

La formazione dell'operatore sanitario: dall'approccio biomedico alla "cura narrativa"

ANGELAMARIA DE FEO*

RIASSUNTO: Il racconto di malattia inglobato nelle prassi clinico assistenziali migliora il processo di cura e la relazione terapeutica tra paziente ed operatore sanitario.

La Sanità pubblica della Evidence Based Medicine, imperniata su un approccio classificatorio-descrittivo alle patologie, spersonalizza le cure e considera il paziente un "aggregato di sintomi" non una persona. Come formare i curanti all'uso del dispositivo narrativo per migliorare il livello dell'assistenza sanitaria?

PAROLE-CHIAVE: Evidence Based Medicine, Medicina narrativa, cura, formazione.

ABSTRACT: The telling of the disease included in clinical care practices improves the treatment process and the therapeutic relationship between patient and healthcare provider. The Public Health of Evidence Based Medicine, centered on a classificatory-descriptive approach to pathologies, depersonalizes treatments and considers the patient an "aggregate of symptoms" not a person. How to train carers to use the narrative device to improve the level of health care?

KEY-WORDS: Evidence Based Medicine, Narrative Based Medicine, care, training.

* Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Dipartimento di Economia, Management e Diritto dell'Impresa.

1. Introduzione

Nel Settecento il progressivo declino della figura del medico ippocratico a cui il paziente raccontava i suoi vissuti di salute e malattia, ha accompagnato la nascita degli ospedali e la diffusione di nuovi strumenti per la diagnostica. Successivamente la Sanità pubblica e lo sviluppo dell'Evidence Based Medicine (EBM), incentrata sul rigido approccio di tipo classificatorio-descrittivo alla malattia, hanno spersonalizzato la cura e considerato il paziente più un "aggregato di sintomi" che una persona. Raccogliere prove oggettive della malattia ha più valore della capacità d'ascolto dei racconti dei pazienti.

Spesso nei sistemi sanitari prevalgono logiche di tipo economico-burocratico che, perdendo di vista i bisogni e le sofferenze dei pazienti, persone complesse, ignorano le diversità sociali, economiche e culturali di salute e accentuano le differenze di opportunità d'accesso ai servizi sanitari (Dromers, 2004; Costa *et al.*, 2009).

Le espressioni "disease", "illness" e "sickness" (Hoffmann, 2002) definiscono la pluridimensionalità della malattia nei suoi aspetti oggettivi (disease), soggettivi, (illness) e sociali (sickness). Emerge quindi l'esigenza di integrare nell'assistenza sanitaria una pluralità di strumenti teorico-metodologici, fra di essi può giocare un ruolo importante il dispositivo narrativo.

L'interpretazione dei dati clinici, unitamente all'analisi delle storie di vita dei pazienti, consente agli operatori sanitari di cogliere, l'individualità e irripetibilità dei vissuti e di costruire l'alleanza terapeutica (Bhuiya *et al.*, 2022) attraverso il coinvolgimento attivo e responsabile del paziente (patient empowerment) che migliora l'efficacia delle cure (Haverfield *et al.*, 2020).

Le conoscenze tecnico professionali degli operatori sanitari si arricchiscono mediante l'apprendimento esperienziale che avviene durante l'incontro con le narrazioni dei pazienti.

La compilazione di un diario su cui annotare le riflessioni cliniche sui pazienti e sul proprio stato d'animo in rapporto ad esse aiuta gli studenti di medicina o gli operatori sanitari a sviluppare le competenze professionali ed a migliorare la capacità di ascolto e di empatia (Charon, 2019; Cunningham *et al.*, 2018; Campbell *et al.* 2020). L'ascolto attivo delle narrazioni di malattia a cui fa seguito il momento riflessivo del medico, crea un clima di

fiducia, empatia e reciproco rispetto (Bhuiya *et al.* 2020) tra curante e paziente che contrasta con lo "sguardo clinico oggettivante" (Bleakley, 2005) e avvia la "co-costruzione" della cura. È necessario dunque integrare le prospettive di approccio alla salute e alla malattia attraverso la promozione di un dialogo tra la EBM e la Medicina Narrativa (NBM).

2. La formazione degli operatori sanitari e il pensiero riflessivo

Rita Charon medico internista presso la Columbia University di New York, importante riferimento nell'ambito della NBM, negli anni Novanta ha introdotto nel suo lavoro un approccio alla medicina e all'assistenza sanitaria che, partendo dalla narratologia e ponendo al centro della cura la relazione medico-paziente, amplia il campo dell'assistenza sanitaria e definisce

narrativa, quella medicina praticata con le competenze che ci permettono di riconoscere, assimilare e interpretare le storie di malattia, e reagirvi adeguatamente (Charon, 2019, p. 1).

La mera narrazione o l'ascolto di una storia di malattia non sono tuttavia strumenti di cura narrativa se il loro utilizzo non trova supporto in specifiche competenze "operative e relazionali" (ISS, 2015) dell'operatore sanitario.

Offrire la possibilità al paziente di far fluire liberamente il racconto della malattia senza interruzioni risulta infatti inefficace alla cura se da esso non scaturisce un dialogo e un confronto con l'operatore sanitario che dovrà avere seguito "nella formulazione del progetto terapeutico" (Zannini, 2021, p. 41).

Nella Consensus Conference promossa dall'Istituto Superiore di Sanità si fa riferimento alla necessità di «contenere la dimensione del racconto, finalizzandolo a un risvolto operativo nelle cure» (ISS, 2015, p. 18).

L'operatività è legata al focus della NBM ovvero la relazione tra curante e paziente.

In questo processo di co-costruzione della storia di malattia, non solo il paziente, ma anche lo stesso operatore viene infatti messo nelle condizioni di individuare

dei significati vitali rispetto alla sua storia [...] Dunque, non soltanto la narrazione “crea” l’esperienza, permettendo al paziente di individuarne un possibile significato, ma aiuta gli individui coinvolti in essa a comprendere se stessi, definendo e ridefinendo continuamente la loro identità (Zannini, 2021, p. 40).

La Medicina narrativa è

metodologia dal grande valore pedagogico per medici e sanitari, pazienti e caregiver, per cui la promozione della NBM implica costruire percorsi educativi e progetti che prevedano la partecipazione attiva di pazienti, familiari, associazioni che abbiano rilevanza in termini di salute pubblica (ISS, 2015, p. 15).

Si configura così l’importanza della formazione e delle strategie educative da essa adottate.

Una revisione sistematica della letteratura internazionale (Milota *et al.*, 2019) sui percorsi formativi in NBM, fa emergere come i 36 casi analizzati, si sviluppino sempre seguendo tre distinte fasi. Nella prima fase viene richiesta alternativamente la lettura di una storia, la visione di uno spezzone di un film, di un’opera d’arte o l’ascolto di un brano musicale. Nella seconda fase, l’attiva svolta nella prima fase è oggetto di autoriflessione mediante la produzione di un elaborato scritto o di un intervento orale. La terza fase è dedicata al confronto e alla condivisione delle esperienze dei partecipanti.

Questa tipologia di interventi formativi se è “efficace” e “replicabile” sul piano dello sviluppo dell’identità personale e professionale degli studenti di medicina che li ha seguiti, non è valutabile dal punto di vista dell’integrazione nelle prassi cliniche e nella relazione medico-paziente perché i partecipanti sono in formazione e quindi presumibilmente inseriti nei sistemi sanitari solo per brevi tirocini.

Significativo negli interventi formativi descritti è il ruolo assegnato alla riflessione, un processo che non trae origine soltanto da saperi e conoscenze codificate ma sa “apprendere dall’esperienza” (Mortari, 2003) reinterpretandola. Il “pensiero riflessivo” che non ignora sentimenti ed emozioni, nasce dall’opera di Dewey e si sviluppa nelle opere di Schön (Reflective Practice) e Mezirow (Critical Reflection), può rivelarsi utile per guidare i professionisti della salute a trovare soluzioni innovative a situazioni complesse e problematiche, a cogliere il punto di vista del paziente e a costruire o consolidare la propria identità professionale (Zannini *et al.*, 2016).

Il pensiero riflessivo permette di ridefinire contenuti, attribuire significati alle situazioni incontrate nella pratica professionale e soprattutto stabilisce legami tra la conoscenza e l'azione. Essa permette di trarre vantaggio da una esperienza per migliorare le azioni future (Garrino, 2020, p. 21).

I percorsi formativi in NBM si differenziano in base ai destinatari a cui sono rivolti, dagli studenti universitari di medicina con scarse esperienze nelle relazioni di cura, ai professionisti che lavorano nelle organizzazioni sanitarie e hanno un consolidato modo di mettersi in relazione col paziente (Bert & Quadrino, 2018). I formatori non appartengono necessariamente all'area medica, l'impianto multidisciplinare della NBM rende infatti significativa la collaborazione di esperti di aree disciplinari come quella sociologica, pedagogica, psicologica, letteraria, tuttavia la conoscenza approfondita dei sistemi sanitari risulta fondamentale.

Il formatore non può ignorare o sottovalutare i limiti di tempo, la scarsa valorizzazione dello spazio dedicato alla comunicazione da parte degli amministratori sanitari, il carico emotivo che la pratica narrativa comporta. Non può ignorare le regole del contesto in cui operano i destinatari del suo intervento formativo, e le caratteristiche dei diversi tipi di intervento che sono chiamati a svolgere: informativo, educativo, motivazionale, di affiancamento nelle decisioni, di sostegno nel percorso di cura (Ibidem, p. 319).

Le tecnologie digitali offrono un grande supporto all'implementazione della NBM nella pratica clinica poiché consentono di superare la difficoltà dei professionisti della salute di trovare spazi e tempi per la formazione. Le piattaforme di e-learning oltre alla fruizione asincrona delle risorse didattiche, offrono la possibilità di creare community anche anonime che utilizzano il Cooperative Learning, una metodologia che, per l'eterogeneità e molteplicità dei ruoli professionali in sanità e le dinamiche relazionali competitive e di potere che agiscono all'interno delle organizzazioni, potrebbe rivelarsi utile per la formazione interprofessionale alla NBM.

Se decliniamo il concetto di cooperative learning in ambito sanitario parliamo di collaborazione interprofessionale (IC), [...] un intervento in cui professionisti diversi condividono saperi, esperienze e abilità; apprendono gli uni dagli altri attraverso processi comunicativi efficaci quale sia la strategia migliore per far fronte

al problema di salute del paziente; prendono decisioni in modo condiviso e responsabile (Montagna&Gambale, 2015, p. 43).

Un'esperienza in questo senso è stata realizzata attraverso un corso online ECM (Educazione Continua in Medicina) sulla NBM (Bresadola *et al.*, 2021). Il corso erogato sulla piattaforma MOODLE dall'Università di Ferrara ha avuto per destinatari alcuni operatori sanitari dell'unità operativa di onco-ematologia. L'interazione fra i professionisti e con i docenti supportata dalla possibilità di scambiare messaggi in piattaforma, oltre ad aver sviluppato competenze su NBM e focalizzato l'attenzione dei partecipanti sull'importanza di trasformare le modalità e i tempi dell'assistenza sanitaria, li ha indotti a considerare il ruolo cruciale della collaborazione e comunicazione efficace.

Il trasferimento di queste dinamiche centrate sulla relazione dagli ambienti formativi ai sistemi sanitari, potrebbe creare «l'ambiente autentico e accogliente – sia dal punto di vista cognitivo che emotivo [...] elemento centrale per favorire i processi riflessivi» (Frison *et al.*, 2017, p. 260) che attraverso la promozione della “circularità riflessiva” (Striano, 2018, p. 145) fra professionisti con ruoli e mansioni diverse, costituisce la premessa al miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria.

L'“Action Learning Conversation” (Ivi, p. 148), rappresenta un'interessante proposta operativa, parte da un “dilemma disorientante” (Mezirow, 2016) che un “proponente” affronta supportato da un gruppo interprofessionale di operatori sanitari e attraverso le pratiche riflessive che accompagnano tutte le fasi dell'attività, esplora la situazione fino a stabilire un “piano d'azione”. La condivisione del “dilemma disorientante” tramite la narrazione alimenta il dialogo tra i partecipanti e li induce a prendere consapevolezza del fatto che «le loro percezioni sono filtrate da visioni del mondo, credenze, attitudini, sentimenti accettati acriticamente» (Ivi p. 153). È il primo passo verso la “ristrutturazione delle pratiche” che consentirà ai curanti di trovare soluzioni più efficaci alle sfide del quotidiano.

L'analisi critica delle proprie “verità” ha infatti come traguardo la trasformazione «del modo in cui vengono impostate le attività professionali, nonché il modo in cui i professionisti comprendono e lavorano con gli altri» (Ivi p. 170).

3. Riflessioni conclusive

La medicina narrativa in Italia è approdata ufficialmente nel 2014¹ tuttavia oggi i percorsi formativi accademici puntano prevalentemente allo sviluppo di competenze tecnico-specialistiche.

Negli ultimi anni si sta facendo strada l'esigenza di umanizzazione e personalizzazione delle cure ma, cambiare il consolidato paradigma dell'EBM e lo sguardo oggettivante dei medici che tratta la malattia come "disease", ignorandone la dimensione individuale e sociale, comporta innumerevoli trasformazioni sia a livello organizzativo che culturale.

Il dispositivo narrativo rappresenta uno strumento utile per lo sviluppo delle competenze empatiche che, come dimostrano alcuni studi internazionali (Moreto *et al.*, 2018; Oliveri, 2015; Hojat, *et al.*, 2004) subiscono durante il percorso accademico una progressiva decrescita, pur essendo indispensabili per la creazione della relazione di cura e la costruzione dell'identità professionale dei curanti.

L'integrazione della NBM con EBM non può limitarsi all'organizzazione di eventi formativi sul tema della cura narrativa, il rischio di un mancato impatto sulle prassi cliniche e di relegare tali tematiche in *mondi altri* e *lontani* rispetto ai bisogni di cura delle persone, è concreto. È necessario dunque puntare su una formazione in NBM che possa essere tradotta in pratica clinico-assistenziale e che sia utile a valorizzare i diversi *sguardi* professionali svolgendo un ruolo attivo nell'implementazione di PDTA (percorso diagnostico terapeutico assistenziale) multidisciplinari.

Le esperienze formative documentate dalla letteratura fanno emergere l'elevato potenziale del dispositivo narrativo come stimolo all'atto riflessivo soprattutto quando viene veicolato attraverso le nuove tecnologie. La visione di un film (de Mennato *et al.*, 2013), la lettura di un brano letterario o l'ascolto di una storia di malattia, se supportate da adeguate prassi metodologiche, aprono nuovi spazi alla riflessione che alimenta le risorse individuali e collettive degli operatori sanitari per interpretare i reali bisogni di cura delle persone e superare con successo i "dilemmi disorientanti".

1. In Italia il primo incontro ufficiale sulla medicina narrativa è la «Consensus Conference "Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative» (ISS, 2015).

Riferimenti bibliografici

- BERT G., QUADRINO S., *La medicina narrativa: una moda o un'esigenza per la personalizzazione della cura?* «Sistema salute. La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute», 62, 3, 2018, pp. 314-322.
- BHUIYA T., ZHONG X., POLLACK G., FORNARI A., AHUJA T. K., *Tell Me More®: A medical student focused humanistic communication model to enhance student professional identity formation through meaningful patient encounters.* «Patient Education and Counseling», 105(3), 2022, pp. 641-646.
- BLEAKLEY A., *Stories as data, data as stories: making sense of narrative inquiry in clinical education.* «Medical education», 39(5), 2005, pp. 534-540.
- BRESADOLA M., FABBRI M., ACCARDO, M., *Un corso online ECM sulla medicina narrativa come integrazione alla medicina basata sulle evidenze.* «Italian Journal of Educational Technology», 29(3), 2021, pp. 37-50.
- CAMPBELL B.H., TREAT R., JOHNSON B., & DERSE A.R. *Creating reflective space for reflective and "unreflective" medical students: exploring seminal moments in a large-group writing session.* «Academic Medicine», 95(6), 2020, pp. 882-887.
- CHARON R., *Medicina narrativa: onorare le storie dei pazienti*, Raffaello Cortina, Milano 2019.
- COSTA G., CISLAGHI C., CARANCI N., (A CURA DI). *Le disuguaglianze sociali di salute. Problemi di definizione e di misura.* «Salute e società», a.VIII, n. 1, 2009. pp. 58-78.
- CUNNINGHAM H., TAYLOR D., DESAI U.A., QUIAH S.C., KAPLAN B., FEI L., CATALLOZZI M., RICHARDS B., BALMER D.F., CHARON R., *Looking back to move forward: first-year medical students' meta-reflections on their narrative portfolio writings.* «Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges», 93(6), 2018, 888. 2018
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29261540/>
 (Ultima consultazione 24.04.2023)
- DE MENNATO P., OREFICE C., ALLODOLA V.F. (2013). *Film Archive for Medical Education.* «RAPPORTI ISTISAN», 13, p. 53.
- DROOMERS M., WESTERT G.P., *Do lower socioeconomic groups use more health services because they suffer from more illnesses?* «European Journal of Public Health», 14 (3), 2004, pp. 311-313.
- FRISON D., FEDELI M., MINNONI E. *Il ruolo della riflessione nell'apprendimento degli adulti: rappresentazioni e pratiche nella didattica universitaria e nella formazione.* «Formazione & insegnamento», 15(1), 2017, pp. 255-268.

- GARRINO L., *Quale pedagogia per la professione infermieristica*. «MEDICAL HumANITIES & MEDICINA NARRATIVA Rivista di pedagogia generale e sociale», 17, 2020.
- HAVERFIELD M.C., TIERNEY A., SCHWARTZ R., BASS M.B., BROWN-JOHNSON, C., ZIONTS, D.L., & ZULMAN, D.M. *Can patient-provider interpersonal interventions achieve the quadruple aim of healthcare? A systematic review*. «Journal of general internal medicine» 35, 2020, pp. 2107-2117.
- HOFMANN B., *On the triad disease, illness and sickness*. «The Journal of medicine and philosophy», 27(6),2020, pp. 651-673.
- HOJAT M., VERGARE, M.J., MAXWELL, K., BRAINARD, G., HERRINE, S.K., ISENBURG, G.A., ... GONNELLA, J.S. *The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school*. «Academic medicine», 84(9),2009, pp. 1182-1191.
- ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, *Consensus Conference "Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico- assistenziale per le malattie rare e cronico-degenerative"*, 11-13 giugno 2014, Roma. «Il Sole 24ORE Sanità», 2015.
- https://www.medicinanarrativa.network/wp-content/uploads/2021/03/Quaderno_n._7_02_CONSENSUS-CONF-FINALE_compressed.pdf (Ultima consultazione 24.04.2023)
- MEZIROW J. *La teoria dell'apprendimento trasformativo*. Imparare a pensare come un adulto: Raffaello Cortina 2016.
- MILOTA M.M., VAN THIEL, G.J., & VAN DELDEN, J.J., *Narrative medicine as a medical education tool: a systematic review*. «Medical teacher», 41(7),2019, pp. 802-810.
- MONTAGNA L., GAMBALE G., DE MARINIS M.G., *Esperienze di formazione interprofessionale in simulazione*. «Metodologia Didattica e Innovazione Clinica-Nuova Serie», 23 (2), 2015, pp. 42-49.
- MORETO, G., BLASCO, P.G., PIÑERO, A., *Reflexiones sobre la deshumanización de la educación médica: empatía, emociones y posibles recursos pedagógicos para la educación afectiva del estudiante de medicina*. «Educación Médica», 19(3),2018, pp. 172-177.
- MORTARI L., *Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione*. Carocci, Roma 2003.
- OLIVERI C., *Medicina narrativa, l'importanza dell'empatia*. «Medici Oggi».2015 <https://medicioggi.it/contributi-scientifici/medicina-narrativa-limportanza-dellempatia/> (Ultimo accesso 3/5/23)

STRIANO M., *Riformulare le sfide professionali attraverso l'Action Learning Conversation nelle organizzazioni sanitarie* in Zannini L., D'oria M., *Diventare professionisti della salute e della cura. Buone pratiche e ricerche*. pp. 145-171. FrancoAngeli, Milano 2018.

ZANNINI L., PASSERINI G., ROSSINI G., PALMIERI C., *Raccontare per formare il proprio sé professionale: la proposta della narrazione e della scrittura riflessiva nelle professioni della cura*. «Metis», 6(1), 2016, pp. 388-399.

ZANNINI L., *Intrecciare parole nelle pratiche di cura: il contributo della medicina narrativa*. «AUTOBIOGRAFIE», 2021(2), pp. 37-46.