

A horizontal oval shape with a gradient from orange to purple.

Manifesto del Facilitatore di Medicina Narrativa

A large, abstract shape with a gradient from blue to purple, resembling a stylized drop or a splash.

Atti del Convegno del 10 Settembre 2024
e testo del Manifesto

Il testo è stato redatto a cura del **Centro Studi della Società Italiana di Medicina Narrativa**.

Autori:

Marisa Del Ben

Michela Fedrizzi

Massimiliano Marinelli

Alessandra Schieppati

Nicoletta Suter

Marisa Del Ben

Fisioterapista territoriale presso l'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale, specializzata in "Riabilitazione di comunità". Facilitatrice di laboratori di Medicina Narrativa SIMeN, Formatrice in pratiche di scrittura autobiografica.

Michela Fedrizzi

Appassionata di teatro, arte e scrittura creativa è Educatrice alla Narrazione e alla Teatralità. Laureata in Giurisprudenza, perfezionata in diritto Sanitario e in Advocacy and Patient engagement, ha competenze in ambito di formazione ECM. Facilitatrice di laboratori di Medicina Narrativa e Membro del Centro Studi SIMeN.

Massimiliano Marinelli

Docente di Medicina Narrativa presso l'UNIVPM, dirige il Centro Studi della SIMeN. Tra le sue opere più recenti la cura del Dizionario di medicina narrativa: Parole e pratiche e Che cos'è la medicina narrativa: Problemi e metodi entrambe per la Casa editrice Morcelliana.

Alessandra Schieppati

Founder del Progetto di change management GENERA® GENitore Engagement RAconto. Esperta di progettazione e formazione nell'ambito del benessere organizzativo; docente di comunicazione ed engagement in diversi ambiti sanitario, aziendale ed educativo. Membro del Centro Studi SIMeN e Facilitatrice di laboratori di Medicina Narrativa SIMeN. Autrice del testo "Progettare la cura con la Medicina Narrativa. Manuale operativo e strumenti per un uso quotidiano."

Nicoletta Suter

Laureata in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche e dirige la struttura della Formazione in ASFO-Pordenone. Gestalt Counsellor, Team Coach e Facilitatrice di Medicina Narrativa con formazione presso la Columbia University di NYC. Docente di Medicina Narrativa in numerosi percorsi accademici e di formazione continua. Socia SIMeN, componente del Direttivo nazionale (2018-2024).

Copyright e Diritti

Tutti i diritti riservati. Questo documento è di proprietà della SIMeN - Società Italiana di Medicina Narrativa. Nessuna parte di questo documento può essere riprodotta, distribuita o trasmessa in alcun modo, inclusi mezzi elettronici o meccanici, senza il permesso scritto preventivo della SIMeN. Per richieste di autorizzazioni, si prega di contattare la SIMeN all'indirizzo ufficiale.

La formazione dei *Facilitatori di Laboratori di Medicina Narrativa SIMeN*

Nell'ottobre 2020 la Simen nelle persone di Nicoletta Suter, Paolo Trenta e Stefania Polvani ha avviato il Primo corso per *Facilitatori di Laboratori di Medicina Narrativa* in modalità di formazione a distanza sincrona e con utilizzo di metodologie didattiche altamente interattive.

Il percorso formativo è nato per rispondere alla necessità di preparare competenze didattico- educative di gestione di laboratori di Medicina Narrativa e competenze per la costruzione di progetti volti a portare gli approcci narrativi nelle pratiche di cura, siano esse cliniche, che educative o di ricerca.

Nel percorso sono stati coinvolti molti formatori: Massimiliano Marinelli, Lorenza Garrino, Cristina Cenci, Vincenzo Alastra, Sergio Ardis, Momcilo Jankovic, Danilo Toneguzzi. Nicoletta Suter e Paolo Trenta, oltre che formatori e facilitatori del percorso, hanno continuato nel tempo a svolgere attività di tutorato ai vari gruppi classe, anche per la costruzione di progetti di medicina narrativa da trasferire nelle pratiche di cura.

Dal 2020 ad oggi sono stati realizzati 5 corsi di livello base con 145 facilitatori formati e 5 corsi di livello avanzato con 91 facilitatori formati.

A seconda del titolo posseduto, i facilitatori hanno potuto iscriversi gratuitamente all'Albo facilitatori "base" o "avanzato", ambedue pubblicati nel sito della SIMeN: <https://www.simenitalia.it/albo-simen-medicina-narrativa/>

Un nuovo corso facilitatori base è in partenza a maggio 2025.

L'essere umano ha la predisposizione naturale ad organizzare le proprie esperienze in forma narrativa e quindi a costruire il proprio sé e la propria identità attraverso le storie. Attraverso la narrazione, noi conosciamo, comprendiamo, interpretiamo noi stessi, gli altri, il mondo e la vita. Essa è una strategia adattativa che permette di dare forma all'esperienza umana. Il racconto diventa una mappa con punti di riferimento per orientarsi negli eventi della propria storia.

Il percorso di formazione si propone di preparare facilitatori di laboratori di Medicina Narrativa in grado di promuovere le pratiche narrative nel sistema delle cure attraverso progettualità e didattica.

Principali argomenti:

- Medicina narrativa: basi epistemologiche ed etiche
- Profilo e ruolo del facilitatore
- Principi, metodi e strumenti dell'educazione narrativa
- Il laboratorio narrativo esperienziale
- La facilitazione nel gruppo e nella comunità
- La costruzione di progetti di Medicina Narrativa

Sommario

Il significato etico del manifesto.....	1
Premessa	1
Che cos'è un manifesto	1
Il contenuto etico del manifesto sul quale si promette	3
Implicazioni etiche	15
Conclusioni	17
Bibliografia	17
Dall'identità alla divinità.....	19
Premessa: osservare il manifesto da una prospettiva pratica	19
La Divinità: cosa si affaccia sul campo d'azione?	22
Facilitare un gruppo cosa implica?	24
Cosa accade quando si perde l'equilibrio? Un esempio pratico di passaggio dalla complessità amica alla complessità nemica	29
Come muoversi tra i fenomeni che ci attraversano?	32
Tzimtzum.....	38
Bibliografia	38
Da muri a perimetri sublimi	40
Premessa: ambiti	40
Muri e perimetri	41
Sublime.....	43
Risonanza incarnata.....	45
Conclusioni: leggere l'aria.....	47
Bibliografia	49
Facilitare la Creatività, la Possibilità e il Valore	50
Introduzione	50

I facilitatori.....	52
Corpo Visibile e Invisibile.....	54
Arte e Arterie.....	57
Dall’atlante anatomico ai Paesaggi interiori.....	61
Ricercatori di Senso.....	64
TraSguardi creativi.....	66
Creatività come teatro e drammatizzazione della cura.....	70
Persone in cerca di...cura.....	76
Conclusioni.....	78
Bibliografia.....	79
Co-costruire comunità narrative.....	83
La comunità e il Manifesto dei facilitatori.....	83
Etimologia, storia e riflessioni sul costrutto di comunità.....	84
La cultura del noi.....	92
Il metodo della MN per la comunità narrativa.....	97
La facilitazione narrativa e “di comunità”.....	99
Bibliografia.....	104
Manifesto del Facilitatore di Laboratori di Medicina Narrativa.....	106
Premessa.....	106
La Formazione.....	107
Il Manifesto.....	107
Filosofia.....	108
L’impegno.....	108
Bibliografia.....	110

IL SIGNIFICATO ETICO DEL MANIFESTO

Massimiliano Marinelli

PREMESSA

La riflessione sul significato etico di un manifesto non si esaurisce nella valutazione delle sue proposizioni di carattere morale. È necessario, prima di tutto, cogliere la natura intrinseca di un manifesto e individuare il legame che intercorre tra il suo contenuto e coloro che lo sottoscrivono. L'intento di queste pagine è, dunque, quello di esplorare, in via preliminare, alcune questioni fondamentali: il significato di un manifesto in sé e la relazione identitaria che si instaura tra il manifesto e chi vi aderisce, per analizzarne poi il significato etico per il facilitatore o la facilitatrice.

CHE COS'È UN MANIFESTO?

La parola “manifesto” deriva dal latino *manifestus*, ossia “evidente”, “palese”, letteralmente “colto sul fatto”. Come sostantivo, “manifesto” indica un foglio stampato e affisso in luogo pubblico al fine di portare a conoscenza della collettività un fatto, un'intenzione o un programma. Nel momento in cui un gruppo rende pubblico un manifesto, quindi, esplicita e rende visibile la propria posizione, oppure dichiara un intento, un programma che desidera condividere.

Il termine racchiude, nella fase di stesura, stampa e affissione, un processo che procede dall'interno verso l'esterno, un atto che svela e

rende nota una certa visione del mondo o una particolare intenzione. La collettività che sottoscrive il manifesto si riconosce, dunque, in ciò che ha scritto e desidera che altri, leggendo, possano aderire.

Riconoscersi e aderire significa far proprio il contenuto, quasi a voler affermare: «mi ritrovo in queste parole; **io sono** quel manifesto». Tale adesione risulta legata, in maniera più o meno profonda, alla costruzione dell'identità di chi sottoscrive.

Una volta sottoscritto, che tipo di legame si instaura con il contenuto del manifesto?

Non si tratta di un giuramento rivolto a una divinità, né di un obbligo normativo o deontologico paragonabile all'osservanza di una legge positiva o alla rigidità di una coscienza kantiana. Nel momento in cui una persona dichiara «mi ci riconosco», la relazione con il contenuto si configura come **personale**. Quando il contenuto, inoltre, fa riferimento a una certa postura da mantenere nel tempo, ci si trova di fronte a un legame che assomiglia a quando si promette qualcosa a sé stessi in modo libero e consapevole.

La promessa, infatti, è strettamente correlata all'identità personale, introducendo immediatamente la dimensione etica. Paul Ricoeur, come è noto, colloca la promessa al centro dell'identità personale, in quella *ipseità* che garantisce l'integrità del sé nel corso del tempo. Il concetto di *ipseità* preserva la fedeltà a sé stessi e si contrappone alla *medesimezza* (*idem*),

che si fonda, al contrario, su una sostanza stabile (come il DNA) (Ricoeur, 2011).

È attraverso *idem* e *ipse* che germoglia, secondo Ricoeur (2007), la riflessione sull'identità narrativa: una concezione particolarmente apprezzata da chi si occupa di medicina narrativa. L'etica della promessa che ci rende coerenti con noi stessi nel tempo non è prerogativa esclusiva dei filosofi, ma si rivela di grande rilevanza nella pratica quotidiana.

Il facilitatore di laboratori di Medicina Narrativa, così come ogni professionista della salute, risulta affidabile se mantiene le promesse che formula (Marinelli, 2015). Nel momento in cui agisce coerentemente con quanto promesso, la sua identità si manifesta in modo riconoscibile e stabile. I pazienti, a loro volta, percepiscono questa continuità e riconoscono nel professionista la stessa persona della quale avevano iniziato a fidarsi.

IL CONTENUTO ETICO DEL MANIFESTO SUL QUALE SI PROMETTE

Nel dire di un manifesto «mi ci trovo», si assume una posizione che non è solo individuale, ma condivisa da chiunque abiti lo stesso “territorio” concettuale ed esperienziale. Con il manifesto, dunque, si promette qualcosa a sé stessi e, al medesimo tempo, a tutti coloro che hanno scelto di esporsi e riconoscersi in esso.

Come noto, l'etica si pone da sempre un interrogativo centrale: «come dovrei vivere la mia vita?», la grande questione platonica espressa nella *Repubblica* (II, 365b) che invita a scegliere la via più saggia per condurre la propria esistenza. Il contenuto etico del manifesto offre indicazioni per rispondere a tale domanda attraverso la sua peculiare “filosofia”.

Leggiamo i tre punti fondamentali:

«la Facilitatrice / il Facilitatore di laboratori di Medicina Narrativa

- a. ispira la propria pratica a una concezione allargata della cura intesa come protezione e promozione della vita umana;*
- b. persegue un'etica della cura che riconosce l'importanza della relazione e dell'interdipendenza tra gli esseri umani, ponendo al centro la sollecitudine verso chi chiede aiuto;*
- c. crea uno spazio sicuro e accogliente in cui le persone possono narrare le proprie storie di cura».*

I tre punti delineando una vera e propria “filosofia morale” che avvolge il manifesto e della quale può essere opportuno esplicitarne brevemente il contenuto:

A. LA CONCEZIONE ALLARGATA DELLA CURA

La cura non coincide soltanto con un intervento rivolto al corpo, ma si configura come un approccio che accoglie la totalità dell'esperienza umana. Le sue radici simboliche si trovano nel *Mito di Cura*, narrato da

Igino e reinterpretato da Heidegger¹ (1976), in cui la cura assume un ruolo fondativo nell'esistenza. Non si parla semplicemente di azione operativa, ma di premura e sollecitudine, riconoscendo la fragilità e la vulnerabilità come elementi costitutivi della vita. Si sviluppa così una modalità esistenziale che diventa paradigma culturale, capace di connettere protezione e responsabilità in un contesto relazionale (Alici - Pierosara, 2022).

In ambito sanitario, tale prospettiva si traduce in un'etica che non si limita alla gestione dell'ente malattia, ma abbraccia l'intera esistenza, incluse le dimensioni narrative ed emotive del paziente. Attraverso la narrazione, la cura si trasforma in un atto che connette, valorizzando le storie individuali come parte essenziale del processo terapeutico. La sollecitudine, che secondo Ricoeur (2023) è «movimento del sé verso l'altro», fornisce l'impulso necessario a rispondere in modo empatico alle necessità del paziente (Marinelli, 2022). Questo modello, infatti, richiama il

¹ «La Cura mentre stava attraversando un fiume, scorse del fango cretoso; pensierosa, ne raccolse un po' e incominciò a dargli forma. Mentre è intenta a stabilire che cosa abbia fatto interviene Giove. La Cura lo prega di infondere lo spirito a ciò che essa aveva fatto. Giove consente volentieri ma quando la Cura pretese di imporre il suo nome a ciò che aveva fatto, Giove glielo proibì e volle che fosse imposto il proprio. [...] Mentre la Cura e Giove disputavano sul nome, intervenne anche la Terra, reclamando che a ciò che era stato fatto fosse imposto il proprio nome perché aveva dato a esso una parte del proprio corpo. I disputanti elesero Saturno a giudice, il quale comunicò ai contendenti la seguente giusta decisione: tu, Giove, che hai dato lo spirito, al momento della morte riceverai lo spirito; tu, Terra, che hai dato il corpo, riceverai il corpo; ma poiché fu la Cura che per prima diede forma a questo essere, finché esso vive lo possiede la Cura. Per quanto concerne la controversia sul nome, si chiami homo perché è fatto di humus (terra)».

professionista della salute a essere non solo tecnico, ma autentico custode di una visione più integrata della cura.

Un approccio che, superando il tradizionale modello medico centrato sulla malattia, si radica, perciò, in una prospettiva integrale in cui la cura non risulta mai neutrale. È un atto relazionale che unisce profondamente chi cura e chi è curato. Viene ribadita così la dignità della persona umana, la cui vulnerabilità richiama un impegno a proteggere e a coltivare la vita attraverso relazioni autentiche e gesti concreti.

B. L'ETICA DELLA CURA

L'etica della cura è un orientamento teorico e pratico che ruota intorno a principi quali la relazione, l'interdipendenza e l'attenzione verso chi ha bisogno di aiuto. Tale etica si distingue dal modello della giustizia, orientato a un'autonomia individuale e alla formulazione di principi universali, ponendo in risalto la rilevanza delle storie, della situazione e della responsabilità relazionale. Le sue fondamenta emergono dal pensiero femminile, come sottolineato da Carol Gilligan,(1982) che ha messo in luce le sue particolarità nello sviluppo morale.

Valori e principi fondamentali dell'etica della cura

Nel manifesto del Facilitatore di Laboratori di Medicina Narrativa, i facilitatori si rifanno ai valori e alle prassi dell'etica della cura per generare

trasformazioni nelle comunità professionali e sociali (punto 10 del manifesto). I pilastri di questo approccio includono:

Relazione come essenza della cura: l'etica della cura pone la relazione al centro. In opposizione al modello della giustizia, che esalta l'autonomia individuale, mette in luce l'interdipendenza. L'ascolto attivo e la risposta empatica ne costituiscono gli strumenti principali.

Responsabilità come risposta: invece di essere concepita come limitazione individuale, la responsabilità viene interpretata come una concreta azione di supporto verso i bisogni degli altri. Si tratta di un impegno a prevenire l'abbandono e a garantire la giusta presenza.

Storicità e situazionalità: se il modello della giustizia si fonda su principi astratti e atemporali, l'etica della cura predilige il contesto e i vissuti specifici, evidenziando l'importanza della narrazione nel comprendere i problemi relazionali.

Integrazione tra emozione e razionalità: a differenza di una razionalità fredda e distaccata, l'etica della cura riconosce un ruolo essenziale alle emozioni per interpretare le relazioni e risolvere i conflitti.

Per comprendere meglio il punto di vista dell'etica della cura, si ritiene opportuno confrontarlo con il modello etico della giustizia che rappresenta, attualmente, quello più osservato nella nostra società (Marinelli, 2015). L'obiettivo è chiarire i punti-chiave di entrambe le

prospettive, evidenziando come si differenzino in termini di presupposti antropologici, valoriali e metodologici.

1. Astoricità vs. storicità

Come ricorda la filosofa Pettersen Tove, (2008) molte teorie morali (in particolare quelle deontologiche e utilitariste) tendono a collocarsi in un punto di vista “astorico” e “neutrale”, trattando il bene e il male come se esistesse una posizione universale da cui giudicarli. Tale prospettiva trascura il fatto che ognuno di noi è inevitabilmente situato in un contesto storico-culturale, con caratteristiche sociali e personali specifiche. L’etica della cura sostiene, invece, che qualsiasi valutazione morale si svolge sempre in un contesto storico e relazionale. Le decisioni non avvengono in astratto, ma sono ancorate alle circostanze reali, ai rapporti concreti tra le persone e al bagaglio culturale e sociale di chi agisce. Per questo, la pretesa di un punto di vista totalmente neutrale e fuori dalla storia risulta priva di fondamento.

2. Posizione neutrale vs. valutazione della situazione.

Le tradizionali teorie della giustizia presuppongono che per giudicare moralmente un atto sia necessario porsi in una posizione di imparzialità. Viene promosso il distacco emotivo così da massimizzare la razionalità e l’oggettività nel prendere decisioni etiche. L’etica della cura invita, invece, a una considerazione attenta e concreta della singola situazione. Ogni contesto va valutato nella sua specificità, tenendo conto della storia

personale e dei bisogni relazionali di chi è coinvolto. Non si tratta di rinunciare alla razionalità, ma di integrare anche gli aspetti relazionali ed emotivi, considerati intrinsecamente significativi per la cura.

3. Diritti vs. bisogni concreti.

Nella prospettiva della giustizia, viene data priorità alla tutela dei diritti individuali, concepiti spesso in maniera astratta e universale. L'attenzione è focalizzata sulle regole e sulle norme che garantiscono la legittima protezione dell'autonomia dei soggetti. L'etica della cura, pur non negando l'importanza dei diritti, pone l'accento sui bisogni specifici e contingenti delle persone. L'idea è che un approccio esclusivamente incentrato sui diritti rischi di ignorare le necessità reali, relazionali e a volte urgenti di individui concretamente bisognosi di assistenza, sostegno o comprensione.

4. Superiorità della sfera pubblica vs. rivalutazione della sfera relazionale.

Dalle teorie etiche classiche (Aristotele, Hume, Kant) sino alle moderne teorie liberali (ad es. Rawls), si tende a valorizzare principalmente la sfera pubblica – la politica, la carriera professionale, la razionalità universale, ritenendo che la sfera privata (la casa, la famiglia, la cura) sia di minore rilevanza etica e politica. L'etica della cura sovverte questa gerarchia, riconoscendo il valore morale del "privato" e, più in generale, delle relazioni di cura e di dipendenza reciproca. La cura diventa essenziale in ogni contesto di vita, sia esso pubblico o privato, poiché ogni individuo, in

certi momenti o fasi dell'esistenza, può trovarsi in una condizione di vulnerabilità e aver bisogno dell'aiuto altrui.

5. Pensarsi come isolati vs. pensarsi come interconnessi.

La costruzione del soggetto morale nelle teorie di giustizia fa riferimento a individui autonomi e indipendenti: ciascuno decide come agire calcolando le conseguenze o valutando la coerenza razionale delle proprie azioni, in un'ottica essenzialmente individuale. Per l'etica della cura, questa prospettiva ignora la natura relazionale dell'essere umano. Ogni persona è parte di reti di relazioni complesse: sociali, familiari, affettive e comunitarie. Le decisioni etiche non sono mai esclusivamente individuali, poiché la nostra identità si costruisce all'interno di rapporti di interdipendenza, di cui bisogna tener conto nel giudizio morale.

6. Responsabilità come limitazione vs. responsabilità come risposta

Nel modello della giustizia, la responsabilità morale tende a essere concepita come un insieme di doveri e obblighi che limitano la libertà individuale: la legge morale è un vincolo esterno a cui l'individuo deve sottomettersi per agire correttamente. L'etica della cura propone di comprendere la responsabilità come una forma di risposta al bisogno dell'altro. È un atteggiamento proattivo, in cui ci si sente chiamati a prendersi cura, a rispondere in prima persona alle situazioni di vulnerabilità. Questo tipo di responsabilità non è vissuto principalmente

come un limite alla libertà, ma come un'espressione di coinvolgimento, di disponibilità e di solidarietà.

L'analisi, seppure breve, ha inteso mostrare come l'etica della cura possa integrare e talvolta superare i limiti di un approccio esclusivamente centrato sulla giustizia astratta, rispondendo meglio alle esigenze relazionali e concrete delle persone. In ambito medico e sanitario, tale prospettiva si rivela particolarmente utile per valorizzare la dimensione narrativa, la vulnerabilità del paziente e l'importanza di costruire relazioni di fiducia, all'interno di un orizzonte di responsabilità condivisa e orientato al bene concreto dell'altro.

L'intento pratico migliorativo e trasformativo

L'etica della cura si caratterizza per un risvolto pratico e trasformativo, pienamente in linea con gli obiettivi del manifesto. I facilitatori promuovono questo approccio sia nei laboratori narrativi sia negli ambienti clinici, educativi e di ricerca, creando spazi di ascolto e partecipazione che producono cambiamenti significativi. In particolare, promuovono:

la creazione di spazi accoglienti: i facilitatori organizzano luoghi sicuri in cui le storie di cura possano essere condivise. Tali spazi, chiamati "radure" da Rita Charon (2009) e ispirati a *Beloved* di Toni Morrison, rappresentano aree simboliche di apertura e protezione, dove clinici,

pazienti e famiglie si incontrano per stabilire obiettivi comuni. Ne derivano rapporti dialogici autentici, privi di barriere comunicative o burocratiche;

apprendimenti trasformativi: la facilitazione narrativa sostiene processi di apprendimento collaborativi capaci di arricchire tanto le relazioni di cura quanto le pratiche cliniche quotidiane. Grazie all'etica della cura, che mette la relazione al centro, i partecipanti sviluppano competenze narrative in grado di migliorare le relazioni umane e le prassi di cura. Tale approccio, indicato anche dal manifesto, si colloca in un orizzonte in cui la cultura della condivisione e della partecipazione attiva costituisce un tratto distintivo;

una diffusione culturale: diffondere i principi dell'etica della cura implica un cambiamento culturale che porta l'attenzione dalla mera efficienza tecnica alla qualità relazionale. Il manifesto sottolinea la necessità di creare spazi collaborativi in cui le narrazioni riescano a trasformare le prassi abituali. Porre la dimensione relazionale al centro significa valorizzare la narrazione come strumento di comprensione dei bisogni reali e come leva di risposta alle vulnerabilità.

Potrebbe sorgere la domanda: in un manifesto di Medicina Narrativa, perché non si parli di "etica narrativa" come, ad esempio, in *The Principles and Practice of Narrative Medicine* (2016) di Rita Charon? In realtà, entrambi gli approcci sono di tipo relazionale e presentano molte affinità.

Si ritiene infatti che il rapporto fra etica narrativa ed etica della cura configuri una compenetrazione reciproca.

L'etica narrativa, sul versante della narratologia, indaga i valori insiti nelle pratiche del racconto; in filosofia, poi, assume la dimensione narrativa dell'esperienza come un elemento antropologico di base. Attraverso la narrazione, l'individuo rilegge il proprio vissuto, valutandone le implicazioni morali in relazione al passato, al presente e al futuro, nonché nei confronti di chi interagisce con lui (Pierosara, 2022). Quando tale analisi è applicata alla sofferenza umana, l'etica narrativa assume in modo inevitabile una valenza di cura: narrare diventa prendersi cura, e il racconto stesso si trasforma in un accompagnamento. In tal senso, l'etica narrativa evolve in etica della cura.

Allo stesso tempo, l'etica della cura rappresenta una visione morale centrata sulle relazioni e sull'interdipendenza, espressa attraverso modalità narrative. Le storie contribuiscono a costruire il legame di cura, ma costituiscono anche uno strumento cruciale per interpretare i bisogni, rispondere alle vulnerabilità e generare azioni. La narrazione non va considerata un accessorio, bensì un elemento essenziale e pulsante.

Si realizza così una reciproca integrazione: l'etica narrativa offre gli strumenti per esplorare i processi storici e personali della cura, mentre l'etica della cura definisce la cornice valoriale all'interno della quale quelle narrazioni trovano significato e funzione. Parlare di etica della cura, in un

manifesto di medicina narrativa, significa già, in modo implicito, parlare di etica narrativa: laddove prendersi cura si intreccia con l'atto del raccontare, si apre uno spazio etico in cui le storie sono al contempo espressione e azione di cura.

L'etica della cura si manifesta, dunque, come il paradigma etico naturale per la medicina narrativa, integrando emozioni, razionalità e attenzione alle esigenze concrete delle persone. Nel contesto del manifesto, l'etica della cura non solo orienta l'azione dei facilitatori, ma promuove anche un profondo cambiamento culturale e operativo all'interno delle relazioni di cura, rendendole più aperte, rispettose e capaci di dare risposta alle reali domande delle persone.

Un'identità condivisa

Il manifesto, in aggiunta, intende «aiutare a creare un'identità condivisa per i facilitatori di medicina narrativa». Sorge a questo punto la domanda: in che senso si può parlare di “identità condivisa”? Come è possibile condividere la propria identità con qualcuno che, per definizione, è diverso?

La parola “identità” discende dal latino *identitas*, che significa “tessere la stessa cosa”. L'immagine del tessere allude a fili differenti che si intrecciano per formare un insieme coeso. Non si tratta di annullare l'individualità, ma di enfatizzarne il valore all'interno di una trama comune.

L'identità condivisa non si fissa come realtà immutabile, bensì si plasma lungo un percorso di costruzione e negoziazione attraverso il dialogo e il confronto. Nella medicina narrativa, parlare di identità condivisa non comporta l'idea di un'omologazione, bensì il riconoscimento reciproco della volontà di "abitare il medesimo mondo che si sta faticosamente tessendo". Si assiste così a un passaggio graduale dall'io al noi, senza cancellare l'irripetibile particolarità di ciascuno.

IMPLICAZIONI ETICHE

Il manifesto, pur non formalizzandosi come codice deontologico, ingloba alcuni elementi di natura deontologica. Tra questi:

competenza e conoscenza: operare all'interno delle proprie abilità e rivolgersi a facilitatori più esperti quando necessario. È un atto di costante autovalutazione, che implica il riconoscimento dei propri limiti e l'individuazione di ambiti in cui occorre approfondire. Cercare l'aiuto di chi possiede maggior esperienza non costituisce solo espressione di umiltà, ma anche una forma di responsabilità verso i partecipanti dei laboratori e la comunità di pratica. L'aggiornamento continuo e la condivisione di competenze con colleghi esperti garantiscono interventi sicuri e qualitativamente adeguati, contribuendo a creare un contesto collaborativo;

condivisione e crescita collettiva: favorire lo scambio di conoscenze, di esperienze e di risorse. Non si tratta di una mera trasmissione di contenuti, bensì di un processo dinamico di apprendimento reciproco. I facilitatori sono incoraggiati a condividere le proprie competenze, stimolando un clima che arricchisce la professionalità di tutti. La crescita collettiva non è limitata all'acquisizione di nuove abilità, ma comprende una riflessione critica sulle prassi, promuovendo apertura all'innovazione. Operare in un ambiente di fiducia e rispetto reciproci rende possibile affrontare insieme le sfide, individuando soluzioni partecipate e migliorando costantemente l'efficacia della narrazione in ambito terapeutico;

cooperazione e gestione dei conflitti: promuovere una metodologia collaborativa e prevenire i conflitti attraverso la co-conduzione e la negoziazione. Tale prassi richiede la volontà di riconoscere le differenze all'interno del gruppo, trasformandole in risorse comuni. La co-conduzione non è soltanto un metodo operativo, ma un valore etico che suggerisce il rispetto e la valorizzazione dei contributi di ognuno. La negoziazione, a sua volta, non si limita a risolvere i conflitti ma rafforza la coesione interna, favorendo relazioni di fiducia e cooperazione. Un simile approccio consente ai facilitatori di mantenere un clima relazionale sereno, orientato al benessere del gruppo e ispirato a un dialogo aperto.

CONCLUSIONI

Il manifesto, in quanto espressione condivisa, mostra dunque un tessuto di valori, di pratiche e di promesse che definisce l'identità etica del facilitatore in medicina narrativa. In virtù di tale tessuto, coloro che lo sottoscrivono si impegnano a costruire, insieme, una comunità professionale coesa e orientata a una cura autenticamente relazionale e narrativa. L'adesione a un manifesto non implica l'osservanza di una legge esterna e obbligatoria, ma costituisce l'assunzione di una promessa che, attingendo all'idea di *ipseità*, rafforza l'identità personale e collettiva nel tempo. L'esito di questo impegno, naturalmente, non ricade soltanto sulle singole professionalità, ma contribuisce a delineare una cultura della cura in grado di tutelare e promuovere la vita umana, intesa nella sua complessità e nella sua infinita ricchezza di storie.

BIBLIOGRAFIA

- Alici, L. & Pierosara, S. "Invito alla lettura" in Alici, L. & Pierosara, S. (eds.), (2022) *Riduzionismo e complessità. Ritrovare l'umano, umanizzare la cura*. p. 16.
- Charon, R. *Narrative medicine, the cleaning*, Atti del Convegno "Medicina narrativa e malattie rare", Rapporti ISTISAN 09/50 26 luglio 2009, p. 6.
- Charon, R. (ed), (2016) *The Principles and Practice of Narrative Medicine*. e-book.
- Gilligan, C. (1982) *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press, Cambridge MA.
- Heidegger, M. (1976) *Essere e Tempo*. Longanesi, Milano p. 247.
- Marinelli, M. (2015). *Trattare le malattie curare le persone: Idee per una medicina narrativa*. FrancoAngeli.

Marinelli, M. “**Sollecitudine**” in Polvani, S. (ed.), (2022) *Cura alle stelle: Manuale di salute narrativa*. MMB, Firenze, pp. 241-243.

Pettersen, T. (2008) *Comprehending care: problems and possibilities in the ethics of care*. cfr. *Care and traditional moral theory*, cap. 5.

Pierosara, S. “Etica Narrativa” in Marinelli, M. (ed.), (2022). *Dizionario di medicina narrativa: Parole e pratiche*. Morcelliana Brescia, p. 175.

Ricoeur, P. (2007) *Tempo e Racconto III, il tempo raccontato*. Jaca Book, Milano, p. 375.

Ricoeur, P. (2011) *Sé come un altro*. Jaca Book, Milano, pp. 201-262.

Ricoeur, P. (2023) *La persona*. Morcelliana Brescia, p. 41.

DALL'IDENTITÀ ALLA DIVENTITÀ

Alessandra Schieppati

PREMESSA: OSSERVARE IL MANIFESTO DA UNA PROSPETTIVA PRATICA

Per dare ordine al quesito: “cosa significa essere un facilitatore di laboratori di medicina narrativa?” si farà riferimento al metodo delle 5W2H ovvero *What?* (Cosa), *Who?* (Chi), *Where?* (Dove), *When?* (Quando), *Why?* (Perché), *How?* (Come), and *How Much?* (quanto costa)

1. Cosa: aderire al concetto di cura come promozione e protezione della vita²
2. Chi: mettere la persona al centro intesa nella sua interezza e con la consapevolezza che una persona appartiene ad un ambiente ed è in relazione con altri; il facilitatore non si occupa solo del curato ma anche del curante e dell'organizzazione³
3. Dove: il laboratorio è uno spazio che si apre a qualsiasi luogo in cui si incontra un bisogno e ci siano i professionisti idonei per rispondere a tale bisogno⁴
4. Perché: il fine della medicina narrativa è il miglioramento dell'esito delle cure

² punto a. della Filosofia del Manifesto

³ punto b. della Filosofia del Manifesto

⁴ punto c. della Filosofia del Manifesto

5. Quando: in qualsiasi momento in cui si condivide del tempo di cura
6. Come: attraverso una relazione efficace che veicoli le pratiche EBM attraverso la narrazione trasformativa, esito degli approcci descritti nelle linee di indirizzo dell'Istituto Superiore di Sanità. (ISS 2013)
7. Quanto costa: la strutturazione, progettazione, esecuzione di laboratori di medicina narrativa richiede professionalità, obiettivi specifici e un investimento economico.

La situazione qui considerata è quella del laboratorio di medicina narrativa come luogo di allenamento per il confronto e per la costruzione di un contesto di partecipazione attiva di tutti i soggetti coinvolti nella storia di cura; la sollecitudine ad una reazione adeguata come intesa nella Filosofia del Manifesto.

Il contributo che segue quindi correla i punti 3,4,5,9 dell'Impegno del Manifesto sotto riportati con un accenno alla teoria della complessità e come quest'ultima possa essere utile, unita all'approccio fenomenologico-costruttivista, nella conduzione di un laboratorio di medicina narrativa; l'accento si pone sulla necessità di allenarsi all'ascolto ed al governo dei fattori che intervengono nel cambiamento che *diseases, illness e sickness* comportano nella vita quotidiana.

Dal Manifesto:

3. Attivano apprendimenti collaborativi e trasformativi per migliorare le pratiche narrative nelle relazioni di cura, nel team di lavoro, nei sistemi organizzativi e nella comunità sociale.

4. Promuovono la cura di sé e l'arricchimento professionale attraverso la formazione continua, supervisione, intervizione e riflessione sulla propria pratica di facilitazione.

5. Adottano e coltivano un linguaggio ed uno stile comunicativo orientati allo sviluppo delle abilità di convivenza e alla qualità delle relazioni.

9. Riconoscono il valore della co-conduzione nei laboratori di MN e sostengono un paradigma relazionale collaborativo per prevenire e gestire conflitti.



Figura 1: Sintesi della correlazione dei punti del Manifesto per efficientare la comunicazione efficace nella cura

In una relazione di cura si presuppone che: ci siano almeno due protagonisti, un curato ed un curante, ognuno con propri bisogni, aspettative, desideri; che nella relazione curante-curato ci sia un'asimmetria, ovvero il curante è dotato di un sapere specifico che mette a disposizione del curato. Il curante a sua volta è immerso in un contesto più ampio in cui si inserisce il suo sapere per connettersi al sistema-cura a cui partecipano altri curanti/esperti/familiari/caregiver.

Per tale motivo è utile parlare di un sistema complesso in cui ci sono più protagonisti e, per una cura efficace, è necessario prendere in considerazione tutti.

LA DIVENTITÀ: COSA SI AFFACCIA SUL CAMPO D'AZIONE?

DIVENTITÀ è il neologismo che usa Ugo Morelli (2024) per unire *divenire* a *identità*: un modo per raccontare la nostra costante trasformazione ed il nostro essere immersi nella reciprocità. Siamo sempre nel cambiamento, è la nostra condizione naturale: la staticità non ci appartiene, ogni singolo istante le nostre cellule cambiano e noi cambiamo con loro ma questo movimento non è solo interno perché noi rispondiamo anche a ciò che accade fuori di noi. Ecco perché siamo sempre in divenire e il nostro modo di rispondere, di stare nel mondo, si modifica ogni giorno influenzando chi siamo, cosa sentiamo, cosa pensiamo e quindi la nostra identità. Uso il plurale perché questa caratteristica non è solo individuale, della persona

singola ma anche del gruppo e dell'ambiente. Quando si entra nel mondo della cura, il cambiamento può assumere ritmi e forme differenti, la medicina narrativa aiuta a sgrovigliare il caos per valorizzare l'unicità e creare un processo di cura efficace, personalizzato.

Il titolo «dall'identità alla divinità» è un invito ad appartenere al mondo che abitiamo in modo consapevole, a fermarsi ad osservare i cambiamenti partendo dal presupposto che noi stessi non siamo mai osservatori neutri; ci influenziamo reciprocamente e possiamo risuonare insieme per creare un noi rispettoso e funzionale.

La Medicina Narrativa è un metodo, uno strumento che valorizzando l'unicità crea cura. Essere all'interno della comunità significa partire da questo riconoscimento dell'identità di ciascun individuo per agire in suo favore. Il gruppo che a Riccione si è riunito per cominciare a dare forma al manifesto era composto da facilitatori che hanno avuto esperienze sul campo, ognuno con una propria professionalità, esperienza ed identità.

Qui testimonia il mio punto di osservazione come facilitatrice di Laboratori di Medicina Narrativa, la mia identità: le competenze sviluppate nell'ambito della Medicina Narrativa unite con un'esperienza professionale nell'ambito della moda, una vita da paziente cronica e con l'esperienza di progettatrice e formatrice di percorsi esperienziali legati al benessere individuale ed organizzativo; e questa è una delle prospettive da cui propongo di accogliere le domande che verranno ed un esempio

pratico per riflettere sulla postura da tenere quando si è immersi nelle storie di cura.

Cosa si affaccia dunque sul campo d'azione? Cosa si può prevedere quando si progetta un percorso laboratoriale?

Per esempio:

- L'influenza dei trend socioculturali, economici e politici che in un dato momento storico ed in una area geografica hanno una diretta ripercussione sullo stile di vita;
- se il gruppo è professionalmente, etnicamente, culturalmente omogeneo o eterogeneo;
- una comunanza di obiettivi perché vengono dichiarati prima di iniziare l'esperienza insieme

Si può immaginare che il gruppo abbia una carta d'identità con delle caratteristiche che saranno funzionali al raggiungimento dell'obiettivo condiviso. Tuttavia, nella pratica il contesto e le circostanze sono unici e possono subire un cambiamento immediato rispetto alle premesse ed alle previsioni e ciò dipende da moltissime variabili, tra le quali i componenti del gruppo di lavoro.

FACILITARE UN GRUPPO COSA IMPLICA?

Partiamo da una definizione proposta da Masarati (1990) «il gruppo è un insieme di risorse ed energie» quindi immergersi in un gruppo implica

sondare e capire che si affronterà un viaggio insieme a persone che si trovano in un luogo condiviso fisico o virtuale, che hanno un macro-obiettivo in comune: comprendere la relazione di cura per una cura efficace e che ogni membro ha un bagaglio emotivo e culturale. L'unione di ogni elemento in un contenitore unico però non è la semplice somma delle singole parti, come insegna la Gestalt, dall'unione delle persone in un contesto per un obiettivo emergono nuove qualità e possibilità e quindi nuove identità.

Ci sono tre identità emergenti:

- personale: l'io come persona a 360° che si manifesta anche nel ruolo di facilitatore che svolge un'attività professionale;
- c'è l'altro, ogni singolo partecipante che a sua volta ha una propria identità;
- e poi c'è un noi che assume un valore ed una forma specifica.

Le identità si allineano mantenendo l'unicità ma sapendo che si arricchiranno di nuovi punti di osservazione. Nel gruppo si genera un'identità collettiva che risponde ad una infrastruttura etica (Schieppati 2024). Nel gruppo coesistono valenze affini e diverse che caratterizzano la risposta collettiva alla sollecitazione che il facilitatore propone nel laboratorio; come in un'orchestra, ogni strumento fornisce un contributo grazie alla sua specificità e nell'insieme si confonde per dare armonia.

Come stare nel gruppo e facilitare una direzione in modo funzionale?

La struttura è un mezzo per un fine e deve essere considerata come tale e così utilizzata. In altre parole, la struttura non deve diventare un fine in sé, deve servire l'idea che risiede nella composizione (scopo), proprio come fa ogni altro elemento (mezzo). Altrimenti, nasce una disarmonia interna in cui i mezzi soffocano il fine. L'elemento esterno prende il sopravvento sull'elemento interno-maniera.

(Kandinsky 2023)

Riprendendo il concetto di omeodinamica: non siamo mai fermi, immobili, non è la staticità la nostra condizione naturale, al contrario la nostra condizione è il mutamento costante, allenarsi a stare nel cambiamento consapevolmente è una delle condizioni per migliorare il benessere sia del singolo sia del gruppo.

Stare nel cambiamento e trovare un equilibrio sono due aspetti diversi, come impostare un equilibrio dinamico?

Uno dei presupposti di base del facilitatore è appunto la consapevolezza che la preparazione sia fondamentale ma flessibilità e creatività siano necessarie per rispondere a quella unicità fluida che ogni gruppo crea. Tuttavia, il supporto di alcune regole a cui attenersi aiuta a creare

un'infrastruttura solida in cui agilmente muoversi senza perdere l'equilibrio.

Il corso per facilitatori pone molta attenzione al cosiddetto Patto d'Aula: non è solo una questione formale ma anche una questione relazionale, di postura, di come abitare insieme uno spazio.

Di seguito le poche e semplici regole del patto d'aula... semplici ma non banali!

- Essere umili
- Sospendere il giudizio
- Ascoltare
- Partecipare con il proprio stile nel rispetto di sé e degli altri
- Essere generosi nel condividere

Applicare queste regole significa creare armonia, come in un'orchestra, suonare ciascuno al proprio ritmo sintonizzandosi con il ritmo del gruppo; significa unire il proprio senso al senso della comunità.

L'identità collettiva si può poggiare ad un'infrastruttura etica, quella dell'ascolto attivo, del non giudizio, dell'accoglienza delle differenze per aderire alla promessa che ci ha spiegato Marinelli.

Lo studio del comportamento degli stormi di uccelli ci consente di approfondire le dinamiche del gruppo guardandoci come animali⁵.

Osservandone il movimento, ci sono alcuni comportamenti che si ripetono, abitudini:

- Il singolo è consapevole solo di chi gli sta vicino. Nei processi che coinvolgono l'empatia, è più facile per noi sentire vicine le esperienze altrui che assomigliano alle nostre, comprendere vissuti lontani dai nostri richiede uno sforzo maggiore.
- ognuno tende ad allinearsi alla direzione media dei vicini. Nei gruppi ci direzioniamo reciprocamente, tendiamo a seguire un andamento collettivo.
- si tende sempre a mantenere una distanza costante dagli altri. Abbiamo sempre bisogno di mantenere uno spazio intimo; in questo ambito la prossemica aiuta a interpretare l'uso dello spazio o delle distanze come fatto comunicativo.

«A coordinare il movimento sincrono del gruppo non è la presenza di un leader, ma il rispetto da parte di tutti gli individui di poche e semplici regole» (De Toni 2024).⁶

⁵ Il link seguente è un breve filmato di un minuto e mezzo di uno stormo di uccelli https://www.youtube.com/watch?v=AYXktkfMnSI&list=PLpd6NmKNRo88_QR77n4dcPLdugc1lbtE2&index=106

⁶ De Toni (2024) pag.23

Nel gruppo si crea la cosiddetta Complessità Amica, dinamismo e interconnessione caratterizzano il movimento del gruppo senza un'unica guida a capo degli spostamenti. Una mente collettiva agisce in modo funzionale e organizzato. Nei laboratori, questa complessità amica si rileva quando il flusso dei contributi di ogni persona converge in una prospettiva comune arricchita dalle parole di tutti.

Come nella triade pratica della Medicina Narrativa, riflessione rappresentazione e connessione, questa circolarità si auto-rinforza e alimenta uno stato coerente e armonioso.

COSA ACCADE QUANDO SI PERDE L'EQUILIBRIO? UN ESEMPIO PRATICO DI PASSAGGIO DALLA COMPLESSITÀ AMICA ALLA COMPLESSITÀ NEMICA

Il 24 Febbraio 2022 stavo conducendo un laboratorio di medicina narrativa di circa 25 persone. Il gruppo si comportava come una complessità amica: si conosceva da mesi ed aveva costruito un'identità condivisa con l'obiettivo comune di essere operatori della cura attenti.

All'intervallo rientra una partecipante piangendo: «siamo in guerra e i miei figli sono in Ucraina!».

Le mie previsioni sull'andamento del laboratorio sono crollate miseramente, le condizioni si sono modificate in modo drastico.

La disperazione ha permeato il clima, con la paura e lo sgomento: la complessità è diventata nemica, come uno stormo di uccelli sotto attacco di un predatore.

Si è generato «l'effetto confusione»: ogni singolo individuo è stato colpito e disorientato da questo annuncio. La parola *guerra* spezza ogni speranza: un genitore che non sa dove sia e come stia un figlio strappa ogni sorriso e getta nel panico e ognuna di queste cose tocca corde ancestrali.

La conseguenza è il ritorno istintivo alla singolarità, un istante che porta a stare nell'individualità della perdita di direzione: dall'insieme al «liberi tutti» o «ognuno per la propria strada».

Questo è un esempio estremo, tuttavia, nei gruppi capita che una persona entri in modalità attacco/resistenza e crei un'onda che travolge anche altri.

Dalla cooperazione si passa alla sopravvivenza (del sé) e quando ci si sente sotto attacco possono subentrare la competizione, il conflitto o l'isolamento.

L'irruzione di questo evento nel laboratorio, improvviso e inatteso, ha turbato il sistema; la perturbazione ha generato un cambiamento che non era possibile ignorare perché ormai aveva influenzato gli equilibri, rompendoli. Tornare al brano musicale che avevamo usato come Medical Humanity come se nulla fosse accaduto non avrebbe avuto alcun senso.

In questo caso, dunque, le premesse iniziali erano favorevoli: i partecipanti si conoscevano, conoscevano l'approccio esperienziale della medicina narrativa, eppure in un attimo tutto si è ingarbugliato.

Come facilitatrice, ho ricordato il patto d'aula, un passaggio che si fa ad ogni inizio di laboratorio ma che si tende a non riprendere quando il gruppo ha già fatto esperienza laboratoriale. Qui la necessità di riportare a quelle poche e semplici regole è stata utile per rientrare in un clima noto, uno spazio sicuro e ricordare che accogliere con un ascolto attento e rispettoso sarebbe stato il nuovo punto di partenza per seguire questa nuova realtà. Ho lasciato che il gruppo facesse emergere le storie; ci siamo presto resi conto che ognuno ha una storia di guerra da raccontare: chi vissuta in prima persona, chi attraverso i familiari, chi prendendosi cura di una persona che ha vissuto la guerra.

Tutto questo ha molto a che fare con la pratica dei sanitari, sia a domicilio sia in strutture, la guerra permea la cura sia quella reale sia la guerra come metafora della lotta contro la malattia o le istituzioni (la medicina difensiva).

Il tempo della condivisione ha condotto a nuovi spazi, a nuovi temi. Una divinità si è creata: le identità si sono riallineate su un tema che ha integrato interculturalità e intergenerazionalità; la singolarità si è aperta ad una nuova struttura e ad un nuovo pensiero collettivo.

È molto importante analizzare i fenomeni emergenti per poter rispondere ai cambiamenti e fare in modo che emergano possibilità.

COME MUOVERSI TRA I FENOMENI CHE CI ATTRAVERSANO?

Per un facilitatore sia all'interno di un contesto specifico laboratoriale sia durante l'incontro con l'altro al di fuori del laboratorio è importante analizzare i fenomeni che di solito si presentano in un modo caotico e simultaneo. Questa classificazione serve per sgrovigliare le idee e aiutare a fare ordine.

I fenomeni possono essere distinti in quattro classi: semplici, complicati, complessi e caotici e ad ognuno corrisponde uno schema di governo; ad ogni schema di governo corrispondono delle attività chiave che possono anche essere abbinate a caratteristiche personali specifiche. In questa sede per sintesi, riassumo uno schema tratto dal “Decalogo della complessità” di Alberto Felice de Toni⁷

1. **il fenomeno è semplice** quando il principio causa-effetto ci permette di dare una risposta giusta. Riconosco il problema, applico il protocollo. La caratteristica della persona è esecutiva. Ad esempio, si buca la ruota della bicicletta per un chiodo, cambio la gomma, problema risolto.
2. **Il fenomeno complicato** è quando ci sono concause diverse e quindi l'analisi e la pianificazione non sono immediate, ci vuole una persona

⁷ De Toni (2024) pag.51

esperta che possa intrecciare soluzioni. Per i sanitari la parola “complicazione” è all’ordine del giorno; riporto la definizione comune di *complicazione*: fenomeno nell’evoluzione della malattia che si sovrappone alla malattia stessa aggravandone il decorso. Lo schema di governo del fenomeno complicato è diverso dal precedente; c’è un’analisi delle possibilità, una pianificazione di un intervento e l’implementazione per renderlo pratico.

3. **Il fenomeno complesso** è il regno dell'emergenza, come racconta Morin, si muove tra contraddizioni, incertezza e ambiguità. Richiede uno sguardo diverso: dalla coscienza dell'incertezza e quindi del rischio si abbandona l’idea di costruire i modelli prima (ex ante) ma solo dopo il vissuto (ex post). Ovvero ci si trova nella situazione dove lo schema identico/metto in atto la procedura o la best practice in realtà non funziona.

Nella complessità si agisce e ci si adatta, si entra in un universo di interazioni e l'apprendimento si evolve insieme all'azione stessa.

Riporto un altro esempio pratico che proprio perché semplice può accadere di frequente; lo scopo è di rilevare la complessità e le soluzioni adattive che un facilitatore deve saper mettere in atto.

L’evento di presentazione del Manifesto è stato fatto online ed il contributo di Marisa Del Ben era ovviamente programmato con la sua presenza in

modalità sincrona. Due giorni prima dell'evento le circostanze sono cambiate ed hanno creato una nuova condizione: la Del Ben non poteva partecipare all'evento per un fenomeno complicato che l'ha costretta a rinunciare alla sua presenza. L'assenza del suo contributo avrebbe creato un problema poiché gli interventi di tutti i relatori erano connessi. La facilitatrice deve attivare le risorse dentro di sé e attorno a sé per trovare una soluzione: la Del Ben ha inserito nella sua presentazione PowerPoint una registrazione audio per poter dare il suo contributo di persona anche se non in modalità sincrona e, qualora l'audio avesse avuto problemi, mi ha fornito la versione scritta in formato Word per poterla condividere durante l'evento. Questa creazione di un piano b e di un piano c, attraverso l'uso degli strumenti a disposizione e dell'alleanza tra colleghe, ha permesso di finalizzare l'intervento in modo efficace. In questo esempio di quotidianità si racchiude la capacità di risolvere i problemi con creatività e competenza cercando di prevedere le alternative possibili e praticabili; sembra banale ma nella formazione, sia online sia in presenza, gli intoppi su spazi, disposizioni di stanze, proiezioni di materiali e tecnologie sono all'ordine del giorno, avere un bagaglio di soluzioni alternative pronte permette di portare a termine la facilitazione del laboratorio in modo idoneo.

La complessità richiede persone adattive, che sono pronte ad accogliere l'invisibile che irrompe e a trasformarlo in azione concreta per il benessere individuale e del gruppo.

Lo schema di governo di questi fenomeni richiama la circolarità di riflessione-rappresentazione-conessione a cui si riferisce anche la Charon.

4. Il fenomeno caotico è l'imprevedibilità assoluta, niente schemi, niente regole; non c'è ripetizione, non c'è traiettoria, si può solo reagire. È il fenomeno che richiede una risposta tempestiva, immediata, dettata dall'intuizione.

Intuizione e tempestività sono le caratteristiche delle persone che devono stare nel fenomeno caotico, come nel caso dell'episodio della guerra in Ucraina che è entrata nel gruppo, nella pelle, nei volti e nella voce di ogni partecipante.

Il passaggio dalla guerra nel mondo fuori al conflitto interiore e al riconoscimento che il conflitto esiste anche nella dimensione del quotidiano ha riportato il gruppo nella storia di cura.

In conclusione, muoversi dal caos alla complessità e facilitare un processo non significa avere sempre tutte le risposte a qualsiasi domanda ma significa accorgersi, apprendere e condividere perché spesso è il gruppo stesso o la comunità che contribuisce a co-costruire una soluzione.

Come ripristinare l'equilibrio nel rispetto delle unicità e del gruppo?

«Resilienza: capacità di una persona, organizzazione o di un sistema di conservare la propria integrità e il proprio scopo di fronte ad una drastica modificazione delle circostanze.» (Zolli, Healy 2014)

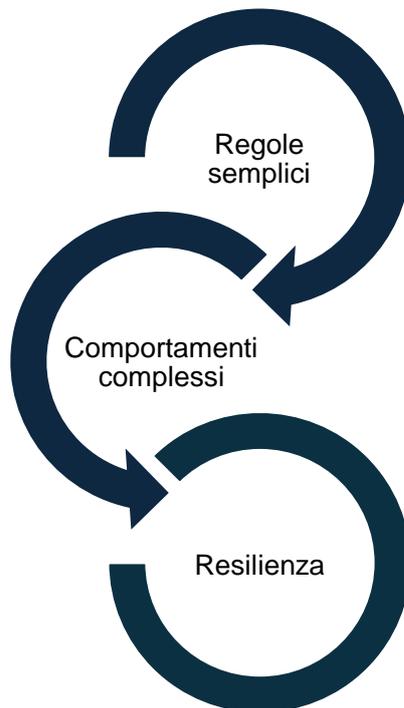


Figura 2: schema di correlazione riassuntivo (adattamento da De Toni 2024)

Tornando al patto d'aula: la complessità richiede poche regole semplici che, abitate da ogni persona, cioè non solo seguite ma proprio sentite nel profondo, generano comportamenti complessi, adattivi e creativi.

Per finire la narrazione dell'episodio del laboratorio, in aula dopo l'annuncio della signora sono emersi vissuti di guerre politiche, morali, di

lotte valoriali, di lotte alla sopravvivenza. Questo ascolto ha portato alla resilienza, riprendendo la citazione sopra, ogni membro ha conservato la propria integrità e il proprio scopo di fronte ad una drastica modificazione delle circostanze ripristinando una direzione comune. Dalla resilienza e dal rispetto, le unicità si sono integrate alla dignità ed al bisogno del gruppo per ritrovare insieme una complessità amica.

Questa circolarità delle voci, delle regole, ha permesso di costruire una nuova risignificazione, un nuovo contributo alla mente collettiva. Questa sintonia è emersa dal basso e così si è creato un linguaggio comune e quindi un'identità condivisa. Grazie a questi elementi, i temi legati alla pratica di cura sono stati affrontati e arricchiti dalla dimensione della realtà complessa.

Tornando a Masarati: il gruppo, questo insieme di risorse ed energia, attraversando il cambiamento apre nuovi confini, non si cristallizza in una identità ma ha una divinità mobile, fluida e vitale. Un gruppo che, aderendo ad un patto, sposa «una visione condivisa, un sistema di valori comuni, dispone di competenze qualificate, mobilita l'intelligenza distribuita...» (De Toni 2024) Solo in quest'ottica di condivisione, alleanza e rispetto si può costruire una comunità di cura e il facilitatore deve favorire attivamente questa direzione.

TZIMTZUM

Come fare con questa complessità? questa vertigine che fa perdere l'equilibrio?

Yitzchaq Luria a metà del 1500 reinterpreta il concetto di Tzimtzum valorizzando il significato di “concentrazione” o “contrazione” (Jonas 1997). Luria racconta che Dio si è contratto, autolimitato e ripiegato per poter fare spazio al vuoto e così creare la possibilità e far nascere il mondo.

In questo contesto prendiamo a prestito questa parola, spogliandola da ogni significato mistico, religioso per renderlo umano, concreto. Il titolo di questo intervento «dall'identità alla divinità» è un invito a concentrarsi e creare spazio, a contrarre e ridurre l'ego per accogliere la visione dell'altro.

Il Facilitatore non può sapere tutto, occupare ogni luogo e avere sempre una risposta ma può accogliere e dare vita ad uno scambio armonioso, rispettoso delle differenze. Come trovare una traiettoria e circostanziare il perimetro sarà argomento del prossimo capitolo.

BIBLIOGRAFIA

De Toni, A. F. (2024). *Decalogo della Complessità*. Ed. Guerini e Associati

Gallese, V. & Morelli, U. (2024), *Cosa significa essere umani? Corpo, cervello e relazione per vivere nel presente*. Raffaello Cortina Editore.

Istituto Superiore di Sanità, (2015) *Linee di Indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale per le malattie rare e cronico-degenerative*.

<https://www.iss.it/documents/20126/0/Linee+Indirizzo+MN+ISS.pdf/e5e7b637-0da0-140bf70d-4bef3f4240d1?t=1695104944954>

Jonas, H. (1997), *Il concetto di Dio dopo Auschwitz. Una voce ebraica*. ed. Il Melangolo

Kandinskij, V. (2023) *Punto, Linea, Superficie*. ed. Theoria

Masarati, M. (1990) *Uomo al Plurale. Il rapporto tra individuo e gruppo*. Spazio Tre

Schieppati, A. (2024) *Progettare la cura con la Medicina Narrativa. Manuale operativo e istruzioni per un uso quotidiano*. Cultura e Salute Editore Perugia

Zolli, A. & Healy A. M. (2014) *Resilienza: la scienza di adattarsi ai cambiamenti*. Rizzoli.

DA MURI A PERIMETRI SUBLIMI

Marisa Del Ben

“Devo chiedervi di immaginare una stanza, come migliaia d’altre, con una finestra che dà sui cappelli delle persone e sui furgoni e sulle automobili, fino ad altre finestre... bisognava filtrare quanto di personale e accidentale c’era in tutte queste impressioni, e così estrarre il fluido puro, l’olio essenziale della verità... ero venuta qui con un quaderno e una matita con l’intenzione di trascorrere una mattina a leggere, aspettandomi, entro la fine della mattinata, di essere in grado di trasferire la verità sul mio quaderno”.

Virginia Woolf, *Una stanza tutta per sé*

PREMESSA: AMBITI

Cito i punti che mi appresto ad approfondire dal manifesto:

7. praticano la facilitazione in ambiti di propria conoscenza ed esperienza, ricorrendo a facilitatori esperti quando necessario.

8. Condividono conoscenze, esperienze, risorse e metodi innovativi con i colleghi in un clima di rispetto reciproco.

9. Riconoscono il valore della co-conduzione nei laboratori di MN e sostengono un paradigma relazionale collaborativo per prevenire e gestire conflitti.

A partire dalla parola *ambito* esploreremo la trasformazione di senso che essa comporta in base al contesto in cui viene utilizzata; con una mia

riflessione che riguarda lo spazio sia fisico che digitale dove si praticano le facilitazioni: il laboratorio.

Nel vocabolario online di Treccani ambito è inteso *come l'andare attorno, lo spazio compreso entro dati limiti nel quale uno si muove o compie determinate funzioni.*

Le attività laboratoriali che hanno come focus l'utilizzo dei dispositivi inerenti la Medicina Narrativa generalmente si svolgono in uno spazio circoscritto da muri e perimetro.

MURI E PERIMETRI

Inizio con una richiesta: chiedo a chi legge di scrivere la prima parola (una sola) che viene in mente quando si incontrano le parole: muri, perimetri, sublimi. Se fossimo all'interno di un laboratorio userei questo breve esercizio di condivisione delle risposte e, molto probabilmente, ci sarebbero risposte diverse; proprio in virtù di questa diversità, anche se non solo, il punto numero sette del manifesto dei facilitatori (*praticano la facilitazione in ambiti di propria conoscenza ed esperienza, ricorrendo a facilitatori esperti quando necessario*) è importante.

Nel titolo che ho scelto ci sono parole diverse che hanno a che fare con luoghi sia esterni che interni. Ad esempio, la parola "corteccia" può condurre agli alberi, ma anche al cervello con le sue circonvoluzioni, questa parola in un contesto laboratoriale, può aiutare i partecipanti a

comprendere il significato ed a definire i perimetri. Il facilitatore nella fase di progettazione deve tener conto dello spazio a disposizione chiedendo, ad esempio al committente o facendo un sopralluogo nel luogo dove si svolgerà il laboratorio, poiché il paesaggio si fa confine e muro. Il muro, nel contesto di laboratorio di medicina narrativa, è simbolo di protezione: all'interno dei muri delle nostre case ci sentiamo accolti e al sicuro, questi muri proteggono i nostri affetti e la nostra intimità; si può dire che senza i muri non esisterebbero i nostri ambienti di vita. Quando il muro si apre diventa cornice, porta che conduce a un altro ambiente, finestra su un paesaggio naturale o antropologico; ogni laboratorio ha muri e cornici all'interno dei quali gli esseri umani condividono esperienze.

Per il facilitatore prendersi cura dell'ambito dove si svolge il laboratorio significa conoscerlo ed abitarlo prima di accogliere i partecipanti; a partire dalla rilevazione di potenziali elementi disturbanti e/o favorevoli alla condivisione di uno spazio sicuro.

Muri e perimetri riguardano il contesto dove si svolgono le facilitazioni, la maggior parte delle volte si tratta di laboratori ma se anche fossero attività individuali esse si svolgono comunque in un contesto spaziale, recintato, un paesaggio-stanza, un luogo dove si studia un argomento non necessariamente scientifico, ma all'interno del quale chi conduce lo fa nell'ambito di propria conoscenza ed esperienza.

La parola ambito ha assunto due significati diversi: spazio fisico/virtuale e luogo di esperienza. Ed è nell'esperienza laboratoriale che si manifesta il sublime, Rita Charon utilizza la metafora della radura così ben mostrata dalle parole poetiche di Tomas Tranströmer:

*C'è in mezzo al bosco una radura inattesa,
è circondata da un bosco che soffoca sé stesso
ma sullo spazio aperto l'erba è stranamente verde e viva
grandi pietre quasi ordinate*

SUBLIME

dal vocabolario:

aggettivo [dal lat. *sublimis* (con la variante *sublimus*), comp. di *sub* «sotto» e *limen* «soglia»: propr. «che giunge fin sotto la soglia più alta»]. –) ma anche composto di *sub* nell'accezione di “dal basso verso l'alto” e *limus obliquus*. Quindi, che sale in linea obliqua - riferito specialmente allo sguardo.

sostantivo: (con valore neutro), la manifestazione del bello e del grande, nel suo più alto grado; la capacità dell'arte, in conflitto con la razionalità, di dare consapevolezza emotiva dell'infinità e della potenza irresistibile della natura.

I perimetri diventano sublimi quando luoghi di esperienza diventano strumento di conoscenza fenomenologica.

Lo strumento metaforico in medicina narrativa permette l'accesso alla narrazione trasformativa; in questa sede il giardino diventa metafora del laboratorio. Prima di proseguire propongo di cercare nel web l'immagine del Giardino dell'Eden di *Athanasius Kircher, Garden of Eden Map, 1675*.

Con lo strumento della close looking possiamo osservare una rappresentazione del giardino con un recinto, all'interno del quale l'uomo può godere della bellezza e del cibo che la natura addomesticata gli offre.

Il giardino nasce come luogo in cui la natura viene risignificata. Nella natura l'uomo soccombe, non può viverci dentro: tempeste, paludi, foreste, alluvioni, animali feroci... Per questo motivo ne recinta un pezzo, inizia ad addomesticarla prendendosene cura, può coglierne i frutti e, con essi, sfamarsi; in altre parole, la rende razionale.

Per permettere ai partecipanti dei laboratori di vivere le esperienze in modo pienamente consapevole, con Nicoletta Suter, in base alle nostre esperienze abbiamo ideato ed utilizzato un dispositivo che abbiamo chiamato "Transition time". Il Transition time è un momento di passaggio da ciò che è accaduto al di fuori dello spazio laboratoriale in preparazione a ciò che accadrà dentro lo spazio laboratoriale. Una sorta di rito che pone al centro il corpo sensibile dei partecipanti, li centra attraverso il respiro, l'attenzione a sé per prepararsi a porre attenzione all'altro da sé.

Baricco in *La via della narrazione* ci descrive la

Radura come luogo d'incontro dove le storie che stanno dentro ognuno vengono portate fuori... facendole venire al mondo attraverso il gesto del raccontarle. La trama è un viaggio dentro una storia: una sequenza di forme, consistenze, tonalità di andature. Nella radura gli incroci di trame costruiscono mappe di storie rendendole leggibili e comprensibili, grazie allo stile di ogni narratore. Così dentro la radura si raccolgono mappe con cui tornare.

Proseguendo con la metafora del giardino dell'eden secondo la leggenda, un giorno l'uomo oltrepassò il muro e iniziò l'addomesticamento planetario della natura al di fuori.

Le esperienze che si praticano all'interno dei laboratori di medicina narrativa possono essere immaginate come preparatorie alla vita "fuori"; oppure come luoghi di riflessione per ciò che al di fuori accade. Le esperienze vissute allo interno dei laboratori di medicina narrativa aiutano a comprendere l'importanza di osservare l'evento malattia e la relazione di cura dai tre punti di comprensione: disease, illness e sickness. Ed è proprio grazie a questo sguardo allargato sugli ambiti del mondo che si comprende la necessità di integrare la evidence based medicine con la narrative based medicine.

RISONANZA INCARNATA

Ma, né solo nel cervello-corpo, né solo nell'ambiente, né solo nelle narrazioni che ci coinvolgono (come facilitatori o come partecipanti), è

situabile il paesaggio, esso emerge al loro punto di connessione, possiamo definire allora il laboratorio di medicina narrativa come sistema emergente.

Le scoperte ottenute grazie alle neuroscienze ci aiutano a comprendere meglio: ci insegnano che i nostri sistemi di risonanza incarnata ci precedono consentendo l'apertura al nostro paesaggio: introiettiamo lo spazio e l'ambiente come condizione stessa della nostra vita. Ognuno ha la possibilità di accorgersi che siamo sempre contemporaneamente dentro e fuori da un luogo e da una situazione, e proprio in quel continuo movimento che si gioca fra differenza e inclusione si può creare una civiltà dell'intorno capace di contenere ogni interno. Collochiamo perciò i laboratori nel contesto dei fenomeni complessi.

Nel punto numero otto del manifesto si legge: *condividono conoscenze, esperienze, risorse e metodi innovativi con i colleghi in un clima di rispetto reciproco*. Personalmente preferisco sempre la co-conduzione poiché credo che l'efficacia di un percorso stia anche nel riconoscimento del proprio limite e, allo stesso tempo che, la presenza di due facilitatori, possa arricchire il gruppo. Una fase importante dei laboratori di medicina narrativa è quella della progettazione, ritengo anche che la co-progettazione (per quanto cerchiamo di prevedere le varianti possibili, all'interno dei laboratori spesso accadono degli imprevisti) sia importante

nel raggiungimento degli obiettivi che la committenza ci chiede. Io ho una formazione di fisioterapista, ma anche di attrice, danzatrice ed esperta di scrittura autobiografica, le competenze trasversali mi aiutano nella progettazione e conduzione dei laboratori ma, a volte, non sono sufficienti ecco che, avere a disposizione una rete di facilitatori che, come ben chiaro al punto nove del manifesto: *riconoscono il valore della co-conduzione nei laboratori di MN e sostengono un paradigma relazionale collaborativo per prevenire e gestire conflitti*, mi consente di chiedere aiuto in base agli obiettivi del percorso di formazione.

CONCLUSIONI: LEGGERE L'ARIA

Il facilitatore, oltre che conoscere lo spazio, dovrà affinare anche la sua capacità di "Leggere l'aria", ho preso a prestito questa metafora dalla lingua giapponese *kuuki wo yomu*, nel senso di capire quando è bene parlare e quando no. Il facilitatore all'interno della sua attività non deve scordare che sull'*io* prevale il *tu (e il noi)*, a volte può capitare che un discorso rischi di ferire qualcuno; sempre più spesso all'interno dei laboratori abbiamo persone con culture diverse e, se nella nostra società è bene *mostrare e dissipare ombre* evidenziando il proprio valore, *stringere forte* la mano per comunicare sicurezza, *guardare dritto negli occhi* per trasmettere attenzione, in altre culture come ad esempio quella giapponese, c'è uno stile educativo legato al a non vantarsi, a non

parlare per parlare, a non guardare fisso, a non riempire spazi con domande o battute che cercano risate; inoltre sono più tolleranti nei confronti del silenzio: lo accettano e aspettano il proprio turno per parlare. E, se la situazione non lo suggerisce, preferiscono tacere. Leggere l'aria significa pertanto anche far domande quando si vede l'altro silenzioso e saper aspettare che formuli la sua risposta. Sostare nel tu e non nell'io.

Allenarsi con le Medical Humanities e con i tre movimenti della medicina narrativa serve anche a questo: andare oltre il muro creato dal nostro o altrui pregiudizio, sciacquare lo sguardo, recuperare il significato dell'essere umani. Le neuroscienze ci ricordano come il filo rosso dell'essere vivi sia sempre il movimento, come il nostro cervello sia un organo sensoriale, multimodale, altamente integrato, cornice di riferimento per l'organizzazione del movimento, produttore di movimento, poiché siamo al mondo per relazionarci con l'altro e la relazione avviene attraverso il movimento. Il linguaggio è un'emergenza evolutiva: la parola emerge quando il corpo non sa esprimerla attraverso il movimento. La narrazione è un modo per divenire, per creare.

Il primo solco non è un solco, secondo la saggezza agricola, possiamo imparare meglio quindi grazie alla neuroplasticità che ci consente la terza educazione, dopo l'educazione spontanea delle origini e quella scolastica. Imparare ad imparare, quando si cerca nella stessa cornice, nello stesso

stagno, si trovano solo le cose di sempre e si insiste a restaurare l'ordine noto, rassicurante. Ma, a guardarlo bene questa è una trappola, perciò è necessario, a volte, accogliere il proprio limite e ricorrere al facilitatore esperto, una via verso quel possibile che da soli non riusciamo a vedere, per andare oltre i muri...i perimetri... verso il sublime, ricordando il valore del metodo.

Concludo utilizzando ancora le parole di Virginia Woolf :

“Mi trovo a dire in breve e prosaicamente che è molto più importante essere sè stessi piuttosto che chiunque altro. Non sognate di influenzare gli altri, mi verrebbe da dire, se sapessi come farlo suonare esaltante. Pensate alle cose per ciò che sono.”

BIBLIOGRAFIA

Baricco, A. (2022) *La via della narrazione*.

Barsotti et al. (2018) *La pnei e le discipline corporee*. ed. Edra.

Gallese, V. & Morelli, U. (2024) *Cosa significa essere umani*. ed. Raffaello Cortina.

Laura Imai Messina

(<https://www.lauraimaimessina.com/giaponemonamour/leggere-laria-%E3%80%8C%E7%A9%BA%E6%B0%97%E3%82%92%E8%AA%AD%E3%82%80%E3%80%8D/>)

Garrino, L. (2024) a cura di: *La cura del silenzio, il silenzio per la cura*. ed. Voglino.

Treccani (<https://www.treccani.it/vocabolario/sublime/>)

Woolf, V. *Una stanza tutta per sé*.

FACILITARE LA CREATIVITÀ, LA POSSIBILITÀ E IL VALORE

Michela Fedrizzi

INTRODUZIONE

La presentazione del Manifesto è occasione per riflettere su di noi Facilitatori con uno sguardo consapevole che abbraccia il percorso compiuto e gli strumenti ricevuti. “E’ tempo di fare” con la conoscenza e la coscienza del nostro impegno formativo e pedagogico.

“Facilitare la creatività, la possibilità e il valore” vuole essere un titolo che schiude alle possibilità e visioni della medicina narrativa attraverso la ricchezza e la forza della creatività ma evidenziando anche la necessità di un metodo.

Ciò che è creativo, per quanto riferibile all’arte, all’originalità, rivela un significato che va oltre il mondo artistico, nella sua trasversalità esso sembra proprio connesso ai movimenti caratterizzanti la medicina narrativa che si esprimono attraverso attenzione, rappresentazione, connessione-intersoggettività (Charon, 2019).

La mia riflessione su questo tema è stata ispirata da alcune parole: creatività, arte, crisi e dramma, parole comuni tanto all’arte quanto alla medicina ed emergenti con forza dalle narrazioni. È stato interessante scoprire come esse siano unite da una stessa radice etimologica “*ar*”.

La dibattuta origine della parola latina *ars*, sembra poter derivare, infatti, dalla radice ariana **ar-** che in sanscrito significa “*andare verso*”. (Galantino, 2019).

Si può dire che l’arte, in tutte le sue espressioni, orienti e inviti ad andare oltre, dunque arte, creatività, e come si dirà in seguito anche crisi e dramma, sono parole che prevedono e condividono posture di attivazione e di ricerca.

L’etimologia di Creatività trae origine dal sanscrito *Kar*, una radice che ha il significato di «produrre», «generare», «fabbricare» e da quella base *ar* che, evocando un movimento, indica l’intenzione di far combaciare le parti, mettere insieme in modo opportuno. La creatività, sin dalle origini, rappresenta dunque una forma specifica del “fare”, un fare che genera il nuovo attraverso l’associazione e l’integrazione di parti diverse (Treccani). Sintetizzando per brevità, più pensieri e definizioni, creatività risulta essere innovazione, dare vita a qualcosa che prima non esisteva, attuare un processo di trasformazione dinamica che si sviluppa attraverso le fasi di ricerca, rielaborazione e riorganizzazione.

In questa prospettiva la “creatività” ci permette dunque di evidenziare che esistono elementi comuni tra *il ricercare* dell’arte e *il ricercare* della scienza: porsi domande, soddisfare un impulso interiore, dare significato all’esistenza, espandere la nostra percezione, sperimentare ed esplorare per fare avanzare la conoscenza.

Ho immaginato allora la creatività proprio come un' *arte del ricercare*, da declinare nell'ambito della Medicina Narrativa, osservando questi elementi:

i facilitatori, quali soggetti coinvolti nella costruzione dei processi formativi;
il contesto di applicazione tra *scienza e arte*, in un modo non divisivo ma accumulato, come emerso, da medesimi processi evolutivi e creativi per la ricerca di conoscenza;

la finalità della postura narrativa (Trenta, 2024) di muovere, "andare verso" sguardi nuovi, capaci di trasformazioni cognitive, emotive e gestuali, attraverso pratiche esperienziali e riflessive.

Ho desiderato infine inserire un passaggio sul Teatro e la drammatizzazione come strumenti di creatività interessanti nel mondo della cura verso la medesima tensione di ricerca di significati e cambiamenti.

I FACILITATORI

Per quanto attiene al primo focus, *i facilitatori*, mi sembra importante sottolineare che "Facilitare" è una parola piena di senso, la realizzazione di questa abilità richiede un determinato sguardo, un'etica ed un riconoscimento ispirato dai principi assunti nel nostro Manifesto.

In qualità di facilitatori promuoviamo la medicina narrativa come pratica di cura orientata sulla persona e la sua storia (manifesto punto 1) (SIMeN,

2023), ponendoci in uno spazio di educazione e di formazione che prepara all'incontro tra i professionisti della cura con i pazienti e le loro storie. Facilitiamo quest'incontro nella palestra dei suoi requisiti, l'attenzione, lo sguardo, la parola, la riflessione, impegnandoci a guidarle senza direttività.

È un tempo di significazione importante, per la compiutezza del quale, servono setting formativi adeguati, consapevolezza e progettualità. Abbiamo, dunque, delle responsabilità. Coniugo responsabilità con creatività, perché l'arte e le rappresentazioni, a cui tra l'altro attingiamo come ispirazione e dispositivi di mediazione artistica, sono forieri di significati, tuttavia, la possibilità di vivere esperienze trasformative o rimanere in uno status quo dipende unicamente dallo sguardo che si assume e dalla disponibilità al cambiamento. Qualsiasi forma di ispirazione creativa soggiace alla responsabilità di coniugarla secondo l'impegno che il facilitatore si è assunto, ma più in generale per ciascuno in quanto persona, il passaggio da una ispirazione creativa ad una scelta trasformativa, rinvia, in primo luogo, ad un atto di disponibilità, di volontà personale. Responsabilità è anche dunque per i facilitatori saper creare dei modelli culturali positivi per coinvolgere e indirizzare i processi creativi dei singoli individui.

CORPO VISIBILE E INVISIBILE

Secondo focus è il *contesto* in cui desideriamo agire come facilitatori, il mondo della cura, dove appare una frattura importante che, alla luce delle premesse, deve essere ricomposta.

La medicina affronta oggi la sfida di superare il riduzionismo dell'approccio esclusivamente tecnico scientifico, per arricchirlo del valore etico e antropologico da riconoscere all'esperienza umana della malattia (Marinelli, 2023). Le *Medical Humanities*, di cui la Medicina narrativa è parte, sono in grado di stabilire una connessione tra medicina, scienza, scienze umane e arti, in un contesto di multidisciplinarietà.

Riflettere sui processi creativi, utilizzando oggi metodi di scienze peculiari tra quali la Fenomenologia, la Neuroestetica, che favoriscono il dialogo e il confronto tra discipline diverse, significa inscrivere tali processi in una concezione olistica del pensiero.

Filosofi e scienziati, dopo gli anni 40, hanno condiviso la nascita di “un pensiero della complessità”, riconoscendo legami tra cultura umanistica e scientifica, fino a descrivere il mondo come entità complessa, un sistema di sistemi, di natura gerarchica dalla cellula, al pensiero, alle emozioni. Il sistema è una entità attiva in continuo movimento per l'agire e lo scambio di energia dei suoi stessi elementi (Cafaro, 2020).

Questo aspetto di movimento dialogico mostra come creare sia una costruzione di significati in grado di ridurre la complessità del reale attraverso esplorazioni di possibilità.

Declinando la creatività attraverso la medicina narrativa nel contesto di medicina-scienza e arte, emerge subito che la competenza narrativa si distingue dalla conoscenza scientifica, tendente alla universalità e alla replicabilità, per la specifica capacità di cogliere ciò che è unico: la singolarità di ogni esperienza di malattia e il vissuto umano delle persone. Nell'osservare la medicina, in un'ottica di integrazione delle scienze, ci si imbatte altresì nella questione della coesistenza di due mondi: quello del corpo Visibile e quello del corpo Invisibile.

Sebbene queste sembrino entità non egualmente accessibili, vi è una costante interdipendenza tra esterno percettibile ed interno invisibile, tra il mondo esteriore e il nostro mondo interiore: la narrazione rappresenta un ponte tra fuori e dentro e può essere usata come strumento consapevole del dialogo tra paesaggio esteriore e paesaggio interiore. Ogni nuova narrazione fa emergere qualcosa che non c'era, dunque **crea**, genera un nuovo sguardo, e nella mente appare una nuova possibilità.

La medicina ha imparato nei secoli a vedere e poi leggere il corpo malato (De Sanctis, 1988). Il metodo clinico nasce come una scienza percettiva, una pratica sul solo esercizio dello sguardo che indaga i segni e i sintomi (Foucault, 1969); la sperimentazione clinica e le moderne tecnologie di

investigazione ne hanno potenziato le capacità di visione, quasi a illudere che lo sguardo sul corpo e la sua immagine esauriscano il sapere medico. Non è però così. Il corpo Evidente e Tangibile non può esaurire il corpo Vivente, la rappresentazione, l'immagine dell'uomo e del suo corpo si offrono come uno specchio in cui ogni epoca e cultura riflettono le proprie incertezze.

Innanzitutto all'istanza di dare immagine e voce all'invisibile interiore, credenze magiche, religione, e filosofia si sono da sempre espresse sui misteri del corpo, mentre altre forme di sapere, come quell'artistica, hanno influenzato la formazione di un immaginario sul corpo interiore non visibile, sulla coscienza, sui vissuti non incarnati. Letteratura e arte da sempre indagano e rappresentano la storia e il calvario dell'uomo; i linguaggi narrativi e gli strumenti di rappresentazioni artistiche si arricchiscono ed evolvono costantemente, dalle espressioni grafiche pittoriche, immagini, poesia, teatro, musica, cinema a quelle digitali social media, graphic medicine e digital narrative medicine (Calabrese, Cenci, Conti).

L'istanza di una concezione olistica dei saperi ci chiede l'attenzione di includere e fare interagire i diversi linguaggi.

ARTE E ARTERIE

Facilitare la creatività significa saper abitare una postura artistica, conoscerne gli elementi.

L'arte unisce due significati lontani, sintonizza su un significato comune due individui distinti, l'artista e lo spettatore, che comunicano empaticamente grazie al medium rappresentato dall'opera e dai suoi intrinseci significati simbolici.

In questo modo un segno, una forma, un oggetto, possono far riferimento ad una realtà che non viene raccontata o svelata esplicitamente, ma resa comprensibile alla nostra capacità percettiva cortocircuitando i normali processi razionali.

Il significato della parola arte include nella sua origine sia la parte riflessiva della creazione dell'opera dell'autore, sia quella dialogica del confronto da parte del suo fruitore (appunto dal latino *ars*, "creare", e prima ancora, come descritto, dal sanscrito *ar*, "andare verso").

Gli studiosi dei processi cognitivi (Bartoli, 2018) fanno coincidere il potere d'attrazione dell'oggetto d'arte con il suo possedere aspetti di complessità e insieme di indeterminatezza tali da attivare nel fruitore, ancor prima che l'apprezzamento del bello, la motivazione della curiosità e una corrispondente condotta esplorativa. Le opere connotate da una certa ambiguità inducono il pubblico ad «un'attività e completamento» (Massironi, 1988).

Comprendiamo che in questa dimensione artista e fruitore sono entrambi in una posizione attiva-creativa. Esiste quindi una importante disposizione cognitiva innanzi all'arte, in qualità di facilitatori, dobbiamo essere consapevoli di strumenti e limiti, per abilitare l'immaginazione verso trasformazioni prima di pensiero e poi di azioni.

Le opere d'arte hanno il potere – di “movere”, cioè, commuovere, e dunque coinvolgere emotivamente lo spettatore. In una ottica di interdisciplinarietà e integrazione dei saperi, precedentemente agli studi delle neuroscienze cognitive e prima ancora della scoperta dei neuroni specchio, filosofi, fisiologi e storici dell'arte, avevano già osservato che caratteri strutturali ed espressivi dell'opera d'arte che osserviamo si riverberano nel nostro corpo (Gallese, 2015).

Il nostro corpo visibile e invisibile è mezzo conoscitivo: il peso, le tensioni muscolari, l'espressione, l'intenzione che si leggono nell'opera sono percepite con tutto il corpo e dal sistema neuro-motorio nel nostro cervello: una imitazione in potenza che ci fa comprendere col corpo, ancor prima che con l'elaborazione razionale, ciò che ci sta davanti ed in grado di innescare un processo di coinvolgimento dinamico ed emozionale di “simulazione incarnata” (Gallese, 2015). L'arte è dunque veicolo e campo di negoziazione di significati e, in questo modo, potente strumento di cura ed elaborazione. Lo sguardo clinico e lo sguardo artistico, integrandosi,

riescono a superare il valore esauribile del *segno* verso l'immensa potenza del *simbolo*.

Per provare a sperimentare concretamente il passaggio necessario tra corpo visibile e corpo invisibile, nelle finalità attentiva, rappresentativa e intersoggettiva della medicina narrativa, ho preso spunto dalla parola *arteria*. Essa identifica un organo fondamentale che svolge un processo attivo, magnifico e vitale: le arterie sistemiche portano il sangue dal cuore a tutto il corpo, le arterie polmonari, dal cuore ai polmoni. In questo nome, "arteria", ho letto creatività, come fosse una testimonianza sopravvissuta dell'antica natura di *ars medica* che connotava la medicina di Ippocrate.

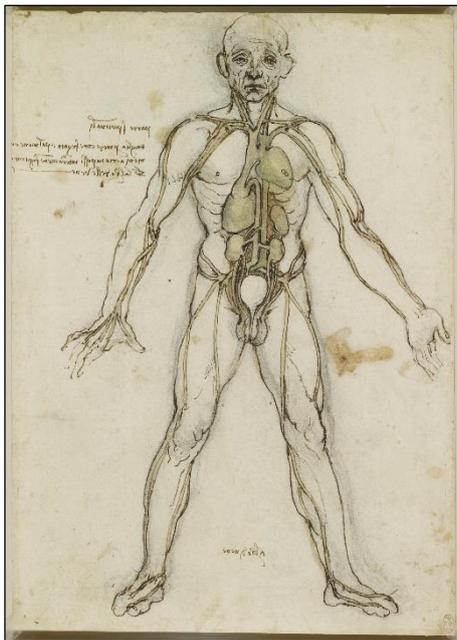


Fig. 1: "Disegno Anatomico I principali organi e vasi", Leonardo da Vinci (1485–90) da Royal Collection Trust on-line catalogue

Nel disegno qui riportato Leonardo da Vinci mette a disposizione della scienza anche il suo genio nella pittura eppure, lo sguardo di Leonardo non è quello del pittore.

Si tratta di un disegno anatomico, una rappresentazione scientifica, con valenza indiscussa di conoscenza oggettiva (focalizzazione) ma priva della sostanza umana.

Il corpo Vivente è però sempre molto di più di quello Evidente, della sua organizzazione

gerarchica strutturale del corpo umano: il corpo vivente è una storia.

La forma della storia scritta o narrata costituisce la cornice linguistica, psicologica, culturale e filosofica della nostra esistenza: «Ogni vita merita un romanzo» (Polster, 1988).

La cura richiede una imprescindibile complementarità di sguardi, senza i quali, l'atto scientifico rischia di rimanere vuoto e privato di una dimensione di comprensione, capace di indirizzare meglio l'atto terapeutico e di comprendere i valori in gioco nelle decisioni (Marinelli, 2015).

Così, osservando il disegno, con un esercizio di *zoom-out* (Scardicchio, 2019), immaginiamo quelle arterie pulsanti sotto la carne, i desideri, le paure delle persone vive. Non è l'occhio sull'oggetto è l'occhio sul soggetto. Va oltre lo sguardo sul visibile ma include il percepibile.

La relazione con le persone emerge in tutta la sua dimensione dialogica, non dando nulla per scontato. Si è sollecitati ad *andare verso* una dimensione sconosciuta: cioè, "l'altro", sentendo il bisogno di interrogarsi, di promuovere la ricerca di indizi sul volto, sul corpo, sulla voce, sul linguaggio, di utilizzare anche le focalizzazioni «*zoom-in*», (Scardicchio, 2019) senza perdere la visione di insieme, per evitare che il conosciuto rappresenti il limite al conoscibile, l'eccesso di fiducia nelle proprie capacità.

Rita Charon sottolinea più volte in "Onorare le storie dei pazienti" «quello che Luz mi ha insegnato»: si riferisce ai timidi indizi rivelati dalla paziente,

che hanno aperto a quell'immaginazione clinica, grazie alla quale ha potuto comprendere il dramma dalla stessa taciuto e prendersene cura (Charon, 2019).

Diventa così cruciale per i facilitatori il passaggio dal visibile ai microcosmi invisibili delle persone, a quegli «elementi emotivi, psicologici, culturali, spirituali sociali, affettivi determinati della salute di ciascuno» (Spinsanti, 2022).

DALL'ATLANTE ANATOMICO AI PAESAGGI INTERIORI

Persuasi della necessità di indagare profondamente l'altro, lo sguardo dell'arte ci permette di accedere a quei significati ignoti e invisibili.



*Fig. 2: "Interior",
Hammershøi
(1899, da London National
Gallery on-line Catalogue)*

L'immagine qui presentata mostra una persona ritratta di spalle in un interno. Entriamo in questo quadro con rispettoso silenzio, osservando i dettagli possiamo immaginare una e mille storie, ma in ciascuna di essa il microcosmo di oggetti rappresentato attorno a lei non potrà non esserne protagonista (Scorranese, 2024).

La figura umana e lo spazio-casa sono un unico organismo che respira in silenzio che ad essa si connette. La

persona è insieme a / con, nel guardarla, l'enigma dell'evitamento del suo sguardo ci cattura ancora di più.

L'arte ci chiede di essere curiosi di ricercare, di stare con una postura riflessiva nell'attenzione del quadro, la cui essenza apre davvero alla più grande immaginazione, al completamento. Ricerchiamo quegli indizi come Charon per Luz (Charon, 2019).

Per raggiungere questo risultato l'autore ha lavorato per sottrazione, togliendo rumori e personaggi, abilitando la nostra curiosità esplorativa, levigando atmosfere.

Profondamente colpito da questo pittore danese Hammershøi, Rainer Maria Rilke, scrisse di lui: «Il suo lavoro si iscrive nella distanza e nella lentezza; quale che sia il momento in cui lo cogliamo, esso offre materia di riflessione su ciò che di importante e di essenziale vi è nell'arte» (Rilke, 2014 [1910]).

Vi è in queste parole un legame forte con la pratica del *close-reading*, la creatività, la riflessività, la reciprocità che Rita Charon ha posto tra i valori e le idee che muovono la Medicina Narrativa, facendone, come scrive Marinelli, una «coreografia di cura e connessione, che parte dall'attenzione, formula una rappresentazione e, infine, produce connessione» (Marinelli, 2023).

La frase di Rilke, espressa con l'arte di un poeta, permette di indugiare e completare uno sguardo anche in questa dimensione artistica della

poesia. Nei primi versi di una sua meravigliosa opera Rilke scrive sul «Come nasce la poesia»:

Bisognerebbe saper attendere e raccogliere, per una vita intera e possibilmente lunga, senso e dolcezza, e poi, proprio alla fine, si potrebbero forse scrivere dieci righe valide. Perché i versi non sono, come crede la gente, sentimenti (che si acquistano precocemente), sono esperienze. (Rilke, 2014 [1910])

La medicina narrativa dunque, come la poesia, richiede tempo, esperienza e riflessione, proprio come il tempo, lo sguardo e la presenza connotano la cura. Si avvicinano i saperi: attraverso la narrazione e la rappresentazione dell'arte si accede al mistero dell'uomo, alle significazioni, all'immaginazione. L'integrazione tra essa e la medicina dell'evidenza è un moto necessario, un'attivazione di quella parola arte che si declina, creativamente, nella ricerca conoscitiva dei paesaggi interiori. È una integrazione in crescita inesorabilmente continua, in grado di competere con il progresso scientifico perché pluri-prospettica, profonda e rappresentativa delle quotidiane vicende umane. È, infine, una integrazione necessaria che non mette in discussione i valori dei diversi saperi in quanto la medicina narrativa agisce attivamente nella cura in sinergia con farmaci e tecnologia, ma non è terapia (come afferma la sua

stessa definizione): è imprescindibile ed insostituibile, umana istanza di ricerca di senso.

RICERCATORI DI SENSO

Narrare storie è il modo più antico che l'uomo ha per trovare ed assegnare un senso al mondo che lo circonda, alla sua storia, a quella dei suoi simili, a sé stesso.

Narrare è sempre un rappresentare: «L'incontro tra le narrazioni prelude alla nascita di un nuovo testo» (Charon, 2019) ed apre all'intersoggettività, dalla dimensione dialogica tra incontri, racconti e tracce, nasce un percorso di riconoscimento. Un riconoscimento che avviene tra pari nell'esperienza comune della stessa vulnerabilità. Paul Ricoeur ha magistralmente approfondito l'importanza del "racconto di una vita", nonché dell'orizzonte etico di senso che la dinamica narrativa, attivandosi, porta con sé (Ricoeur, 1983-85).

I professionisti sanitari incontrano la rappresentazione delle proprie esperienze nei colloqui con i pazienti, nelle descrizioni, nella raccolta di scritture autobiografiche riflessive, nella cosiddetta cartella parallela alla cartella clinica, nella quale sono invitati a rappresentare, oltre alla dimensione del paziente anche i propri vissuti emotivi (Charon, 2019). L'atto creativo della scrittura è in grado di trasformare il vissuto e ri-significarlo (Demetrio, 2001).

Nel processo innescato dall'attenzione, pazienti e curanti sono senza dubbio principalmente creatori di senso. Il processo metodologico clinico assistenziale, cui assistiamo, è un'esperienza estetica cui segue l'attribuzione di significati, (Zeki, 2007).

Se però, come sostiene Gadamer, tutta la realtà è una interpretazione, il nostro modo di intendere non è mai logicamente puro, neutro, incondizionato. Non si è privi di condizionamenti e di certezze pregresse. Ogni precomprensione risulta un pregiudizio e la tradizione è una rete di pregiudizi. La semplice presenza dell'altro ci aiuta a scoprire la nostra parzialità, per disfarcene. (Gadamer, 1960).

Ne risulta che conoscere è sempre un'operazione di interpretazione. Questo processo è, inevitabilmente, influenzato dalla nostra capacità di elaborare le informazioni caratterizzata da limiti cognitivi (di conoscenza, memoria, capacità di calcolo, attentivi, tempo, contestuali etc.) e bias, rappresentazioni mentali individuali, che condizionano le nostre percezioni e interpretazioni della realtà (Masiero, 2024). Si applicano al ragionamento, inoltre, meccanismi associativi ed euristiche per semplificare i problemi e ridurre il carico cognitivo, anche questi sono soggetti a bias.

Per uscire dall'impasse si devono eliminare i preconcetti e spostare punti di vista. Il filosofo Husserl, nel proporre la sospensione del giudizio (epoché), sosteneva che la coscienza deve contemplare la possibilità di

essere illusa, ciò può accadere sperimentando l'auto inganno che si può avvertire quando un'apprensione percettiva fallisce, mettendo in discussione le proprie credenze (Manca, 2016). Bruno Munari, suggeriva un cambio di prospettiva, secondo il quale «ognuno vede quello che sa, forse l'esperienza di cecità può insegnarci la visione», verso quello stupore che dobbiamo imparare ad ospitare (Munari 2018).

TRASGUARDI CREATIVI

Declinando da ultimo la creatività rispetto all'ultimo focus *la finalità* della medicina narrativa e al nostro desiderio di facilitarne il processo, palesati i limiti che condizionano il conoscere, ritorna quella istanza generativa che si esprime nella radice *ar* "andare verso".

Per aprire a sguardi trasformativi è infatti richiesta ancora una volta un'azione- un'attivazione, in particolare diventa qui necessario indagare le nostre illusioni interpretative, i nostri *bias* cognitivi, le nostre sistematiche distorsioni percettive.

Questo è estremamente rilevante nei contesti delle professioni di cura, in cui davanti alla complessità dei pazienti, i curanti corrono il rischio di essere "sedotti" dalla strada euristica di uno sguardo mono prospettico, "tecnico", focalizzato.

Sembra che la competenza medica contempra solo la verità scientifica e possa esprimersi, esclusivamente, nella misura in cui esista o non esista una risposta clinica o una forma anatomica.

Risposte utili alla cura però si trovano, spesso, nascoste in quei paesaggi interiori ai quali ci si avvicina curiosi accettando di essere al cospetto di incertezza, ambiguità. Lo sguardo caleidoscopico dell'arte permette al professionista della cura di percorrere una diversa sensibilità, ispirandosi ad una conoscenza estetica versus anestetica, da affiancare al ragionamento scientifico *Evidence Based Medicine* (EBM), alla ricerca di significati ulteriori da scoprire. Una abilità nel leggere tra le righe, usare le metafore, indagare i contesti, gli stimoli sensoriali decodificati dal corpo che coinvolgono le aree uditive, percettive e cinestetiche, una conoscenza *Embodied*, attraverso la presenza nel qui e ora.

La medicina narrativa ci ha insegnato a non osservare solo un mondo ma a includere al proprio mondo quello di chi si sta guardando e quello inedito della relazione/contesto che si crea in quell'incontro, non dimenticando che in questa relazione si è sempre anche corpi comunicanti, il corpo come mezzo conoscitivo che precede l'elaborazione razionale.

Assumendo questa prospettiva il paziente dovrebbe essere visto come «un dilemma disorientante» (Mezirow, 2000), un insieme di significati da scoprire e letto con una tensione conoscitiva connotata dalla ricerca, dunque un approccio di valenza scientifica. (Scardicchio, 2023).

Accettare il paziente nell'incertezza delle rotture autobiografiche, esattamente come nell'accettazione di un triage, muove creatività e ristrutturazione nella misura in cui si è disponibili a ripensamenti, ovvero «ri-scritture» del mondo interiore ed esteriore, ristrutturazioni delle visioni e quindi delle azioni (Charon, 2023). Questo tipo di sguardi creativi diventano nuovi *traguardi - TraSguardi*, in grado di superare i limiti delle codifiche del vedere solo ciò che c'è.

Nell'ambito degli studi sulla creatività il pedagogista J.P. Guilford nel 1950 introduceva il concetto di pensiero divergente, creativo di molteplici alternative rispetto a quello più rigoroso convergente-logico deduttivo che aveva caratterizzato la ricerca scientifica, in seguito il neuroscienziato Edward De Bono sviluppava il pensiero laterale, come metodo di risoluzione dei problemi pluri prospettico e di superamento delle assunzioni convenzionali.

Ricordando la valenza generativa della parola creatività, ognuno di noi sperimenta il proprio essere creativo nell'esistenza quando trova il coraggio di uscire dalle solite esperienze e convinzioni, dalle cornici delle stesse risposte ai problemi, agganciando un elemento nuovo, mai sperimentato. E spesso è un cambiamento correlato ad una *crisi*, come la malattia, il lutto, la sofferenza, l'incertezza; "*crisi*," parola di interesse che, come indicato in premessa, condivide la stessa radice di creare, *Cr*. Crisi deriva dal greco: *krisis* scelta (da *krino* distinguere), ha il significato di

valutare e separare; creatività significa, come emerso, generare e associare parti diverse. L'etimologia ci racconta allora che la crisi altro non è che un momento di scelta, di decisione forte, crisi e creatività risultano necessarie l'una all'altra per l'evoluzione dell'individuo e della società. Trasfigurare il caos in esplorazione, la paura in possibilità di evoluzione (Scardicchio 2020).

La creatività è un approccio di controtendenza ai processi di codifica, ogni codifica è tanto rassicurazione, quanto perdita di qualcosa, scrive la Formenti, motivo per cui il termine disorientamento professionale può essere connotato con valenza trasformativa, non incompetenza ma necessità generativa (Formenti, 2017).

Per facilitare sguardi creativi non basta evidentemente la bellezza di un'opera o la suggestione emotiva di una rappresentazione condivisa, ciò che qualifica la medicina narrativa e insieme riconosce i facilitatori quali formatori di competenze specifiche, da affiancare a quelle scientifiche dei professionisti (Consorti 2019) è l'applicazione di un metodo rigoroso nell'uso delle medical humanities (Kumagai, 2007).

Un facilitatore perito (esperto), narrativamente posto, agisce con competenza, e visione, favorendo i processi creativi, quando sa provocare dissonanze cognitive, introdurre un tempo di riflessione, esercitare l'attenzione e l'ascolto, incoraggiare l'incontro con la complessità, l'ambiguità, l'incertezza, sempre promuovendo l'intersoggettività. Queste

sono alcune qualità salienti altre prenderanno forma dalla pratica e dall'aderenza al nostro Manifesto.

CREATIVITÀ COME TEATRO E DRAMMATIZZAZIONE DELLA CURA

Nel promuovere il valore di percorsi educativi e di sviluppo dell'identità personale e professionale, desidero soffermarmi sul Teatro come opportunità di Formazione (Cappa, 2016).

Il teatro è uno strumento di conoscenza che si realizza attraverso l'attribuzione di significati, non dobbiamo pensarlo solo come proposta di intrattenimento "*eventuale*" nelle brochure delle stagioni, ma come "*evento*" (evento teatrale) che appunto accade, che diviene sempre, un nostro costante teatro interiore, in grado di attraversare tutti senza pareti, distanze, divergenze.

La medicina narrativa è definita una pratica comunicativa che orienta la cura verso la persona (Marinelli, 2021) e la sua storia. La storia è trama che si intreccia con tutte le relazioni, i contesti, le ricadute sociali antropologiche, è un insieme aristotelico di intreccio, personaggi, linguaggi (Oliva, 2000).

Se desideriamo allenare la capacità di leggere le storie delle persone nell'insieme del loro vissuto e mettere in gioco una disponibilità alla relazione, il teatro rappresenta una grande opportunità per la capacità di innescare processi creativi e quindi trasformativi.

Il testo, pur fisso, diventa arte nel momento in cui la natura umana dell'attore gli dà vita e lo esprime attraverso l'improvvisazione, per mezzo della quale vi è un inserimento continuo e costante del 'nuovo' nel sistema attore-spettatore, che contribuisce alla costruzione di senso dell'opera. Attraverso l'improvvisazione, il testo letterale si arricchisce di sottotesti, significati e relazioni. Lo scambio di energia tra attore e spettatore mantiene un livello di tensione costante tra ordine e caos, in grado di generare complessità e quindi di creare significati (Cafaro 2009).

Se Teatro è evento possibile e continuo, vorrei riflettere sul nostro quotidiano incontro con le persone. La parola *persona* deriva dall'etrusco *phersu* "maschera"; in origine *per-sona* era lo strumento attraverso cui risuonava la voce dell'attore, ma il termine successivamente ha assunto il significato di personaggio e poi d'individuo. Da maschera quindi si passa al personaggio, dal personaggio si passa alla persona, uscendo dalla scena, nella vita. Ma che differenza c'è? C'è poi una differenza?

Incontriamo nella professione, nel quotidiano, la persona-reale, priva di maschera, eppure spesso non **crea** in noi quell'occasione di conoscenza di noi stessi e del mondo, che sperimentiamo andando a teatro. Come se la persona si vedesse veramente bene solo da una platea.

Sembra che il personaggio sia capace di colpirci e disorientarci solo quando indossi una maschera. Cosa rende l'attore tanto coinvolgente? Cosa manca alla persona reale? Cosa accade allo spettatore?

La risposta è nella potenza dell'arte, nel comporsi dialogico del lavoro di ricerca che l'attore fa su stesso e per lo spettatore, nella parte della conoscenza-piacere che ciascuno saprà trarre dalla sua esperienza di spettatore. È quindi, ancora una questione di pratica, di riflessione, dunque di educazione-formazione. La preparazione dell'attore è delineata da Grotowski, regista e teorico teatrale della seconda metà del Novecento, come atteggiamento interiore, il processo creativo include la globalità dell'essere umano, a livello biologico, artistico e spirituale.

La sfida dell'attore sarà mantenere la sua attuazione (la sua creazione) in un territorio sfumato e ambiguo perché questo permetterà il processo creativo dello spettatore. Se il Caos non ci fosse e l'attore sapesse esattamente cosa fare e cosa dire con delle modalità fissate, si tratterebbe di un sistema statico, in perfetto equilibrio senza nessuna creazione di novità o di 'vita' che nel nostro caso equivale ad arte. Non ci sarebbe produzione di significato al di fuori dell'unico significato letterale che sarebbe trasferito meccanicamente dall'attore allo spettatore (Cafaro 2020).

La creazione non è solo costruzione di significati, ma anche comprensione della realtà, in quanto nel costruire un significato si riduce la complessità della realtà e si comprendono alcuni aspetti dei suoi fenomeni. Analogamente a quanto richiesto nello sguardo aperto della medicina narrativa, il processo creativo teatrale coinvolge insieme il

mondo dell'artista, quello dello spettatore e quello dell'interazione tra artista e spettatore. Del resto, il teatro, nella sua funzione di creare una relazione tra attore e spettatore, dà accesso profondo alla relazione «lo e l'altro» (Grotowski, 1970). Questa relazione è proprio tra gli elementi distintivi e unici del teatro.

In questa visione l'arte teatrale non è imitazione, o mimesi, quindi rappresentazione della realtà già nota, ma è rappresentazione di una realtà sconosciuta che deve essere prima creata per essere rappresentata o creata in scena nel momento stesso della rappresentazione (poiesi).

Grotowski, nell'onda di cambiamenti prospettici sul teatro, propone un restauro dell'umano e della "relazione attore-spettatore", attraverso una resurrezione della parola-gesto maieutica e una condivisione dell'azione. Il progetto di Grotowski, pur partendo dall'impianto aristotelico che nella Poetica si sofferma sul valore formativo dell'arte drammatica, fa emergere il ruolo potente dell'attore. Per Grotowski l'attore è il soggetto e l'oggetto della drammaturgia, un attore che nel quadro dell'evento teatrale compie l'Atto.

L'attore è l'uomo dell'azione, nascondendo l'uomo-attore, attraverso il personaggio arriva a toccare e offrire le parti più intime del proprio essere, svelando una verità denudata di sé stesso. Dopo averle rivelata e incarnata nella concretezza del corpo, l'attore può donarla al pubblico,

facendogli sperimentare una verità, questo dono permette in seguito di avviare un processo simile in chi lo riceve.

Lo spettatore è l'uomo che sta nella relazione, è "nel confronto di", diventa testimone di un atto autentico, condiviso attraverso denominatore comune "corpo", nelle sue funzioni organiche, che ne fa risuonare l'esperienza.

Il gesto è intriso di memoria emotiva, delle esperienze passate che non appartengono solo alla sua biografia, ma costituiscono anche un bagaglio culturale condiviso dagli esseri umani di un tempo e di uno spazio.

Dalla scoperta dei neuroni a specchio si conosce che il gesto dell'attore agisce sullo spettatore in modo unico e soggettivo, modificando la sua percezione e le sue interpretazioni, facendo leva su quel bagaglio culturale condiviso.

Incontrando la diversità dell'altro, l'uomo può guardarsi diversamente e vedere ed accogliere un'altra persona così come è (Strutyńska, 2018).

Dunque, rispetto alle domande iniziali, quale la differenza nello sperimentare l'incontro con il personaggio o la persona, si può dire che per potere essere sensibili alla persona reale e non superficialmente ad una sua mera personificazione astratta, per disorientarci in modo trasformativo innanzi ad essa, come a teatro, può essere davvero utile educarsi alla *drammatizzazione*. La parola *drammatizzazione* è intesa nell'accezione della radice antica greca del termine *dramma*, dal verbo *dràn-fare*, il cui significato originario non è quello di fare meccanico,

ripetitivo, impersonale ma, al contrario, un fare eroico con il quale l'essere umano, attore della sua vita si fa responsabile della sua azione, ne è autore e protagonista e risponde dei suoi effetti (Padoan, 2019). Nel contesto sanitario sentire la drammatizzazione della cura appare una strategia interessante in antitesi alla tentazione opposta di sdrammatizzarla dalla sua tragicità e i paradossi, cosa che accade affidando il rapporto di cura solo alla tecnicizzazione o agendo altre strategie difensive di distanziamento. Charon evidenzia l'estremo bisogno di dialogo, confronto e riflessione sulle esperienze per superare le divergenze ed i disallineamenti della cura, in particolare nel rapporto con la morte, nei contesti della malattia, nelle convinzioni sulle cause, e negli aspetti emotivi (Charon, 2019). Sperimentare questi confronti attraverso la drammatizzazione tende a recuperare l'atto autentico della cura, ciò si può realizzare con strumenti come lo psicodramma, la scrittura e la condivisione di possibili copioni costruiti sulle esperienze, si tratta evidentemente di percorsi esperienziali riflessivi.

Questo lavoro sulla consapevolezza e la presenza diviene un passaggio fondamentale nella relazione di cura: il curante è chiamato a lavorare su stesso proprio come fa l'attore. In un costante teatro interiore, curanti e curati agiscono ed interagiscono insieme la loro drammaturgia quando recuperano la posizione di attori protagonisti del loro dramma personale,

per ridiventare consapevoli e presenti in modo autentico ed arricchirsi nello scambio della loro relazione (Padoan 2019).

PERSONE IN CERCA DI...CURA

All'interno di questa cornice, per connettere creativamente la medicina narrativa con la forza riflessiva e formativa del Teatro, sperimento una rilettura personale dei "Sei personaggi in cerca di autore" (Pirandello, 2019 [1930]).

I personaggi, che l'autore si trova dinnanzi, chiedono di non essere chiusi in una descrizione ma di essere espressi da un autore che capisca il loro dramma doloroso, tuttavia, questi non vuole assumersi la responsabilità di narrare i loro «tristi casi».

Grazie all'espedito del metateatro, ambientando la vicenda stessa in un teatro, la loro storia non-rappresentabile riesce ad essere rappresentata. Pirandello rompe la quarta parete: fa partire l'azione dalla platea, attivando così attori e pubblico in una relazione drammaturgica ancora più viva. Il metateatro richiama la metariflessione pratica della postura narrativa (Trenta, 2020).

Perché parlare di questo testo, quale è la connessione? La ragione è che i personaggi chiedono di essere rappresentati, resi visibili attraverso un processo di drammatizzazione. L'autore, per mano di Pirandello, non rifiuta i personaggi ma i loro drammi, non vuole scriverli poiché

significherebbe condizionarli, orientarli, interpretare la loro storia, il rifiuto è una scelta di etica narrativa.

I personaggi vengono quindi rappresentati in scena attraverso un collettivo, che include il pubblico, in uno scambio dialogico, esperienziale. L'autore sapientemente non c'è, Pirandello, come il pittore Hammershøi, **sottrae**, e così agendo, amplifica il dramma, tanto vero e complicato da non potere essere figurato nel copione (e nemmeno rappresentato dagli attori). Liberandolo lo rende il più possibile generativo, le storie narrate, le loro trame si rivelano a sorpresa costruendosi nella reciprocità ed anche esibendo la loro naturale grezza disarmonia, l'imbarazzo del reale per l'assenza di un copione.

Pirandello fingendo assenza pone l'attenzione sulla sostanza viva del teatro. Un impianto disfunzionale e grottesco ne enfatizza il realismo.

Sei personaggi in cerca di autore possono allora diventare infinite persone in cerca di cura che chiedono un tempo, una presenza, uno sguardo per il loro dramma. Queste persone, liberate dal disegno morale di un autore, da un unico con-testo, dal loro unico punto di vista, co-costruiscono una relazione che si distingue per unicità. Non necessariamente lineare, fruibile ma autentica.

Si supera così la dimensione individuale verso quella dialogica, comunitaria, in cui tutti sono autori e narratori, senza finalità performativa,

con il fine di consegnare una storia, che la medicina narrativa potrà valorizzare.

Spostare le prospettive e il confronto, arricchisce sempre la conoscenza, è un modo per uscire dalle cornici dei nostri testi, nella medesima direzione Charon propone ai curanti di raccontare la storia dei pazienti dai punti di vista dei diversi soggetti in relazione (Charon, 2019).

L'intersoggettività, si costruisce attraverso la condivisione delle narrazioni individuali, ecco che i nostri feedback di facilitatori, insieme a quelli dei partecipanti, permettono di valorizzarle così da farne atto corale, comunitario (Suter, 2022).

CONCLUSIONI

La malattia e la cura ci interrogano sul senso, tuttavia, senza un approccio conoscitivo aperto alla ricerca, senza la creatività come possibilità di risignificazione nella crisi, non solo si appiattisce la dimensione visuale sull'uomo, privandoci della comprensione, del sentimento, della solidarietà sociale, ma si chiude anche all'immaginazione e alla speranza. Ognuno, nei rispettivi ruoli può percorrere la propria attivazione: quel *fare, costruire, ricercare, creare e agire*.

È un muoversi verso una pratica di cura valoriale e sostenibile, dove l'esperienza di curare ed essere curati, compenetrata dai risvolti

psicologici, familiari, sociali, economici, viene ascoltata e cresciuta nella riflessione.

Il risultato è una relazione generativa, costruita su scelte effettivamente condivise, capace di fiducia, ristabilita la quale, si riducono incomprensioni e conflitti. Tutto questo permette di orientare i curanti verso le migliori scelte per la migliore cura di quel paziente. L'accoglienza e la qualità sono le basi di un sistema sanitario fondato sul valore. La Value Based Healthcare integra nel processo la prospettiva del paziente superando le logiche solo prestazionali.

In una dimensione di accoglienza totale e umanizzazione delle cure, accanto alla ottimizzazione dei servizi, la relazione tra operatori sanitari e i pazienti diventa uno scambio reciproco basato su rispetto e coinvolgimento.

Si tratta di un processo fondamentale e il nostro importante compito è quello di *“facilitarlo”*.

BIBLIOGRAFIA

Bartoli, G. (2011). “Alcuni meccanismi cognitivi tra psicologia, arte e psicoanalisi.” In *Rivista di Estetica*. FrancoAngeli Journals.

Cafaro, A. “Creatività figlia del Caos: Un bisogno vitale.” In *Lettere aperte*, vol.7/2020.

Cappa, F. (2016). *Formazione come Teatro*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Charon, R. (2019). *Medicina Narrativa: Onorare le storie dei pazienti*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Consorti, F. (2019). *Le Medical Humanities 2.0. Dall'esperienza "spot" alla strategia educativa basata sull'esposizione alla bellezza*. Journal of Italian Medical Education JIME.

Calabrese, S., Cenci, C., & Conti, V. (2022). *Dizionario di Medicina Narrativa. Narratologia*. Morcelliana Editrice, Brescia.

Da Vinci, L. (c. 1485-90). *The major organs and vessels* [disegno]. In Clayton, M., & Philo, R. (2012). *Leonardo da Vinci: Anatomist* (p. 35). Royal Collection Publications.

Demetrio, D. (2001). *Raccontarsi l'autobiografia come cura di sé*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

De Sanctis, R. (1988). "Tra immaginario e descrizione anatomica". In *Universo Corpo*. Treccani.

Foucault, M. (1969). La nascita della clinica. Einaudi Edizioni

Formenti, L. (2017). *Formazione Trasformazione*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Frank, A.W. (2013). *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. The University of Chicago Press.

Gadamer, H.G. (1960). *Verità e Metodo*. Bompiani Editore.

Galantino, N. (2019). *Abitare le parole: Arte, Religione e società*. Il Sole 24 ore.

Gallese, V., & Guerra, M. (2015). *Lo schermo empatico cinema e neuroscienze*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Grotowski, J. (1970). *Per un teatro povero*. Bulzoni.

Hammershøi, V. (1899). *Interior* [Dipinto]. Tate Britain, Londra, Regno Unito. [London National Gallery's Archive](#).

Kumagai, A.K. (2007). *Beyond "Dr. Feel-Good": A Role for the Humanities in Medical Education*. Acad Med.

Manca, D. (2015). "La dialettica dell'immagine Benjamin e Husserl sull'ordinarietà della Filosofia". In *Paesaggi dell'immaginazione*. ETS.

Marinelli, M. (2015). *Trattare le malattie, curare le persone. Idee per una Medicina Narrativa*. LS Franco Angeli.

Marinelli, M. (2023). *Che cos'è la Medicina Narrativa? Problemi e Metodi*. Scholè.

Masiero, A.M. (2024) “Gli aspetti psicologici delle informazioni”. In *Corso di perfezionamento Advocacy and Patient Engagement in Oncologia*. Università Statale di Milano.

Massironi, M. (1988). “Dall’oggetto al processo. Aspetti psicologici di una esperienza artistica degli anni ’60”. In *Linguaggi Visivi: Storia dell’Arte, Psicologia della Percezione*. Multigrafica Editrice, Roma.

Mezirow, J., et al. (2000). *Learning as Transformation: Critical Perspectives on a Theory in Progress*.

Munari, B. (2018), *Fantasia. Invenzione, creatività e immaginazione nelle comunicazioni visive*. Laterza, Roma.

Oliva, G. (2000). *Una didattica per il teatro attraverso un modello: la narrazione*. Cedam.

Padoan, S. (2019). *Senza toccarne l’ombra. Estetica ed etica della cura per i professionisti della salute*. Alpes, Milano.

Pirandello, L. (2019 [1930]). *Sei personaggi in cerca d’autore*. Feltrinelli Editore, Milano.

Polster, E. (1988). *Ogni vita merita un romanzo: Quando raccontarsi è terapia*. Editrice Astrolabio.

Ricoeur, P. (1983-85). *Temps et récit* (3 voll.). trad. it. (1986-88), *Tempo e Racconto*. Jaca Book, Milano.

Rilke, R. M. (2014 [1910]). *I quaderni di Malte Laurids Brigge*. Garzanti Classici.

Rozzoni, C. (2018 [2017]). *Nell’immagine: Realtà, fantasia, esperienza estetica*. Le Monnier Università.

Scardicchio, A.C. (2019). *Curare e Guardare: epistemologia ed estetica dello sguardo in Medicina*. FrancoAngeli Journals.

Scardicchio, A.C. (2020) *Caos, crash, creatività: questioni di progettazione pedagogica in tempi di crisi*. Edizioni La Meridiana

Scardicchio, A.C. (2023). *Ri-Scritture: Riflessività Bio-Professionale nei contesti di cura*. FrancoAngeli Journals.

Scorranese, R. (2024). *Hammershøi, la poesia degli interni domestici (e Perché c’entra la nascita della città moderna)*. Corriere della sera, 3 Maggio 2024.

SIMeN (2023). *Manifesto del Facilitatore*.

Spinsanti, S. (2022). “Dialoghi di Medicina Narrativa”. In *R-Esistere*.

Strutyńska, J. (2018). “L’io e l’Altro. La relazione come fondamento in Jerzy Grotowski”. In *Annali Online UniFe*, ed. XIII. Università di Ferrara.

Suter, N. (2022). *Dizionario di Medicina Narrativa. Parole e pratiche*. Morcelliana Editrice, Brescia.

Trenta, P., & Polvani, S. (2024). *La Postura Narrativa: I modi di essere della cura*. Castelvecchi, Roma.

Zeki, S. (2007). *La visione dall'interno: Arte e cervello*. Bollati Boringhieri Editore.

CO-COSTRUIRE COMUNITÀ NARRATIVE

Nicoletta Suter

LA COMUNITÀ E IL MANIFESTO DEI FACILITATORI

Nel Manifesto dei facilitatori di laboratori di Medicina Narrativa (MN) la parola comunità compare due volte nella sezione dedicata agli impegni. Tuttavia, è il documento nel suo complesso che dà indicazioni ai facilitatori affinché si impegnino a costruire la comunità narrativa nella formazione laboratoriale, a promuovere e nutrire la comunità dei facilitatori e a portare la MN nelle comunità professionali e sociali, attraverso i principi, i metodi e gli strumenti della MN stessa. Ho scelto pertanto di riflettere su questo costruito, perché è certamente affascinante e contenitore di molti valori e significati e nel contempo rischia di essere inflazionato e mal utilizzato. Recentemente il DM n. 77 del 23 maggio 2022 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” promuove la realizzazione di ospedali e case di comunità e lo sviluppo della figura dell’Infermiere di Famiglia e Comunità; dal passato ci arrivano le esperienze delle comunità in campo sociale, religioso, politico e terapeutico e più di recente anche nel mondo digitale si parla di community. Si tratta dunque di una parola polisemica e complessa, che può tingersi di ambiguità e di significati a seconda dei diversi contesti spazio – temporali in cui viene utilizzata, perché

influenzata dal modo in cui l'individuo e la società vengono interpretati in una certa cultura e in un determinato momento storico. Per esempio, nelle società moderne Europee e Nord Americane, l'accento è posto più sull'individuo che sulla comunità, mentre nella prospettiva di popolazioni più antiche (società tribali Africane, Indiani d'America, società dell'Oriente Asiatico ecc.) l'accento era posto proprio sulla comunità come perno fondamentale per la realizzazione di bisogni del singolo e per la perpetuazione della cultura. In questa polarità ci si è mossi per decenni tra culture occidentali e orientali, anche se la globalizzazione ha reso questi confini sempre più sfumati.

Il costrutto di comunità piace molto al mondo della facilitazione (e non solo della MN), pertanto va approfondito e compreso, per essere implementato in modo visionario e prospettico, con la consapevolezza che non sempre la comunità si sviluppa in maniera sana, funzionale e costruttiva. Non è perciò un costrutto "idilliaco", in quanto esistono anche comunità violente, diseducative, distruttive, fino al limite del patologico.

ETIMOLOGIA, STORIA E RIFLESSIONI SUL COSTRUTTO DI COMUNITÀ

L'etimologia della parola comunità deriva dal latino *communitas*, col significato di comunanza, derivato a sua volta da *communis*, col significato di comune; quindi, come composto di "cum" (con) e "munis",

una parola polisemica che ha al suo interno anche il significato di “dono”, “obbligo reciproco”. Secondo alcuni autori *munis* potrebbe derivare anche da “moenia”, cioè mura, confini, quelli che la comunità pone a difesa della propria identità e a protezione dei propri membri (Triani, 2024)

Tonnies già nel 1887 ipotizzava una differenza tra società e comunità (Danani, 2023), la prima come una forma di aggregazione anonima che riunisce gli individui per interesse, per obblighi dettati da norme e regole e che serve al controllo sociale. La comunità invece, prevede un certo modo dello stare insieme, attorno ad un fattore unificante, che permette alle persone di costruire un legame e quindi di sentire con gradi e modalità variabili l'appartenenza, la connessione emotiva, la coesione interna e di promuovere la condivisione di pratiche e di ritualità.

I componenti della comunità condividono una storia, dei valori, dei riti e simboli, una cultura, che nell'insieme plasmano nel tempo il loro senso di identità e di appartenenza.

È più importante la società o la comunità? Ci sono diverse posizioni fra gli studiosi su questo costrutto. Chi è assolutamente a favore della società, chi della comunità. Esiste però anche una terza via, quella di coloro che affermano la necessità e il valore delle istituzioni e delle regole poste dalla società, al cui interno tuttavia si sviluppano le comunità come dispositivi

fondamentali per attivare quelle risorse ed energie che mantengono vitale il tessuto sociale e che lo rinnovano costantemente.

Questa riflessione ha un esempio eclatante nella SIMeN, Società Italiana di Medicina Narrativa: nella sua veste istituzionale, essa ha uno statuto, le sue regole, il libro dei Soci, l'Albo dei Facilitatori ecc. Tuttavia è proprio la comunità narrativa alimentata dai suoi soci e dai suoi facilitatori che la rende vitale e capace di evolvere nel tempo.

Per Tonnies (Danani, 2023), Esistono vari tipi di comunità: di sangue o parentela, di suolo o di territorio geografico, di spirito, in relazione a valori ed ideali. Per Willmott (1987), la morfogenesi delle relazioni comunitarie prevede lo sviluppo di relazioni sociali significative a tre livelli: comunità d'interesse primario (etnia) o secondario (professionale, religioso, politico, sessuale, virtuale) e comunità d'affetti o di attaccamento (sportive, nazionali, ecc.).

Nel contesto contemporaneo parliamo di comunità professionali, scientifiche, educative, terapeutiche, virtuali all'interno delle quali circolano parole come comunanza, riconoscimento, connessione e in cui il legame fra le persone viene favorito proprio dalla narrazione. Rita Charon scrive "La narrazione come la medicina crea sempre un legame tra due persone e il legame tra due persone, si può dire, crea sempre una narrazione" (Charon, 2006).

Le comunità sono in genere caratterizzate da un incontro fecondo e da una condivisione di linguaggi, spazi, abitudini, esperienze, ricordi, significati e quando sono sane, funzionali e costruttive rappresentano un importante antidoto alla solitudine e isolamento sociale ed anche un dispositivo per contrastare la frammentazione e liquidità della vita contemporanea. Di fondo la consapevolezza della nostra essenza umana fragile e vulnerabile richiede la connessione fra persone per dare risposta ai bisogni così come delineati da Huitt nel 2004, a partenza dalla storica scala dei bisogni di Maslow (figura 1).

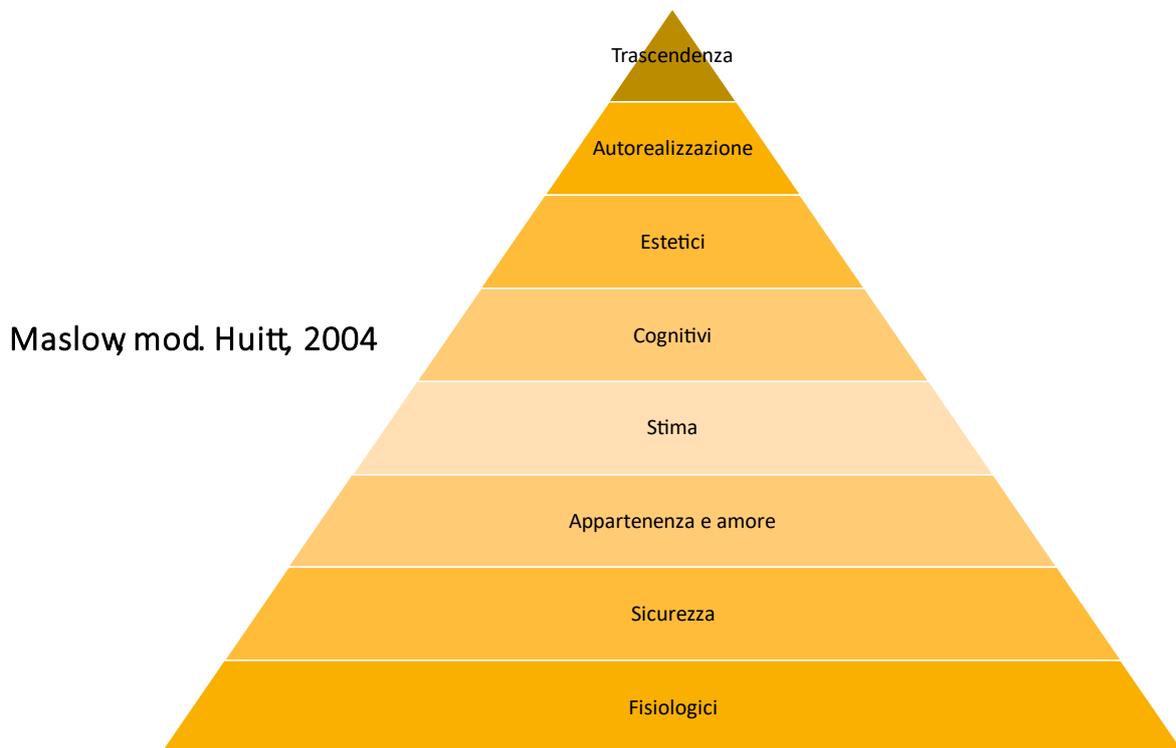


Figura 1

La complessità dei bisogni umani e delle azioni per soddisfarli richiama inesorabilmente la necessità dell'intersoggettività, del legame, dell'aiuto reciproco fra gli individui di una comunità. Per sopravvivere, per provare benessere, per ricercare la felicità abbiamo bisogno di sentirci interconnessi e di sperimentare l'esserci gli uni per gli altri.

A questo proposito negli ultimi decenni si è sviluppato il movimento della "Caring Community", costituita da un ampio spettro di cure formali e informali, sia sociali che sanitarie, erogate a persone non solo non autosufficienti o parzialmente autosufficienti, da operatori esperti ma anche da altri componenti della comunità stessa, in una molteplicità di contesti che vanno dal domicilio della persona alla suo gruppo di riferimento (familiare, professionale ecc.) fino ai servizi territoriali e residenziali.

Le Caring Communities promuovono la collaborazione tra diversi membri della comunità, sfruttando la capacità delle persone o cittadini di creare legami sociali e di prendersi cura l'uno dell'altro. La mission consiste nello stabilire un'alleanza tra pazienti, cittadini, professionisti e decisori per creare un ponte tra cure informali e professionali.

Sonya Kuchen, membro della Direzione della Rete Caring Community della Svizzera enuncia: «Una comunità che funziona bene è fondamentale non solo nei periodi di crisi. Ciò significa che la popolazione,

le autorità, l'amministrazione, le istituzioni, le organizzazioni e le associazioni lavorano insieme per cercare e implementare soluzioni che permettano alle persone vulnerabili di ogni età di vivere la propria vita con autodeterminazione e in maniera dignitosa. Così deve essere una Caring Community»⁸. Ancora, sul sito della Fondazione Caring Community di Lodi la mission è così delineata: “Migliorare la qualità della vita delle persone che vivono nel Lodigiano attraverso la diffusione della cultura del dono e il coinvolgimento attivo della Comunità, in modo che tutti possano sentirsi partecipi e allo stesso tempo fruitori del benessere sociale (...) L'iniziativa si fonda sull'approccio delle Caring Communities e sull'utilizzo della medicina narrativa, una metodologia clinico assistenziale che valorizza l'ascolto profondo e le storie personali dei pazienti e delle loro famiglie”.⁹

A Bruxelles nel novembre del 2019 numerosi stakeholders e partner europei hanno condiviso un modello di azione chiamato “Integrated Community Care”, che rappresenta un vero e proprio cambio di paradigma e un necessario e prezioso ampliamento del concetto tradizionale di cure integrate. Attraverso il riconoscimento esplicito del valore, del potenziale e della forza delle comunità, dei cittadini e dei “non addetti ai lavori” e una visione in base alla quale i servizi per la salute e la

⁸ <https://caringcommunities.ch/chi-siamo/rete/>

⁹ <https://www.fondazioneLodi.org/progetto/lodi-caring-community/>

cura, sanitari e sociali, sono realizzati da alleanze e collaborazioni intersettoriali e interdisciplinari, vi è il superamento del concetto di “fornitura/erogazione” dei servizi per passare a un vero e proprio “sviluppo congiunto”, una co-creazione, che avviene insieme ai singoli e alle comunità, tradizionalmente visti solo come destinatari¹⁰.

Per approfondire ulteriormente il costrutto di comunità, prendo a prestito le sette categorie che Pinardi e De Angelis (2008) hanno individuato per leggere il mondo delle narrazioni, che possono essere a mio parere adattate anche ad una lettura della vita di una comunità. Queste categorie nominate con sette parole della lingua greca sono:

- *Telo* (fine, scopo, obiettivo), nella comunità occorre avere un fine e un fattore unificante in comune;
- *Topos* (luogo comune), sta ad indicare la necessità per la comunità di avere un territorio (geografico o virtuale), un perimetro, in cui i componenti si ritrovano e si riconoscono;
- *Ethos* (costume, abitudine, moralità), nella comunità significa avere dei valori comuni attorno ai quali i componenti si identificano e per i quali promuovono lo sviluppo della comunità stessa;
- *Logos* (discorso, parola), significa avere un linguaggio condiviso per nominare le cose e per definire il lavoro della comunità stessa. In MN

¹⁰ <https://transform-integratedcommunitycare.com/>

significa riuscire ad integrare il linguaggio della medicina con il linguaggio del mondo della vita delle persone (Mishler, 1984);

- *Genos* (genere, parentela, stirpe), nella comunità si ha cura dei legami fra le persone, sulla base del paradigma di riconoscimento dell'altro e della promozione della reciprocità;
- *Epos* (l'insieme delle leggende e poemi eroici di un popolo), riguarda le storie, i simboli, i riti, le narrazioni proprie di una comunità che vanno preservati nel tempo per darne memoria storica;
- *Chronos* (tempo), la comunità si sviluppa nel tempo nella linea passato, presente, futuro e c'è un tempo inerente la narrazione della storia della comunità.

Secondo Wenger (2006) la comunità può esistere solo se si costituisce anche come una “comunità di pratiche”, perché sono proprio le pratiche che le permettono di agire, fare, operare e crescere nel mondo. Sappiamo che la MN è una metodologia di intervento clinico assistenziale che pone in essere delle pratiche di cura; pertanto, la MN può trarre vantaggio dal costruito di comunità di pratiche di Wenger. Infatti, secondo questo autore le comunità di pratiche sono composte da individui che operano in uno spazio di prossimità proponendo la loro fisiologica diversità, per ragionare e lavorare ad esperienze attorno ad un tema o problema e per cercare soluzioni a situazioni per le quali non ci sono risposte pre - codificate. La

comunità di pratiche si adopera per una soluzione collaborativa dei problemi / delle criticità, i membri apprendono costantemente dall'esperienza e tra gli esiti vi è anche lo sviluppo costante di nuove conoscenze e pratiche (Lipari, Valentini, 2021). Proviamo a traslare questi concetti ad un laboratorio di MN: il laboratorio è un dispositivo pedagogico / andragogico eccezionale per co - costruire competenze all'interno di una comunità di pratiche e per favorire il trasferimento degli apprendimenti nelle pratiche di cura di comunità professionali, educative, sociali, umane. Riprendendo la metafora di Paul Ricoeur (Alici, 2015), il laboratorio di MN è come una "cellula del buon consiglio": quello che si sperimenta nel laboratorio è prototipo della comunità di pratiche che si vuole sviluppare e diffondere nei vari contesti in cui la MN può dare un contributo determinante. Ne deriva che il ruolo del facilitatore non è solo all'interno del laboratorio di MN in termini di attività di insegnamento e apprendimento. Il facilitatore di MN allena la competenza narrativa altrui e propria anche per apprendere ad abitare le relazioni all'interno della comunità più ampia dove si svolgono le pratiche di cura sanitarie ed educative.

LA CULTURA DEL NOI

Il facilitatore di laboratori di MN ha cura della comunità educativa che co-costruisce, coltiva e nutre e delle comunità più ampie che in un'ottica

sistemica a questa si connettono. Ha dunque una grande responsabilità nella promozione della cultura del “noi”, la cosiddetta “noità”, che prevede il passaggio dalla singolarità all’intersoggettività, dalla autonomia all’interdipendenza, dal considerarsi individui separati al percepirsi come co-individui (Gallese, 2024). La cultura del noi ha alla base la consapevolezza che ogni persona può esistere solo nella relazione e attraverso la relazione con altri e non solo intesi come esseri umani: il concetto di One Health dell’OMS sancisce che tutti i sistemi viventi, umani, animali, vegetali sono fortemente interconnessi nella rete della vita e quindi nella promozione della salute dell’intero ecosistema. Il sentirsi “noi” parte tuttavia dal paradigma di riconoscimento dell’altro diverso da me in una relazione che Buber (de Benoist, 2023) ha definito “io – tu” in cui l’altro viene appunto riconosciuto come un essere umano, diversamente dalla relazione “io – esso”, in cui l’altro diventa un oggetto oppure un nemico o un errore, in ogni caso è percepito in un modo che svalorza la sua umanità (Toneguzzi, 2022). Nella comunità molti sono i “tu”: non ci sono solo diadi relazionali e le intersoggettività diventano perciò molto complesse, perché tutti possono entrare in connessione con tutti.

Il facilitatore svolge un’azione fondamentale per co-costruire la “postura di comunità” all’interno della comunità di pratiche narrative (intesa sia

come laboratorio di MN che i contesti in cui le pratiche narrative vengono applicate). Postura di comunità è un concetto che non ha un riferimento in letteratura ad oggi e che tenendo conto del concetto di “postura narrativa” elaborato da Paolo Trenta (2023) io propongo essere *“un atteggiamento, un modo di stare nella complessità delle relazioni di una comunità con l’obiettivo di accogliere la diversità dei singoli e pur tuttavia la loro intersoggettività (l’essere co-individui) attraverso azioni di connessione emotiva/affettiva e di integrazione creativa che possono essere trasformative e generative di un nuovo modo di abitare la prossimità e la reciprocità. La postura di comunità è una postura curante, perché ha cura delle persone nella loro relazione dinamica e sistemica all’interno dei vari contesti di vita. È radicata negli elementi fondanti l’etica della cura”*.

La necessità di promuovere una postura di comunità è oggi sostenuta dagli studi di neurobiologia che confermano la nostra natura di co – individui dotati di un cervello sociale (Siegel, 1999) e quindi la necessità di vivere relazioni di qualità per sperimentare il benessere e la felicità. La qualità delle relazioni fra esseri umani determina in gran parte la percezione del livello di qualità della vita. Quando nell’intersoggettività si sperimentano il riconoscimento reciproco (l’altro per me è un “tu” e io sono un “tu” per l’altro) e la connessione emotiva / affettiva si percepisce una

situazione di benessere e un senso di sicurezza (Porges, 2014). Significa che la persona si sente in apertura, espansione e crescita perché in sintonia con la realtà e le sue risorse e potenzialità vengono attivate. Il senso di sicurezza e benessere esita nella messa in circolo di mediatori quali la serotonina, la dopamina, le endorfine, ecc. Al contrario, quando nella relazione non si sperimentano questi due elementi (riconoscimento fra esseri umani e connessione affettiva/emotiva) si crea uno stato di protezione, di difesa, di chiusura, spesso collegato ad emozioni spiacevoli quali la paura; scatta la lotta o la difesa nei confronti dell'altro, che diventa un "esso"; di conseguenza si attiva il sistema dello stress con aumento del cortisolo in circolo.

Seligman, fondatore della psicologia positiva e studioso dei fenomeni inerenti l'ottimismo e la felicità, ha approntato un modello di benessere chiamato "PERMA", un acronimo con cui spiega i 5 blocchi di fattori che permettono all'essere umano di "fiorire". La "R" centrale del modello PERMA sta per "positive relationships": le relazioni di qualità derivano dal sentirsi connessi ad altri esseri umani e sentire di appartenere ad un gruppo, ad una organizzazione, a una comunità (Seligman, 2017). In sintonia con la teoria di Seligman, nel Manifesto del Facilitatore di laboratori di MN, al 5° impegno si legge: [i facilitatori] "adottano e coltivano

un linguaggio ed uno stile comunicativo orientati allo sviluppo delle abilità di convivenza e alla qualità delle relazioni”¹¹.

Ad integrazione di quanto scritto sul grande tema della comunicazione e relazione è importante citare Covey (2021) che ha coniato il concetto di “conto corrente emozionale”, una metafora presa dal mondo bancario per spiegare le dinamiche emotive tra gli individui che però funziona al contrario. Quando agiamo nella direzione della comprensione dell’altro, quando facciamo attenzione alle piccole cose, manteniamo impegni e promesse, oppure quando chiariamo all’altro le nostre aspettative, siamo coerenti e sappiamo riconoscere i nostri errori e scusarci sinceramente, ebbene facciamo dei versamenti sul conto corrente emozionale che risiede nel cuore dell’altro. Ogni volta invece che facciamo all’altro un torto (per es. lo svalutiamo o cerchiamo di prevaricarlo, vogliamo ragione a tutti i costi o non riconosciamo i suoi bisogni e diritti) operiamo un prelievo dal suo conto corrente emozionale. Covey afferma che la relazione di qualità fra le persone ha bisogno di ingredienti che portino a fare versamenti sul conto corrente emozionale dell’altro, così il conto sarà in attivo. Questo crea abbondanza e soddisfazione reciproca. Al contrario troppi prelievi portano il conto in passivo e la relazione con l’altro si danneggia¹².

¹¹ Articolo n. 5 del Manifesto del Facilitatore di Laboratori di MN, 2024

¹² <https://comunicazioneaffettiva.com/2020/03/10/il-conto-corrente-emozionale-2/>

Questa metafora di Covey ha implicazioni importanti se traslata al mondo della facilitazione, che persegue l'obiettivo di costruire comunità sane, collaborative, generative.

IL METODO DELLA MN PER LA COMUNITÀ NARRATIVA

Nel laboratorio di MN attraverso la triade pratica del metodo narrativo costituito da close reading, scrittura, condivisione (figura 2) vengono promossi i tre movimenti della cura (attenzione/ascolto, rappresentazione/narrazione, affiliazione/connessione, figura 3) (Charon 2006, 2016).

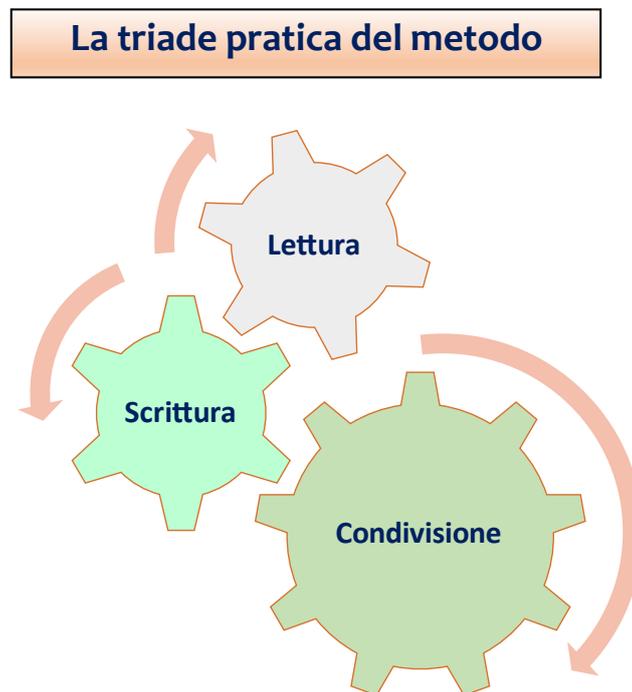


Figura 2

I tre movimenti della cura
(Charon, 2015)



Figura 3

Charon scrive (2006): *“A partire da ciò che leggiamo e scriviamo (nella didattica, in un distretto sanitario, tra i membri di uno stesso reparto) costruiamo una comunità anche senza saperlo. (...) i nostri atti narrativi ci permettono di connetterci in diadi di cure efficaci, con i singoli pazienti, con i colleghi, all’interno di collettività professionali ...”*

Questi movimenti della cura vengono spiegati attraverso la metafora del funzionamento del cuore. Attraverso l’attenzione ci apriamo all’ascolto dell’altro, inteso come il “tu” buberiano: questa è la fase diastolica in cui ci facciamo recipiente, “coppa” per ricevere la narrazione di un’altra persona. Attraverso la rappresentazione (parlare, scrivere, dare un feedback) si attiva la fase sistolica, con cui diamo una risposta narrativa all’altro. Questi due movimenti attivano la connessione e permettono la

relazione, il dialogo, la conversazione: si crea quell'affiliazione fra gli interlocutori che può essere paragonata alla circolazione sanguigna.

Charon aggiunge: *“Se si utilizza la narrazione con competenza e senso del dovere è possibile fare cose per gli ammalati, unirsi ai compagni di squadra in maniera sistematica e personale proprio in virtù degli scambi reciproci.* (Charon, 2006).

La connessione rappresenta dunque la co - costruzione della comunità narrativa, con l'idea di gestire la diversità e le inevitabili divergenze promuovendo la com-posizione dei conflitti e la loro gestione creativa (Sclavi, 2003). È così che *“La medicina narrativa aiuta a trovare gli strumenti per lavorare insieme alla costruzione di una sanità equa, umana ed efficiente”* (Charon, 2006).

LA FACILITAZIONE NARRATIVA E “DI COMUNITÀ”

Facilitare significa saper comunicare, condividere, collaborare, comprendere, convergere, tutti verbi significativi all'interno del modello educativo proprio della facilitazione narrativa, un modello costruttivista, narrativo, generativo e trasformativo che è alla base dei processi di apprendimento dei gruppi in formazione (Suter, 2022a). Questo modello ha il suo focus nel riportare al centro la cura delle persone e delle relazioni, con attenzione alle differenze di contesti, culture e linguaggi.

Il facilitatore promuovere apprendimenti per educare le comunità di pratiche alla medicina narrativa e lo fa attraverso una educazione alla comunità e attraverso la comunità, con il fine di sviluppare nei discenti una postura del noi e costruzione della cosiddetta mente collettiva (Siegel, 1999).

L'opera di Edgar Morin è di grande ispirazione nel perseguire questo obiettivo. Nel suo testo "I sette saperi necessari all'educazione del futuro", Morin indica delle linee importanti di lavoro per gli educatori ed in particolare sottolinea l'importanza di insegnare:

- la condizione umana facendo dialogare scienza e umanesimo,
- la comprensione fra gli esseri umani come antidoto al «cancro dell'incomprensione», che è causa di così tanti conflitti, violenze, sofferenze,
- l'identità e la cittadinanza terrestre, ogni parte è connessa al tutto e ogni essere vivente è parte del tutto (Morin, 2001).

Attraverso la facilitazione narrativa è possibile insegnare il rispetto per gli esseri viventi, valorizzando l'apporto di ciascuno al bene comune e il valore del sostegno reciproco. Il facilitatore, anche attraverso il proprio stile di facilitazione insegna ad abitare la prossimità nelle relazioni di cura e a co – costruire il senso della coralità, guidato da un grande desiderio di pace.

Tutto ciò richiede di adottare “una postura relazionale basata su attenzione, osservazione, ascolto attivo, dialogo, riflessività, collaborazione, creatività, umiltà e gentilezza”¹³ e di stare con coraggio e passione per il bene in un processo di apprendimento continuo.

Il facilitatore insegna la postura di comunità partecipando in modo attivo e rispettoso della stessa comunità dei facilitatori. Questo significa praticare la facilitazione in ambiti di propria conoscenza ed esperienza, riconoscendo i propri limiti e ricorrendo alla consulenza facilitatori esperti quando necessario.¹⁴ Nella comunità di facilitatori è necessario ed arricchente condividere e far circolare conoscenze, esperienze, risorse e metodi innovativi con generosità e in un clima di rispetto reciproco¹⁵, così come riconoscere il valore della co-conduzione dei laboratori di medicina narrativa. La co – facilitazione (dalla preparazione alla gestione e valutazione delle sessioni educative) richiede impegno, tempo, disponibilità, intelligenza sociale e una mente aperta. Essa è improntata ai principi della comunicazione non violenta e della collaborazione ed è un’ottima palestra per esercitare quelle competenze narrative che sono il focus delle pratiche narrative che si intende esercitare nei laboratori di MN e poi trasferire nei contesti di cura (Suter, 2022b). Le comunità

¹³ Articolo n. 6 del Manifesto del Facilitatore di Laboratori di MN, 2024

¹⁴ Articolo n. 7 del Manifesto del Facilitatore di Laboratori di MN, 2024

¹⁵ Articolo n. 8 del Manifesto del facilitatore di Laboratori di MN, 2024

professionali e sociali, per poter far fronte ai cambiamenti e alle sfide della modernità hanno un grande bisogno di facilitazione.

Secondo De Sario (2015, 2021) la Facilitazione è data da quell'insieme di competenze da agire con attitudine intenzionale, in forma sistematica e con atteggiamento vigile, con l'obiettivo di valorizzare e aumentare le risorse in gioco, per far crescere persone e gruppi, per passare da interessi chiusi (orticello) a interessi più ampi e condivisi (campo), il che inevitabilmente comporta l'attraversamento di barriere, resistenze, opposizioni e negatività. Saranno per questo sempre più indispensabili le competenze di unire, di mettere ponti tra interessi, schieramenti, di illuminare le idee in senso produttivo e costruttivo. Si tratta di promuovere una connessione costruttiva, di grande utilità e necessità nella complessità e criticità dei contesti attuali della cura.

Questo modo di essere facilitatori impreziosisce la MN e contribuisce a diffondere i suoi valori, strategie e progetti nei luoghi di cura sanitaria ed educativa. La postura di comunità del facilitatore promuove il dialogo costante tra l'io e il noi e il viaggio circolare dall'uno all'infinito e ritorno (Lucangeli, 2023)

Vorrei concludere questo scritto citando alcuni versi di una poesia di Mariangela Gualtieri (2015) che scrive:

“È uno scrigno di perfezione – il seme – (...)

... è una miccia inesplosa

che pacifica attende.

Una particella che sogna

addormentata. E poi

si slancia scatenata a popolare di sé

tutta la terra ogni crepa e riva

in una gioia d’essersi svegliata.

D’essere qui, caduta sul pianeta

meraviglia.

La metafora del seme rappresenta molto bene le potenzialità della facilitazione narrativa e di comunità. Essere facilitatori di MN significa contribuire ad una grande opera di trasformazione sociale e per questo richiede un esercizio forte della responsabilità, che trova i suoi fondamenti nella filosofia del Manifesto, in cui si legge che la Facilitatrice / il Facilitatore di laboratori di Medicina Narrativa: (a) ispirano la propria pratica ad una concezione allargata della cura come forma di protezione e promozione della vita umana; (b) perseguono un’etica della cura che ha come elementi fondanti l’importanza della relazione e della interdipendenza tra esseri umani e la sollecitudine verso chi chiede aiuto; (c) creano uno spazio sicuro e accogliente in cui le persone possano

raccontare le proprie storie di cura¹⁶ Una filosofia in cui si radica la co-costruzione della comunità narrativa (Marinelli, 2016, 2023).

BIBLIOGRAFIA

Alici, L. (a cura di) (2015) *La “cellula del buon consiglio”. Condividere la deliberazione pratica. Percorsi di etica*, Aracne, Roma.

Charon, R. (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford University Press.

Charon, R., Hermann, N. & Devlin, MJ. (2016) *Close Reading and Creative Writing in Clinical Education: Teaching Attention, Representation, and Affiliation*. *Acad Med*. 2016 Mar;91(3), pp. 345-50.

Covey, S.R. (2021) *Le sette regole per avere successo*. Franco Angeli 4° ed.

Danani, C. “Comunità” in Marinelli M. (ed) (2022), *Dizionario di Medicina Narrativa*. Editrice Morcelliana, pp 81-86.

De Benoist Alain (2023) *L’io e il tu. Martin Buber il teorico della reciprocità*. Diana Editrice.

De Sario, P. (2015) *Professione facilitatore. Le competenze chiave del consulente alle riunioni di lavoro e ai forum partecipati*. Franco Angeli.

De Sario, P. (2021) *Facilitazione, ora serve fare gruppo!*. Franco Angeli.

Gallese, V. & Morelli, U. (2024) *Cosa significa essere umani. Corpo, cervello e relazione per vivere nel presente*. Raffaello Cortina editore.

Gualtieri, M. (2015) *Le giovani parole, Gemma dell'anno prossimo*. Einaudi.

Lipari, D. & Valentini, P. (2021) *Pratiche di comunità di pratica*. PM edizioni

Lucangeli, D. (2023) *Il tempo del noi*. Mondadori.

Marinelli, M. (2016) *Trattare le malattie, curare le persone*. Franco Angeli.

Marinelli, M. (2023) *Cos’è la Medicina Narrativa? Problemi e metodi*. Editrice Morcelliana.

Mishler, EG. (1984) *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Greenwood Publishing Group.

¹⁶ La Filosofia del Manifesto del Facilitatore di Laboratori di MN, 2024

Morin E. (2001) *I sette saperi necessari all'educazione del futuro*. Raffaello Cortina Editore.

Pinardi, D. & De Angelis, P. (2008) *Il mondo narrativo*. Lindau Editore.

Porges, S.W. (2014) *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Giovanni Fioriti Editore.

Sclavi, M. (2003) *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Feltrinelli.

Seligman, M. EP. (2017) *Fai fiorire la tua vita*. Anteprima edizioni.

Siegel, D. J. (1999) *La mente relazionale*. Raffaello Cortina Editore.

Suter, N. (2022a) "Close reading" in Marinelli M. (ed) *Dizionario di Medicina Narrativa*. pp 55-64, Editrice Morcelliana.

Suter, N. (2022b) "Pedagogia narrativa e close reading" in Polvani S., *Cura alle stelle. Manuale di salute narrativa*. Maria Bulgarini Editrice, 2° ed, pp. 105-107.

Toneguzzi, D. (2022) *Comunicazione affettiva. Rimettere al centro la relazione*. Edigestalt.

Trenta, P. (2024) *La postura narrativa. I modi di essere della cura*. Castelvechi.

Triani, P. "Comunità" in Simeone D. (ed) (2024) *Dizionario di pedagogia generale e sociale*. pp 73-78, Editrice Morcelliana.

Wenger, E. (2006) *Comunità di pratiche*. Raffaello Cortina Editore.

Willmott, P. (1987) *Friendship Networks and Social Support: a Study in a London Suburb*. Policy Institute Studies, London.

Sitografia

<https://caringcommunities.ch/chi-siamo/rete/>, consultato a novembre 2024

<https://www.fondazioneodi.org/progetto/lodi-caring-community/>, consultato a dicembre 2024

<https://transform-integratedcommunitycare.com/>, consultato a dicembre 2024

<https://comunicazioneaffettiva.com/2020/03/10/il-conto-corrente-emozionale-2/>, consultato a novembre 2024

MANIFESTO DEL FACILITATORE DI LABORATORI DI MEDICINA NARRATIVA

PREMESSA

La Medicina Narrativa (MN) può essere intesa come una “metodologia d’intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa” per la quale la narrazione rappresenta “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)¹.

La Medicina Narrativa, nel perseguire il suo fine di miglioramento dell’esito delle cure, si integra con l’Evidence-Based Medicine (EBM) e, tenendo conto della pluralità delle prospettive, rende le decisioni clinico-assistenziali più complete, personalizzate, efficaci ed appropriate.

La narrazione del paziente e di chi se ne prende cura è un elemento imprescindibile della medicina contemporanea fondata sulla partecipazione attiva dei soggetti coinvolti nelle scelte. Le persone, attraverso le loro storie, diventano protagoniste del processo di cura.

Si può pertanto definire “narrativa” quella medicina praticata con competenze che ci permettono di riconoscere, recepire, interpretare le storie di malattia e reagirvi adeguatamente²”.

Le competenze narrative vengono sviluppate e allenate attraverso più approcci, tra i quali si distingue il metodo di Rita Charon basato su lettura accurata, scrittura espressiva, riflessiva, creativa e condivisione; questi elementi portano a realizzare i tre movimenti della cura: attenzione, rappresentazione e connessione.

LA FORMAZIONE

Per promuovere la MN nel sistema delle cure c'è bisogno, in primo luogo, di formare coloro che ne potranno facilitare la disseminazione attraverso progettualità e didattica; per tali motivi, la Società Italiana di Medicina Narrativa (SIMeN) ha istituito la figura del **Facilitatore di Laboratori di Medicina Narrativa** e propone un percorso educativo di base ed avanzato, finalizzato alla progettazione ed alla facilitazione della formazione in MN. Al termine del percorso, è possibile iscriversi all'Albo dei facilitatori, consultabile nella sezione dedicata del sito. La formazione continua, esperienziale e riflessiva, permette di acquisire abilità di facilitazione, cioè di conduzione esperta ma non direttiva dei gruppi e di laboratori e offre l'opportunità di crescere personalmente in modo significativo.

IL MANIFESTO

Per promuovere la figura del Facilitatore di Laboratori di Medicina Narrativa, si propone questo Manifesto allo scopo di:

- Aiutare a creare un'identità condivisa per i facilitatori in MN
- Fornire una visione dei principi guida e delle competenze fondamentali che un facilitatore deve possedere
- Supportare la formazione e l'aggiornamento dei facilitatori
- Diffondere la conoscenza della MN e della figura del facilitatore

FILOSOFIA

La Facilitatrice/ Il Facilitatore di laboratori di Medicina Narrativa

- a. ispirano la propria pratica ad una concezione allargata della cura come forma di protezione e promozione della vita umana;
- b. perseguono un'etica della cura che ha come elementi fondanti l'importanza della relazione e della interdipendenza tra esseri umani e la sollecitudine verso chi chiede aiuto;
- c. creano uno spazio sicuro e accogliente in cui le persone possano raccontare le proprie storie di cura.

L'IMPEGNO

La Facilitatrice/ Il Facilitatore di Laboratori di Medicina Narrativa

- 1. Promuovono la MN come pratica di cura orientata verso la persona e la sua storia di vita, diffondendo la cultura ed i metodi della facilitazione in ambiti professionali e sociali.**

- 2. Progettano e realizzano percorsi formativi per sviluppare competenze narrative applicabili in contesti clinici, educativi e di ricerca, facilitando laboratori esperienziali e riflessivi con metodi pedagogici narrativi e costruttivisti.**
- 3. Attivano apprendimenti collaborativi e trasformativi per migliorare le pratiche narrative nelle relazioni di cura, nel team di lavoro, nei sistemi organizzativi e nella comunità sociale.**
- 4. Promuovono la cura di sé e l'arricchimento professionale attraverso la formazione continua, supervisione, intervizione e riflessione sulla propria pratica di facilitazione.**
- 5. Adottano e coltivano un linguaggio ed uno stile comunicativo orientati allo sviluppo delle abilità di convivenza e alla qualità delle relazioni.**
- 6. Mantengono una postura relazionale basata su attenzione, osservazione, ascolto attivo, dialogo, riflessività, collaborazione, creatività, umiltà e gentilezza.**
- 7. Praticano la facilitazione in ambiti di propria conoscenza ed esperienza, ricorrendo a facilitatori esperti quando necessario.**
- 8. Condividono conoscenze, esperienze, risorse e metodi innovativi con i colleghi in un clima di rispetto reciproco.**

9. Riconoscono il valore della co-conduzione nei laboratori di MN e sostengono un paradigma relazionale collaborativo per prevenire e gestire conflitti.

10. Si ispirano ai valori ed alle pratiche dell'etica della cura, diffondendo la MN nelle comunità professionali e sociali per favorire cambiamenti e miglioramenti.

Chiediamo a tutti coloro che credono nel valore e nella pratica della Medicina Narrativa di sostenere e promuovere questo Manifesto

Testo a cura di: Suter Nicoletta, Schieppati Alessandra, Fedrizzi Michela, Del Ben Marisa.

Revisione a cura di: Massimiliano Marinelli, Centro Studi SIMeN.

L'idea del Manifesto si è sviluppata all'interno del "Primo meeting di Facilitatori di Medicina Narrativa" svoltosi a Riccione nei giorni 17-18-19 marzo 2023.

BIBLIOGRAFIA

Istituto Superiore di Sanità (2016) *Linee di Indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale per le malattie rare e cronico-degenerative.*

<https://www.iss.it/documents/20126/0/Linee+Indirizzo+MN+ISS.pdf/e5e7b637-0da0-140b-f70d-4bef3f4240d1?t=1695104944954>

Charon. R. (2019) *Medicina Narrativa. Onorare le storie dei pazienti.* Raffaello Cortina Editore.

Marinelli, M. (Ed.) (2022). *Dizionario di Medicina Narrativa. Parole e pratiche.* Morcellania.