento, allo sviluppo e alla decrescita. Nel quadro narrativo, le storie sono accettate dalla gente se la storia non è solo una semplice favola raccontata da un narratore, ma dovrebbe diventare una sorta di narrazione partecipativa.

Tuttavia possiamo affermare che, rispetto a tutti gli esempi che abbiamo qui citato, dalla letteratura inglese all'arte di Maria Lai, dai casi-storia dei professionisti ai film di promozione della salute, alle favole, l'elemento epistemico che caratterizza la narrative *based health promotion* e le *health humanities* consiste in questo carattere fortemente partecipativo, nella co-costruzione di narrazioni comuni e meta-narrazioni capaci di far emergere elementi biografici delle persone e dei loro contesti, e di rigenerarli e trasformarli attraverso l'incontro, il dialogo, utilizzando un'ermeneutica capace di leggerle come ipertesti e di trasformarle in risorse e opportunità formative, connettendo le esigenze di salute pubblica con l'esperienza umana, nella continua ricerca e scoperta della salute.

## Riferimenti bibliografici

ANTONOVSKY A., *Unraveling the mystery of health. How people man–age stress and stay well*, Jossey Bass Publishers, San Francisco 1987.

ARNETT, R.C., Paulo FreirÈs revolutionary pedagogy: from a story–centered to a narrative–centered communication ethic. «Qualitative Inquiry», 4, (2002) pp. 489–510.

BLEZZA F., *Pedagogia della prevenzione*, Centro Scientifico Editore, Firenze 2009.

COLAZZO, S., Il valore sociale delle arti performative. «Amaltea. Trimestrale di cultura», VI, 3, settembre, 2012, pp. 46–48.

DAVIES J.K., MACDONALD G., *Quality, Evidence, and effectiveness in health promotion*, Routledge, London 1998.

DE LEEUW S., COURTNEY DONOVAN C., SCHAFENACKER N., KEARNS R., NEUWELT P., MERILL SQUIER S., MCGEACHAN C., PARR H., FRANK A. W., COYLE L.A., ATKINSON S., EL–HADI N., SHKLANKA K., SHOONER C., BELJAARS D. & ANDERSON J., Geographies of Medical and Health Humanities: A Cross–Disciplinary Conversation, «GeoHumanities», 4:2, 285–334, 2018.

DE MENNATO P. *Il sapere Personale. Un'epistemologia della professione docente*, Guerini, Milano 2005.

DE MENNATO P., FORMICONI A.R., OREFICE C., FERRO ALLODOLA V., Formare alla pratica riflessiva nella professione medica attraverso l'uso dei film: l'esperienza di Cin@med e dell'Archivio filmico della Facoltà di Medicina di Firenze. «Tutor», Firenze University Press, Florence, 13, 2/2013, pp. 32–33.

FERRO ALLODOLA V., DEPALMAS C., *La pratica riflessiva nella for–mazione alle Medical Humanities. Teorie, metodi, strumenti e valutazione*, Aracne, Rome 2015.

FITZPATRICK K., TINNING R., EDS, Health Education. Critical Perspectives, Routledge 2014.

FREIRE P., Ripartire dai temi generatori. testi di Paulo Freire tratti dalla pedagogia degli oppressi, «Animazione Sociale», 1, 1998, pp. 27–51.

— *Pedagogia dell'autonomia*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 2005.

GADAMER, H., *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano 1994.

GARISTA P., SARDU C., MEREU A., CAMPAGNA M., CONTU P., The mouse gave life to the mountain. Gramsci and health promotion. «Health Promotion International» 30 (3), 2015, pp. 746–755.

GARISTA P., POCETTA G., LINDSTROM B., Picturing academic learning. Salutogenic Insights on Drawings, «Health Promotion International» 30 (3), 2019, PP. 746–755.

GARISTA P., ZANNINI L., L'approccio socio-fenomenologico per con-nettere benessere individuale e bene comune, «Encyclopaideia», 2020.

GRAMSCI A. *L'albero del riccio*. Editori Riuniti, Roma, 2007.

IAVARONE M., MALAVASI L., OREFICE P., PINTO MINERVA F., (a cura di), *Pedagogia dell'ambiente 2017. Tra Sviluppo Umano E Responsabilità Sociale*, PensaMultimedia, Lecce 2017.

INGROSSO M., La salute come processo e cura di sé, «Riflessioni Si-stemiche», n. 5, 2011.

KLUJBER, A., The Salutogenic Imagination, in A. Voss & W. Simon, eds. *Re-enchanting the Academy*, Auckland, Seattle: Rubedo Press, 2017, 197–222.

LABONTE R., FEATHER J., HILLS M., A story/dialogue method for health promotion knowledge development and evaluation, «Health Education Research», 14, 3, 1999, PP. 39–50.

LINDSTRÖM B., ERIKSSON M., From health education to healthy learning: implementing salutogenesis in educational science, «Scand J Public Health». 39(6 SUPPL), 2011, pp. 85–92.

LINDSTRÖM B., Quality of life: a model for evaluating health for all. Conceptual considerations and policy implications, «Soz Prevntivmed», Vol. 37, 1992, pp. 301–306.

MANFREDA A., La dimensione metodologica: mappatura dei bisogni per un intervento sociale capacitante, in L. Binanti (a cura di), *La capacitazione in prospettiva pedagogica*, 230; PensaMultimedia, Lecce 2014, pp. 137–156.

MCCORMACK C. & MILNE P., Stories create space for understanding organizational change. «Qualitative Research Journal», 3, 2003, pp. 46 – 59.

MORTARI L., *Apprendere dall'esperienza. Il pensiero riflessivo nella formazione*, Carocci, Roma 2003.

NIEMIEC R.M., WEDDING D., Positive Psychology at the movies 2, Using films to build character strenghts and wellbeing, HOGREFE, Firenze 2014.

PROPP V., *Morfologia della fiaba*, Einaudi, Torino 2000.

RUBEIS, G., STEGER, F., Salutogenesis as empowerment. Health pro-motion and the role of the medical humanities, «Droit, Santé et Société», 2019/2, pp.75–83.

WALLERSTEIN, N., BERNSTEIN, E., Empowerment education: Freire ideas adapted to health education. «Health Education Quarterly», 15, 1988, pp. 379–394.

WOODEN, S.R., Narrative Medicine in Literature Classroom: Ethical Pedagogy and Mark Haddon's *The Curious Incident of the Dog in the Night-time*, «Literature and Medicine», 29, 2, 2011, pp. 274–296.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Canadian Public Health Association, Health and Welfare Canada, and the World Health Organization, Ontario, Canada 1986.

ZANNINI, L., *Salute, malattia e cura*, FrancoAngeli, Milano. 2001.

— *Medical Humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Raffaello Cortina, Milano 2008.