

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Dipartimento di Neuroscienze (DNS)

Direttore Prof. Edoardo Stellini

Corso di Laurea in

EDUCAZIONE PROFESSIONALE

PRESIDENTE PROF.SSA ELENA TENCONI



Tesi di Laurea

**Medicina Narrativa: una proposta metodologica per l'Educatore
Professionale in prospettiva Dialogica**

Relatore: Prof. Gian Piero Turchi

Correlatore: Dott. Angelo Tesi

Laureanda: Iris Bernardis

Matricola: 2012235

Anno Accademico 2022-2023

ABSTRACT

Introduzione: La medicina narrativa è una pratica clinica in diffusione all'interno dell'ambito sanitario che consiste nel raccogliere le narrazioni di quanti sono implicati nel processo di cura. Nel tentativo di attuare un cambiamento rispetto a un modello medico focalizzato esclusivamente sull'aspetto biologico della patologia si è iniziato a incoraggiare il paziente a raccontarsi in relazione alla malattia.

Obiettivi: Si intende analizzare i fondamenti scientifici alla base della medicina narrativa e, in seguito, descrivere in che modo l'Educatore Professionale può promuovere salute con una metodologia epistemologicamente adeguata.

Metodologia: È stata effettuata una revisione della letteratura scientifica mediante l'utilizzo di stringhe di ricerca nelle principali banche dati come Pubmed, Google Scholar e Galileo Discovery utilizzando i MeSH terms "narrative medicine" e "health educator", specificando la ricerca con gli operatori booleani. Sono, inoltre, state reperite informazioni da volumi e siti web. È stata poi utilizzata l'analisi epistemologica per porre una riflessione sui fondamenti scientifici della medicina narrativa. Infine, si è adottata la Scienza Dialogica come riferimento teorico entro cui descrivere l'intervento dell'Educatore Professionale.

Risultati: La medicina narrativa è stata introdotta dai professionisti sanitari in seguito alla rilevazione empirica di un bisogno a cui si è cercato di rispondere mediante l'inserimento nella pratica clinica di un momento dedicato alla raccolta delle narrazioni dei pazienti. Si è visto in questo modo che l'aderenza terapeutica (il bisogno rilevato) in alcuni casi aumentava. Cercando di sistematizzare questa pratica per farne una procedura si sono ricondotti i discorsi e le interazioni ad un piano di meccanismi empirico-fattuali propri del Modello Operativo Medico. La proposta metodologica presentata per l'Educatore Professionale vuole mettere a frutto l'intuizione dei sanitari, riportando però discorsi e interazioni ad un livello più ampio di salute, in riferimento ad un apparato concettuale adeguato.

Conclusioni: L'Educatore Professionale ha la possibilità di promuovere salute mediante la gestione dei processi discorsivi con l'uso di una metodologia scientifica e adeguata all'oggetto considerato. In questo elaborato il modello operativo è stato presentato in linea teorica: l'attuazione operativa in un futuro progetto di ricerca può essere utile al fine di rendere più esaustiva l'argomentazione presentata e consentire all'Educatore Professionale di padroneggiare gli elementi teorici presentati.

Parole chiave: Medicina Narrativa, Salute, Scienza Dialogica, Educatore Professionale, Narrazione

INDICE

INTRODUZIONE	1
DISEGNO DI RICERCA – OBIETTIVI MATERIALI E METODI	3
CAPITOLO 1: Descrizione della Medicina Narrativa allo stato attuale	5
1.1 La definizione di Medicina Narrativa	5
1.2 Modalità di applicazione, contesto e soggetti coinvolti	7
1.3 Motivazioni e obiettivi alla base della nascita e dell'applicazione della metodologia	10
CAPITOLO 2: Presupposti teorico-metodologici; verso un cambio di paradigma	13
2.1 Senso comune e senso scientifico	13
2.1.1 Criteri di demarcazione	15
2.2 I livelli di realismo	19
2.2.1 Gli scarti paradigmatici	21
2.2.2 Il paradigma Narrativistico	23
2.2.3 Il Modello Operativo Medico (M.O.M.)	25
2.3 Salute e Sanità	27
2.3.1 Scienza Dialogica e Teoria dell'Identità Dialogica	30
2.4 Riflessione epistemologica sulla Medicina Narrativa	33
CAPITOLO 3: Una proposta metodologica per l'Educatore Professionale	37
3.1 Implicazioni e criticità della Medicina Narrativa alla luce della cornice teorica adottata	37
3.2 Delineazione dell'esigenza	40
3.3 Proposta di gestione dell'esigenza	41
3.3.1 L'Educatore Professionale: inquadramento normativo e competenze	42
3.3.2 L'Educatore Professionale in senso Dialogico: il Modello Operativo Dialogico (M.O.D.) e la metodologia per l'analisi dei dati M.A.D.I.T	43
CONCLUSIONI E PROSPETTIVE FUTURE	47
BIBLIOGRAFIA	49
SITOGRAFIA	52
ALLEGATI	55

INTRODUZIONE

La medicina narrativa è una pratica clinica in diffusione all'interno dell'ambito sanitario che consiste nel raccogliere le narrazioni sulla malattia di quanti sono implicati nel processo di cura. Si è iniziato a parlare di “vissuti di malattia” nel tentativo di attuare un cambiamento rispetto a un modello medico focalizzato esclusivamente sull'aspetto biologico della patologia.

La scelta della tematica è ricaduta su questo argomento in quanto il percorso di studi dell'Educatore Professionale è caratterizzato principalmente da discipline inerenti all'ambito medico e discipline che si riferiscono all'ambito psicologico. Per quanto riguarda gli insegnamenti di matrice medica, più volte si è parlato della medicina narrativa come metodologia complementare all'usuale pratica clinica e, parallelamente, nell'insegnamento di Psicologia Clinica per la Salute è stato approfondito come le narrazioni generino le configurazioni di realtà e quindi anche quella di salute.

Le domande che emergono sono: “Può, e se sì in che modo, l'Educatore Professionale, figura sociale e sanitaria, promuovere salute attraverso la metodologia della medicina narrativa riferendosi ad una modalità di conoscenza di senso scientifico?”

Il tema proposto verrà trattato mediante una prima descrizione degli elementi presenti in letteratura riguardanti la formulazione teorica e l'attuazione della medicina narrativa. Verranno quindi messi in luce gli aspetti legati alla creazione della definizione, le modalità, il contesto di applicazione e i soggetti coinvolti. Si passerà in seguito a descrivere le motivazioni e gli obiettivi alla base della sua ideazione.

Sulla base della descrizione di cui sopra, si effettuerà l'analisi epistemologica della metodologia: con epistemologia si intende la branca della teoria generale della conoscenza che si occupa dei fondamenti, i limiti, la natura e le condizioni di validità del sapere scientifico.

Nell'ultima parte dell'elaborato verrà presentata una proposta metodologica per l'Educatore Professionale formulata attraverso i riferimenti teorici della Scienza Dialogica: disciplina scelta per la formulazione di un intervento epistemologicamente adeguato per la promozione della salute.

I risultati dell'elaborato potranno essere utili e rilevanti per l'Educatore Professionale (in prospettiva di operatore per il cambiamento) affinché il suo intervento si possa porre sempre di più nell'alveo degli interventi scientifici, in particolare per la promozione della salute.

DISEGNO DI RICERCA – OBIETTIVI MATERIALI E METODI

Obiettivi dello studio

- Analizzare i fondamenti scientifici alla base della medicina narrativa.
- Descrivere in che modo l'Educatore Professionale può promuovere salute con una metodologia epistemologicamente adeguata.

Quesito di ricerca

La ricerca in letteratura è stata sviluppata considerando il seguente quesito di ricerca:

- Può, e se sì in che modo, l'Educatore Professionale, figura sociale e sanitaria, promuovere salute attraverso la metodologia della medicina narrativa riferendosi ad una modalità di conoscenza di senso scientifico?

Metodologia di ricerca

Visti gli obiettivi dello studio è stata realizzata una ricerca bibliografica sulla medicina narrativa.

Per il raggiungimento del primo obiettivo, oltre alla descrizione della medicina narrativa è stato necessario attuare l'analisi secondo i criteri epistemologici. In seguito, per la rielaborazione dei risultati, è stata utilizzata la Teoria dell'Identità Dialogica al fine di perseguire il secondo obiettivo.

La ricerca che qui si propone presenta un'impostazione basata sulla metodologia MADIT *per la ricerca-intervento* appartenente a un paradigma interazionistico (Turchi, 2009).

Per il primo passaggio della metodologia MADIT – la delineazione degli elementi di cornice del progetto di ricerca-intervento, ossia la revisione della letteratura per la delineazione degli elementi di premessa – si sono utilizzate stringhe di ricerca nelle principali banche dati come Pubmed, Google Scholar e Galileo Discovery utilizzando parole chiave, libere e MeSH, come riportato di seguito e specificando la ricerca con gli operatori booleani. Sono, inoltre, state reperite informazioni da volumi e siti web.

Parole chiave, libere e MeSH:

- Medicina Narrativa (libera)
- Narrative Medicine (MeSH)
- Health Educator (MeSH)

Inoltre, nella ricerca sono stati utilizzati filtri di ricerca avanzati, con lo scopo di restringere e focalizzare la ricerca:

- Documenti con disponibilità dell'abstract
- Documenti disponibili in "Free full text"
- Articoli pubblicati negli ultimi 10 anni
- Articoli pubblicati in italiano e inglese
- Articoli che includessero il genere femminile e maschile

Processo di selezione degli studi

La consultazione della banca dati Google Scholar ha riscontrato un numero consistente di risultati: per ogni stringa di ricerca si sono considerate le prime cinque pagine di risultati disponibili nell'ordine fornito dall'algoritmo del motore di ricerca.

"Medicina narrativa" 29.000 risultati di cui 50 considerati.

"Narrative medicine" 18.500 risultati di cui 50 considerati.

"Narrative Medicine" AND "Health Educator" 17.500 risultati di cui 50 considerati.

La consultazione della banca dati Galileo Discovery ha portato ai risultati di seguito riportati:

"Medicina narrativa" 61 risultati.

"Narrative medicine" 132 risultati.

"Narrative Medicine" AND "Health Educator" 7 risultati.

La consultazione della banca dati PubMed ha portato ai risultati di seguito presentati:

"Medicina narrativa" 20 risultati.

"Narrative medicine" 86 risultati.

"Narrative Medicine" AND "Health Educator" 0 risultati.

I risultati totali sono stati 65.306, di cui 456 i contributi considerati.

Dopo l'eliminazione dei titoli ripetuti sono rimasti 93 documenti. Alla lettura del titolo ne sono stati esclusi 58. 35 contributi sono stati sottoposti alla lettura dell'abstract. Di questi, dopo lettura dell'abstract, sono rimasti 18 documenti che sono stati sottoposti alla lettura integrale del testo. 15 studi sono stati considerati utili e pertinenti per la revisione della letteratura.

Si allega la Flow Chart della selezione dei contributi (*figura 1*).

CAPITOLO 1

Descrizione della Medicina Narrativa allo stato attuale

Introduzione

La medicina narrativa è una pratica clinica che sempre più si sta diffondendo all'interno dell'ambito sanitario; in particolare, per citare alcune applicazioni più significative: nel contesto della prevenzione; diagnosi; riabilitazione; aderenza al trattamento; funzionamento dell'équipe di cura. Si è iniziato a parlare dei “vissuti” di malattia verso la fine del secolo scorso con il tentativo di attuare un cambiamento rispetto a un modello medico legato esclusivamente all'aspetto biologico della patologia.

In questo primo capitolo si introdurrà la metodologia della medicina narrativa a partire dall'analisi della letteratura scientifica sull'argomento. Verranno messi in luce gli aspetti legati alla creazione della definizione, le modalità e il contesto in cui viene applicata e i soggetti coinvolti. Si passerà quindi a descrivere più approfonditamente le motivazioni e gli obiettivi alla base della nascita della metodologia.

1.1 La definizione di Medicina Narrativa

La medicina narrativa è una metodologia d'intervento clinico-assistenziale basata su una specifica “competenza comunicativa” (Charon, 2021; Conferenza di consenso, 2015). La competenza comunicativa è intesa come la capacità di comprendere le esperienze delle persone relativamente alla propria malattia attraverso criteri e modalità utilizzati nella letteratura¹; è intesa come la capacità di «riconoscere, assorbire, interpretare e agire sulle storie e le condizioni di vita degli altri» (Charon, 2021; Chen, Huang, & Yeh, 2017; Marinelli, 2015). In questo contesto la narrazione è utilizzata come strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura (SIMeN, s.d.). La medicina narrativa integra l'Evidence Based Medicine² mediante la presa in carico,

¹ Letteratura intesa come complesso teoretico, analisi critica e pratica letteraria (Marinelli, 2015).

² L'Evidence Based Medicine è il processo di ricerca che utilizza stime matematiche del rischio di benefici e danni, derivate da ricerche di alta qualità su campioni di popolazione, per informare il processo decisionale clinico nelle fasi di indagine diagnostica o la gestione dei singoli pazienti (Enciclopedia Treccani).

oltre che degli aspetti clinici, anche della parte emotiva e personale della malattia, ampliandone l'azione e rendendo le decisioni più «complete, personalizzate, efficaci ed appropriate» (Conferenza di consenso, 2015; SIMeN, s.d.).

Nella scelta della definizione all'interno della Conferenza di Consenso si erano considerate diverse proposte:

- Una metodologia d'intervento clinico-assistenziale che considera la narrazione come uno strumento fondamentale di acquisizione e comprensione della pluralità di prospettive che intervengono nell'evento-malattia, finalizzata a un'adeguata rilevazione della storia della malattia che, mediante la costruzione condivisa di una possibile trama alternativa, consenta la definizione e la realizzazione di un percorso di cura efficace, appropriato e condiviso.
- Uno strumento dal valore epidemiologico e organizzativo (nel senso che può contribuire a rilevare i miglioramenti organizzativi necessari) che può dare visibilità ai diritti violati, ai bisogni non considerati, integrare i dati quantitativi su accessibilità ai servizi e qualità della cura e della vita.
- Un momento culturale attraverso la presa di coscienza e conquista-restituzione di diritti, in particolare del diritto ad avere voce, che può favorire situazioni di empowerment e promuovere una “cultura di partecipazione e di diritto”.
- Una metodologia dal grande valore pedagogico per medici e sanitari, pazienti e caregiver: promuovere medicina basata sulle narrazioni implica costruire percorsi educativi e progetti che prevedano la partecipazione attiva di pazienti, familiari, associazioni e abbiano rilevanza in termini di salute pubblica.

La scelta è ricaduta sulla prima definizione introdotta in quanto si è voluto porre l'accento sull'aspetto sanitario della metodologia e sulla connessione che può avere con la narrazione per il miglioramento del processo di cura (Conferenza di consenso, 2015).

Dal momento che non esiste una definizione universalmente condivisa di “medicina narrativa”, nel presente elaborato si farà riferimento alla dicitura sopra delineata dalla Conferenza di Consenso - *Linee di indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative*: all'interno di questa definizione si ritrova parte di quella ideata data da Rita Charon, dottoressa che ne ha coniato il termine (Fox & Hauser, 2021; Zaharias, 2018).

La Medicina Narrativa, per come si è venuta a creare, unisce diversi approcci teorici: le acquisizioni dell'approccio umanistico narratologico, centrate sull'importanza di ascoltare le storie di malattia e di considerarle un elemento fondamentale del processo di cura (Charon, 2021) con le riflessioni fenomenologico-ermeneutiche, che mettono in evidenza come le strutture di senso risultino dall'interazione e dalla fusione delle diverse narrazioni (Greenhalgh & Hurwitz, 1998) e le riflessioni di tipo socio-antropologico, che mettono l'accento sulla molteplicità dei livelli, clinico, personale e sociale all'interno dei quali si svolge la comunicazione sanitaria (Good, 2006).

Durante la Conferenza si è voluto escludere l'approccio "terapeutico" in quanto «l'esperienza e i principi che stanno alla base dell'uso della narrazione nell'ambito della salute mentale difficilmente possono estendersi al campo della cura delle malattie rare e cronico-degenerative, ambito in cui la Conferenza di Consenso si è voluta focalizzare» (Conferenza di consenso, 2015). Nel documento considerato si motiva questa scelta sottolineando che nell'ambito della salute mentale la medicina narrativa persegue finalità direttamente terapeutiche, mentre nel secondo caso si presenta come metodologia d'intervento utilizzata in modo secondario rispetto ad altre strategie sanitarie (Conferenza di consenso, 2015).

1.2 Modalità di applicazione, contesto e soggetti coinvolti

I ruoli implicati in questa metodologia si individuano nel medico e nell'équipe sanitaria che hanno il compito di raccogliere le informazioni da parte del paziente e dei suoi familiari o caregivers per rielaborare le proprie e altrui impressioni emotive nei confronti della storia della persona, con particolare attenzione agli aspetti sanitari. (Hurwitz, 2011; MedicinaNarrativa.eu, 2023). Si indaga su come la malattia o un sintomo si sono manifestati, che impatto c'è stato sulla vita della persona, con attenzione ai risvolti psicologici, sociali, "esistenziali". (Hurwitz, 2011). I pazienti raccontano la storia di un sintomo o una preoccupazione riguardo alla salute, come li sta influenzando e perché si sono recati dal medico. Allo stesso tempo anche i medici raccontano il loro punto di vista fino a creare un racconto condiviso (Zaharias, 2018).

La raccolta del testo che riguarda questi aspetti si attua durante l'anamnesi³, nel contesto della visita medica e dell'esame obiettivo⁴ (Zaharias, 2018). La medicina narrativa si svolge quindi nell'ambulatorio medico, dove, oltre alla rilevazione dei parametri biomedici, tramite la conversazione si raccolgono anche elementi di configurazione della malattia (Launer, 1999). Il medico che attua questa metodologia si occupa di indagare come viene vissuta la malattia e il sentirsi "malato" e quale può essere il significato di un percorso di cura (Hurwitz, 2011). Il professionista tenta quindi di interpretare ciò che il paziente gli dice; deve scegliere un significato coerente all'interno della molteplicità di significati possibili (Marinelli, 2015).

Per integrare al meglio il racconto condiviso che si viene a creare e per recuperare facilmente le informazioni raccolte è possibile utilizzare una "cartella parallela" in cui i dati clinici ricavati dalle rilevazioni strumentali e dall'anamnesi sanitaria vengono accompagnati con il racconto personale del paziente e le impressioni dei medici (Charon, 2021; Banfi et al., 2018). La cartella parallela facilita la valutazione del percorso di cura del paziente, ampliando l'attenzione del medico oltre che ai dati clinici, anche all'immaginazione della persona nel suo insieme (Banfi, et al., 2018). È intesa come un documento privato in cui i professionisti possono esprimere liberamente i loro sentimenti nei confronti dei pazienti (e viceversa), hanno il diritto di decidere se vogliono condividere la loro narrazione e con chi, sempre nel rispetto delle norme per la privacy (Banfi, et al., 2018).

La raccolta del testo può avvenire tramite degli strumenti qualitativi (Buffon, Mazzariol, Sartor, Suter, 2021; Maccarone, 2014; Mortari & Zannini, 2017):

- Colloquio condotto con competenze narrative: è una conversazione tra medico e paziente che prende in considerazione la narrazione dei sintomi e le preoccupazioni del paziente;
- Diario: è la raccolta della storia del paziente in forma scritta in prima persona;
- Intervista narrativa semi-strutturata: è una conversazione tra medico e paziente che considera i sintomi e le preoccupazioni del paziente, mediata da domande semi-strutturate;

³ Si intende l'indagine conoscitiva sui precedenti fisiologici e patologici, individuali e familiari, di un paziente, redatta dal medico e finalizzata alla diagnosi.

⁴ Si intende l'insieme di manovre diagnostiche effettuate dal medico per verificare la presenza o assenza, nel paziente, dei segni indicativi di una deviazione dalla condizione di normalità fisiologica.

- **Narratore vicario:** è uno strumento che prevede l'utilizzo di un narratore esterno che aiuta il paziente a raccontare la propria storia;
- **Parallel charts:** è la cartella parallela in cui si integrano i dati clinici con il racconto del paziente;
- **Scrittura riflessiva:** è uno strumento di scrittura che permette al paziente di riflettere sulla propria esperienza;
- **Story Sharing Intervention (SSI):** è uno strumento di condivisione delle storie tra medico e paziente;
- **Storytelling e Digital Storytelling;** è uno strumento che facilita l'espressione personale della propria storia, anche attraverso strumenti digitali;
- **Time Slips:** è uno strumento che prevede l'utilizzo di immagini per aiutare il paziente a raccontare la propria storia;
- **Videointervista:** è un'intervista mediata da uno strumento a supporto, ad esempio webcam o software specializzati che aiutano la persona ad esprimersi.

Le indicazioni generali e i criteri delineati per l'utilizzo degli strumenti nel contesto della medicina narrativa sono solamente due: lasciare libero il paziente di utilizzare le modalità che preferisce e contenere la dimensione del racconto, finalizzandolo ad un risvolto operativo delle cure (Conferenza di consenso, 2015). Tuttavia, al momento, le prove che uno strumento sia più efficace dell'altro sono molto scarse e, dato l'ampio spettro di situazioni che si possono verificare e il ventaglio di esperienze possibili, non c'è l'intento di pensare ad un unico strumento per l'utilizzo dell'approccio narrativo. Allo stesso tempo, questi strumenti non si riferiscono a cornici teoriche precise (Conferenza di consenso, 2015). Inoltre, sono carenti anche le attività di valutazione della metodologia e, dove presente, è molto variabile e poco omogenea: in particolare manca la valutazione dell'impatto sul lungo termine e la letteratura attuale non valuta i bisogni generali insoddisfatti (Fioretti, Mazzocco, Riva, Masiero, & Pravettoni, 2016; Remein, et al., 2020; Zaharias, 2018; Zannini, 2019).

Sebbene manchino le prove di efficacia degli strumenti e la valutazione sul lungo termine, questa metodologia si sta diffondendo velocemente: un esempio dell'ampia gamma di possibilità di applicazione degli strumenti è dato dagli ambiti in cui questa metodologia potrebbe essere proposta (Conferenza di consenso, 2015):

- prevenzione;

- diagnosi;
- terapia;
- riabilitazione;
- aderenza al trattamento;
- funzionamento del team di cura;
- consapevolezza del ruolo professionale;
- prevenzione del burn-out;
- ottimizzazione delle risorse economiche;
- prevenzione della medicina difensiva.

La medicina narrativa trova applicazione potenzialmente in ogni momento della storia della malattia. Individuando dei momenti più idonei di altri durante i quali la metodologia esprime un contributo maggiore, al momento la metodologia è implicata prevalentemente nella pratica e relazione clinica (Conferenza di consenso, 2015).

1.3 Motivazioni e obiettivi alla base della nascita e dell'applicazione della metodologia

La narrazione delle malattie e delle storie dei pazienti si ritrova ricorrente nella letteratura di ogni epoca; tuttavia, la “contaminazione” della medicina con la letteratura ritrova le sue origini in periodi più recenti. L'interesse per l'utilizzo della narrazione in ambito sanitario crebbe a metà degli anni Ottanta, in relazione al pensiero Post-Strutturalista, che era in quel momento al culmine della sua influenza (Ahlzén, 2019).

L'epoca Post-Strutturalista si caratterizza per il rifiuto di attribuire al soggetto qualsiasi privilegio gnoseologico o assiologico, favorendo un'analisi delle forme simboliche, del linguaggio, come costitutive della soggettività piuttosto che come costituite da essa.

Per spiegare meglio questo passaggio si evidenzia come lo psicologo Jerome Bruner nel 1987 pubblicò un articolo intitolato "*Life as Narrative*". In questo articolo si sottolinea il carattere costruttivo della comprensione delle nostre vite e come le storie modellano le interpretazioni che si fanno della “realtà” (Ahlzén, 2019; Bruner, 1987).

La medicina narrativa, intesa come applicazione della narrazione alla pratica medica con un risvolto nel processo di cura, è nata inoltre per cercare di rispondere alle esigenze del paziente che non riescono a esaurirsi solamente nella correttezza scientifica del processo diagnostico e terapeutico, nasce quindi in reazione alle inadeguatezze del

modello bio-medico (Marinelli, 2015; Neilson, 2022; Zaharias, 2018). Il modello bio-medico è la modalità di intervento che prende in considerazione la dicotomia malattia e guarigione, si concentra su fattori puramente biologici ed esclude influenze psicologiche, ambientali e sociali (Enciclopedia Treccani). Questo è considerato il modo moderno e dominante per gli operatori sanitari di diagnosticare e trattare una condizione di malattia nella maggior parte dei paesi occidentali.

Le inadeguatezze vengono messe in luce da George Engel nel 1977 proponendo il modello “bio-psico-sociale” per valutare in modo olistico il background biologico, sociale, psicologico e comportamentale di un paziente per determinare la sua malattia e il percorso di trattamento (Engel, 1977).

Negli anni Ottanta si aggiunge anche il contributo degli antropologi medici come Byron Good e Arthur Kleinmann, che iniziarono a parlare di *illness* - “vissuto di malattia”, che può essere conosciuto soltanto attraverso processi “narrativi e interpretativi” (Kleinman, Eisenberg, & Good, 1978). Questi ultimi ripresero il pensiero esplicitato da Bruner e quindi che attraverso la narrazione si può conoscere, modellare e interpretare la malattia (Bruner, 1987; Boyd, 2000; Cela, 2022). Si notò che l’insoddisfazione dei pazienti, l’iniquità delle cure e l’aumento dei costi sanitari dovuti alle ricadute dei pazienti necessitavano di soluzioni diverse rispetto a quelle biomediche tradizionali e la presa in carico degli aspetti personali e soggettivi fu un tentativo di risposta al problema (Kleinman, Eisenberg, & Good, 1978).

Al momento quindi, la medicina narrativa è la metodologia utilizzata per ottenere la partecipazione attiva dell’assistito al fine di creare un percorso di cura personalizzato rispetto alle sue esigenze e migliorare l’alleanza terapeutica⁵ (Zaharias, 2018).

Nel 2001 la dottoressa Rita Charon ha introdotto insieme alla terminologia “medicina narrativa” il suo progetto legato a questa metodologia con ambizioni di riforma ad ampio raggio. L’obiettivo era quello di aumentare la competenza narrativa dei medici utilizzando principalmente tecniche letterarie di analisi e interpretazione del testo dopo aver trascorso del tempo insieme al paziente e aver ascoltato la sua storia (Ahlzén, 2019; Launer 2018).

⁵ Con “alleanza/aderenza terapeutica” o “compliance” in inglese, si fa riferimento alla misura con cui il paziente assume i farmaci e segue le indicazioni prescritte dal medico (Fawcett, 1995). Cfr “aderenza al trattamento”.

Nell'ideare la medicina narrativa la dottoressa Charon ha voluto evidenziare gli aspetti legati all'utilità della metodologia (Charon, 2021):

- una miglior identificazione della malattia;
- il poter agire con rispetto nei confronti del paziente e della sua famiglia;
- la possibilità di poter collaborare con umiltà tra colleghi;
- il poter accompagnare il paziente e la famiglia lungo l'esperienza di malattia.

In merito agli obiettivi che si pongono alla base della metodologia, nei riferimenti bibliografici, la delineazione appare eterogenea. All'interno del testo della dott.ssa Charon l'obiettivo identificato è quello di «offrire cure più etiche ed efficaci» (Charon, 2021). Negli Atti del Convegno sulla Medicina Narrativa e Malattie Rare del 2009 si specifica che l'obiettivo con cui si attua la metodologia è quello di migliorare i rapporti tra pazienti e operatori sanitari (Sanità, 2009, Zannini 2009). Attualmente, la formulazione più recente riguardo all'obiettivo è «ottenere la partecipazione attiva dell'assistito al fine di creare un percorso di cura personalizzato rispetto alle sue esigenze e migliorare così l'alleanza terapeutica» (Zaharias, 2018). Prendendo inoltre in considerazione il secondo Convegno che si tenne in Italia nel 2015 (la Conferenza di Consenso) all'interno del documento conclusivo manca una parte dedicata agli obiettivi che ogni professionista dovrebbe perseguire nel mettere in atto interventi basati sulla narrazione.

Ci troviamo, quindi, di fronte a obiettivi formulati diversamente che considerano aspetti specifici, diversi l'uno dall'altro. Si rimanda in seguito al paragrafo 3.1 per analizzare le implicazioni che si possono riscontrare nell'attuazione di questa metodologia allo stato attuale e di ciò che può conseguire dall'eterogeneità degli obiettivi formulati dalle diverse fonti principali sulla medicina narrativa.

CAPITOLO 2

Presupposti teorico-metodologici; verso un cambio di paradigma

Introduzione

Nel capitolo precedente è stato introdotto il tema della medicina narrativa mediante la descrizione dei processi che la caratterizzano. Si passa ora alla presentazione della cornice teorica entro cui si vuole analizzare tale metodologia: la Scienza Dialogica⁶; che in base a rigorosi presupposti epistemologici si pone come

«disciplina che ha l'obiettivo di analizzare e studiare le configurazioni discorsive generate nell'interazione tra esseri umani tramite l'uso del linguaggio naturale (o ordinario)» (Scienza dialogica, 2022).

A partire dagli elementi che caratterizzano l'analisi epistemologica (e che si pongono a fondamento della disciplina individuata), attraverso la loro esplicitazione, si potrà attuare una riflessione sulla medicina narrativa al fine di identificare il piano epistemologico su cui si poggia e le implicazioni che si possono riscontrare nell'attuazione della metodologia.

2.1 Senso comune e senso scientifico

Con *epistemologia* si intende

«la branca della teoria generale della conoscenza che si occupa di problemi quali i fondamenti, i limiti, la natura e le condizioni di validità del sapere scientifico [...] è lo studio dei criteri generali che permettono di distinguere i giudizi di senso scientifico da quelli di opinione» (Enciclopedia Garzanti, 1981).

⁶ Si veda in seguito il paragrafo dedicato (2.3.1) in cui si entra nel merito di tale disciplina.

L'epistemologia, pertanto, riguarda le modalità con cui si produce conoscenza, non entra nel merito dei contenuti degli oggetti di conoscenza presi in riferimento, quanto piuttosto si interroga su *come* vengono “conosciuti” (Turchi & Della Torre, 2007).

La riflessione epistemologica si rende necessaria in quanto consente di produrre delle argomentazioni (e relative ricadute operative) di tipo scientifico, dal momento che un discorso può dirsi scientifico in base agli enunciati che lo compongono, esplicitando i presupposti conoscitivi e tutti i passaggi argomentativi che consentono di generare il *conosciuto* (Turchi & Della Torre, 2007).

Nel compiere questa operazione, l'epistemologia consente di distinguere due modalità di conoscenza: quella di *sensu comune* e quella di *sensu scientifico*.

Nel senso comune il modo di conoscere si caratterizza per la regola dell'affermazione che definisce “come stanno le cose”, stabilendo cosa “è reale” come dato di fatto (Turchi, 2009). Per cui, nel momento in cui nell'uso del linguaggio si definisce cosa è reale, la realtà che si espone è già tale e non richiede che ne siano esplicitati i presupposti. Il senso comune può quindi definirsi autoreferenziale, nel senso che si auto-legittima generando un dato di realtà che si pone come “vero” solo perché viene “detto così” (Turchi, 2009). Pertanto, con la dizione senso comune si fa riferimento a proposizioni di qualsiasi natura e tipologia che definiscono e sanciscono quale sia la realtà.

Il senso scientifico è una modalità di conoscenza che si fonda, invece, sulla regola dell'asserzione (Turchi, 2009). Tale regola genera una conoscenza che, a differenza dell'affermazione, esplicita i presupposti sui quali la conoscenza stessa si fonda (ossia vengono definiti e dichiarati gli assunti fondativi del processo di conoscenza). La realtà che si genera da questa modalità conoscitiva, pertanto, non risulta vera di per sé, ma valida a fronte dei presupposti conoscitivi esplicitati a priori (Turchi, 2009).

La distinzione sopra descritta tra il modo di conoscere del senso scientifico e quello del senso comune può essere ricondotta alla Rivoluzione Copernicana e alle scoperte di Galileo tramite l'utilizzo del cannocchiale, rispettivamente nel 1543 e nel 1609. Questi eventi segnano il passaggio da una visione geocentrica, secondo cui la Terra è al centro del sistema solare, ad una visione eliocentrica, secondo cui è il Sole al centro del sistema solare e i pianeti gli ruotano intorno. Con l'avvento di questi cambiamenti nasce la distinzione tra *percepto* e *osservato*: ovvero quanto è offerto dai cinque organi di

senso in termini di percezione (percepisco la Terra come ferma e il Sole in movimento) può non coincidere con l'osservato che è prodotto da una teoria scientifica (osservo la staticità del Sole e il movimento della Terra) (Turchi, 2016). Con questo passaggio si genera la possibilità di avere due attribuzioni di senso, due modalità di conoscenza: ciò che nel senso comune si afferma e si sancisce in quanto tale, percettivamente dato; e ciò che si dice scientifico in quanto rigoroso rispetto ai presupposti da cui parte e che esplicita, che non necessariamente trova ancoraggio su un percetto e che nel suo fluire genera conoscenza e continui approfondimenti (Celleghin & Turchi, 2010).

La questione centrale diventa quella di identificare cosa può essere considerato "realtà" tra il dato percettivo e il dato osservativo dal momento che non necessariamente questi due dati sono corrispondenti e in alcuni casi possono anche collidere. Il ricorso al senso scientifico diventa fondamentale in quanto si pone la domanda del *come* si può conoscere e di quali siano i fondamenti dei dati prodotti.

Riassumendo, l'epistemologia consente dunque di distinguere due modalità di conoscere e costruire la realtà: senso comune e senso scientifico. A seconda dell'esplicitazione o meno dei presupposti conoscitivi a fondamento di ciò che si dice, quanto prodotto può assumere la forma di affermazione, propria del senso comune, o di asserzione, propria del senso scientifico (Turchi, 2009).

Nel paragrafo seguente si entrerà nel merito dei criteri di demarcazione tra senso comune e senso scientifico, criteri cioè che consentono di produrre una conoscenza che sia fondata e rigorosa rispetto all'oggetto di indagine e al piano epistemologico entro cui si colloca, consentendo, di conseguenza, di asserire che quanto si produce appartiene alla modalità di conoscenza propria del senso scientifico.

2.1.1 Criteri di demarcazione

Si è anticipato come la distinzione tra le due modalità di conoscenza (senso comune e senso scientifico) passa attraverso l'assolvimento di determinati criteri. La demarcazione non si basa sui contenuti propri di una disciplina, bensì «sull'organizzazione di questi in un *corpus* teorico-concettuale che sia rigoroso nelle asserzioni che produce: fondato rispetto alla definizione dell'oggetto di studio e adeguato al piano epistemologico di riferimento» (Scienza dialogica, 2022).

Senso comune e senso scientifico definiscono due modalità di conoscenza che seppur si fondano su presupposti differenti, si articolano entrambi tramite l'utilizzo del linguaggio che viene utilizzato per affermare o asserire, ma con una diversa modalità d'uso (Celleghin & Turchi, 2010).

Con “linguaggio” si fa riferimento a ciò che genera conoscenza e può essere definito come l'insieme di unità simboliche⁷ e di regole di applicazione che ne governano l'impiego⁸ (Scienza dialogica, 2022). La specie umana si è dotata nel corso del tempo di due diversi modi d'uso del linguaggio: nello specifico, il linguaggio ordinario e diverse tipologie di linguaggio formale.

Parlando di *linguaggio ordinario* si fa riferimento principalmente al “linguaggio comune”, usato dai membri della comunità in interazione, è il linguaggio proprio del senso comune. Nel linguaggio ordinario, il valore delle unità simboliche e delle regole di applicazione si modifica a seconda dell'uso che ne viene fatto. Proprietà intrinseca del linguaggio è infatti l'*ostensione*⁹ che rende possibile l'attribuzione di un valore diverso ad ogni uso di un certo termine, diventando pertanto costantemente passibile di cambiamento (Turchi e Celleghin, 2010).

Con *linguaggi formali* ci si riferisce, invece, ad un uso particolare del linguaggio in virtù del fatto che il valore d'uso¹⁰ delle unità simboliche e le regole di applicazione è stabilito a priori e questo ne blinda l'ostensione, rende cioè il valore di ciò che si asserisce indipendente dall'ostensione e dell'utilizzo che si fa di un determinato termine (Turchi, 2009). Un esempio di linguaggio di tipo formale può essere il linguaggio “matematico”, in cui le unità simboliche e le regole di applicazione (i numeri e i segni) sono definite a priori. Pertanto, $1+1$ avrà sempre come risultato 2, a prescindere da chi compie questa operazione e da quante volte la compie.

⁷ Con “unità simbolica” si fa riferimento a “un segno a cui viene attribuito un valore puramente simbolico, ossia convenzionale, che non ha, dunque, un valore “di fatto”, ma stabilito a priori, che ha la capacità di costruire/esprimere un senso di realtà. Ad esempio, le parole di una lingua possono essere considerate come particolari unità simboliche” (Turchi & Orrù, 2014).

⁸ Con “regole di applicazione che ne governano l'impiego” si fa riferimento alle “modalità che governano la composizione, scomposizione o raggruppamento delle unità simboliche; le regole d'applicazione sono, dunque, quell'insieme di norme che si rispettano nell'atto di composizione dei segni” (Turchi & Orrù, 2014).

⁹ Con “ostensione” si fa riferimento al fatto che ciò che il linguaggio crea è legato alla regola d'uso, per cui ogni qualvolta che si impiega un'unità simbolica, questa cambia il proprio valore in virtù dell'uso che se ne fa (Celleghin & Turchi, 2010; Wittgenstein, 2009).

¹⁰ Il valore dell'unità simbolica cambia a seconda dell'uso che ne si fa. Non si fa riferimento al significato corrispondente all'idioma, ma al valore che acquista nell'applicazione.

Per entrare più approfonditamente nel merito dei criteri di demarcazione, è utile sottolineare che la riflessione epistemologica ha permesso di distinguere tre tipologie di asserto, tre modalità di conoscenza che il senso scientifico, nel proseguire del processo di conoscenza stesso, ha reso disponibili e che sono individuabili in base ai suffissi delle diverse discipline scientifiche.

Nello specifico, le scienze possono essere suddivise in scienze con suffisso *-ica*; scienze con suffisso *-nomos* e scienze con suffisso *-logos* e per ognuna di esse si possono identificare due criteri di demarcazione: l'adeguatezza epistemologica; quindi a quale piano di realismo l'osservato fa riferimento¹¹ (si veda oltre) e la pertinenza del modo di conoscere; ossia come si costruisce la forma argomentativa dell'asserto, come viene generato il senso di realtà del dato osservativo (Turchi, 2009; Turchi, 2016).

Le scienze a suffisso *-ica*, come la matematica, la chimica, la fisica, impiegano un linguaggio di tipo formale (per esempio il linguaggio matematico come nell'esempio sopra), definiscono a priori il valore d'uso delle unità simboliche e delle regole di applicazione. Queste scienze possono avere come oggetto di indagine un *ente empirico-fattuale* cioè un ente sensorialmente e percettivamente rilevabile (come, per esempio, il movimento dei corpi per la fisica meccanica) o un'*astrazione categoriale* cioè un ente teorico convenzionalmente definito e che non ha alcun ancoraggio al percepito (come, per esempio, i quanti per la fisica quantistica) (Turchi, 2009).

Le scienze a suffisso *-nomos*, per esempio l'astronomia, come le precedenti impiegano un linguaggio di tipo formale e hanno come oggetto di indagine un ente empirico, su cui producono conoscenza sotto forma di leggi, ovvero, «spiegano, in termini deterministici, la relazione tra gli enti, dove un ente rappresenta la causa che ne determina un secondo, che ne è l'effetto» (Turchi, 2009).

Per questi due tipi di discipline, scienze a suffisso *-ica* e *-nomos*, la "scientificità" delle conoscenze che producono (i criteri di demarcazione che le distinguono dal senso comune) sono specificati dall'individuazione dell'oggetto di conoscenza (l'ente) e dalla precisione delle misurazioni che su di esso si compiono (Turchi, 2016).

¹¹ Si parla di livelli di realismo dal momento che della disgiunzione tra percepito e osservato non esiste una realtà unica, ma diverse modalità di conoscerla e configurarla (Cfr. paragrafo 2.2).

Le scienze a suffisso *-logos*, come la biologia, la psicologia, la sociologia, ricorrono all'impiego del linguaggio ordinario, ovvero lo stesso linguaggio impiegato dal senso comune, ma con un uso particolare¹².

In riferimento all'oggetto di indagine di queste discipline, è possibile compiere una distinzione tra scienze a suffisso *-logos* con aderenza sul percetto e scienze a suffisso *-logos* senza aderenza sul percetto. Per la biologia, per esempio, si è reso disponibile l'individuazione di un ente empirico-fattuale, la cellula, che ha consentito di ancorare l'ostensione, propria del linguaggio ordinario, al percetto (l'oggetto di indagine "cellula" e quello che si può dire su di essa mantiene sempre lo stesso valore nel campo di applicazione della biologia) (Celleghin & Turchi, 2010). La psicologia, invece, ricorre al linguaggio ordinario per riferirsi ad oggetti di conoscenza che non sono rilevabili empiricamente, non si collocano sul piano degli enti fattuali: l'oggetto di indagine, pertanto, non esiste di per sé, non ha corrispondenza su un percetto, ma è generato nell'uso stesso del linguaggio (Turchi, 2016). La "psiche", per esempio, non è empiricamente osservabile, ma è generata dal e nell'impiego del *logos*. La psicologia è un "discorso sulla psiche", così come la sociologia è un "discorso sull'organizzazione sociale" e l'antropologia un "discorso sull'uomo", ed è attraverso il ricorso al linguaggio che le discipline generano i propri asserti conoscitivi (Turchi e Celleghin, 2010). Tali asserti, tuttavia, sono composti dai medesimi termini che vengono impiegati nell'eloquio quotidiano dalla comunità dei parlanti (senso comune) e pertanto non sono indipendenti dall'uso che ne viene fatto e possono assumere un valore diverso ad ogni manifestazione. Diventa necessario, per tali scienze, ovvero le scienze *-logos* che non hanno aderenza sul percetto, esplicitare le categorie conoscitive cui fanno riferimento, esplicitare ad esempio la teoria specifica entro cui la "psiche" assume un determinato valore d'uso (come la "teoria dell'inconscio" di Freud). Ogni volta che si utilizza un termine svincolato dalla teoria, lo spostamento dall'asserzione all'affermazione è immediato, ovvero «si commette un errore di tipo epistemologico che colloca quanto prodotto in riferimento ai termini utilizzati nel puro senso comune» (Turchi, 2016).

A fronte di quanto argomentato, collocandosi come scienze "del discorso", la demarcazione dal senso comune per le scienze *-logos* senza aderenza sul percetto è legata al rigore dell'argomentazione, ovvero all'esplicitazione dei presupposti su cui

¹² Il tipo di linguaggio usato dal senso scientifico può essere di tipo ordinario o formale, a seconda del tipo di disciplina scientifica a cui si fa riferimento e in che modo viene applicato.

poggia l'argomentazione (la teoria), e all'adeguatezza epistemologica, ovvero il riferimento rigoroso al piano epistemologico entro cui si colloca l'oggetto di indagine (Turchi e Della Torre, 2007).

Per rendere chiaro ciò che si intende con "riferimento rigoroso al piano epistemologico", si rimanda al prossimo paragrafo, in cui si tratterà dei livelli di realismo e dei relativi piani epistemologici.

2.2 I livelli di realismo

In riferimento al paragrafo precedente, con *adeguatezza epistemologica* si intende la «collocazione dell'oggetto di indagine entro un preciso piano epistemologico», ovvero entro un'adeguata cornice conoscitiva, prima ancora che teorica (Turchi & Della Torre, 2007).

La riflessione epistemologica permette infatti di individuare, rispetto alla conoscenza prodotta tramite il senso scientifico, tre livelli di realismo, ovvero tre diverse modalità di configurare la realtà dell'oggetto di studio, e quindi di conoscere.

Allo stato attuale, i livelli di realismo che la riflessione epistemologica consente di individuare sono: monista, ipotetico e concettuale. Non vengono individuate tre realtà, ma tre modi di conoscere la realtà, i quali vanno a descrivere il fondamento del dato conoscitivo che viene offerto dalle discipline di senso scientifico (Turchi, 2009).

Il *realismo monista* è una modalità di conoscenza che considera l'esistenza di un'unica realtà, oggettivamente data ed indipendente rispetto all'osservatore. Le scienze che si collocano entro tale livello di realismo si muovono su un piano empirico-fattuale, entro il quale definiscono il proprio oggetto di indagine e sviluppano un *corpus* metodologico che si basa su una concezione deterministica della conoscenza, in cui vige il principio di causalità lineare (Turchi, 2009). Assunzione cardine di questo tipo di realismo è quella di potersi porre in termini di "oggettività e neutralità" nei confronti della realtà: nel realismo monista, dunque, le teorie non sono un'ipotesi sulla realtà, ma coincidono con essa (Turchi, 2009).

Si collocano entro un livello di realismo monista le scienze a suffisso *-ica* e *-nomos*, oltre che le scienze a suffisso *-logos* con aderenza sul percetto (per esempio la fisica meccanica, astronomia, biologia). Muovendosi su un piano epistemologico empirico-

fattuale, le scienze moniste si basano su una concezione della conoscenza di tipo deterministico, ovvero la costruzione della realtà avviene secondo meccanismi lineari di causa-effetto, per cui «annullando la causa si è in grado di non avere più la determinazione dell'effetto. [...] Individuare delle cause precise mette nelle condizioni di poter spiegare tali meccanismi e, quindi, anche di poter effettuare delle previsioni rispetto a ciò che si potrebbe verificare» (Turchi, 2009).

Il *realismo ipotetico* è una modalità di conoscenza che considera l'esistenza di una realtà data ed esterna all'osservatore, la quale, tuttavia, non può essere conosciuta direttamente, ma solo tramite l'impiego di teorie che assumono la forma di ipotesi. I modelli collocati all'interno di questo realismo forniscono, pertanto, solo una raffigurazione ristretta della realtà, la quale risulta inconoscibile di per sé. In tal senso il realismo ipotetico abbraccia una concezione epistemica kantiana che distingue tra *noumeno*, la cosa in sé (che risulta inconoscibile), e *fenomeno*, ciò che si manifesta (che risulta passibile di conoscenza) (Kant, 1976; Turchi, 2009). Nell'impossibilità di conoscere il noumeno, si ha la possibilità di formulare delle ipotesi e di produrre delle astrazioni categoriali (ovvero, un ente teorico che non ha alcun ancoraggio al percolato), che si avvicinano al noumeno ma non si sovrappongono mai ad esso (Turchi, 2016). In quest'ottica, dunque, conoscere «non significa rispecchiare una realtà preconstituita cercando un adeguamento ad essa, ma comprendere soltanto la sua forma fenomenica» (Turchi, 2009).

Si collocano in questo livello di realismo le scienze *-logos* senza aderenza sul percolato; la psicologia, la sociologia, la criminologia, l'antropologia.

Il *realismo concettuale* è una modalità di conoscenza che non considera la realtà come ontologicamente data, ma come “costruita” a partire dalle categorie conoscitive utilizzate per descriverla. In particolare, in questo piano epistemologico si considera l'esistenza di molteplici realtà, che non esistono a priori, ma si configurano come tali (realtà) a partire dall'uso del linguaggio che consente di generare tali configurazioni come costruzioni di senso a sé stanti (Turchi, 2016). Ciò che si descrive diventa reale in virtù dell'atto conoscitivo stesso: infatti è quest'ultimo che genera un “conosciuto” (la configurazione di realtà). Rispetto a tale statuto di realismo, assumono massima rilevanza i processi di costruzione della realtà, le modalità conoscitive messe in atto:

interessa il “come” piuttosto che il “perché” o il “cosa” e, dunque, la dimensione del “come si conosce” diventa la questione centrale (Turchi, 2009).

Entro un realismo di tipo concettuale, la conoscenza non dipende pertanto dalla definizione del costrutto in virtù di una specifica teoria, come accade nel realismo ipotetico, bensì il focus è posto sul come una specifica configurazione di realtà viene a generarsi dal e nell’uso del linguaggio.

Si collocano entro tale livello di realismo le scienze a suffisso *-ica* che utilizzano linguaggi di tipo formale per generare il dato osservativo. Ne è un esempio la chimica, la quale, attraverso l’impiego di un linguaggio formale, ha generato il dato osservativo dell’atomo. Quest’ultimo esiste in quanto astrazione categoriale, generata dal e nell’uso del linguaggio: la configurazione atomica può essere descritta, ma ogni chimico sa che l’atomo non può essere visivamente percepito. La realtà “atomo” cessa di esistere se si elimina la teoria atomica che l’ha generata (Turchi e Celleghin, 2010).

Si presenta negli allegati la *tabella 2* riassuntiva degli elementi epistemologici descritti.

2.2.1 Gli scarti paradigmatici

Per completare l’argomentazione fin qui condotta, è necessario un ultimo passaggio, ovvero l’esplicitazione del modo in cui il rapporto tra senso scientifico e senso comune si è modificato con il progredire del processo conoscitivo.

È stato esposto come la collocazione di un oggetto di indagine entro un piano epistemologico adeguato costituisce un passaggio necessario per generare teorie scientifiche in merito all’oggetto di indagine stesso.

In aggiunta, «è altresì necessario inserire la teoria di riferimento entro una cornice paradigmatica coerente con il piano epistemologico implicato» (Turchi, 2016).

Con il termine “paradigma”, così come definito dal filosofo Thomas Kuhn¹³, si fa riferimento all’insieme di

*«elementi di cornice per mezzo dei quali si può produrre conoscenza: gli elementi, le categorie e i punti di riferimento entro i quali si conosce»
(Kuhn, 1969).*

¹³ Thomas Kuhn, filosofo della scienza e dunque epistemologo; si è interrogato su come il senso scientifico si sia modificato nel corso del tempo.

Nello specifico, se la teoria definisce il “cosa si conosce”, il paradigma descrive il “come si conosce”, ponendosi come riferimento conoscitivo che delimita le modalità di conoscenza in virtù delle quali diviene possibile poi “operare” (Turchi & Della Torre, 2007; Fawcett, 1977). Secondo Kuhn, la storia del senso scientifico si caratterizza per un’alternanza paradigmatica, ovvero un’alternanza di assunti conoscitivi che si sono resi disponibili uno dopo l’altro. Tuttavia, la disponibilità di un nuovo paradigma non implica la scomparsa dei paradigmi precedenti, dato che in virtù della dialettica continua tra senso scientifico e senso comune, i paradigmi superati si depositano nel senso comune (Turchi, 2016).

I paradigmi considerati per lo sviluppo dell’argomentazione dell’elaborato si riferiscono ai paradigmi Meccanicistici, Relativistici e Interazionistici.

È stato esposto in precedenza come con la Rivoluzione Copernicana si sia segnata una distinzione netta tra la modalità di conoscenza del senso scientifico e quella del senso comune, in quanto il dato osservativo viene distinto da quello percettivo. Si genera la possibilità di produrre conoscenza a prescindere dall’ancoraggio o meno ad un percetto, ma grazie all’uso del linguaggio. Emergono quindi i paradigmi *Meccanicistici*, in cui le formulazioni scientifiche assumono la forma di asserzione, espresse in forma di “legge” e la cui nozione principale è quella di “causa” (Turchi e Celleghin, 2010). L’avvento dei paradigmi Meccanicistici rende disponibile la spiegazione della realtà sotto forma di rapporti causa-effetto.

Con la pubblicazione, in seguito, della Teoria della Relatività di Albert Einstein nel 1905, i paradigmi meccanicistici sono stati sostituiti da quelli *Relativistici*, in cui la forma dell’asserto è quella della “teoria”. Con i paradigmi relativistici il dato osservativo si distanzia ulteriormente dal dato percettivo: diventa chiaro per la scienza che, cambiando la teoria, si cambia la conoscenza (Turchi, 2016).

Infine, con la formulazione del Principio di Indeterminazione (o Indeterminatezza) di Heisenberg nel 1927 si ha, al momento, l’ultimo scarto paradigmatico: si generano i paradigmi *Interazionistici*, in cui la forma dell’asserto è il “principio” e la nozione centrale è “l’interazione”. Heisenberg asserisce che non è possibile compiere la misurazione di due variabili contemporaneamente, ovvero misurare la massa e lo spostamento di una particella, poiché nel momento in cui si rileva la massa della

particella, questa si sposta, e non si può escludere che la particella sia in un certo punto, in un momento, e che sia in un qualsiasi altro punto in un momento diverso. Al momento delle misurazioni la realtà è già cambiata: questo permette di formalizzare l'incertezza (Heisenberg, 1991; Turchi, 2016).

L'incertezza diventa elemento fondante: non si asserisce l'esistenza di una realtà data, esterna, che può essere "scoperta" e interpretata in diversi modi a seconda delle teorie di riferimento, ma sono le stesse teorie e i sistemi di riferimento che generano la realtà, nominandola come tale (Turchi, 2016). Pertanto, con l'avvento dei paradigmi Interazionistici si assume che la realtà è completamente incerta e inscindibile dall'osservatore. Il principio di indeterminatezza consente l'ingresso del senso scientifico in un realismo di tipo concettuale, per cui si ha il massimo distacco dal senso comune e dall'aderenza al percepito. Da questo momento in poi, il senso scientifico descrive in che modo il processo di configurazione di realtà, in virtù del principio adottato, consente la configurazione della realtà stessa (Turchi, 2016).

2.2.2 Il paradigma Narrativistico

All'interno dei paradigmi Interazionistici sopra descritti, si colloca il paradigma Narrativistico che considera la realtà non come un dato di fatto, ma come configurazione generata dalle "produzioni discorsive" messe in atto per conoscerla in quanto tale (Turchi, 2016). Pertanto, entro il paradigma Narrativistico, la realtà non è conoscibile all'infuori delle categorie conoscitive (discorsivamente intese) adottate per conoscerla. L'oggetto di studio di questo paradigma è quindi il processo discorsivo.

Coerentemente con gli assunti conoscitivi (le nozioni di base) di questo paradigma, non si considerano legami di tipo causa-effetto, poiché non è contemplato alcun piano empirico-fattuale a cui riferirsi, ma si considerano processi di generazione della realtà di senso (Turchi, 2016). A fronte di ciò è possibile asserire che all'interno di questi paradigmi il processo di conoscenza è di tipo diacronico (processuale) piuttosto che sincronico (statico), in quanto il focus è sul processo di generazione (il come) della configurazione discorsiva, non sul contenuto della stessa (il cosa).

In virtù dell'impossibilità di riferirsi ad enti empirico-fattuali e quindi di rintracciare legami di tipo causale, all'interno del paradigma Narrativistico si considerano legami di tipo retorico-argomentativo fra gli elementi della produzione discorsiva. Le parole che

costituiscono il discorso si legano tra loro mediante questo legame, quindi nel dipanarsi del processo discorsivo, utilizzano gli elementi stessi per mantenere alta l'efficacia dell'argomento che si sta utilizzando (Scienza dialogica, 2022).

Sempre per l'assenza di nessi empirico-fattuali e di legami di tipo causa-effetto si rende impossibile "prevedere" cosa accadrà; diversamente, si rende possibile l'anticipazione di possibili scenari che potrebbero generarsi a fronte dei processi discorsivi messi in atto per configurare la realtà. Nello specifico, «l'anticipazione consente di evocare/gestire molteplici, differenti e incerte configurazioni discorsive che si possono verificare e non si sono ancora verificate. Si abbandona pertanto l'assunzione di una realtà "deterministicamente" intesa in favore di un'ottica di "incertezza"» (Turchi & Gherardini, 2014; Turchi, 2009), ossia consente di descrivere come viene e potrà essere usata una certa unità simbolica (una parola) nel corso della costruzione del senso, e quindi nel processo discorsivo che si potrebbe manifestare (Turchi & Orrù, 2014).

Da qui la necessità di descrivere gli oggetti di indagine che non si presentano in quanto fenomeni o enti, ma in quanto realtà discorsivamente intese e processualmente configurate. L'assunto della conoscenza si basa, pertanto, sul linguaggio che, in virtù della valenza ostensiva, consente di generare il processo discorsivo, quindi la configurazione di realtà (Turchi, 2016).

La cornice conoscitiva del paradigma Narrativistico fin qui esposta pone nelle condizioni di considerare le configurazioni generate nel processo discorsivo come "reali" nei loro effetti all'interno del senso comune. Tali effetti, intrecciandosi fra loro, costituiscono una trama narrativa che genera e mantiene la coerenza della configurazione discorsiva stessa. Per coerenza narrativa si intende quindi «la proprietà delle produzioni discorsive di mantenere congruenza e uniformità in modo tale che non sia possibile generare una contraddizione in termini narrativi» (Scienza dialogica, 2022).

L'oggetto della conoscenza risulta la configurazione discorsiva - il testo - pertanto non è necessario fare riferimento a chi produce lo produce, in quanto è esso stesso, il processo discorsivo nel suo fluire, a racchiudere in sé ciò che il senso comune afferma realtà di fatto (Turchi, 2009). Porsi entro il Paradigma Narrativistico e in un realismo di tipo concettuale consente di assumere come oggetto di indagine il linguaggio e di descrivere come, nel suo dipanarsi, questo consente a sua volta la generazione della realtà.

All'interno del Paradigma Narrativistico si abbandona l'idea di una realtà "deterministicamente" intesa a favore di un'ottica di incertezza (cfr. Heisenberg, 1991) che comporta la necessità di attenersi ad un livello descrittivo - piuttosto che esplicativo - relativamente agli oggetti di indagine che non costituiscono fenomeni o enti, ma realtà discorsivamente intese e processualmente configurate (Turchi & Gherardini, 2014).

2.2.3 Il Modello Operativo Medico (M.O.M.)

Nel primo capitolo è stata descritta la metodologia della medicina narrativa dal punto di vista della formulazione della definizione e degli aspetti operativi che la caratterizzano, è stato poi individuato il livello di realismo su cui si adagia la medicina (realismo monista) e il paradigma conoscitivo in cui rientra ed entro cui applica la conoscenza (paradigma meccanicistico): in questo paragrafo si vuole porre l'attenzione sul Modello Operativo Medico (M.O.M.) in quanto si ritiene utile esplicitare la cornice applicativa entro cui la medicina narrativa è attuata al momento presente.

Come ogni modello operativo, anche quello medico si compone di caratteristiche quali un obiettivo, un proprio assunto teorico, una strategia di riferimento, criteri di applicazione e prassi di intervento che verranno di seguito descritte.

Iniziando dall'assunto teorico, cioè dal "punto centrale" su cui tutti gli altri elementi ruotano, per quanto riguarda il modello medico ci si riferisce all'*unità anatomo-funzionale* (che nel senso comune si ritrova come "corpo"): un dato osservativo con aderenza sul percepito¹⁴. L'unità anatomo-funzionale si compone quindi dell'unità anatomica e delle funzionalità tra le diverse componenti dell'unità anatomica stessa (Turchi, 2016).

Dato l'assunto teorico è possibile definire l'obiettivo operativo del modello medico che consiste nel ripristinare l'unità anatomica tramite la guarigione, ovvero il ripristino dell'unità nel momento in cui è stata violata o infranta o quando la funzionalità tra le diverse componenti è stata interrotta o modificata (Turchi, 2016).

Per quanto riguarda la delineazione del criterio di applicazione del modello, ossia il contesto in cui si può perseguire l'obiettivo operativo della guarigione, essendo che l'assunto teorico (l'osservato) ha aderenza sul percepito e si colloca su un piano di

¹⁴ Nel modello medico l'adeguatezza epistemologica è riferibile al realismo monista; quindi, nello specifico, si fa riferimento all'individuazione dell'ente tramite l'aderenza sul percepito (Turchi, 2016).

realismo monista in paradigmi Meccanicistici (la cui nozione principale è quella causa-effetto), il criterio di applicabilità è quello eziopatogenico, quindi il modello operativo medico è “autorizzato” ad intervenire nel momento in cui la modifica dell’unità anatomica e/o la sua funzione è determinata dall’intervento di una causa che ha prodotto l’effetto (Turchi, 2016). Il perseguimento dell’obiettivo della guarigione risulta quindi legittimo nel momento in cui una causa interrompe/modifica l’unità anatomica e/o la funzionalità delle componenti dell’assunto teorico (il corpo) stesso.

La strategia di riferimento del modello medico è la cura, ossia occuparsi, *prendersi cura*, dell’unità anatomo-funzionale attraverso luoghi creati *ad hoc* in cui poter perseguire l’obiettivo di guarigione tenendo sotto controllo tutta la serie di variabili che possono concorrere nell’essere la causa della modifica/rottura/interruzione dell’unità anatomo-funzionale (Turchi, 2016).

L’ultimo aspetto relativo alla descrizione del modello operativo è la delineazione delle prassi che lo caratterizzano: cioè azioni che vengono intraprese dall’operatore per perseguire l’obiettivo (che nel caso del modello medico è la guarigione) che si presentano idealmente secondo una successione temporale, per cui terminate le azioni di una prassi si può passare a quella successiva.

Le azioni rispondono a un criterio di coerenza con il M.O.M. e congruenza tra di loro.

A tal proposito, le prassi del modello operativo medico sono sei¹⁵ (Turchi, 2016):

- La prima è l’*anamnesi* (dal greco “ricordo”) in cui gli operatori sanitari ricostruiscono la storia dell’unità anatomo-funzionale;
- La seconda prassi è la *diagnosi* (dal greco “distinguere, riconoscere attraverso”) che consiste nell’individuazione delle cause (se presenti) che hanno modificato l’unità e/o la funzionalità delle componenti dell’unità anatomica;
- La terza prassi è quella della *terapia* (dal greco significa “attuazione dei mezzi per combattere le malattie”) e della *cura*. La terapia serve per concorrere all’obiettivo della guarigione, la cura affianca la terapia nei quadri clinici di tipo sindromico (quadro clinico la cui eziologia non è nota);
- La quarta prassi è la *prognosi* (dal greco “previsione”, “conoscere prima”) che consiste nel definire a priori la possibilità del raggiungimento o meno dell’obiettivo. Se si è in grado di “conoscere-prima” il raggiungimento

¹⁵ Per l’etimologia delle prassi cfr. (Pianigiani, 1990)

dell'obiettivo (e quindi si è nelle condizioni di perseguire l'obiettivo della guarigione) la prognosi è “fausta”, quando invece non si è nelle condizioni di poter stabilire il raggiungimento dell'obiettivo la prognosi è “infausta”;

- La quinta prassi è quella della *valutazione*, sulla scorta della quale il modello operativo medico produce dei protocolli di valutazione dell'efficacia del proprio intervento: l'efficacia la si può attestare quando si è ripristinata la condizione precedente all'azione di una causa che ha modificato l'unità anatomico-funzionale;
- La sesta e ultima prassi del modello medico è la *prevenzione*, per cui il M.O.M. oltre che occuparsi del momento in cui la causa interviene, si occupa anche di non esporre l'unità anatomico-funzionale alla causa stessa.

Si può notare come tutte le prassi e le caratteristiche fondative del modello operativo medico facciano riferimento all'assunto teorico con aderenza sul percetto: l'unità anatomico funzionale; rimanendo aderenti ad esso.

2.3 Salute e Sanità

L'Organizzazione Mondiale della Sanità¹⁶ definisce la salute come uno «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non meramente l'assenza di malattia o infermità» (World Health Organization, 1948).

L'obiettivo dell'OMS, come precisato anche nella relativa Costituzione, è il raggiungimento da parte di tutte le popolazioni del livello più alto possibile di salute.

Dalla sua fondazione, la definizione di salute proposta dall'OMS ha subito alcuni aggiustamenti, individuando responsabilità istituzionali e individuali, con il raggiungimento della salute posta in termini di obiettivi (1978) e di promozione della salute stessa (1986).

La prima modifica avviene con la Dichiarazione di Alma-Ata del 1978 che cita quanto segue: «la conferenza riafferma che la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non meramente l'assenza di malattia o infermità, è un fondamentale diritto umano e il conseguimento del livello più alto possibile di salute è il più

¹⁶ L'Organizzazione Mondiale della Sanità è l'agenzia specializzata per la salute delle Nazioni Unite, fondata il 7 aprile 1948 (Ministero della salute, 2023).

importante obiettivo sociale del mondo intero, la cui realizzazione richiede l'azione di molti altri settori sociali ed economici oltre al settore della salute» (A.A.V.V., 1978).

Nel 1989, con il successivo ampliamento della definizione nella Carta di Ottawa si è giunti a definire la salute integrando il concetto di promozione:

«La promozione della salute è il processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e migliorarla. Per conseguire uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale l'individuo o il gruppo deve poter individuare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni e modificare l'ambiente o adattarvisi. La salute è pertanto vista come una risorsa per la vita quotidiana, non come obiettivo di vita. È dunque un concetto positivo che insiste sulle risorse sociali e personali oltre che sulle capacità fisiche. Di conseguenza la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma supera anche la mera proposta di modelli di vita più sani per aspirare al benessere» (Ottawa, 1986).

Le definizioni sopra riportate configurano la salute come non riconducibile esclusivamente all'ambito sanitario e affermano che al suo raggiungimento devono concorrere tutti i settori che vedono l'uomo protagonista.

In aggiunta, le definizioni appaiono eterogenee contemplando sia aspetti biologici che aspetti non riferibili al piano organico. Diviene quindi necessario individuare il confine tra ciò che è salute e ciò che è sanità.

Quando si fa riferimento alla sanità si utilizza una categoria conoscitiva che riguarda il modello medico, collocandosi in un piano di realismo monista (in quanto presente un ente empirico-fattuale con aderenza sul percetto) (Turchi, 2016). Si parla di sanità indicando la "condizione normale" del corpo a livello biologico. La possibilità, inoltre, di poter individuare le cause di una condizione portano all'assoluzione del criterio di demarcazione relativo all'individuazione dell'ente. «La funzione dell'operatore sanitario è dunque quella di intervenire sui nessi causa-effetto tra gli enti; per cui l'organismo è considerato guarito – sano – quando tali meccanismi sono stati interrotti o annullati e le condizioni dell'organismo sono state ripristinate (ed è quindi guarito)» (Turchi, 2016).

Diversamente, la salute non fa riferimento ad un piano empirico-fattuale (percettivo) e mancando il corrispettivo organico non rientra in un livello di realismo monista. Questa mancanza percettiva fa sì che sia impossibile identificare a livello empirico una

“condizione normale di salute” in quanto non viene biologicamente definita; viene invece costruita dalle categorie conoscitive utilizzate dall’osservatore (Turchi, 2016). Inoltre, il riferimento ad un piano epistemologico diverso rispetto a quello della sanità e quindi quello monista, implica l’impossibilità di identificare le cause certe di un’ipotetica condizione di a-normalità della salute. Questa mancanza non consente inoltre l’adozione del modello medico come riferimento operativo. Entro un contesto scientifico, la salute, in quanto costruito, può essere quindi iscritta entro due livelli di realismo: quello ipotetico e quello concettuale (Turchi, 2016). Considerando il realismo ipotetico si richiede l’esplicitazione delle teorie di riferimento che definiscono la salute. Questo comporta identificare la salute come qualcosa di ontologicamente esistente, ma inconoscibile nella sua totalità per cui si possono solamente fare delle teorie su di essa (Turchi, 2016).

Se si considera invece il livello di realismo concettuale si fa riferimento ad una dimensione di costruzione della realtà che ponga attenzione alle modalità con le quali la salute viene generata come tale. Diversamente dal realismo ipotetico, non si assume l’esistenza ontologica nella salute e sia il piano teorico sia quello operativo si collocano in una dimensione diacronica¹⁷ anziché sincronica¹⁸(Turchi, 2016). Le teorie che si rifanno ad un realismo di tipo concettuale, assumendo che la realtà non sia un dato di fatto ma che sia costruita, non si pongono in termini di scoperta di essa, ma di descrizione dei processi discorsivi che la costituiscono e la configurano. Per poter generare quindi teorie scientifiche sulla salute, appartenenti cioè al piano epistemologico adeguato rispetto all’oggetto di indagine (la salute stessa), il livello di realismo identificato è quello concettuale che, focalizzandosi sul modo di costruire il senso, pone nella condizione di condividere la modalità di costruzione del senso a prescindere da quale esso sia.

Unito a ciò è importante inserire il livello di realismo entro una cornice paradigmatica coerente con in piano epistemologico implicato: dal momento che la salute si configura come una realtà costruita dalle modalità conoscitive utilizzate per generarla in quanto tale, l’adozione paradigmatica dev’essere coerente con l’oggetto di studio identificabile nelle produzioni discorsive (intese come processi conoscitivi); il paradigma adottato è quindi quello Narrativistico (Turchi, 2016).

¹⁷ Riferita cioè ai processi di costruzione della ‘salute’.

¹⁸ Riferita ad un contenuto, cioè ad un ente ipotizzato come ontologicamente dato e dunque uno stato.

2.3.1 Scienza Dialogica e Teoria dell'Identità Dialogica

All'interno dei paradigmi Interazionistici e in particolare in quello Narrativistico si pone la Scienza Dialogica (dal greco *διαλογικός*, der. di *διά* “attraverso” *λόγος* “discorso”) che, come anticipato all'inizio del capitolo, è la disciplina che si pone l'obiettivo di analizzare e studiare le configurazioni discorsive generate nell'interazione tra esseri umani tramite l'uso del linguaggio naturale (o ordinario) (Scienza dialogica, 2022).

L'oggetto di conoscenza della dialogica è il dato testuale (o discorsivo), ovvero ciò che si manifesta nell'impiego del linguaggio naturale, in ogni sua forma e codificazione (grafica, fonetica, gestuale). Ogni produzione discorsiva rappresenta così il “testo” che crea gli “eventi discorsivi” (le configurazioni discorsive) dotati di statuto di realtà e passibili di rilevazione e di misurazione (Turchi & Orrù, 2014). La Dialogica si occupa, dunque, di formalizzare, nell'uso del rigore scientifico, le regole del linguaggio naturale che consentono di configurare discorsivamente ciò che per senso comune viene definito come “realtà”. A partire dalla formalizzazione delle regole del linguaggio (definite Repertori Discorsivi), la Dialogica ha la facoltà di misurare il processo discorsivo, tramite specifici indici, e di rilevare l'impatto che le configurazioni di realtà hanno per la comunità umana ed i suoi membri, anche in termini di salute (Turchi & Orrù, 2014).

La Scienza Dialogica utilizza come riferimento la Teoria dell'Identità Dialogica¹⁹, la quale si propone di descrivere il modo in cui gli elementi processuali del linguaggio ordinario, ovvero i repertori discorsivi e le proprietà processuali che interagiscono tra loro, danno assetto a configurazioni discorsive (che prendono per l'appunto il nome di “identità dialogiche”) (Turchi, 2007; Turchi, 2009).

Entrando nel merito della teoria, la configurazione dell'identità dialogica risulta possibile all'interno dello spazio discorsivo: uno spazio teorico a cinque dimensioni in

¹⁹ Il titolo della teoria si compone di due termini: “identità” e “dialogica”. Con il termine “identità” ci si riferisce all'aspetto di specificità che contraddistingue ogni impiego dell'unità simbolica, il quale risulta essere unico, identico a sé stesso; mentre con il termine “dialogica” si fa riferimento al valore che l'identità assume manifestandosi attraverso le produzioni discorsive nel processo dialogico (Turchi & Orrù, 2014).

cui si genera la realtà di senso dialogicamente intesa (Turchi & Orrù, 2014; Turchi & Vendramini, 2016).

Le prime tre dimensioni fanno riferimento a delle modalità tra loro distinte di configurare la realtà di senso e sono rappresentate dalle seguenti polarità (Turchi & Orrù, 2014):

- La polarità *Personalis* (chiamata anche del “resoconto” o della “auto-attribuzione”) genera e al contempo occupa lo spazio discorsivo in riferimento a produzioni discorsive che si caratterizzano per muoversi in una dimensione auto-attributiva in termini attuali, retrospettivi, e anticipatori. Un esempio di testo in *Personalis* potrebbe essere: “io sono un paziente”; infatti, il testo offre un resoconto che consente di auto-attribuirsi la connotazione di “paziente”.
- La polarità *Alter* (chiamata anche della “narrazione” o della “etero-attribuzione”) definisce tutte quelle produzioni discorsive che si caratterizzano per muoversi in una dimensione etero-attributiva, ovvero di attribuzioni “esterne”, in termini attuali, retrospettivi, e anticipatori. Riprendendo l’esempio, un testo detto in *Alter* potrebbe essere: “voi siete pazienti”; infatti, il testo non viene più effettuato nei termini di un’auto-attribuzione, ma andando ad attribuire la connotazione di “paziente” ad un ruolo altro da quello che ha generato il testo.
- La polarità *Propter omnia/omnes* (chiamata anche “matrice collettiva”) è costituita da tutte le produzioni discorsive che il senso comune, in un dato momento discorsivo, rende disponibili prima ancora che siano impiegate (cioè prima che trovino impiego in termini di forma *personalis* o *alter*). Questa polarità “serbatoio” è necessaria, in termini teorici, alla definizione delle altre due, in quanto il linguaggio naturale offre potenzialmente tutte quelle possibilità che possono essere poi declinate in termini di resoconto (*Personalis*) e di narrazione (*Alter*). (Turchi & Orrù, 2014; Turchi & Vendramini, 2016).

Le tre polarità (che non fanno riferimento ad un “parlante” inteso come persona fisica, ma rappresentano la chiave teorica per osservare le modalità attraverso cui il linguaggio ordinario può manifestarsi) risultano interconnesse e interdipendenti tra loro e generano in maniera diacronica (secondo, dunque, una dimensione dinamica) dimensioni processuali denominate “identità dialogiche”. L’identità dialogica si configura come un “costrutto teorico” (non una “realtà di fatto”) che definisce, in termini processuali, una

configurazione discorsiva in costante trasformazione. Nell'alveo di questa adozione teorica si assume che le "persone", la "salute", le "comunità", le "organizzazioni", etc., non siano entità fattualmente intese o realtà dettate da aspetti biologici, fisici o giuridici, ma siano considerate esse stesse identità dialogiche (ovvero configurazioni discorsive) che generano e appartengono allo spazio discorsivo (Turchi & Celleghin, 2010).

La quarta dimensione della Teoria dell'Identità Dialogica è rappresentata dal "tempo discorsivo" o "kairos". Il tempo discorsivo è diverso dal tempo cronologico, che si compone di momenti tra loro consecutivi appartenenti alle dimensioni del passato, presente e futuro. Il Kairos si delinea come il tempo dell'occasione e dell'unicità, che svincolandosi dai riferimenti del *chronos*, va a generare uno specifico momento temporale che consente di generare una e una sola delle polarità possibili. L'apporto teorico del tempo discorsivo consente di dire come le polarità discorsive, per quanto possano essere contemporanee, si appoggiano su piani distinti, caratterizzati ognuno dal suo momento kairologico (Turchi & Orrù, 2014).

La quinta dimensione del processo dialogico è rappresentata dalla coerenza narrativa²⁰ che offre, come apporto teorico, il fondamento rispetto alla possibilità che le produzioni discorsive si mantengano; infatti, qualora una produzione discorsiva perdesse coerenza, essa non avrebbe più il fondamento per potersi manifestare (Scienza dialogica, 2022).

A titolo esemplificativo si immagini la Teoria dell'Identità Dialogica come una piramide la cui base è rappresentata da un triangolo equilatero (vedi *figura 3* negli allegati): a ogni vertice del triangolo corrisponde una polarità diversa e l'Identità Dialogica è rappresentata nell'incentro (Turchi & Orrù, 2014).

Riprendendo quanto detto sopra, è possibile ora osservare come il valore dell'identità dialogica non risieda in nessuna delle tre dimensioni (polarità), ma nell'interazione fra le tre, che genera quindi uno spazio discorsivo tridimensionale (Turchi, 2016). Si è detto che le polarità di Alter e Personalis esprimono valori di senso diversi fra loro, ne consegue che esse non possono coesistere nello stesso tempo/istante discorsivo, ma "procedono contemporaneamente l'una nell'interazione con l'altra" (Turchi & Vendramini, 2016).

Coerentemente con la cornice teorico-epistemologica adottata, la salute può essere definita come «L'insieme delle modalità – discorsivamente intese – di configurazione

²⁰ Cfr. paragrafo 2.2.2 relativo al paradigma Narrativistico.

della realtà che contemplano, in termini di anticipazione, l'insorgenza di patologie e/o la generazione di teorie sulla malattia» (Turchi, 2016).

2.4 Riflessione epistemologica sulla Medicina Narrativa

Esplicitati gli elementi della riflessione e la cornice teorica all'interno della quale si colloca questo elaborato, si passa ora ad analizzare la medicina narrativa secondo i criteri teorico-epistemologici.

Durante la Conferenza di Consenso – *Linee di indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative* (2015) oltre alla formulazione di una definizione, la giuria aveva anche il compito di decidere la denominazione dell'oggetto trattato. Sia in ambito anglofono, sia in quello italiano (ma generalmente anche in altre lingue) sono in uso due denominazioni: “Medicina Narrativa” di matrice prevalentemente statunitense e “Medicina basata sulla narrazione” di matrice britannica (Conferenza di consenso, 2015). La dicitura “Medicina Narrativa” è molto più utilizzata ed è dizione ormai consolidata con una distribuzione che supera l'80% delle occorrenze rilevate in ogni principale lingua europea (Conferenza di consenso, 2015). Da un rilevamento su Google (aggiornato al 1° novembre 2014) effettuato sia sull'intero web, sia sull'insieme delle pagine delle singole lingue, ricercando la sequenza esatta di parole (racchiudendo, quindi, l'espressione indagata tra virgolette), si evincono i risultati anticipati (vedi *tabella 4* negli allegati). Prendendo in considerazione i valori rilevati, nel presente elaborato si è adottata la terminologia “medicina narrativa” in quanto è la dizione che si è maggiormente diffusa e quindi la più condivisa.

Andando nello specifico della riflessione epistemologica sulla metodologia, si pone innanzitutto l'attenzione ai termini utilizzati. Dal Dizionario Garzanti, Dizionario Zingarelli e Dizionario Etimologico si ricava che “*medicina*” è la «disciplina che studia le malattie e i mezzi per riconoscerle, curarle e prevenirle [...]». La parola “medicina” ritrova la sua radice storica nella parola “*iatría*” [dal n. gr. del trattamento medico *latréia*, da *iatros* 'medico'], per cui «in parole composte della terminologia medica, significa 'cura'», considerando poi il prefisso “*iatro*”, quest'ultimo indica la relazione con la medicina.

Proseguendo, la parola “*narrativa*”, intesa come aggettivo, significa “*che narra*” oppure “*che riguarda o è proprio del narrare*”. A sua volta il verbo “narrare”, etimologicamente contratto dall’antiquato “*gnarigare*”, trova il suo fondamento nella radice gna- *conoscere* e -igare *agere*, che indica l’azione e quindi “*Far conoscere raccontando*”.

Il termine “narrativa” in “Medicina Narrativa” può essere utilizzato come sostantivo, aggettivo o, in riferimento alla sua etimologia “narrare”, anche come verbo, cambiando così il senso della locuzione in base all’accezione considerata. Medicina narrativa intesa come

- “medicina (disciplina che si occupa dello studio delle malattie, della prevenzione, diagnosi e terapia) che narra”;
- “medicina che fa conoscere raccontando”. Anche se, considerata con questo senso, la dicitura appropriata dovrebbe essere “medicina narrante”;
- se invece si considera “narrativa” come sostantivo e quindi come genere letterario, la locuzione appropriata dovrebbe essere “narrativa medica”.

Si nota quindi come la locuzione “medicina narrativa” assuma valori di senso diversi in ogni momento in cui è impiegata. Questo è dovuto alla dimensione ostensiva²¹ del linguaggio ordinario, per cui «il valore di senso di una parola è il suo uso nel linguaggio», si costruisce nell’interazione e nell’impiego stesso della parola (Wittgenstein, 1967; Turchi, 2009). Se esistesse la parola “*iatronarrazione*” significherebbe, in base ai significati della propria radice e desinenza, “narrazione in relazione alla malattia”, come di fatti viene considerata attualmente la medicina narrativa.

La dicitura “medicina narrativa” si presenta come un accostamento di due termini che non viene eseguito in base ai significati semantici di ciascun termine (come invece può essere fatto con “*iatronarrazione*”), ma in base a criteri soggettivi che non tengono conto degli aspetti formali e semantici della locuzione che si va a creare, ma che con l’utilizzo ripetuto «sono entrati a far parte di un linguaggio di senso comune e condiviso, ma non per questo scientifico» (Foucault, 2016).

La locuzione “medicina narrativa” può assomigliare per la costruzione formale ad alcune delle diverse declinazioni della medicina, per cui si accosta un sostantivo ad un

²¹ Cfr. paragrafo 2.1.1 “Criteri di demarcazione”

aggettivo, come per esempio: medicina interna; medicina legale; medicina fisica e riabilitativa; medicina nucleare; medicina aerospaziale; medicina estetica; medicina subacquea e iperbarica; medicina alternativa.

Nelle diverse declinazioni della medicina, a livello formale, si possono trovare discipline definite da sostantivo insieme ad aggettivo: gli aggettivi che specificano il sostantivo “medicina” sono tutti aggettivi qualificativi posti in seguito al sostantivo, definiscono quindi la qualità del nome a cui sono riferiti. Per quanto riguarda queste locuzioni, sono tutte discipline attuate da un professionista, in particolare un medico, che svolge la sua azione sul piano fisico-biologico dell’individuo. Questa generalizzazione non può essere fatta allo stesso modo per la medicina narrativa, perché in base ai significati delle diverse parole, considerando la dicitura “medicina che narra” o “medicina che fa conoscere narrando” e considerando che il significato di medicina è “disciplina che si occupa dello studio delle malattie, della loro prevenzione, diagnosi e terapia”, l’accostamento con “narrativa” perde di senso scientifico (che invece permane come costruzione di senso all’interno del senso comune), in quanto la medicina ha l’obiettivo di studiare le malattie, trovare delle strategie di prevenzione, disporre di strumenti diagnostici e formulare delle terapie individuando e intervenendo sulla *noxa causalis*. Nel momento in cui questi compiti vengono assolti, la medicina è di per sé completa.

Quando si parla di “medicina interna”, per esempio, ci si riferisce allo studio delle malattie, prevenzione, diagnosi e cura relativamente agli organi interni, mentre questa analogia di accostamento non può essere fatta con la narrazione in quanto nel processo narrativo manca la *noxa causalis*, la causa della patologia. Collegare il racconto della storia di malattia con l’aumento dell’aderenza terapeutica secondo un principio causale, come avviene nella medicina narrativa, risulta essere un’operazione epistemologicamente infondata. Per esempio: quando due persone si salutano e una dice "ciao, come stai?" e l'altra risponde "bene grazie", non possiamo dire, se non per senso comune, che la domanda sia la causa della risposta. Possiamo, piuttosto, asserire che la domanda sia la ragione della risposta, il legame non è causale bensì retorico-argomentativo.

In ultima analisi, l’utilizzo del termine “medicina”, afferente a paradigmi meccanicistici nel piano di realismo monista insieme al termine “narrativa”, riguardante paradigmi

relativistici nel piano di realismo ipotetico²², crea un intreccio di livelli di realismo (monista per la medicina e ipotetico per la narrazione). La commistione di livelli di realismo diversi e quindi di differenti modalità di conoscere la realtà porta ad affermazioni di senso comune per il sincretismo di elementi inconciliabili.

Questa inconciliabilità è data dall'utilizzo contemporaneo di due modalità differenti di conoscenza di un unico oggetto (la malattia). La medicina narrativa si riferisce da un lato alla dimensione medica che si pone a un livello di realismo monista in cui la "realtà" si conosce attraverso una concezione deterministica nella quale vigono meccanismi causa/effetto. D'altra parte, si fa uso del termine "narrativa" che può essere impiegato sia in modo svincolato rispetto ad una teoria, attribuendo quindi lo stesso significato presente nel vocabolario e generando così un'affermazione di senso comune, oppure può fare riferimento alla piattaforma psichica. Nel secondo caso abbiamo dei racconti, per cui l'utilizzo del termine "narrativa" si pone a un livello di realismo ipotetico e la "realtà" si conosce solo tramite l'impiego di teorie che assumono la forma di ipotesi (Turchi, 2009).

La compresenza di queste modalità di conoscenza porta all'impossibilità di trarre conclusioni epistemologicamente adeguate rispetto ai livelli di realismo a cui la medicina e la narrazione si riferiscono. Questo in quanto i criteri di demarcazione sono diversi e dipendono dall'ente considerato (corpo o discorso). Le affermazioni che vengono fatte nell'ambito della medicina narrativa rimangono affermazioni di senso comune perché non possono rispettare contemporaneamente i criteri di scientificità sia del livello di realismo monista sia di quello ipotetico.

²² Cfr. paragrafo 2.2 "I livelli di realismo".

CAPITOLO 3

Una proposta metodologica per l'Educatore Professionale

3.1 Implicazioni e criticità della Medicina Narrativa alla luce della cornice teorica adottata

In seguito alle argomentazioni del capitolo precedente, in questo paragrafo si andranno a presentare le criticità e le implicazioni (ripercussioni) dell'applicazione della medicina narrativa per poter delineare, successivamente, l'esigenza e ipotizzarne una proposta di gestione. Questo affinché la risoluzione degli aspetti critici delineati non rimanga circoscritta ad una "risoluzione del problema", ma si allarghi verso la prospettiva di anticipazione dei bisogni.

Gli elementi riguardanti le implicazioni e le criticità sono stati suddivisi in categorie come segue:

Piano teorico-epistemologico:

- *Formulazione degli obiettivi:* come accennato al paragrafo 1.3, la formulazione degli obiettivi, dove presente, risulta eterogenea. Prendendo come esempio "offrire cure più etiche ed efficaci" oppure "migliorare i rapporti tra pazienti e operatori sanitari", l'utilizzo di termini diversi e di costrutti non definiti esplicitamente comporta uno slittamento dal senso scientifico al senso comune e l'adozione di obiettivi non condivisibili. Ciò appare tanto più evidente laddove l'obiettivo non venga definito in alcun modo (vedi Conferenza di Consenso, 2015) per cui accade che lo stesso venga formulato secondo riferimenti personali o che resti del tutto implicito.
- *Teorie di senso comune.* Non essendo esplicitate le teorie di riferimento, le definizioni della medicina narrativa non utilizzano concetti o costrutti scientificamente fondati e si attestano, perciò, sul piano del senso comune. Nei contributi in letteratura, infatti, ogni autore riporta le proprie definizioni che differiscono da quelle dei colleghi senza esplicitare la teoria a cui fanno riferimento.
- *Termini di senso comune.* Nella delineazione degli interventi di medicina narrativa, l'utilizzo della terminologia fa riferimento al senso comune. Per esempio,

scegliendo come obiettivo “incoraggiare la persona a raccontarsi” (Maccarone, 2014), l’utilizzo del termine “incoraggiare” si pone come formulazione di senso comune: quando si può dire di aver “incoraggiato” qualcuno a raccontarsi? Ognuno attribuisce un senso diverso al termine “incoraggiare”, quindi per qualcuno può essere l’esortare con frasi come “Forza, coraggio, la ascolto.”, per altri mettere a disposizione carta e penna, per altri qualcosa di ancora diverso. È quindi un termine, come tanti altri in questo contesto, che è soggetto all’ostensione e ogni volta che lo si impiega cambia il proprio valore in virtù dell’uso che se ne fa.

- *Condivisibilità tra professionisti.* La molteplicità di definizioni²³, propria di un livello di realismo ipotetico, comporta l’adozione di riferimenti differenti tra i vari professionisti. In questo modo è possibile che ogni medico si attenga a criteri personali e che quindi il proprio operato non sia condivisibile con quello degli altri. Non essendo esplicitate, anche le teorie personali dei medici stessi possono modificarsi e il professionista potrebbe trovarsi ad utilizzare riferimenti diversi in momenti diversi. Così facendo si compromette la coerenza del lavoro intrapreso e quindi l’efficacia rispetto a un obiettivo.

Piano operativo:

- *Aumento del carico lavorativo.* Riprendendo l’esempio precedente, “incoraggiare la persona a raccontarsi” promuove l’espressione del paziente, il quale potrebbe ritenere pertinente rivolgersi al medico per aspetti non sanitari. Impegnare il medico in discorsi che richiedono un tempo considerevole per l’ascolto e che non hanno un uso definito rispetto all’intervento clinico, ma fanno ricorso al buon senso del medico stesso e quindi al senso comune, potrebbe portare all’aumento del carico lavorativo dell’equipe medica. Questo diviene un elemento di criticità in quanto al momento le risorse del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono insufficienti e in futuro non sarà possibile affidarsi unicamente al SSN per esercitare il diritto alla salute (IRCCS, 2015; Lamanna & Trastulli, 2012; Vella, 2019).
- *Scelta arbitraria dello strumento.* Come riportato dal documento conclusivo della Conferenza di Consenso (2015), viene lasciata al paziente la possibilità di scegliere lo strumento più adatto all’espressione personale, ma quest’ultimo non possiede la preparazione teorica per poter valutare se uno strumento è migliore rispetto ad un

²³ Cfr paragrafo 1.1 “La definizione di Medicina Narrativa”

altro per perseguire l'obiettivo che il medico si pone. Dunque, non è chiaro in virtù di cosa venga compiuta questa scelta: se si traslasse la stessa situazione in ambito clinico-sanitario sarebbe come lasciare scegliere al paziente quali esami clinici effettuare.

- *Valutazione dell'efficacia.* Nei contributi presenti in letteratura è sottolineata la mancanza di dati di valutazione rilevanti dell'efficacia della medicina narrativa (Fioretti, Mazzocco, Riva, Masiero, & Pravettoni, 2016; Milota, M., van Thiel, G., & van Delden, J., 2019; Zaharias, 2018; Zannini, 2019; Zhou, Wu, & An, 2015). Questo in quanto non essendoci un obiettivo esplicito o, laddove esso sia stato esplicitato, trattandosi di strategie (come per esempio “far esprimere il paziente”), non c'è un riferimento per rilevare l'efficacia dell'intervento. Non si è quindi nelle condizioni di dire se una strategia o un intervento siano più o meno efficaci di altri.

Piano interattivo-comunicativo:

- *Competenze professionali adeguate.* La medicina narrativa viene attuata da un medico o da professionisti dell'equipe medica che per definizione e ruolo hanno competenze cliniche legate all'unità anatomo-funzionale (il corpo) e fanno riferimento al Modello Operativo Medico. L'utilizzo di questo modello per la gestione della narrazione non è adeguato in quanto non fornisce le competenze adatte a tale compito.
- *Efficacia nella promozione del cambiamento.* Al momento non viene citata in letteratura la presenza di figure professionali alternative ai medici e sanitari che agiscano in questo contesto con le competenze specifiche e adeguate alla gestione delle narrazioni. L'eventualità che si verifichi un cambiamento in questo modo si riduce, restando possibile per pura casualità.

In conclusione, il testo che viene raccolto nell'ambito della medicina narrativa contribuisce a generare la configurazione di “persona malata”. Ciò in quanto i discorsi che si vanno a creare in questo contesto si riferiscono esclusivamente alla malattia, senza considerare la possibilità che si integrino realtà diverse. Viene considerato solo l'aspetto sanitario, senza valutare una prospettiva più ampia di salute.

Si riduce, inoltre, la portata generativa dell'intervento dato che si trattano i discorsi e le narrazioni come dei meccanismi, così come viene trattato anche il corpo.

In questo modo non si promuove la generazione di scenari alternativi a quelli esistenti, ma si mantiene la configurazione in termini sanitari. L'utilizzo del testo raccolto da parte del medico è infatti finalizzato alla scelta della terapia e all'aderenza terapeutica, non alla promozione della salute (che integra la sanità, ma non la esaurisce). Cercando di distanziarsi dal modello bio-medico e dall'opposizione malattia/guarigione, la medicina narrativa ne riprende invece i principi agendo su un piano medico e sanitario: in quanto viene data rilevanza ai discorsi solo nell'ambito ristretto della presa in carico della patologia.

3.2 Delineazione dell'esigenza

I bisogni – le richieste – rilevati empiricamente e a cui i medici hanno cercato di rispondere tramite l'ideazione della medicina narrativa e la presa in carico “olistica” del paziente si riferiscono alla necessità di aderenza terapeutica, sia dal punto di vista della terapia farmacologica che delle prescrizioni comportamentali. Si è ricercata anche una miglior relazione col paziente, caratterizzata da più “umanità” e “comprensione”, integrando i diversi punti di vista relativi al vissuto di malattia e il bisogno di gestire le relazioni anche con i familiari e caregiver dei pazienti; per cui, oltre all'aspetto bio-medico, si è tentato di integrare anche aspetti psico-sociali al fine di determinare un percorso di cura personalizzato e migliorare l'aderenza terapeutica (Charon, 2021; Zaharias, 2018; Bert, 2009). Si è notato, quindi, che parlando con il paziente e accorciando le distanze con lui la situazione clinica migliorava (Ministero della Salute, 2016). Nel tentativo di sistematizzare questa procedura, l'infrazione epistemologica che è stata commessa è quella di ricondurre al piano sanitario il discorso e l'interazione, quando invece ciò si riferisce alla salute.

Inoltre, la scelta da parte dei medici di focalizzarsi sui bisogni diventa un elemento di criticità dato che è possibile rilevare i bisogni solo *post hoc*, non potendoli anticipare (a differenza dell'esigenza); la soddisfazione di un bisogno farà sì che immediatamente se ne generi un altro in quanto non si interviene nel processo che lo ha generato. Da qui la scelta, in questo elaborato, di focalizzarsi sull'esigenza.

L'esigenza che si può delineare, cioè il processo che consente di estinguere o anticipare il bisogno, è dunque quella di ripensare all'organizzazione della presa in carico del

paziente, che contempi, oltre alla gestione sanitaria, una gestione dell'interazione e del discorso guidata dall'obiettivo di promozione della salute con il sostegno di una metodologia rigorosa rispetto all'obiettivo, riportando l'ambito sanitario all'interno di quello più ampio della salute; citando Foucault, ripristinando l'ordine del discorso.

3.3 Proposta di gestione dell'esigenza

Si è messo in luce come l'ideazione della medicina narrativa emerga da bisogni di diversa natura e tipologia. La modalità con cui si è tentato di rispondere a quei bisogni si rivela un intervento che non può essere considerato scientifico nella sua formulazione e attuazione. La medicina narrativa non offre una metodologia di intervento rigorosa e scientifica in quanto non offre una teoria da applicare, ma si compone di una serie di pratiche che vengono attuate secondo criteri personali del singolo professionista, e, laddove la teoria non sia esplicitata, si utilizzano teorie personali e quindi di senso comune.

Per questo, una strategia di gestione di tali criticità potrebbe trovare riscontro nella delineazione di prassi metodologiche in virtù del contesto epistemologico in cui si inserisce l'interazione. Operativamente questo si può tradurre nell'inserimento di una figura professionale che disponga di competenze adeguate al processo di raccolta, analisi e cambiamento del testo prodotto e che si faccia carico della gestione sul piano organizzativo. L'inserimento di tale ruolo, in collaborazione con il medico, disponendo di competenze metodologiche adeguate alla gestione dell'interazione relativamente alla configurazione che si fa della realtà, può essere utile per promuovere salute e gestire l'incertezza. In questo modo il medico, che è un professionista sanitario e per ruolo e definizione non presenta competenze e metodi specifici per la gestione dell'interazione, può collaborare insieme ad un professionista che si occupa di linguaggio e governo di esso, mediante una metodologia rigorosa, osservando la configurazione che le varie polarità generano della malattia, per intervenire, in seguito, in cooperazione, verso un obiettivo comune di salute che comprende anche il piano sanitario.

Verrà messo in luce come l'educatore professionale possa ricoprire questo ruolo sulla scorta delle competenze di cui dispone.

3.3.1 L'Educatore Professionale: Inquadramento normativo e competenze

Attualmente il profilo professionale dell'Educatore Professionale è declinato dal DM 8 ottobre 1998, n. 520 "Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502".

Nel DM 520/98 l'educatore professionale viene descritto come «l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativi/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà». (DM 520/1998, 1998).

All'interno del Core Competence dell'educatore professionale si fa riferimento alla "*Guida pedagogica per il personale sanitario OMS*" (Guilbert, 2002) utilizzata per la definizione degli aspetti relativi alla formazione professionale. In particolare, si fa riferimento all'educatore come a quel professionista esperto nella pianificazione educativa mediante le fasi di definizione degli obiettivi, costruzione del programma educativo e valutazione dei processi (Crisafulli, Molteni, & Paoletti, 2010; Guilbert, Palasciano, & Lotti, 2002). Nell'ultima versione della Guida (2002) viene introdotta, nella sezione relativa alla definizione degli obiettivi, «l'identificazione dei problemi prioritari di salute e la definizione dei compiti e obiettivi dell'educatore» enfatizzando il fatto che solo partendo dai problemi di salute di una popolazione si può garantire una formazione pertinente al personale sanitario, cioè pertinente ai bisogni di salute della comunità (Crisafulli, Molteni, & Paoletti, 2010).

Il gruppo di lavoro dell'Associazione Nazionale Educatori Professionali (ANEP), condividendo i contenuti della Guida Pedagogica del personale sanitario, ha individuato i problemi prioritari di salute e definito le competenze attese da un educatore professionale: in questa sede si approfondiranno in particolare le competenze dell'educatore (ANEP, Associazione Nazionale Educatori Professionali, 2023).

Queste ultime rientrano in tre tipologie denominate da Guilbert come intellettuale, comunicativa e gestuale. All'interno di queste categorie sono così definite: analisi dei

bisogni del territorio; progettazione di servizi ed interventi; organizzazione; realizzazione di attività assistenziali e sociosanitarie; rendiconto dei processi e delle risorse; produzione della documentazione relativa all'utente; valutazione del processo generale e dell'intervento educativo; attivazione di reti territoriali (Crisafulli, Molteni, & Paoletti, 2010; Crisafulli, 2016). In particolare, dai Descrittori di Dublino (2005) contenuti nel *Framework for the Qualifications of the European Higher Education Area* (EHEA), si evincono le competenze specifiche per la progettazione (strumento cardine dell'educatore) che, lette in rapporto tra di loro, descrivono in modo specifico e completo la capacità dell'educatore di esercitare il proprio ruolo: conoscenze dichiarative e abilità pratiche, comunicazione e relazione, lavoro in equipe, autonomia professionale, apprendimento e crescita professionale (Bologna Working Group, 2005).

3.3.2 L'Educatore Professionale in senso Dialogico: Il Modello Operativo Dialogico (M.O.D.) e la metodologia per l'analisi dei dati M.A.D.I.T

L'educatore è un professionista che, tramite l'interazione, ha la possibilità di promuovere produzioni discorsive che generano un cambiamento a livello di sistema-paese, intervenendo dove si costruisce la salute e quindi nella e con la Comunità. Ha la possibilità di promuovere salute intesa come quel processo dialogico che pone le persone, in interazione con i membri della comunità, nella condizione di poter anticipare le implicazioni delle proprie condotte, sul piano sia organico sia interattivo (Turchi, 2016).

L'educatore si configura come un operatore sociale e sanitario che può quindi occuparsi della coesione sociale²⁴ in associazione all'aspetto sanitario, agendo per la promozione della salute che comprende suddetti aspetti. Questo è utile ai fini della mediazione tra il medico, il paziente e tutte le persone implicate nel processo di cura, attraverso metodologie adeguate al ruolo professionale. L'educatore, come operatore dialogico, ha la possibilità di utilizzare una metodologia dotata di prassi rigorose e aderenti al livello di realismo concettuale (considerando che l'educatore non agisce sull'unità anatomo-

²⁴ La coesione sociale è intesa in termini dialogici come «l'insieme delle modalità, discorsivamente intese, di configurazione della realtà che concorrono alla gestione condivisa tra i membri di una Comunità degli aspetti critici che vengono anticipati in virtù di obiettivi comuni.» (Turchi, 2016)

funzionale, ma nell'interazione), potendo in seguito valutarne l'efficacia secondo criteri scientifici.

A differenza dei professionisti esclusivamente sanitari che si servono del Modello Operativo Medico, l'educatore professionale, per il livello di realismo in cui si pone il suo intervento e quindi per il paradigma conoscitivo di riferimento può fare uso del Modello Operativo Dialogico che considera come oggetto di indagine le modalità con cui si utilizza il linguaggio, con obiettivo la promozione del cambiamento della configurazione discorsiva di salute attraverso l'interazione dialogica. Il Modello Operativo Dialogico pone come proprio assunto teorico (cioè l'oggetto d'intervento) le "produzioni discorsive", ovvero l'insieme di dati messi a disposizione dalla Teoria dell'Identità Dialogica. Partendo da tali presupposti, il criterio conoscitivo per l'intervento è di tipo "dialogico": questo mette l'operatore nella condizione di attivare un piano di intervento ovunque si dipani il linguaggio naturale.

La casualità e l'incertezza diventano così occasione per generare opportunità di cambiamento della configurazione (di malattia e quindi di salute) attraverso una modalità che consente di sganciarsi dal piano di realismo meccanicistico o ipotetico della medicina narrativa per collocarsi su un livello di realismo concettuale che si concentri sulle modalità di costruzione della realtà.

Le prassi del modello operativo sopra descritto sono:

- *Sinesi*: la raccolta della configurazione discorsiva attraverso la formulazione di domande aperte. L'impiego delle domande deve aver l'obiettivo di raccogliere tutti gli elementi impiegati nella configurazione della realtà di salute da parte dell'utente, dei familiari o del medico;
- *Skepsi*: l'osservazione della configurazione discorsiva tramite la denominazione dei repertori discorsivi (le regole di configurazione della realtà di salute). Ciò consente all'operatore di definire le strategie per intervenire;
- *Anticipazione*: l'operatore anticipa gli scenari di salute futuri che possono generarsi a partire da ciò che l'utente sta configurando;
- *Dieghesia*: tramite l'utilizzo di strategie da parte dell'educatore, l'innesco e la generazione di una configurazione discorsiva che vada oltre a quella disponibile. Le strategie utilizzate si concretizzano in stratagemmi, artifici

retorico-argomentativi²⁵ con l'obiettivo di generare produzioni discorsive che configurano una realtà altra da quella presente e di modificare la coerenza narrativa promuovendo 'nuove possibilità';

- *Valutazione dell'efficacia*: data dalla differenza della coerenza narrativa tra la configurazione generata e quella iniziale. Lo scarto è rilevato sul cambiamento della regola nell'uso del linguaggio, non solamente sul piano del contenuto. Questa rilevazione è utile sia per l'attestazione dell'efficacia sia come monitoraggio per l'educatore come indicatore per muoversi verso l'obiettivo;
- *Promozione* (della salute): mantenimento/genesi di configurazioni discorsive orientate verso l'obiettivo dell'intervento (Turchi, 2016).

A fronte della collocazione del modello operativo a disposizione dell'educatore professionale entro la cornice teorico-metodologica della Teoria dell'Identità Dialogica, i dati raccolti nella prassi della *sinesi* sono analizzabili secondo la metodologia M.A.D.I.T. – Metodologia per l'analisi dei dati informatizzati testuali (Turchi e Gherardini, 2014; Turchi e Orrù, 2014; Turchi, 2021). Tale metodologia, coerentemente alla cornice teorica, ha come oggetto di indagine il dato testuale, che a livello operativo viene indicato come "testo", ovvero le produzioni discorsive generate a partire dalle domande aperte utilizzate nella prima prassi. A partire dalla formalizzazione dei repertori discorsivi è possibile disporre di una misura della configurazione discorsiva, definita Peso Dialogico, che rappresenta la generatività di ogni repertorio, ovvero del contributo che ciascun repertorio discorsivo apporta alla generazione di realtà altre rispetto a quella data (Turchi e Gherardini, 2014). I repertori discorsivi, a seconda delle

²⁵ Per la creazione degli stratagemmi retorico-argomentativi i criteri da osservare possono essere così riassunti (Colaiani & Ciardiello, 2012):

Lo stratagemma deve essere necessariamente generico e sufficientemente specifico:

deve rispondere al criterio della necessaria genericità in quanto deve essere costruito e gestito in modo tale da fare in modo che tutte le parti coinvolte offrano il proprio specifico contributo rispetto all'argomento oggetto dello stratagemma; deve rispondere al criterio della sufficiente specificità, ovvero deve riportare come oggetto della domanda un argomento rispetto al quale si anticipi la possibilità di configurare, raccogliendolo, un testo discorsivamente differente dal precedente (altrimenti l'intervento concorrerebbe a mantenere la configurazione di realtà presente). Lo stratagemma deve essere costruito con una domanda o una proposta "aperta" consegnata in modo da permettere di rilevare/generare le produzioni discorsive funzionali alla generazione della configurazione di realtà terza. Lo stratagemma deve contemplare come oggetto tutte le opzioni che è possibile anticipare (Colaiani & Ciardiello, 2012). Per la raccolta della configurazione della realtà è possibile l'utilizzo di "mediatori" e strumenti per la raccolta del testo: si può utilizzare qualunque strumento che consenta l'interazione. Il testo che si genera nell'interazione, e che si può raccogliere, potrebbe essere diverso dalla forma testuale, per esempio anche tramite un'interazione con disegni.

loro proprietà e caratteristiche, sono suddivisi in tre classi d'ordine: repertori discorsivi generativi, definiti come regole dell'uso del linguaggio naturale che si caratterizzano per promuovere una spinta verso la generazione di configurazioni discorsive altre rispetto a quelle esistenti; repertori discorsivi di mantenimento, definiti come regole dell'uso del linguaggio naturale che concorrono a mantenere le configurazioni discorsive "identiche a loro stesse" rispetto alle proprietà processuali; repertori discorsivi ibridi, definiti come regole dell'uso del linguaggio naturale che possono assumere un orientamento sia di mantenimento sia generativo, non apportando singolarmente né la possibilità della generazione di configurazioni di senso diverse da quelle in corso, né la possibilità del mantenimento di quanto si sta configurando. Essi assumono e aggiungono un valore di generazione o di mantenimento a seconda della classe di appartenenza dei repertori con cui si trovano a interagire nella configurazione (Turchi, 2009).

Attraverso l'analisi del testo e la denominazione dei repertori discorsivi, si rende possibile misurare il dato testuale, trasformandolo in dato numerico, ottenendo in questo modo una misura del grado di salute espressa dai rispondenti (Turchi & Orrù, 2014). La disponibilità di una misura di salute da parte di tutti i ruoli coinvolti nel percorso di promozione della salute (paziente, familiari, medici e sanitari e quant'altri) consente di disporre di dati tra loro comparabili che sovrapposti danno un quadro dell'allineamento rispetto al grado di salute che si configura attraverso un andamento diacronico.

Negli allegati (*figura 5 e tabella 6*) si presenta la descrizione dei repertori discorsivi con la loro collocazione all'interno della tavola periodica semi-radiale per l'identificazione del peso dialogico di ciascun repertorio.

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE FUTURE

Il presente elaborato si è posto l'obiettivo di analizzare i fondamenti scientifici alla base della medicina narrativa e, in seguito, di descrivere in che modo l'Educatore Professionale può promuovere salute con una metodologia epistemologicamente adeguata.

Per perseguire l'obiettivo è stata presentata la descrizione della medicina narrativa mediante la revisione della letteratura allo stato dell'arte. La metodologia è stata poi analizzata secondo i criteri dell'analisi epistemologica, cioè di quella branca della conoscenza che si occupa delle condizioni di validità del sapere scientifico.

La conclusione a cui si è giunti è che l'assenza di una teoria di riferimento fa sì che il senso della locuzione "medicina narrativa" sia quello del senso comune: non avendo a disposizione una definizione unica e un riferimento teorico entro il quale i termini acquisiscano rigore scientifico resta il linguaggio ordinario soggetto all'ostensione che genera, appunto, senso comune.

Attraverso l'analisi epistemologica, si sono identificati i livelli di realismo e il piano epistemologico su cui si pone la medicina narrativa.

L'accostamento dei termini "medicina" e "narrativa" assume significati diversi in momenti e contesti diversi. Questo è dovuto alla dimensione ostensiva del linguaggio ordinario che oscilla in modo più ampio nel momento in cui l'attribuzione di senso non è legata a definizioni esplicite inserite in una teoria di riferimento.

La medicina narrativa è stata introdotta dai professionisti sanitari in seguito alla rilevazione empirica di un bisogno a cui si è cercato di rispondere mediante l'inserimento nella pratica clinica di un momento dedicato alla raccolta delle narrazioni dei pazienti. Si è visto in questo modo che l'aderenza terapeutica (il bisogno rilevato) in alcuni casi aumentava. Cercando di sistematizzare questa procedura, l'infrazione epistemologica che è stata commessa è stata quella di ricondurre al piano sanitario il discorso e l'interazione, quando invece questi si riferiscono alla salute. In questo modo si confermano e fortificano i discorsi propri del piano sanitario e si diminuisce la portata generativa di discorsi, quindi anche di scenari, diversi. Inoltre, si riduce la possibilità di promuovere salute anche per l'inadeguatezza teorica, per cui si trattano i discorsi come dei meccanismi. Così facendo si opera in modo inappropriato e inefficace senza l'adozione di una cornice teorica adatta. Si incorre nella fallacia *post hoc ergo propter hoc* per cui si afferma, erroneamente, che due avvenimenti che si susseguono temporalmente siano il primo la causa del secondo. Ne è un esempio, dunque, considerare il far esprimere il paziente rispetto alla propria malattia come

la causa diretta dell'aumento dell'aderenza terapeutica. In questo caso non è appropriato parlare di legame causale, dato che non si tratta di meccanismi, ma è un legame di tipo retorico-argomentativo, quindi espresso in termini di ragioni (e non di cause).

A fronte di ciò è stata rilevata l'esigenza, cioè il processo che genera il bisogno e che, se gestito correttamente, consente di anticipare ed estinguere il bisogno stesso. L'esigenza identificata è quindi quella di ripensare all'organizzazione della presa in carico del paziente, che contempi, oltre alla gestione sanitaria, una gestione dell'interazione e del discorso guidata dall'obiettivo di promozione della salute.

Operativamente questo si può tradurre nell'inserimento di una figura professionale che disponga di competenze adeguate al processo di raccolta, analisi e cambiamento del testo prodotto e che si faccia carico della gestione sul piano organizzativo.

L'inserimento di tale figura, in collaborazione con i professionisti sanitari, può essere utile per promuovere salute e gestire l'incertezza.

La proposta metodologica presentata per l'Educatore Professionale vuole mettere a frutto l'intuizione dei sanitari, cioè l'utilizzo del discorso per generare cambiamento, riportando i discorsi e le interazioni ad un livello più ampio di salute, legato ad un apparato concettuale adeguato. Il riferimento teorico identificato per la formulazione dell'intervento è rappresentato dalla Scienza Dialogica e in particolare dalla Teoria dell'Identità Dialogica in quanto si propone di descrivere il modo in cui gli elementi processuali del linguaggio ordinario (i repertori discorsivi e le proprietà processuali) interagiscono tra loro dando assetto a configurazioni discorsive.

L'Educatore Professionale ha la possibilità di promuovere salute mediante la gestione dei processi discorsivi con l'uso di una metodologia scientifica e adeguata all'oggetto considerato.

L'adozione di metodologie appartenenti al senso scientifico consente una maggior gestione dell'incertezza (cioè la gestione di uno scenario senza possibilità di previsione) che altrimenti lascerebbe spazio a una grande quota di casualità.

In questo elaborato il Modello Operativo Dialogico è stato presentato unicamente in linea teorica: l'attuazione operativa in un futuro progetto di ricerca può essere utile al fine di rendere più esaustiva l'argomentazione presentata e consentire all'Educatore Professionale di padroneggiare gli elementi teorici presentati.

BIBLIOGRAFIA

- A.A.V.V. (1978, September 12). *The International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata.
- Bert, G. (2009). *La medicina narrativa nella formazione dei professionisti sanitari*. Rapporti ISTISAN Torino: Istituto CHANGE di Counselling Sistemico.
- Bologna Working Group. (2005). *A Framework of Qualifications of the European Higher Education Area*. Copenhagen, Danish Ministry of Science, Technology Innovation.
- Bruner, J. (1987). *Life as narrative*. The Johns Hopkins University Press.
- Buffon, M., Mazzariol, E., Sartor, G., & Suter, N. (2021). *Gli strumenti della Medicina Narrativa per la promozione del self-care dell'infermiere. Una revisione della letteratura*.
- Cela, A. (2022). *Nursing e medicina narrativa: un approccio per il paziente in emodialisi. Revisione della letteratura*. Padova
- Celleghin, E., & Turchi, G. P. (2010). *Psicologia delle differenze culturali e clinica della devianza. Occasione peripatetica per un'agorà delle politiche sociali*. UPSEL Domeneghini.
- Charon, R. (2021). *Medicina Narrativa. Onorare le storie dei pazienti*. Milano: Cortina Raffaello.
- Colaiani, L., & Ciardiello, P. (2012). *Cambiamo discorso. Diagnosi e counselling nell'intervento sociale secondo la scienza dialogica*. Milano: Franco Angeli.
- Conferenza di consenso. (2015). *Conferenza di consenso. Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative*. Roma: Istituto Superiore di Sanità
- Crisafulli, F. (2016). *E.P. Educatore Professionale. Competenze, formazione e ricerca, strumenti e metodologie*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.
- Crisafulli, F., Molteni, L., & Paoletti, L. (2010). *Il "core competence" dell'educatore professionale. Linee di indirizzo per la formazione*. Unicopli.
- DM 520/1998. (1998, ottobre 8). *Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*.
- Enciclopedia Garzanti. (1981). *Enciclopedia Garzanti di filosofia*. Milano: Garzanti.
- Enciclopedia Treccani. (s.d.). *Enciclopedia Italiana di scienze, lettere ed arti*. Roma: Treccani Libri

- Fawcett, J. (1995). *Conformità: definizioni e questioni chiave*. The Journal of Clinical Psychiatry, 4-10.
- Foucault, M. (2016). *Le parole e le cose. Un'archeologia delle scienze umane*. Translated by E. A. Panaitescu. Bureau: Biblioteca Univ. Rizzoli.
- Fox, D., & Hauser, J. (2021). *Esplorare la percezione e l'uso della medicina narrativa per specialità medica: un'analisi qualitativa*. doi:10.1186/s13010-021-00106-w
- Gherardini, V., & Truchi, G. P. (2014). *La mediazione dialogica. Fondazione scientifica, metodo e prassi in ambito penale, civile e commerciale, familiare e di comunità*. Milano: Franco Angeli.
- Good, B. (2006). *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino: Einaudi Editore.
- Greenhalgh, T., & Hurwitz, B. (1998). *Narrative Based Medicine. Dialogue and Discourse in Clinical Practice*. Londra.
- Guilbert, J., Palasciano, G., & Lotti, A. (2002). *Guida pedagogica per il personale sanitario*. Edizioni dal Sud.
- Heisenberg, W. (1991). *Indeterminazione e realtà*. Napoli: Guida.
- Hurwitz, B. (2011). *Incontro tra narrazioni e evidenze per una sanità da trasformare*. Palazzo delle Stelline, Milano.
- IRCCS. (2015). *5° rapporto sulla Non Autosufficienza in Italia, Network Non Autosufficienza. Un futuro da ricostruire*. Bologna.
- Kant, I. (1976). *Critica alla ragion pura (trad. it.)*. Milano: Adelphi.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). *Cultura, malattia e cura: lezioni cliniche dalla ricerca antropologica e interculturale*. Ann Intern Med. doi:10.7326/0003-4819-88-2-251
- Kuhn, T. (1969). *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*. Torino: Einaudi.
- Lamanna, C., & Trastulli, E. (2012). *Accessi impropri al Pronto Soccorso e H24*.
- Launer, J. (2018). *Narrative-Based Practice in Health and Social Care: Conversations Inviting Change*. 2nd ed. Radcliffe Medical Press.
- Maccarone, M. (2014). *Medicina narrativa: un'inchiesta*. Roma: Università della Sapienza
- Marinelli, M. (2015). *Trattare le malattie, curare le persone*. Milano: Franco Angeli.
- Neilson, S. (2022). *A logical development: biomedicine's fingerprints are on the instrument of close reading in Charonian Narrative Medicine*. Med Humanit.
- Ottawa, L. C. (1986). *La Carta di Ottawa per la promozione della salute. 1° Conferenza Internazionale sulla promozione della salute*. Ottawa, Canada.

- Pianigiani, O. (1990). *Vocabolario etimologico della lingua italiana*. La Spezia: F.lli Melita.
- Sanità, I. S. (2009). *Convegno medicina narrativa e malattie rare*. Roma.
- Turchi, G. (2009). *“Dati senza numeri”: per una metodologia dell'analisi dei dati informatizzati testuali MADIT*. Bologna: Monduzzi Editore.
- Turchi, G. P. & Vendramini, A. (2016). *De Rerum Salute*. EdiSES Università.
- Turchi, G. P. (2016). *Manuale Critico di Psicologia Clinica*. EdiSES Università.
- Turchi, G. P., & Orrù, L. (2014). *Metodologia per l'analisi dei dati informatizzati testuali. Fondamenti di teoria della misura per la Scienza Dialogica*. Napoli: EdiSES.
- Turchi, G., & Della Torre, C. (2007). *Psicologia della Salute. Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico*. Roma: Armando Editore.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York Norton.
- Wittgenstein, L. (1967). *Ricerche filosofiche*. Torino: Einaudi.
- World Health Organization, (1948). *International digest of health legislation*. Ginevra: WHO
- Zannini, L. (A cura di). (2009). *Convegno. Medicina narrativa e malattie rare*. Istituto Superiore di Sanità. Convegno Medicina Narrativa e malattie rare (p. 155). Roma: Rapporti ISTISAN.
- Zannini, L. (2014-2015). *Pensare la valutazione della formazione alla medicina narrativa : riflessioni ed esperienze*, (p. 171-193). Lecce.

SITOGRAFIA

- Ahlzén, R. (2019). *Narrativity and medicine: some critical reflections*. *Philos Ethics Humanity Med.* Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31307498/> (Consultato il 27 marzo 2023)
- ANEP, *Associazione Nazionale Educatori Professionali*. (2023). Tratto da <https://www.anep.it/>. (Consultato il 5 giugno 2023)
- Banfi, P., Cappuccio, A., Latella, M., Reale, L., Muscianisi, E., & Marini, M. G. (2018). *Narrative medicine to improve the management and quality of life of patients with COPD: The first experience applying parallel chart in Italy*. *International Journal of COPD*, 13, 287–297. Tratto da <https://doi.org/10.2147/COPD.S148685> (Consultato il 24 marzo 2023)
- Boyd, K. (2000). *Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts*. *Medical Humanities*, 26(1):9-17. doi: 10.1136/mh.26.1.9. PMID: 12484312. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12484312/> (Consultato il 27 marzo 2023)
- Chen, P., Huang, C., & Yeh, S. (2017). *Impatto di un programma di medicina narrativa sui punteggi di empatia degli operatori sanitari nel tempo*. doi:10.1186/s12909-017-0952-x Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28679379/> (Consultato il 20 marzo 2023)
- Digital Narrative Medicine. (2015). Tratto da *Medicina Narrativa Digitale*: <https://digitalnarrativemedicine.com/it/> (Consultato il 20 marzo 2023)
- Engel, G. (1977). *The need for a new medical model: a change for bio-medicine*. *Science*, 8;196(4286):129-36. doi: 10.1126/science.847460. PMID: 847460. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/847460/> (Consultato il 27 marzo 2023)
- Fioretti, C., Mazzocco, K., Riva, S., Masiero, M., & Pravettoni, G. (2016). *Research studies on patients' illness experience using the Narrative Medicine approach: a systematic review*. *BMJ open*. Tratto da <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011220> (Consultato il 5 giugno 2023)
- Launer, J. (1999). *Narrative based medicine: a narrative approach to mental health in general practice*. *BMJ (Clinical research ed.)*, 318(7176), 117–119. Tratto da <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7176.117> (Consultato il 24 marzo 2023)

- MedicinaNarrativa.eu* (s.d.) *La medicina narrativa nella pratica clinica quotidiana: intervista al dott. Nicola Fazio.* (s.d.). Tratto da: <https://www.medicinanarrativa.eu/la-medicina-narrativa-nella-pratica-clinica-quotidiana-intervista-al-dott-nicola-fazio>
(Consultato il 20 marzo 2023)
- Medicina Narrativa.eu.* (s.d.). Tratto da Il portale ISTUD di Medicina narrativa: <https://www.medicinanarrativa.eu/medicina-narrativa-portale-istud>
(Consultato il 20 marzo 2023)
- Medicina narrativa: cos'è, a cosa serve e quali obiettivi si prefigge.* (s.d.). Tratto da <https://www.vidas.it/medicina-narrativa-racconti-storie-di-cure/#:~:text=La%20medicina%20narrativa%20%C3%A8%20un%20metodo%20di%20intervento,di%20coloro%20che%20collaborano%20nel%20percorso%20di%20cura.>
(Consultato il 20 marzo 2023)
- Milota, M., van Thiel, G., & van Delden, J. (2019). Narrative medicine as a medical education tool: A systematic review. *Medical Teacher*, 41:7, 802-810. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30983460/>
(Consultato il 5 giugno 2023)
- Ministero della Salute. (2016). *Ministero della Salute. Piano nazionale della cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.* Tratto da [C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/menuContenutoRapportiInternazionali.jsp?area=rapporti&menu=mondiale) ([salute.gov.it](https://www.salute.gov.it))
(Consultato il 12 luglio 2023)
- Ministero della salute. (2023). Tratto da <https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/menuContenutoRapportiInternazionali.jsp?area=rapporti&menu=mondiale>
(Consultato il 12 luglio 2023)
- Remein, C. D., Child, E., Pasco, J. C., Trinquart, L., Flynn, D. B., Wingerter, S. L., . . . Benjamin, E. J. (2020). *Content and outcomes of narrative medicine programmes: a systematic review of the literature through 2019.* *BMJ open*. Tratto da <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031568>
(Consultato il 24 marzo 2023)
- Scienza dialogica. (2022). Tratto da <https://www.scienzadiologica.com/>
(Consultato il 19 aprile 2023)
- SIMeN.* (s.d.). Tratto da Medicina Narrativa | SIMeN | Società Italiana di Medicina Narrativa: <https://www.medicinanarrativa.network/>
(Consultato il 20 marzo 2023)

- Urso, D. (2014). *Integrare l'emergenza-urgenza con l'assistenza domiciliare per ridurre i ricoveri inappropriati: uno studio pilota*. Tratto da: https://www.researchgate.net/publication/307783038_Integrare_l'emergenza-urgenza_con_l'assistenza_domiciliare_per_ridurre_i_ricoveri_inappropriati_uno_studio_pilota
(Consultato il 12 luglio 2023)
- Vella, M. (2019). *Effetti collaterali delle carenze della sanità pubblica in Italia*. VITA. Tratto da [Salute.pdf \(unisi.it\)](#)
(Consultato il 5 giugno 2023)
- Zaharias, G. (2018). *Narrative-based medicine and the general practice consultation: Narrative-based medicine 2*. Canadian family physician Medecin de famille canadien, 286–290. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29650604/>
(Consultato il 20 marzo 2023)
- Zaharias, G. (2018). *What is narrative-based medicine? Narrative-based medicine 1*. Canadian family physician Medecin de famille canadien, 64(3), 176–180. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29540381/>
(Consultato il 20 marzo 2023)
- Zannini, L. (2019). *Valutare gli effetti di interventi di medicina narrativa nella formazione dei professionisti della cura: esperienze e riflessioni*. Tratto da <https://www.aracneeditrice.eu/free-download/97912599425172.pdf>
(Consultato il 19 aprile 2023)
- Zhou, C., Wu, Y., & An, S. (2015). *Effect of expressive writings intervention on health outcomes in breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. PLoS ONE, 1-19. Tratto da <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26151818/>
(Consultato il 20 marzo 2023)

ALLEGATI

Figura 1 – Flow Chart della selezione dei contributi

Criteri di inclusione:

- Lingua inglese e italiano;
- Anno di pubblicazione “ultimi 10 anni” (2013-2023)
- Disponibilità del testo: Abstract e Free Full Text
- Genere femminile e maschile

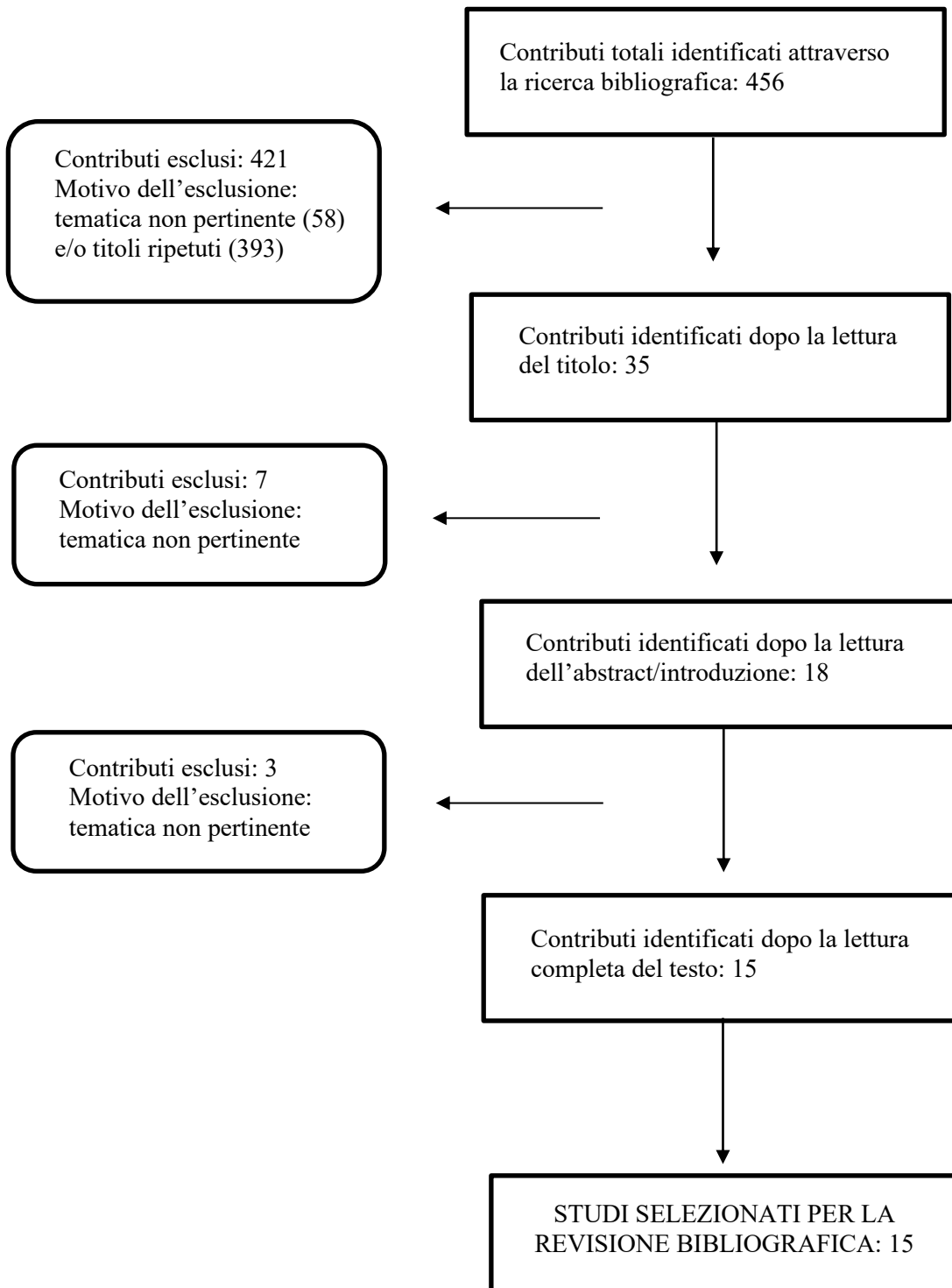


Tabella 2 – Riassunto degli elementi epistemologici

Livelli di realismo	Forma dell'asserto	Criteri di demarcazione
Monista	-nomos -ica	Individuazione dell'ente e precisione della misura
	-logos	Individuazione dell'ente e rigore dell'argomentazione
Ipotetico	-logos	Adeguatezza rispetto al piano epistemologico e rigore dell'argomentazione
Concettuale	-ica	Denominazione dell'unità teorica e precisione della misura

Figura 3 - Teoria dell'Identità Dialogica. Tratto da *Scienza Dialogica*, 2022

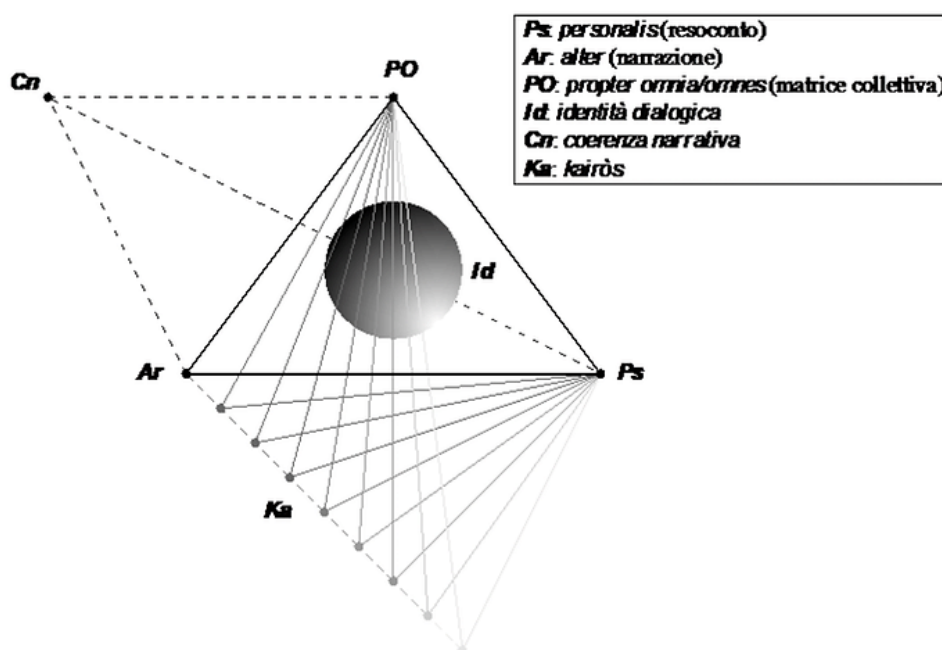
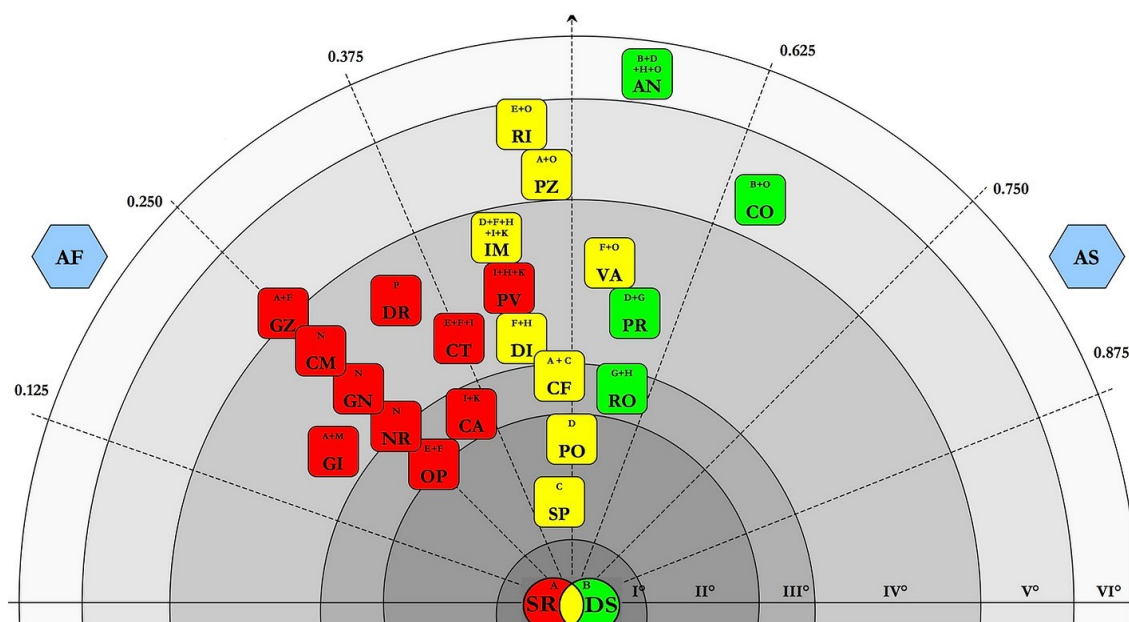


Tabella 4 – Denominazione medicina narrativa.
 Tratto dalla Conferenza di Consenso, 2015

Corpus	Denominazione	Valori assoluti (numero di pagine web)	Percentuali
Web nel suo complesso	Narrative Medicine	104.000	81
	Narrative-based medicine	24.300	18
Pagine in inglese	Narrative Medicine	89.900	88
	Narrative-based medicine	11.600	11
Pagine in italiano	Medicina narrativa	66.100	91
Pagine in tedesco	Narrative Medizin	1.230	92
	Narrativbasierte Medizin	102	7
Pagine in francese	Médecine narrative	2.690	99
	Médecine basée sur la narration	8	0
Pagine in spagnolo	Medicina narrativa	8.640	12
	Medicina basada en la narración / en la narrativa	60.700	87

Figura 5 – Tavola dei repertori discorsivi. Tratta da Turchi, 2009



LEGENDA:

AF = regola dell'affermazione
 AS = regola dell'asserzione
 DA 0,1 A 0,9 = peso dialogico

ROSSO = repertori di mantenimento
 GIALLO = repertori ibridi
 VERDE = repertori generativi

Tabella 6 – Descrizione dei repertori discorsivi. Tratto da Turchi, 2009

DI MANTENIMENTO (rossi)
<p>SR – SANCIRE LA REALTA’: (A): Configura realtà in modo assoluto, certo (dunque non modificabile).</p>
<p>OP – OPINIONE: Configura realtà esplicitando che, quanto si sta portando, è valido e circoscritto entro una dimensione propria ed esclusiva della voce narrante.</p> <p>Proprietà processuali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (E) Configura realtà limitando la potenziale portata generativa (validità) di quanto posto dalla configurazione a cui si associa. - (F) Configura realtà a partire da una posizione propria del parlante (non condivisibile – senza esplicitare i criteri usati per porre l’affermazione).
<p>GI – GIUSTIFICAZIONE: Configura la realtà comportando il mantenimento dello “stato attuale delle cose”: antepone una situazione ad una precedente legittimando uno “stato” e non consentendo pertanto di mettere in campo altre modalità per gestire o modificare quanto accade.</p> <p>Proprietà processuali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (A): Configura realtà in modo assoluto, certo (dunque non modificabile). - (M): Configura realtà legittimando/mantenendo la realtà posta come certa mediante il supporto di altre realtà poste in termini antecedenti alla realtà configurata come certa.
<p>NR – NON RISPOSTA: Modalità discorsiva che configura realtà allo scopo di evitare la domanda posta, stabilendo (secondo le proprietà processuali del sancire la realtà) uno stato delle cose per il quale la voce narrante messa nella possibilità di non rimanere aderente al piano processuale offerto dalla domanda.</p> <p>Proprietà Processuali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (N): Configura realtà evitando la domanda posta (interrompendo la condivisione dell’oggetto del discorso).
<p>CA – CAUSA: Configura realtà, attraverso legami empirico fattuali di causa-effetto con valenza di verità, che determina il corso degli eventi in termini di immutabilità. L’argomentazione non trova fondamento epistemologico.</p> <p>Proprietà Processuali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (I): Configura realtà mediante un legame tra due elementi (due parti del discorso). - (K): Configura realtà definendo un legame di tipo causa-effetto (la comparsa di un elemento implica necessariamente la comparsa di un altro elemento).
<p>GN – GENERALIZZAZIONE: Configura realtà rispondendo in modo non adeguato alla domanda posta. Utilizzando argomentazioni trasversali ai contesti, non coprendo dunque quanto richiesto dalla domanda. I criteri che vengono utilizzati non sono fondati epistemologicamente.</p>

Proprietà processuali:

- (N): Configura realtà evitando la domanda posta (interrompendo la condivisione dell'oggetto del discorso).

CM – COMMENTO:

Configura la realtà in modo non pertinente a quanto posto dalla domanda secondo criteri propri ed esclusivi della voce narrante, non esplicitati e nemmeno condivisibili. L'argomentazione portata consente di non rispondere alla domanda e viene offerta secondo le proprietà processuali del sancire la realtà e dell'opinione.

Proprietà Processuali:

- (N): Configura realtà evitando la domanda posta (interrompendo la condivisione dell'oggetto del discorso).

GZ – GIUDIZIO:

Modalità discorsiva che configura la realtà secondo le proprietà processuali del sancire la realtà utilizzando attributi di tipo valoriale (morale e/o qualitativo) senza esplicitare i criteri utilizzati per l'attribuzione costituendo una realtà propria ed esclusiva della voce narrante e pertanto non condivisibile.

Proprietà Processuali:

- (A): Configura realtà in modo assoluto, certo (dunque non modificabile).

- (F): Configura realtà a partire da una posizione propria del parlante (non condivisibile, senza esplicitare i criteri usati per porre l'affermazione).

DR – DERESPONSABILIZZAZIONE:

Modalità discorsiva che configura realtà attribuendo delega a terzi di processi propri ed esclusivi della voce narrante.

Proprietà processuali:

- (P): Configura realtà attribuendo delega a terzi di processi propri ed esclusivi della voce narrante.

CT – CONTRAPPOSIZIONE:

Configurazione della realtà attraverso il parallelismo fra due o più parti del discorso, le quali sono connesse nei termini che l'una esclude l'altra. Non vengono esplicitati i criteri che rendono possibile l'esclusione.

Proprietà Processuali:

- (I): Configura realtà mediante un legame tra due elementi (due parti del discorso).

- (E): Configura realtà limitando la potenziale portata generativa (validità) di quanto posto nell'affermazione.

- (F) Configura realtà a partire da una posizione propria del parlante (non condivisibile – senza esplicitare i criteri usati per porre l'affermazione).

PV – PREVISIONE:

Modalità discorsiva che configura realtà che definiscono/stabiliscono uno scenario futuro come esito certo dello sviluppo di uno scenario attuale attraverso un legame retorico argomentativo di causa effetto.

Proprietà Processuali:

- (I): Configura realtà mediante un legame tra due elementi (due parti del discorso).

- (K): Configura realtà definendo un legame di tipo causa-effetto (la comparsa di un elemento implica

necessariamente la comparsa di un altro elemento). - (H): Configura realtà futura.
IBRIDI (gialli)
<p>SP – REPERTORIO DELLA SPECIFICAZIONE: Modalità discorsiva che configura realtà contribuendo alla generazione o al mantenimento di una descrizione esplicita e dettagliata rispetto a quanto posto dalla configurazione a cui si associa, limitando il campo di applicazione di questa a quanto citato.</p> <p>Proprietà processuali: - (C) Configura realtà riportando elementi di dettaglio e di specifica rispetto a quanto posto dalla configurazione a cui si associa.</p>
<p>PO – REPERTORIO DELLA POSSIBILITA’: Configura la realtà in termini probabilistici, possibilistici, incerti.</p> <p>Proprietà processuali: - (D) Configura realtà incerte/possibili.</p>
<p>CF – REPERTORIO DELLA CONFERMA: Modalità discorsiva che configura realtà convalidando e offrendo supporto a quanto posto dal repertorio con cui co-occorre.</p> <p>Proprietà processuali: - (L): Configura realtà convalidando e supportando quanto posto dal repertorio con cui co-occorre.</p>
<p>DI - REPERTORIO DELLA DICHIARAZIONE DI INTENTI: Modalità discorsiva che configura realtà trasponendo l’oggetto della richiesta in una prospettiva futura di cui non si dispongono elementi di certezza e di probabilità come fondamento.</p> <p>Proprietà Processuali: - (H): Configura realtà futura. - (F): Configura realtà a partire da una posizione propria del parlante (non condivisibile – senza esplicitare i criteri usati per porre l’affermazione).</p>
<p>VA – REPERTORIO DELLA VALUTAZIONE: Configura la realtà stabilendo uno stato delle cose mediante l’uso di criteri propri ed esclusivi della voce narrante, che sebbene espliciti non sono condivisibili.</p> <p>Proprietà Processuali: - (F): Configura realtà a partire da una posizione propria del parlante (non condivisibile – senza esplicitare i criteri usati per porre l’affermazione). - (O): Configura realtà mediante l’uso di criteri utilizzati per porre l’affermazione.</p>
<p>IM – REPERTORIO DELLE IMPLICAZIONI: Modalità discorsiva che configura realtà discorsive che costruiscono, attraverso un legame retorico argomentativo di causa-effetto, una narrazione secondo posizioni proprie ed esclusive della voce narrante rispetto a probabili situazioni che si potrebbero verificare e che non si sono ancora verificate. Queste sono narrate in un tempo susseguente quello della azione principale (passato prossimo-passato o presente o</p>

futuro, presente-futuro, ecc.).

Proprietà Processuali:

- (I): Configura realtà mediante un legame tra due elementi (due parti del discorso).
- (K): Configura realtà definendo un legame di tipo causa-effetto (la comparsa di un elemento implica necessariamente la comparsa di un altro elemento).
- (H): Configura realtà futura.
- (D): Configura realtà incerte/possibili.
- (F): Configura realtà a partire da una posizione propria del parlante (non condivisibile – senza esplicitare i criteri usati per porre l'affermazione).

PZ – REPERTORIO DELLA PRESCRIZIONE:

Modalità discorsiva che configura realtà come disposizioni/ordini impartiti da una posizione terza rispetto alla voce narrante. Offre statuto di realtà all'arcipelago che vi contribuisce, tanto da sancire regole e/o ruoli e/o obiettivi cui attenersi e/o, ovvero ciò che "si deve" o "non si deve" fare. L'argomentazione acquisisce una struttura fondata su una relazione di necessità stabilita da una delle porzioni del testo.

Proprietà Processuali:

- (A): configura realtà in modo assoluto, certo (dunque non modificabile).
- (O): configura realtà mediante l'uso di criteri utilizzati per porre l'affermazione.

RI – REPERTORIO DEL RIDIMENSIONAMENTO:

Modalità discorsiva che configura realtà che limitano la potenziale portata generativa di quanto la configurazione offre. Il riferimento dell'argomentazione è terzo e non riferibile alla voce narrante.

Proprietà Processuali:

- (E): Configura realtà limitando la potenziale portata generativa (validità) di quanto posto nell'affermazione.
- (O): Configura realtà mediante l'uso di criteri utilizzati per porre l'affermazione.

GENERATIVI (verdi)

DS – REPERTORIO DELLA DESCRIZIONE:

Proprietà processuali:

- (B): Configura realtà rappresentando una relazione condivisibile tra oggetti.

RO – REPERTORIO DEL RIFERIMENTO ALL'OBIETTIVO:

Modalità discorsiva che configura realtà per porre un obiettivo/scopo riferibile a una porzione altra del testo (azioni, strategie, interventi progetti ecc.). Modalità discorsiva che consente di innescare una configurazione discorsiva volta al perseguimento di quanto posto, generando modalità appartenenti al proprio gruppo e di massimo impatto generativo (es. descrizione, proposta ecc.).

Proprietà processuali:

- (G): Configura realtà ponendo un obiettivo/scopo.
- (H): Configura realtà futura.

PR – REPERTORIO DELLA PROPOSTA:

Configura realtà discorsive incerte, possibili in modo atualizzabile volte alla gestione di quanto richiesto/presente e offerto secondo modalità di riferimento all'obiettivo.

Proprietà processuali:

-(D): Configura realtà incerte/possibili.

-(G): Configura realtà ponendo e non implementando un obiettivo/scopo.

CO – REPERTORIO DELLA CONSIDERAZIONE:

Modalità discorsiva che configura realtà proponendo una argomentazione che fa uso di criteri di analisi condivisibili tra più interlocutori, ovvero che non appartengono ad alcuna delle voci narranti esclusivamente, ma che necessitano del concorso di tutte per mantenerle.

Proprietà Processuali:

- (B): Configura realtà rappresentando una relazione condivisibile tra oggetti.

-(O): Configura realtà mediante l'uso di criteri utilizzati per porre l'affermazione.

AN – REPERTORIO DELL'ANTICIPAZIONE:

Modalità discorsiva che configura la realtà a fronte di una argomentazione portata secondo le proprietà processuali della considerazione. Il repertorio in oggetto configura molteplici, differenti e incerte situazioni che si possono verificare e che non si sono ancora verificate, utilizzando le proprietà processuali della possibilità.

Proprietà Processuali:

- (D): Configura realtà incerte/possibili.

- (H): Configura realtà futura.

- (B): Configura realtà rappresentando una relazione condivisibile tra oggetti.

- (O): Configura realtà mediante l'uso di criteri utilizzati per porre l'affermazione.