

Cinematic narration as a tool for training and self-reconstruction

Narrazione cinematografica come strumento di formazione e ri-costruzione

CIRO LA MURA*

ABSTRACT: La malattia è un deformante incontro con l'ignoto e smonta subitaneamente il sistema di certezze dell'individuo. È fondamentale che l'azione educativa penetri nei contesti di cura e vi promuova percorsi significativi e risposte efficaci: la narrazione cinematografica nella formazione dei professionisti della cura può rivelarsi uno strumento valido per orientarne le scelte; l'immagine filmica procura al malato un rinnovato senso di appartenenza, la riscoperta del Sé e il recupero dell'Io sospeso.

KEY-WORDS: cinema, cura, medicina narrativa, recupero del sé.

ABSTRACT: Illness is a deforming encounter with the unknown and subtly dismantles the individual's system of certainties. It is essential that educational action penetrates the care contexts and promotes meaningful pathways and valid aid: cinematic narrative in the training of care professionals could be a valuable tool to guide their choices; the filmic image gives to the sick person a renewed sense of belonging, self-rediscovery and the recovery of the suspended one's life.

KEY-WORDS: cinema, care, narrative medicine, self-recovery.

* Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli.

1. La *Narrative Medicine* lungo i nuovi sentieri della ‘cura’

Già nel 1951, Carl Rogers definiva la relazione d’aiuto in termini di «una situazione in cui uno dei partecipanti cerca di favorire, in una o ambedue le parti, una valorizzazione maggiore delle risorse personali del soggetto ed una maggiore possibilità di espressione» (Rogers, 1951), aprendo a nuove e straordinarie possibilità la nozione di cura, da sempre rigidamente cristallizzata nel paradigma tradizionale diagnosi-protocollo: il processo di evoluzione del contesto sanitario – che durante tutta la metà del secolo scorso ha tracciato la parabola ascendente del rapporto tra il malato e il responsabile della cura – tocca uno dei suoi momenti più alti quando la *World Health Organisation*, al crepuscolo del secondo millennio, sintetizza e definisce sistematicamente il concetto di «educazione terapeutica», segno che il percorso assistenziale ora percorre ed esplora i sentieri della pedagogia, diretta a quella «umanizzazione della cura», che non può e non vuole più rivolgersi solo all’aspetto clinico della condizione morbosa e scorporarne la componente soggettiva, emotiva, relazionale del malato, ma distoglie imprescindibilmente lo sguardo dal paziente e sposta il focus sulla persona – in senso olistico – come a un complesso di bisogni organici, psicologici, relazionali ed emotivi (Vaia, 2017).

L’avvento della malattia rappresenta il più aleatorio e deformante incontro con l’ignoto e il momento della diagnosi smonta con disarmante rapidità il sistema di certezze dell’individuo. È fondamentale che l’azione educativa sfondi la vecchia barriera della formazione tradizionale affinché penetri nei contesti di cura, ne divenga parte integrante e promuova in essi la costruzione di percorsi inclusivi che forniscano delle risposte efficaci, oltre tutte le possibili evidenze scientifiche (Buccolo, 2020). Ricucire la insanabile e storica dicotomia tra disfunzione del corpo e benessere dello spirito è la sfida che le nuove frontiere terapeutiche ci pongono irrimediabilmente dinanzi, una sana provocazione che la più recente e autorevole letteratura della ‘cura’ ha accolto e ha poi mosso gli ‘addetti ai lavori’ a ripensare il *caring* fino agli esiti felici del «prendersi cura», che approda a un campo semantico nuovo e più convenevole alle istanze del nostro tempo.

Complice, molto spesso, l’incapacità delle istituzioni sanitarie di prevedere e controllare la disperazione del malato, il linguaggio ordinario e neutro della medicina rischia – nella sua routine burocratica – di produrre una esperienza di incomunicabilità e di totale disintegrazione del Sé, il

cui universo si riduce inevitabilmente a un racconto sfocato e indistinto: urge trovare un significato, costruire un senso nuovo all'esistenza proprio sui segni della frattura, per interrompere il circolo vizioso di quella che Santa Parrello ha definito «congiura della negazione» (Parrello, 2008) e riportare l'altro alla sua progettualità; se è vero che la chiave potrebbe essere quella di una "pedagogia del dolore", che educi a non esorcizzare la sofferenza bensì ad incontrarla senza annichilimento, metabolizzarla, renderla co-autrice della scrittura delle nuove memorie, è altrettanto vero che questa stenta ancora a trovare il suo spazio nella complessità delle risposte terapeutiche e degli approcci quotidiani alla malattia. Antonio Virzì e Maria Salvina Signorelli, riferendosi al ruolo dei medici nei contesti di cura, affermano che è fondamentale «che il medico impari a difendersi dai rischi dell'eccessivo coinvolgimento in una maniera che non sia il distacco fino alla 'oggettivazione' del paziente» (Virzì, Signorelli, 2007): riflessione, questa, che suona come richiamo a una prassi già largamente sottoposta a revisione, ma nel contempo come un invito a prevedere i potenziali rischi della vivace sensibilizzazione degli ultimi decenni, con chiaro riferimento allo squilibrio che potrebbe venirsi a creare tra una partecipazione intensiva alla situazione dell'altro – che rischierebbe di distogliere il curante dal suo ruolo primo esponendolo a una possibile vulnerabilità – e la più frequente presa in carico di un ammasso di omologhe cartelle cliniche.

Fatta questa necessaria premessa, si può ben comprendere in che modo il racconto di Sé malato rappresenti un'occasione – o un tentativo – di strutturazione di un'identità che il soggetto percepisce come nuova; raccontar-si e raccontare del dolore è un bisogno sempiterno, che dalla seconda metà del secolo passato sembra divenire più impellente e affidare ai vecchi e nuovi strumenti della comunicazione dei veri e propri cataloghi della sofferenza. Le ragioni che spingono a consegnare alla scrittura questo tipo di esperienze sono molteplici, dalla denuncia di uno stato di cose alla costruzione di significati inediti sui fili di trame condivise. I racconti della malattia, poi, confluiscono in un repertorio condiviso a cui si attinge quando la percezione della diversità rende difficile e angosciata la comunicazione, ancor peggio quando l'isolamento si palesa come una componente oggettiva della malattia, l'ossimoro dell'incidente di percorso per nulla inatteso. Una patografia sconfinata, insomma, come quella che è divenuta campo di indagine privilegiato dalla ricerca di Maria Teresa Lodo, che riflette in maniera acuta sulla proliferazione di questo genere di

testi durante la seconda metà del Novecento, passando poi a differenziare le storie di vita dei pazienti comuni da quelle di chi ha fatto della scrittura il proprio mestiere: a prescindere dalla ricercatezza della costruzione formale, dalla loro collocazione all'interno o all'esterno del perimetro della letteratura, il contributo di queste narrazioni va considerato in termini di testimonianza ed esemplarità (Loddo, 2015) e va preso atto del loro ingresso tra le narrative consolidate, validate, ma ancora oggetto di attenzione in molteplici aree disciplinari.

Fabrizio Manuel Sirignano, osservando come il racconto e le storie di vita siano capaci di conferire unitarietà e senso agli eventi, ha condotto una riflessione che, seppur strettamente riferita alle esigenze comunicative nei contesti scolastici, pare spendibile senza adattamenti nell'ambito di una narrazione della cura e per la cura:

Il metodo delle storie di vita acquista una forte valenza formativa quando il narratore viene condotto e ricondotto attraverso le trame della sua esistenza utilizzando delle specifiche procedure mentali e cognitive, quali l'introspezione, la rimembranza, l'attribuzione di senso. Il tutto avviene nell'ambito di un percorso che si snoda riferendosi al passato, al presente e al futuro e consente di operare bilanci di vita, analisi di situazioni reali, sviluppo di proiezioni future (Sirignano, Maddalena, 2012).

La narrazione malata, che si tratti di autobiografia o di racconto in terza persona, ritorna sulla scena sanitaria – e con una carica inedita – nel momento in cui la ricerca scientifica in campo medico giunge a esiti prima inimmaginabili, in termini diagnostici e terapeutici, ma sembra nel contempo – e forse di conseguenza – perdere efficacia nel rapporto con la totalità dell'altro, nell'individuazione e nella conseguente gestione di quegli stati di sofferenza che la diagnosi potenzialmente reca con sé (Virzi, Signorelli, 2007). Se vero è che la malattia vista dagli occhi del paziente assume contorni diversi dall'immagine che di essa si estrae dai testi di medicina, se è vero anche che molte varianti vengono tagliate fuori dalla formazione sanitaria, che fondamentalmente si fonda sullo studio di campioni statistici, un recupero della narrazione del singolo caso e un maggiore – ma non eccessivo – coinvolgimento del personale sanitario nella pratica clinica appaiono oggi come la più percorribile delle strade verso una relazione di cura che si fa plurilaterale e supera la prospettiva biomedica tradizionale: l'effetto

dovrebbe materializzarsi nella costruzione di un linguaggio comune che parte dall'interpretazione dell'esperienza vissuta volta a definire percorsi personalizzati e significativi, ma anche nel superamento della distanza cognitiva nella relazione medico-paziente e in una maggiore condivisione di categorie culturali. Presupposti, questi, per una interpretazione della realtà della malattia che sia più affine e diretta a stabilire un dialogo dalla valenza medicinale, che si costruisce sulle fondamenta dell'ascolto attivo e dà inizio alla cura, accompagnando l'intero processo di guarigione. «La mancanza assoluta di oggettività dei 'fatti' clinici lascia spazio ad un'esplorazione più cosciente dei fattori socio-culturali e soggettivi che concorrono nella pratica di interpretazione della malattia dal punto di vista del soggetto conoscente e del soggetto-oggetto della conoscenza» (Morsello, 2017).

Attraverso i suoi molteplici snodi, dal racconto letterario, passando per quello cinematografico fino ai nuovi canali comunicativi figli di questo millennio, la Medicina Narrativa si pro-pone, dunque, come esigenza di suturare le trame lacerate della propria esistenza, senza condannare al confino le istanze soggettive di cui il malato è portatore, poiché queste concorrono alla progettualità degli interventi, al di là di ogni protocollo prestabilito.

La *Narrative Based Medicine*, vista come ulteriore opportunità per l'interpretazione dei sintomi e lo studio del caso clinico, interviene con clamorosa efficacia nelle situazioni più complesse, contribuendo – attraverso la ricostruzione dei vissuti – a fornire una risposta univoca ai bisogni, altrimenti spesso tardiva, nonché a garantire quella che Luigina Mortari ha definito come «attenzione clinica», che il responsabile della cura rivolge anche al linguaggio del corpo, alle emozioni che trapelano dai gesti, alle parole non dette per paura: è questa che rende possibile costruire un ponte verso l'esperienza vissuta che il paziente ha della sua malattia (Mortari, 2020).

La NBM, sin da quando viene codificata sul finire degli anni Novanta, non ha preteso di imporsi come un approccio alternativo alla *Evidence Based Medicine* (EBM), bensì come una necessaria integrazione ad essa, *tout court* l'unica risposta concreta sulla linea di partenza del percorso di cura, aprioristicamente aleatorio. Ma affinché esso si fondi su una valida alleanza terapeutica, è fondamentale che non resti fuori dalle pagine del racconto il professionista della salute: in quanto persona umana, frutto di esperienze ed emozioni, figlio di un vissuto, è l'altro protagonista nella storia della cura.

2. La luce performante del Cinematografo

Il Novecento, specie nel suo ultimo tratto, ha assistito a un sorprendente sviluppo della scienza medica, che si è rinnovata ed evoluta a velocità disarmante e ha dimostrato di poter ridimensionare il senso di impotenza che l'incontro con i luoghi della malattia – più spesso di quanto si pensi – suscita nei soggetti coinvolti nella relazione di cura: oltre tutti gli esiti felici che si posso immaginare, questo processo ha richiesto di riguardare il rapporto medico-paziente affinché il malato, la sua sofferenza e il suo vissuto non restino confinati in un ammasso di cartelle cliniche e inquadrati in categorie di riferimento già strutturate, come vittime invisibili della frenesia dei tempi.

Una rinnovata visione dell'approccio alla salute, intesa come equilibrio non soltanto biologico ma integrato rispetto alla totalità dell'essere umano, ha fatto da sfondo allo sviluppo di una nuova relazione di cura, che richiama all'attenzione il complesso delle Scienze Umane, che ora cooperano in modo sinergico con quelle medico-sanitarie in una prospettiva transdisciplinare (Sannella, 2023): genitrice di una rinnovata dignità dell'ammalato, la cura integrata si fa portatrice delle istanze di rinnovamento di una modernità inesorabilmente ingabbiata nella metafora della "fluidità".

Una nuova assistenza integrata per la salute globale è auspicabile se le *Medical Humanities* trovano effettivamente spazio nei percorsi di formazione del personale sanitario, in un'ottica trasversale rispetto al sapere medico tradizionale, fondamentale quanto non più bastevole.

Tra queste, la Medicina Narrativa rappresenta il punto d'incontro di una moltitudine di storie, racconti di pazienti, di medici, di familiari che si ritrovano inaspettatamente avvolti nel viluppo della malattia che, oltre a stravolgere repentinamente gli equilibri e determinare delle difficoltà logistiche in senso lato, richiede anche una attenta gestione delle emozioni, che divengono labili e suscettibili; storie che si fanno strumenti al servizio della formazione, che attraverso le loro suggestioni sono in grado di rendere gli operatori sanitari «consapevoli che fare medicina significa anche condividere con il paziente la comprensione della sofferenza» (Misale, 2017): *Narrative Medicine* non è solo un'antologia monotematica di trame lacerate e di tessuti vitali strappati alla normalità, non può ridursi al solo racconto in prima persona di convivenza con la condizione morbosa, ma

accoglie nel suo cerchio anche il punto di vista altro e le storie di chi è deputato alla cura, indipendentemente dalla distanza emotiva che lo separa dal paziente.

Se il racconto nel luogo della pagina scritta ha spesso una presa poco energica sugli avventori non abituali della lettura, di altra natura si è dimostrata la narrazione cinematografica, che sin dai suoi primordi ha restituito una immagine di più immediata fruibilità e ha spinto i più a farne un momento privilegiato di incontro con storie e vissuti, affrancato dalla narrativa tradizionale.

Diversamente dalla letteratura e dagli altri luoghi della narrativa, il cinema reinterpreta e riunifica l'immaginario (e l'immaginazione) collettiva dando luce a un racconto che si fa immagine tangibile, palpabile, offrendosi come risposta a quella esigenza perpetua di materialità connaturale all'essere umano: lo spettro luminoso del cinematografo, per sua stessa natura, si insinua fin dalle origini nei meandri dell'esistenza dell'uomo, cosicché il racconto visivo ne ha alimentato in modo più profondo e duraturo la memoria, in linea con la definizione di Gian Piero Brunetta, che parla di «iperluogo, un luogo dei luoghi, uno spazio di spazi [...] un punto di raccordo e congruenza tra luoghi reali e immaginari [...] un ambiente perfetto nel quale miliardi di individui hanno trascorso, nell'arco dell'esistenza, un tempo del proprio vissuto segnato da traumi ed emozioni indelebili» (Brunetta, 2004). Summa delle arti, perché fonde in una lega perfetta musica, pittura, scultura e letteratura, il cinema sembra dare corpo al sogno wagneriano dell'opera d'arte totale, caratteristica che ne fa uno strumento prediletto di comunicazione nonché di narrazione estremamente efficace.

Quando fa ingresso nel sistema moderno delle arti, il cinematografo viene accolto con un misto di curiosità e sconcerto: se da un lato esso sembrava sovvertire e rompere la nozione stessa dell'arte, ci si accorge ben presto che da quella medesima rottura si scorge un "oltre" celato dietro la rappresentazione di una realtà spesso fin troppo diaframmatica.

Il cinema nasce fundamentalmente come luogo di intrattenimento, lontano dagli esiti performanti a cui lo ha condotto il rinnovato paradigma della cura. Complesso di significanti polisemantici (inquadrature, illuminazione, montaggio, musiche, ecc.) che si carica di una miriade di significati possibili, la rappresentazione filmica diviene un canale impervio che mette in comunicazione il proprio mondo interiore e quello dei perso-

naggi in un processo continuo di coinvolgimento prima, poi di immedesimazione e rielaborazione di significati altrimenti evanescenti, offrendosi come «un modello epistemologico capace di accogliere la realtà dell'uomo nella complessità delle sue manifestazioni» (Binetti, 2013). Ciascuno dei significanti conduce lo spettatore a richiamare a sé un concetto che è trascendente al film, per poi riconoscerlo e assorbito.

Se il dolore e la sofferenza acquistano sostanza in tutti i generi della narrazione, in quella cinematografica il soggetto che osserva e ascolta ne ricava istantaneamente una percezione totale della complessità del personaggio: che si tratti di storie reali o fittizie, nel momento in cui si fa viva immagine la scrittura per il cinema trapassa i vissuti e si fa specchio che ri-guarda la vita, che riflette e decodifica le emozioni. Di fronte a un racconto filmico che intesse una trama condivisa o condivisibile, il malato scopre un rinnovato senso di appartenenza e si identifica come parte di una dimensione del dolore in cui sa di essere meno solo: l'esito è quello del recupero di un Io che – auto-sospeso al momento della diagnosi – si reiventia e mette in atto una tras-formazione creativa del Sé, consapevole di avere ancora scorte di significato da concedere alla propria esistenza.

La narrazione per immagini impatta con i luoghi più intimi del Sé, e questo fa della «settima arte» (Canudo, 1966) la più performante delle esperienze narrative, il cui uso sistematico assume forti implicazioni educative perché «nella situazione cinematografica agiscono delle dinamiche psicologiche che influenzano la percezione, la comprensione e la partecipazione degli spettatori» (Benjamin, 1936): il cinema nei percorsi di formazione può rivelarsi uno strumento valido per orientare nella direzione più opportuna i processi di cura, che si muovono per strade incerte laddove non vi è una via maestra che raccordi terapia e guarigione. Inoltre, va progressivamente costruendosi la sua dignità tra gli strumenti della formazione medico-sanitaria: un dispositivo non alternativo, ma di supporto alla lezione tradizionale, che trova sempre più larga applicazione nei contesti di promozione della cura.

La pellicola è in grado di emozionare e coinvolgere lo spettatore, ma anche di fornirgli elementi per formare, provocare criticamente e smuovere le coscienze. La visione sistematica dell'opera cinematografica apre a quegli aspetti del mondo non immediatamente percettibili: il soggetto osservante cerne gli elementi presenti nel film e a ciascuno di essi fornisce un significato che abita i luoghi della sua individualità.

Il cinema viene così a costituire un repertorio sconfinato a cui la Medicina Narrativa può attingere, in quanto strumento di narrazione e di comunicazione estremamente efficace, per la sua immediatezza e la sua capacità di fascinazione: nella relazione di cura offre l'occasione di penetrare una realtà che lo spettatore-curante non conosce, e lo coinvolge mettendolo di fronte a situazioni complesse, problemi, scelte e dilemmi che lo costringono a ragionare anche per l'altro, a sondare gli spazi della sua sofferenza, a riflettere sul proprio ruolo e sui bisogni del malato.

Gli anni più recenti hanno visto fiorire una pluralità di esperienze formative strutturate sulla visione di pellicole che riflettono sui temi etici legati alla salute, coinvolgendo medici e personale sanitario a tutti i livelli. Una modalità largamente sperimentata in diverse *schools of medicine* americane, ma ancora poco validata in Italia: una formazione con la 'cine-patografia' (e nella cine-patografia) che favorisce il pensiero critico e la comprensione dei nessi tra teoria e pratica delle decisioni etico-terapeutiche.

La fiction cinematografica è universalmente ritenuta uno svago, ma la sua parallela natura di luogo intellettuale privilegiato ne allarga il raggio d'azione: alla sua componente ludica, infatti, si affianca e si alterna un'istanza didattico-conoscitiva, tale da farne una vera e propria composizione narrativa-didascalica.

Il cinema, con le sue infinite suggestioni e la sua forza comunicativa, si offre come una opportunità di formazione dalla grandissima portata per una migliore comprensione dell'esperienza sociale della malattia: il volto irrealistico dell'immagine filmica attiva un *feeling* col reale della storia e richiama alla responsabilità irrecusabile di comprendere la situazione dell'altro nella sua essenza (Mortari, 2015). La luce del cinematografo attraversa la lente deformata della malattia e con la sua potenza si elegge strumento privilegiato per ri-progettare le esistenze e scrivere nuove memorie sui muri della sofferenza.

Riferimenti bibliografici

- BENJAMIN W., *L'opera d'arte nell'epoca della sua riproducibilità tecnica*, a cura di VALAGUSSA F. E FILIPPINI E., Einaudi, Torino 2014.
- BINETTI P., *Cinema e formazione & Cinema e Terapia*, «Tutor», 2013, Vol. 12 N. 2, pp. 55-64.

- BRUNETTA G. P., *Gli intellettuali italiani e il cinema*, Bruno Mondadori, Milano 2004.
- BUCCOLO M., *L'Educatore emozionale e la promozione del ben-essere nei contesti di cura*, «Medical Humanities & Medicina Narrativa», 2020 N. 2, pp. 99-107.
- CANUDO R., *L'estetica della settima arte*, in ID., *L'officina delle arti*, Edizioni di Bianco e Nero, Roma 1966.
- LODDO M.R., *Scritture patografiche a confronto: la nascita di un nuovo genere?*, «Enthymema», 2015 N. 15, pp. 13-36.
- MISALE F., *Medicina Narrativa e uso formativo del cinema*, in MORSELLO B., CILONA C., MISALE F., *Medicina Narrativa. Temi, esperienze e riflessioni*, Roma TrE-Press, Roma 2017.
- MORSELLO B., *Narrative Medicine, definizioni epistemologiche e prospettive digitali*, in MORSELLO B., CILONA C., MISALE F., *Medicina Narrativa. Temi, esperienze e riflessioni*, Roma TrE-Press, Roma 2017.
- MORTARI L., *Filosofia della cura*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2015.
- , *La pratica dell'aver cura*, Mondadori, Milano 2006.
- PARRELLO S., *La malattia come sfida: Narrazione di sé e costruzione di significato*, in MASTROPAOLO M. (a cura di), *La psicologia della relazione d'aiuto. La riscoperta della solidarietà umana*, Effigi, Arcidosso 2007.
- ROGERS C. R., *Client-centered therapy: its current practice, implications, and theory*, Houghton-Mifflin, Boston 1951.
- SANNELLA A., *Le Medical Humanities e l'approccio one health*, «Studi di Sociologia», 2023 Special issue, pp. 97-106.
- SIRIGNANO F., MADDALENA S., *La pedagogia autobiografica. Riflessioni e percorsi formativi*, Pensa Multimedia, Lecce 2012.
- VAIA F. *Dal 'curare' al 'prendersi cura'*, in MORSELLO B., CILONA C., MISALE F., *Medicina Narrativa. Temi, esperienze e riflessioni*, Roma TrE-Press, Roma 2017.
- VIRZÌ A., SIGNORELLI M.S., *Medicina e narrativa. Un viaggio nella letteratura per comprendere il malato (e il suo medico)*, Franco Angeli, Milano 2007.