

Narrare la fenomenologia esistenziale della formazione per promuovere autoconsapevolezza professionalizzante negli studenti di medicina

Il racconto di un'esperienza

MARIAROSARIA DE SIMONE*

RIASSUNTO: Il presente contributo, approfondendo la metodologia educativa della clinica della formazione di Riccardo Massa, in particolare nel suo collegamento con la clinica e la pedagogia medica, si propone di descrivere un percorso strutturato per studenti di medicina volto all'approfondimento della latenza contestuale, dimensione che corrisponde alla prima 'stanza' di lavoro della clinica della formazione. Si tratta della prima delle quattro scansioni della progettazione educativa, che appunto Massa chiama metaforicamente 'le quattro stanze', che permette, soffermandosi sulla narrazione della vicenda formativa, non solo di cogliere il nesso tra cura e significazione esistenziale ma altresì di soffermarsi su ciò che agisce al di sotto dei bisogni e delle condizioni di riferimento, riguardante nello specifico, per l'esperienza descritta, la tematica della relazione di cura medico-paziente.

PAROLE CHIAVE: clinica della formazione; latenza contestuale; narrazione; pedagogia medica; relazione di cura.

ABSTRACT: This contribution, deepening the educational methodology of the clinic of the training of Riccardo Massa, in particular in its connection with the clinic and medical pedagogy, it is proposed to describe a structured path for medical students aimed at deepening the

* Università degli Studi di Napoli "Federico II", Dipartimento di Studi Umanistici.

contextual latency, dimension that corresponds to the first working room of the training clinic. This is the first of the four scans of educational design, which Massa calls metaphorically ‘the four rooms’, which allows, focusing on the narrative of the formative event, not only to grasp the link between care and existential significance but also to focus on what acts below the needs and conditions of reference, specifically, for the experience described, the issue of the relationship of medical care-patient.

KEY-WORDS: clinical training, contextual latency, narrative, medical pedagogy, care relationship.

1. Introduzione

Se è vero che appare sempre più necessaria, soprattutto nel periodo epidemico che ci troviamo a vivere, una formazione, per i professionisti della salute e della cura, che vada contro la “razionalità tecnica” (Shön, 1991) in direzione euristica e riflessiva, una formazione tale da promuovere processi interpretativi e ricostruttivi forieri di professionalizzazione umanizzante, sembra altrettanto esserlo la centralità delle pratiche narrative per lavorare lungo tale direzione. Affiancare alla medicina basata sulle evidenze una medicina riflessiva e narrativa, infatti, permette di riscattare «l’esperienza vissuta da uno stato caotico e senza forma. Questo non comporta attribuire significato all’esperienza, cosa che spetta a ciascuno degli individui coinvolti. Questo comporta invece renderla visibile, percepibile, come punto di partenza. Una volta che abbiamo dato forma all’esperienza può essere ispezionata, interrogata, mostrata ad altri» (Charon, 2015, p. 24).

E il ‘dare forma’ tramite il pensiero narrativo «nell’ambito di esistenze malate o di relazioni di cura, in situazioni di vita più di altre attraversate da condizioni di precarietà e incertezza, apre alla “possibilità”, ai racconti di tutto ciò che “potrebbe essere”. Da qui l’importanza di un assetto di ricerca “cooperativo” capace di raccogliere, analizzare e interpretare le narrative di pazienti e/o professionisti, “producendo” un “pensare per storie”, volto a far emergere e rendere visibili non solo le trame, ma anche le mappe, le cornici e le prospettive di significato attraverso cui vengono interpretate la salute e la malattia, l’identità, la storia e la cura, veri e propri “sistemi” complessi, che si configura-

no come dimensioni significanti dotate di cogenza normativa per i soggetti che le abitano» (Marone, 2016, p. 15).

Si tratta dunque di un pensiero narrativo che ci permette di cogliere il nesso tra cura e significazione esistenziale: «Il fatto, l'evento, il fenomeno medico-clinico alla stessa stregua di quello pedagogico-educativo necessita anche di essere compreso dall'interno nel suo accadere incarnato, specifico, singolare e irripetibile, potremmo dire autobiografico» (Castiglioni, 2016a), secondo una prospettiva costruttivista che prova a correggere il naturalismo/realismo della medicina contemporanea.

Una prospettiva che, sin dalla formazione universitaria, si arricchisca di «proposte e pratiche di matrice pedagogico-educativa che si collochino, a nostro parere, nell'alveo epistemologico e concettuale costruzionista-conversazionale-narrativo sensibile al portato della psicologia culturale e ad alcune dimensioni della prospettiva fenomenologica husserliana, attraversata dai contributi dell'esistenzialismo sartriano, per cui la conoscenza, il sapere – entro cui mettiamo anche quello medico e di cura – l'agire educativo e di cura, così come la relazione di qualunque tipo essa sia, di apprendimento, educativa e di cura, ecc., è sempre l'esito di un processo di negoziazione e di costruzione di senso e di significati» (Castiglioni, 2016b, p.135).

Lungo questa direzione la “medicina narrativa”, iscrivendosi nel quadro delle *medical humanities* e facendo «riferimento sostanzialmente a quattro matrici epistemologiche profondamente intrecciate: una matrice terapeutica; una matrice umanistico-narratologica; una matrice ermeneutico-fenomenologica; una matrice socio-antropologica» (Striano, 2016, p.11), potrebbe sicuramente giovare, ed ecco l'oggetto del presente lavoro, dell'approccio della “clinica della formazione” di Riccardo Massa (1990), un approccio che sembra trasversalmente poter attraversare in tutta tranquillità la maggior parte delle matrici suddette.

2. La clinica della formazione: uno sguardo in profondità

Da un punto di vista epistemologico un approccio “clinico” all'educativo non si contrappone di per sé ad altre prospettive di intervento, come ad esempio la progettazione educativa, ma anzi ne inte-

gra, con uno sguardo in profondità, la fondamentale dimensione di significazione esistenziale:

«L'ipotesi è di andare a scoprire, sotto il registro progettuale della formazione in senso tecnico e intenzionale, il registro latente delle fenomenologie esistenziali, dei modelli di comprensione, delle dinamiche affettive e dei dispositivi di elaborazione che soggiacciono a esso, e che istituiscono i termini stessi della sua praticabilità e della sua efficacia» (Massa, 1990, p. 583). È da qui che nasce la necessità di una 'mediazione pedagogica' per qualsiasi possibile azione formativa, come può essere la relazione di cura, con l'idea di occuparsi altresì dell'accadere involontario ed effettuale dell'esperienza educativa diffusa, proprio con l'atteggiamento, appunto 'clinico', di chi se ne distanzia per meglio coinvolgersi e comprenderla, «di chi sospende ogni tendenza alla generalizzazione per potere poi contribuire più efficacemente a essa, di chi arretra rispetto a fini e valori nel momento stesso in cui li riconosce come costitutivi di qualunque evento formativo, di chi non teme di svelare a se stesso e agli altri quanto di sgradevole ed irrazionale si celi dietro il desiderio di educare o di essere educato, di chi accetta le implicazioni erotiche e di potere del rapporto educativo senza sublimarle, negarle o naturalizzarle surrettiziamente» (Massa, 1990, p. 584).

Si tratta di uno 'sguardo' che rinvia a dimensioni empiriche e sperimentali, ad un approccio incentrato su realtà concrete e individuali, da un lato, e ad «uno studio di esse di tipo intensivo e processuale, quindi storico, genetico e ricostruttivo dall'altro» (Massa, 1990, p. 585). È a partire da questa metodologia, che nello specifico risulta costitutiva nella sua dimensione terapeutica in ambito psicoanalitico, che si lavora 'pedagogicamente' potenziando «quella circolarità tra teoria e prassi, tra crescita del sapere ed esperienza vissuta, tra pratica professionale e atteggiamento personale» (ibidem).

Si tratta di uno sguardo ispirato, ulteriore legame di pertinenza con il campo 'medico', a Massa dalle opere di Foucault, a partire dalla "Nascita della clinica" (1998), testo in cui il filosofo francese indaga le condizioni che hanno portato alla genesi e allo sviluppo dello sguardo medico in occidente, «la mutazione che ha consentito e che consente ancora ogni giorno che il letto del malato divenga campo di investigazione e di discorso scientifico» (Foucault, 1998, p. 9). È la clinica, infatti, nello specifico a partire dall'anatomia patologica, che segna il trionfo della vista, della visibilità in campo medico: «l'occhio

diventa il depositario e la fonte della chiarezza; ha il potere di portare alla luce una verità che accoglie solo nella misura in cui le ha dato vita» (ivi, p. 7). Lo sguardo medico è “loquace”: è «capace di collocare ciò che si ascolta e ciò che si vede in una rete concettuale e di incrementare questa rete concettuale entro una dimensione applicativa» (Massa, 2002 p. 323). Uno sguardo che però ha natura solo proiettiva: non ci si può permettere di usare il bisturi sul vivente, ma si guarda il corpo vivente anticipandone la dissezione. Appare così il legame evidente, di tipo fondazionale, tra clinica e scienza umane, non solo per garantire a quest’ultima uno statuto di scientificità, scientificità mai forte, ma non per questo «priva di valore, di significato o di efficacia» (Barone, Orsenigo, & Palmieri, 2002, p. 92), ma per il contributo che la clinica medica ha dato alle scienze umane, in questo caso alla ‘clinica della formazione’ in termini di ‘sguardo loquace’ e di ‘latenza’ ovvero di un costante rimando a una dimensione nascosta che necessita di essere interpretata, come la lesione sottocutanea che si individua a partire dai segni. Se dunque la clinica ci rimanda ad un processo ermeneutico stiamo parlando di ‘un’ermeneutica empirica’ dove l’interpretare non «vuol dire descrivere oggettivisticamente, né prescrivere tecnicamente o moralisticamente» (Massa, 2002, p. 326), ma vuol dire ‘chinarsi’ (ricordiamo che il termine “clinico” deriva dal sostantivo greco *klinè*, ‘letto’, e dal corrispondente verbo *klinèin*, ‘chinarsi’, ad indicare originariamente il tipico gesto del medico di chinarsi sul letto del malato per visitarlo, instaurando con lui una relazione terapeutica), come fa il medico e in particolare l’anatomo-clinico, nel caso della ‘clinica della formazione’ non sul corpo del paziente ma sul processo educativo sotteso al dispositivo educativo, con l’idea che, celata al di sotto dell’agire educativo, vi sia «una latenza pedagogica, che ci siano quindi dimensioni implicite che uno sguardo pedagogico può scorgere o può sforzarsi di ricostruire, e che oggi questa latenza sia molto accentuata nell’ovvietà del fare progetti, del proporre valori, dell’applicare tecniche» (ivi, p. 327).

Una latenza che richiede uno ‘sguardo e un ascolto loquace’ che, in pedagogia, «vanno intesi come sguardo e ascolto dell’accadere educativo, capace di collocare ciò che si ascolta e ciò che si vede in una rete concettuale e di incrementare questa rete concettuale entro una dimensione applicativa» (Massa, 2002, p. 323). A tal proposito in “Educare o istruire” (Massa, 1987) l’educazione è stata considerata come un dispositivo di cui, una volta scomposto nei suoi livelli essenziali e una

volta individuate dimensioni ed elementi caratterizzanti, se ne tratteggiano le relazioni che legano livelli ed elementi tra loro, dotandosi altresì di un insieme di tecniche grazie alle quali analizzare qualsiasi processo educativo a partire da questa rete concettuale, in modo da farne emergere il dispositivo latente, così da poter spiegare genesi ed evoluzione del processo stesso.

Se dunque, secondo la prospettiva *massiana*, il lavoro educativo poggia tanto su un sapere formale che su una conoscenza tacita, e, ancora, se dunque «la cura è educazione. E quindi la relazione attraverso cui essa si manifesta è educativa, nel momento in cui è quel necessario occuparsi degli altri in cui si apre il loro campo di possibilità» (Palmieri, Prada, 2008, p. 36), perché questo avvenga, occorre portare alla consapevolezza e ricomporre l'immaginario pedagogico di cui rappresentazioni, giudizi e vissuti della formazione sono espressione, così da promuovere una consapevolezza filosofica dell'esperienza educativa che da un lato permette una verifica teorica dall'altro funge da criterio direttivo di impegno etico (Bertin, 1968).

E, così come il processo clinico, un processo individuale, concreto, situato, avviene in un luogo, l'ospedale, una struttura organizzata secondo un dispositivo disciplinare, consentendo di isolare l'individuo come caso specifico da cui prelevare sapere mediante tecniche specifiche, allo stesso modo la pedagogia necessita di un luogo specifico e di tecniche specifiche per potersi piegare sul suo oggetto, il processo educativo: ed è questo il setting della clinica della formazione.

Un setting che si snoda lungo un percorso a spirale, sempre quindi in divenire, in corrispondenza delle quattro grandi scansioni della progettazione educativa, attraversando per cicli e ritorni successivi quelle che Massa chiama metaforicamente 'le quattro stanze', stanze in cui soffermarsi di volta in volta.

A tal proposito la prima stanza, su cui ci soffermeremo nel presente lavoro, corrisponde in sede clinica a ciò che agisce al di sotto dei bisogni e delle condizioni di riferimento: è la stanza della narrazione della vicenda formativa.

«Attraverso il racconto del proprio romanzo di formazione o di determinati episodi relativi alla propria attività professionale di formatore, come pure alla propria esperienza di soggetto in formazione (ma anche di educatore in genere e di genitore), si tende a evidenziare la *fenomenologia esistenziale* della formazione stessa. Alla formazione come dispositivo psicosociale si fa dunque corrispondere la formazio-

ne come dispositivo esistenziale. Sono in gioco gli scenari, i personaggi della formazione, le aspettative, gli incontri, i ruoli e le istituzioni, le esperienze, i 'passaggi' e gli eventi critici che l'hanno contrassegnata. Occorre qui mettere in atto un sapere e una tecnicità di tipo narrativo e letterario, un sapere della oralità e della memoria, con cui ricostruire storie e cicli di vita, con cui descrivere metamorfosi e passaggi dell'individuo verso altri modi di essere e altri mondi vitali, per approdare infine a un'analisi esistenziale e a una fenomenologia dell'educazione nel suo darsi biografico e soggettivo, nel suo vissuto personale e nelle sue manifestazioni esterne.

Il presupposto è quello che sia sempre la propria vicenda di formazione ad agire poi nella relazione formativa che si conduce o che si subisce con altri. La dottrina principale di riferimento è quella di una teoria dell'esperienza formativa di impianto narratologico e fenomenologico» (Massa, 1990, p.588).

3. Entrare nella prima stanza con gli studenti di medicina: il racconto di un'esperienza

Durante l'a.a. 2020/2021, al secondo semestre, e quindi in piena emergenza pandemica e in didattica a distanza, è stato proposto un modulo educativo costruito ad hoc per studenti in medicina per lavorare sulla latenza contestuale e referenziale riguardante nello specifico la tematica della relazione di cura medico-paziente. Il percorso educativo ha coinvolto trasversalmente studenti dell'Università di Napoli Federico II del Corso di Laurea in Tecniche Ortopediche, frequentanti l'insegnamento di Pedagogia, e studenti del corso di laurea in Dietistica ed in Igiene Dentale, frequentanti il Corso Integrato di Scienze Psico-pedagogiche. Gli studenti coinvolti sono stati circa 50 studenti, di cui 31 hanno completato e consegnato, previa sottoscrizione di un modulo di consenso informato ai fini di ricerca, il lavoro proposto.

La consegna era la seguente: «Racconta brevemente per iscritto almeno 5 episodi relativi all'attività professionale che ritieni particolarmente significativi sul piano del successo o dell'insuccesso rispetto alla relazione di cura, sia che tu ti sia trovato nel ruolo di medico che di paziente, o che ne sia stato spettatore.

Riporta altresì, per ogni episodio, il vissuto emotivo, e quale bisogno, in tale relazione, veniva soddisfatto, o non soddisfatto nel caso di insuccesso».

La prima stanza della clinica della formazione prevede di condurre sul materiale narrativo prodotto o attraverso di esso una attività di “narrazione”: si prende spunto da qualcosa di raccontato, esposto, riferito, esibito, rivissuto e/o ricordato a partire da un qualche stimolo iniziale, come la traccia di consegna su esposta, e attraverso una discussione in gruppo, si procede alla esplicitazione della latenza contestuale a cui tale materiale fa riferimento.

«Vale a dire, alla individuazione degli elementi più significativi che consentano di collocare la narrazione stessa entro un certo sfondo e un certo ambito familiare, sociale o istituzionale. Un ambito non necessariamente relativo alla formazione in quanto direttamente tematizzata, poiché il nostro intento è anche quello di poter sottoporre ad analisi pedagogica qualunque aspetto della vita, sempre degno di per sé di significati formativi latenti. Una tale latenza contestuale ci interessa in realtà, più che per l’evocazione di uno sfondo su cui la narrazione va collocata, per il contributo che ci può dare a cogliere la dinamica interna di ciò che viene narrato, qui ancora considerato sul piano di una sequenza di eventi e di vissuti. È questo, dunque, il vero oggetto latente in gioco nella prima stanza, la “dinamica referenziale” interna alla narrazione considerata. Si tratta di cogliere, attraverso l’analisi stessa dello stile narrativo e dei suoi contenuti manifesti, lo scenario e i personaggi più significativi del testo in oggetto, il suo intreccio, gli avvenimenti e le salienze, gli incidenti critici e l’eventuale scioglimento che si danno in esso, i criteri di valutazione, di successo o di successo a cui si fa riferimento, la immedesimazione e le variazioni immaginate» (Massa, 1992, pp. 33-34).

A titolo esemplificativo riporteremo un esempio di lavoro in gruppo a partire dalle narrazioni prodotte da M., una studentessa di Igiene Dentale:

1) Esperienza positiva: Visita oculistica, nello studio di un medico di fama internazionale ho notato grandissima professionalità, giusta cortesia, giusto rapporto medico paziente, non affrettato anzi molto accurato, si percepiva che ciò che faceva era il frutto di un amore sconfinato per il proprio mestiere.

2) Esperienza negativa: Lezione da tirocinante in ambulatorio, ho notato molta scortesia e molta avventatezza sul paziente da parte di un medico, sen-

za usare neanche un minimo di tatto. Si percepiva che il lavoro veniva eseguito senza un minimo di passione.

3) *Esperienza positiva: Lezione da tirocinante in reparto di parodontologia, durante una seduta di ablazione del tartaro, sebbene fossi alle prime armi, ho notato una sincera fiducia da parte di una paziente anziana, che nonostante avesse inteso la mia inesperienza mi dava fiducia e coraggio, suscitando in me un senso di umanità ed umiltà.*

4) *Esperienza negativa: Visita medica dermatologica, durante una prima visita dermatologica ho notato che ci sono molti medici che svolgono il loro lavoro solo per denaro e non per una reale passione e interesse. Il medico in questione trattava il paziente con totale non curanza, infastidito quasi dalle domande che il paziente poneva. Lo sottopose ad una terapia di alcuni giorni, consigliando di acquistare prodotti, ma alla fine della terapia, che fu un insuccesso, rivelò che anche egli non riponeva molta speranza nella riuscita della terapia, facendosi pagare profumatamente, nonostante sapesse che la terapia non avrebbe funzionato.*

5) *Esperienza positiva: Visita dermatologica. Durante la visita ho notato una grande professionalità del medico in questione, frutto di anni ed anni di esperienza, sebbene l'anzianità poneva al primo posto su una scala di importanza l'umanità e la sincerità, rassicurava il paziente e lo trattava quasi come un figlio, rasserendendolo e rincorandolo, in quanto il paziente doveva essere sottoposto ad un intervento, e seppur banale, il medico comprendeva e tollerava le paure del paziente.*

Prima di riportare in sintesi le riflessioni emerse dal lavoro in gruppo a partire e con le narrazioni di M. occorre ricordare le regole che Riccardo Massa ha individuato per la strutturazione del setting previsto per tale tipo di lavoro: «Le regole sono quelle della *intransitività* (il conduttore non spiega, ma induce scoperta, ordinamento, nominazione, rispecchiamento e riconoscimento autonomo dei vari significati dell'esperienza di formazione di cui ci si occupa), della *oggettivazione* (il focus non è costituito dai soggetti partecipanti e dal loro mondo interno, ma dal processo di formazione oggettivamente considerato, anche in ordine al ricorso in esso di dinamiche soggettive), della *referenzialità* (vi è un percorso attraverso quattro 'stanze' con arredi culturali determinati da seguire, e il conduttore ne è depositario), della *impudicizia* (da richiedere esplicitamente come assoluta, anche riguardo a fantasie, dettagli emotivi e comportamenti sessuali comunque connessi all'esperienza di formazione), della *avalutatività* (ogni morale, ogni giudizio, ogni valore, ogni intento operativo, ogni aspettativa di soluzione di problemi sono totalmente banditi)» (Massa, 1990, p. 587).

Precisate le regole dalla discussione in gruppo è emersa *per M. e con M.*, in termini di consapevolezza, la seguente restituzione: dallo stile narrativo, da cui appare netta l'attribuzione di giudizio in termini di successo o di insuccesso degli episodio riportati, addirittura ancor prima di riportarne le 'trame', si evince la chiarezza con la quale vengono descritte quelle che sembrano dover essere le caratteristiche salienti che permettono di distinguere un 'bravo' medico da un 'cattivo' medico, una 'efficace' relazione di cura da una 'inefficace' relazione di cura. La polarità cortesia/scortesia si evidenzia in due racconti, come pure l'amore/passione per il proprio lavoro versus la 'brama di profitto'. La cortesia, l'accuratezza, l'attenzione verso il paziente sembrano essere prerogative fondamentali per instaurare una buona alleanza terapeutica che, a livello 'psicodinamico' sembra doversi caratterizzare come 'paterna' in termini di protezione ed incoraggiamento ad affrontare nuove 'sfide'. Il tema della 'fiducia' reciproca sembra avere altresì un importante ruolo, soprattutto per ottenere il giusto riconoscimento per l'impegno profuso nei confronti del paziente. Un impegno che sembra richiedere un 'giusto' tempo, dimensione quest'ultima riscontrabile in due episodi narrati.

Dall'esempio riportato si evince come la dinamica referenziale latente di qualunque narrazione che vogliamo sottoporre ad un 'sguardo loquace' può essere colta solo individuando in essa una vicenda di formazione e un contesto di vita materiale che affondano nelle strutture originarie del mondo della vita, intrecciandosi, materialità educativa e fenomenologia esistenziale in un complesso gioco, mai definitivo, di significazioni oggettive e soggettive.

«Vita e formazione sono processi comunque orientati da scopi vitali, ed è su essi che si innestano poi gli scopi specifici della formazione, ed è nel contempo in quanto intenti eteroformativi e autoformativi che si manifestano gli scopi stessi della vita. Questo è regolato, sul piano della materialità educativa, da una certa rappresentazione della formazione medesima, attraverso cui il mondo della vita si categorizza cognitivamente in una direzione determinata. Quanto agli aspetti interattivi, la materialità educativa si esprime all'interno di una certa relazione formativa, connessa sul piano della fenomenologia esistenziale a una vera e propria fantasmatica inconscia, sorgente primaria di qualunque possibile relazione formativa ma anche, già di per sé, prodotto ed esito di essa» (Massa, 1992, p.20).

4. L'analisi qualitativa delle narrazioni degli studenti: alla ricerca del modello 'ideale di cura'

Una seconda fase del lavoro ha riguardato la restituzione a tutto il gruppo di studenti dei bisogni 'latenti' emersi dalle loro narrazioni, restituzione che, grazie ad un'analisi qualitativa fenomenologica ha permesso di stilare un vero e proprio 'vademecum' della relazione di cura 'ideale', che in seguito gli studenti hanno pure rappresentato in un collage di immagini (a titolo esemplificativo vedi le figure 1 e 2).

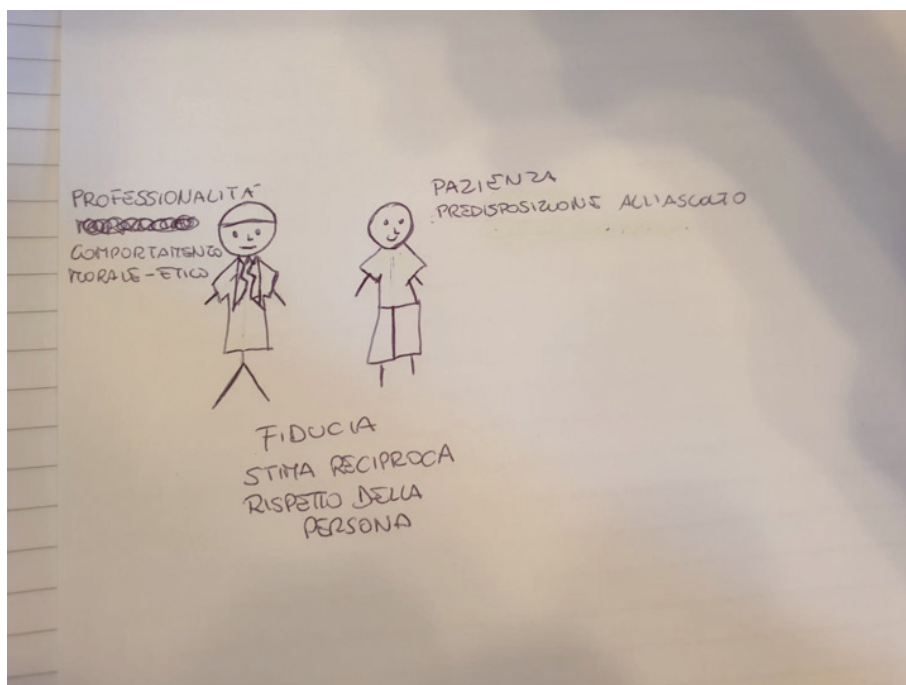


Figura 1. Il modello di cura ideale di F.

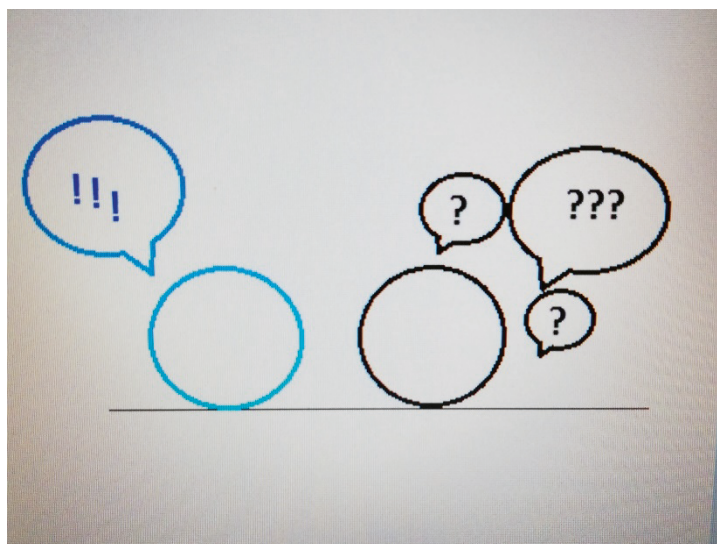


Figura 2. Il modello di cura ideale di P.

Ricordiamo che il gruppo è un dispositivo fondamentale nel lavoro di clinica della formazione, non solo per il sostegno che viene dato al lavoro di elaborazione individuale, che non potrebbe essere effettuato in solitudine per il rischio di autoreferenzialità dei pensieri e dei significati che ciò comporterebbe, ma soprattutto perché «vedere che l'altro agisce oppure è agito da circostanze e modi del tutto simili ai miei, induce una consapevolezza che non solo trasforma la mia postura ma anche allena a riconoscere come io lavoro. La dimensione etica è alimentata tanto dalla sintonia, quanto dalla fatica di esporsi alla differenza: implicitamente la negoziazione dei significati consente di vedere i fisiologici conflitti professionali da una prospettiva che sospende la reattività del quotidiano. In questo senso si può pensare ciò che normalmente viene agito per ritornare all'azione trasformati. Un guadagno individuale e professionale, questo, permesso dal gruppo, riconosciuto in gruppo e che fa gruppo» (Orsenigo, Ulivieri-Stiozzi, 2018, p. 30).

Per l'analisi qualitativa delle narrazioni è stata utilizzata l'*Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA), metodologia che, permettendo l'approfondimento della sfera del vissuto personale, parte da un

livello di analisi *idiografico*, che riguarda lo studio del particolare e del singolo caso, piuttosto che di una legge o un principio generale, che viene codificato ad un livello *interpretativo*, secondo i principi dell'ermeneutica, attraverso i significati che i partecipanti danno alle loro esperienze (Smith, 2011, Smith Osborne, 2003).

Partendo dall'analisi del contenuto semantico e del linguaggio utilizzato si è giunti dapprima all'identificazione dei *temi emergenti* (vedi Tab. 1):

Tem em er gen ti	<i>Narrazione originale</i>
1. Delicatezza nel prendersi cura del paziente	I. <i>In seguito all'ustione riportata da mio nonno ho assistito ad un ottimo lavoro da parte dell'infermiera che con delicatezza, cura e pazienza ha assistito mio nonno. L'ho vista come una fonte di ispirazione.</i>
2. La pazienza nell'ascolto e nel fornire spiegazioni	U. <i>Sin da piccola ho sempre avuto un medico di famiglia di fiducia ogni qualvolta vado da lui anche per un minimo dubbio perplessità Lui è sempre pronta ad ascoltarmi con pazienza</i>
3. L'importanza di tranquillizzare il paziente	M. <i>Entrai nell'ascensore ed ero con un infermiere bravissimo che mi tranquillizzò e provò a sdrammatizzare la situazione con delle battute.</i>
4. Evitare il senso di abbandono e di solitudine nel paziente	L. <i>Una volta mentre ero in prima visita vidi un dottore che si allontanò da una paziente per fare altro lasciandola da sola per molto tempo. Questo per me è stato un esempio di come non dovrebbe essere esercitata la professione medica</i>
5. Preparazione e aggiornamento continuo per la professione medica	C. <i>È una persona davvero molto umile e preparata, cerca sempre di spiegarti in maniera dettagliata ma semplice il tuo stato di salute e le possibili complicazioni se sono state riscontrate.</i>

<p>6. L'importanza di parlare al paziente in modo educato e non scortese</p>	<p>B. <i>Una mattina in particolare dopo la sosta pasquale l'ambulatorio di cardiologia era particolarmente affollato di pazienti in attesa ed io che assistevo il medico ero incaricato di chiamare per cognome i pazienti nell'ordine che il dottore mi aveva fornito. All'esterno c'era un gran fermento, ovviamente c'era chi si era anticipato e pretendeva di esser visitato prima. Sotto consiglio del medico sono uscito per sedare gli animi e ho spiegato ai pazienti che era importante il numero di prenotazione e non l'ordine di entrata, con un po' di fatica ero riuscito a sedare gli animi e a far visitare i pazienti uno dopo l'altro più serenamente. Ero molto in ansia inizialmente ma quando ho iniziato a parlare con maniere educate ho notato che i pazienti leggermente adirati cominciarono a calmarsi e sono riuscito a stabilire l'ordine.</i></p>
<p>7. Essere preparati all'esperienza della malattia per promuovere resilienza</p>	<p>B. <i>Questo evento credo sicuramente potrà influenzarmi positivamente in un futuro prossimo, durante il mio lavoro con i miei futuri pazienti; aiutarli a renderli consapevoli di poter gestire un proprio disagio, di farsi carico della propria malattia, mettendo in atto un meccanismo di resilienza.</i></p>
<p>8. Il ruolo dell'esperienza nella crescita professionale</p>	<p>V. <i>Qualche anno fa ho assistito all'intervento tempestivo di alcuni medici su mia nonna che aveva avuto un lieve malore, cercando di fare del loro meglio e utilizzando esperienza degli anni di lavoro per la cura. Quindi ho "rettificato" quella che era la mia idea di esperienza</i></p>
<p>9. Rassicurazione e protezione alla base della relazione di cura</p>	<p>N. <i>Quando il dottore molto delicatamente mi svegliò, mi rassicurò dicendomi che era andato tutto a buon fine e che ero stata molto brava e tranquilla. Un infermiere mi riportò in camera e all'uscita dall'ascensore trovai tutta la mia famiglia lì per me. Trascorsi poi il pomeriggio a riposare e in serata alcune infermiere molto dolci vennero a portarmi i dovuti medicinali da prendere. Fu un giorno ricco di ansia, ma allo stesso tempo le persone intorno a me compresi medici, familiari ed infermieri riuscirono a renderlo un giorno sereno.</i></p>

<p>10. Fare la cosa giusta per il paziente</p>	<p>B. <i>Un episodio che mi ha colpito, è stato quando durante il tirocinio è arrivata una bambina di 12 anni che a causa di una scoliosi molto grave, ha avuto un'ingessatura del tronco. La cosa più difficile è stata quella di convincere la paziente ad effettuare questo tipo di terapia, che avrebbe dato dei risultati ottimali. Questa situazione ha avuto un forte impatto emotivo su di me perché, seppur per una giusta causa, il medico è dovuto intervenire contro la volontà della bambina.</i></p>
<p>11. Comprensione ed empatia</p>	<p>G. <i>Si mostrò da subito molto fredda e distaccata nel pormi le domande oltre che visibilmente contrariata in merito ad alcune scelte farmacologiche prescritte dal mio precedentemente medico di riferimento. Per tutto il corso della visita ci fu totale mancanza di tatto e gentilezza e poca disponibilità alla comprensione e all'ascolto da parte sua. A livello umano considero il suo comportamento un insuccesso nella relazione col paziente in quanto incapace di instaurare un dialogo di fiducia che ispirasse positività e tranquillità.</i></p>
<p>12. La gestione del dolore</p>	<p>D. <i>Fu un momento di vera sofferenza per me in quanto erano delle punture su diverse parti del piede molto dolorose, ma con la sua delicatezza provai a restare più calma e ad alzare la mia soglia del dolore.</i></p>
<p>13. Il medico come professione umanizzante</p>	<p>N. <i>Durante una gita in pullman, al rientro, mi sono sentita male con lo stomaco. Avevo una forte nausea. Non riuscendo più a trattenermi, ho chiesto all'autista di fermarsi ad una piazzola di sosta. Avvertito il problema, una giovane ragazza, un medico, mi è stata accanto, mi ha distratto, mi ha tenuto la mano e mi ha consolato. Ricordo ancora il suo nome perché si chiamava come me. Mi ha dato molta fiducia nei medici, e nell'umanità in generale.</i></p>
<p>14. La 'passione' per il proprio mestiere</p>	<p>C. <i>Visita nutrizionale. Qualche anno fa conobbi un'altra dietista, molto diversa dalla prima che fa il suo lavoro con molta passione e dedizione. Ti mette a tuo agio e cerca un piano alimentare adatto alle tue esigenze senza paragonarti a nessun'altra persona e facendoti apprezzare la tua</i></p>

	<i>fisicità anche con piccoli difetti. Questa persona per me è ancora oggi una grande ispirazione.</i>
15. Dare conforto e sostegno	<i>T. Lo chiamavo, gli mandavo messaggi per avere qualche parola di conforto, e lui mi diceva semplicemente: “è tutto normale!”</i>
16. Spiegare in modo chiaro ed empatico	<i>B. Mamma chiese alla dottoressa “Perderò i capelli?”, e il medico rispose “certo, non volevate perderli”. Questa risposta io ritengo che sia stata inopportuna, è un dovere del medico informare il paziente in modo corretto delle conseguenze del trattamento sanitario, tuttavia penso che sarebbe opportuno cercare di essere cortesi e gentili. Questa esperienza ha incrementato ulteriormente, la mia inclinazione ad essere gentile e quando un giorno diventerò dottoressa, vorrei essere empatica. Mi piacerebbe saper spiegare al paziente i trattamenti sanitari che dovrà affrontare attraverso un linguaggio semplice, ma nello stesso tempo assumere un atteggiamento empatico, perché penso che sia la capacità di saper capire gli altri, senza farsi coinvolgere emotivamente, la chiave della bravura di un medico.</i>
17. Prestare attenzione al paziente come persona	<i>C. Entrare in stanza per fare un prelievo, misurare la glicemia, somministrare farmaci, senza prestare attenzione a come stesse quella persona, a quali emozioni provasse, se aveva paura, come si sentiva.</i>
18. Aggiornarsi continuamente	<i>V. Un altro aneddoto che mi piace ricordare è di quando stavo male con l'intestino a causa di un parassita, fu molto brutto perché all'inizio feci molte analisi senza ottenere risultati ma poi mi consigliarono un medico che riuscì ad aiutarmi e fu l'unico a capire che avevo un parassita nell'intestino, fu un esempio molto importante per me perché mi ha fatto capire quanto sia importante studiare, informarsi, apprendere ed aggiornarsi per essere sempre pronto ad aiutare il prossimo e fare la differenza.</i>
19. La fondamentale della fiducia nella relazione di cura	<i>T. Una volta sono stato operato e il medico ha saputo benissimo portare a termine l'operazione alimentando in me la fiducia nei suoi confronti e questa è stata per me una esperienza in cui si è riscontrata la professionalità nonché</i>

	<i>il successo del medico nell'attuare le sue abilità in quanto ha saputo mettermi in salute in poco tempo</i>
20. L'esempio ispiratore del padre medico	<i>M. Prima di decidere definitivamente quale lavoro svolgere "da grande", varie esperienze mi hanno portato verso il campo medico e nello specifico verso il campo dell'odontoiatria. La sera quando mio padre tornava da lavoro (igienista dentale) e ci ritrovavamo tutti a tavola a mangiare, lui mi raccontava della sua giornata: di come era soddisfatto nel curare le persone e delle prestazioni che attuava. Provavo e provo ancora ammirazione per mio padre. Crescendo con questi racconti, mi sono appassionata a questo campo e a questo lavoro.</i>
21. Emotività ed emozioni nel lavoro di cura	<i>S. E questa scena se pur può sembrare banale mi diede un gran soddisfacimento e mi toccò a livello emotivo, aver sopperito ad un bisogno essenziale il che alle volte nella società in cui viviamo questo aspetto viene molto sottovalutato.</i>
22. Promozione di processi di consapevolezza	<i>C. Riflettei nei giorni a seguire su quell'episodio, e su come nonostante mi sentissi così sola ed insicura, fossi riuscita a darmi forza, a convincermi che ce la potevo fare. Quest'evento credo sicuramente potrà influenzarmi positivamente in un futuro prossimo, durante il mio lavoro con i miei futuri pazienti; aiutarli a renderli consapevoli di poter gestire un proprio disagio, di farsi carico della propria malattia, mettendo in atto un meccanismo di resilienza.</i>
23. L'importanza di dare speranza	<i>N. Il dottore, tuttavia si avvicina al bimbo, dicendogli con un sorriso colmo di speranza, che ad oggi, con le nuove terapie, la fibrosi cistica non è più un problema di cui disperarsi, e che anzi, doveva esser contento fosse "solo" fibrosi cistica. Poche parole, ma di grande sollievo, per una famiglia che in quel momento aveva bisogno di alleati per combattere: non era più solo la loro guerra, ma anche dei genitori, degli altri bambini, LA MIA guerra, che il dottore in quel momento mi ha fatto percepire come necessità di collettività.</i>

Tabella 1. Temi emergenti.

Il passo successivo è stato quello di collegare tra loro i temi, ricercandone le connessioni. Ricordando che non tutti i temi emergenti devono essere considerati ed alcuni possono “decadere” perché risultano ridondanti o di non particolare importanza. I temi emergenti sono stati organizzate in una tabella, in modo da attuarne un confronto (*Clustering dei temi*) attraverso un raggruppamento all’interno di categorie sovraordinate (Vedi Tab. 2):

Temi emergenti	Frequenza riscontrata nelle narrazioni degli studenti
<i>1. Quale saggezza puoi trovare che sia più grande della gentilezza?</i> <i>(Jean Jacques Rousseau)</i>	8
1.a. Delicatezza nel prendersi cura del paziente	10
1.b. L’importanza di parlare al paziente in modo educato e non scortese	2
1.c. La pazienza nell’ascolto e nel fornire spiegazioni	2
1.d. Comprensione ed empatia	3
<i>2. L’importanza di tranquillizzare il paziente</i>	16
2.a. Rassicurazione e protezione alla base della relazione di cura	12
2.b. Dare conforto e sostegno	4

<i>3. Preparazione e aggiornamento continuo per la professione medica</i>	7
3.a. Il ruolo dell'esperienza nella crescita professionale	17
3.b. Fare la cosa giusta per il paziente	10
3.c. Aggiornarsi continuamente	3
<i>4. Evitare il senso di abbandono e di solitudine nel paziente</i>	16
<i>5. il ruolo educativo del medico: essere preparati all'esperienza della malattia per promuovere resilienza</i>	7
5.a. Insegnare la gestione del dolore	3
5.b. Spiegare in modo chiaro ed empatico	4
5.c. Promozione di processi di consapevolezza	5
<i>6. Prestare attenzione al paziente come persona</i>	8
<i>7. La fondamentale della fiducia nella relazione di cura</i>	11
<i>8. La professione medica come missione: il medico come professione umanizzante</i>	3
8.a. L'importanza di dare speranza	4
8.b. La 'passione' per il proprio mestiere	6

8.c. L' esempio ispiratore del padre medico	13
9. <i>Emotività ed emozioni nel lavoro di cura</i>	17

Tabella 2. Temi sovraordinati ed emergenti x frequenza.

Dalla discussione dei temi sovraordinati ed emergenti gli studenti hanno avuto modo di rafforzare ulteriormente i propri processi di consapevolezza circa la propria futura professionalità, rispetto ad aspetti che sono risultati fondamentali:

1. La gentilezza:

N. L' oculista dove ero abituata ad andare mi trattava sempre con cura e gentilezza, quella col tempo era diventata la mia "idea" di medico, che al contrario di quello che a volte i più piccoli possono pensare, non mi spaventava affatto e mi rendeva tranquilla.

2. L' importanza di tranquillizzare il paziente:

G. Un paio di anni fa, per la prima volta dopo tanti anni, ho dovuto rifare le analisi del sangue. Io ho la fobia degli aghi e ricordo che quel giorno fu tremendo perché giustamente ero in ansia per il prelievo. Ricordo però che l' infermiera fu particolarmente gentile e comprensiva con me, nonostante fossi già abbastanza grande per lamentarmi o avere "paura" di un semplice prelievo. Mi mise a mio agio e per un momento riuscì anche a tranquillizzarmi, e credo che sia questo il comportamento giusto da avere nei confronti di un paziente (qualunque sia il ruolo della persona: medico, infermiera, ect.) proprio perché la persona va tranquillizzata anche se per noi la sua paura o fobia può sembrare sciocca o esagerata.

3. Preparazione e aggiornamento continuo per la professione medica:

T. Per due anni ho lavorato in uno studio oculistico. Il dottore per il quale lavoravo lo ritenevo e lo ritengo tutt' oggi il miglior oculista di Italia, è preparato, si aggiorna, fa convegni in Italia e all' estero. Sono venuti in questi due anni casi molto disperati e lui è stato in grado di dare a persone mezze

cieche, la vista. È una persona che ammiro e mi piacerebbe tanto prendere spunto dalla sua relazione di cura che instaura con il paziente.

4. Evitare il senso di abbandono e di solitudine nel paziente:

M. Ricordo un episodio relativo alla volta in cui mi dovettero portare al pronto soccorso per un malore che manifestavo che non voleva andare via. Essendo maggiorenne dovetti entrare da sola e dopo un'attesa di più di un'ora fui visitata e mandata a fare un'ecografia al reparto di ginecologia che si trovava a circa due piani più su, da sola. Ero ovviamente in stato debilitato dato che non riuscivo a mangiare da giorni e camminavo solo piegata in due. Ricordo la sensazione di profondo malessere che provai in quei giorni e ad oggi mi ritengo fortunata a non essermi sentita male in quella circostanza altrimenti non avrei avuto nessuno ad aiutarmi.

5. Il ruolo educativo del medico: essere preparati all' esperienza della malattia per promuovere resilienza:

P. Mi piacerebbe saper spiegare al paziente i trattamenti sanitari che dovrà affrontare attraverso un linguaggio semplice, ma nello stesso tempo assumere un atteggiamento empatico, perché penso che sia la capacità di saper capire gli altri, senza farsi coinvolgere emotivamente, la chiave della bravura di un medico.

6. Prestare attenzione al paziente come persona:

N. Era una giornata di Giugno, avevo un impegno lavorativo, dovevo consegnare un corsetto ad un anziano a causa di una frattura procurata da una incidentale caduta. La moglie mi accolse disperata, dicendomi che il marito si lamentava continuamente per i dolori che avvertiva, cercai di rassicurarla, chiarendole che con l'utilizzo del presidio ortopedico il dolore si sarebbe attutito. Dedicai tutto il tempo necessario al paziente, la mia priorità era solamente lui, senza mai distogliere le attenzioni dalle sue esigenze, restai un po' con lui per vedere l'evoluzione della situazione, ma stesso il paziente mi rassicurò dicendomi che stava molto meglio.

7. La fundamentalità della fiducia nella relazione di cura:

N. Un altro episodio che ricordo, è di quando accompagnai mia sorella da una terapeuta, fu incontro molto emozionante perché essendo anche psicologa lei fece un discorso con mia sorella che mi commosse. Questo è uno di quegli esempi che mi piacerebbe seguire e ricordare perché penso che sia importante per un medico arrivare dritto al cuore del paziente in modo tale da instaurare un rapporto di totale fiducia.

8. La professione medica come missione: il medico come professione umanizzante:

S. Durante una gita in pullman, al rientro, mi sono sentita male con lo stomaco. Avevo una forte nausea. Non riuscendo più a trattenermi, ho chiesto all'autista di fermarsi ad una piazzola di sosta. Avvertito il problema, una giovane ragazza, un medico, mi è stata accanto, mi ha distratto, mi ha tenuto la mano e mi ha consolato. Ricordo ancora il suo nome perché si chiamava come me. Mi ha dato molta fiducia nei medici, e nell'umanità in generale.

9. Emotività ed emozioni nel lavoro di cura:

N. Un episodio che mi ha colpito, è stato quando durante il tirocinio è arrivata una bambina di 12 anni che a causa di una scoliosi molto grave, ha avuto un'ingessatura del tronco. La cosa più difficile è stata quella di convincere la paziente ad effettuare questo tipo di terapia, che avrebbe dato dei risultati ottimali. Questa situazione ha avuto un forte impatto emotivo su di me perché, seppur per una giusta causa, il medico è dovuto intervenire contro la volontà della bambina.

5. Riflessioni conclusive

Già nel lontano 1997 Riccardo Massa aveva inteso il nesso pedagogia medica e clinica della formazione come un percorso, per la ricerca e la riflessione sulla formazione alle professioni mediche e sanitarie, a spirale, capace di andare dagli stili educativi «come modi concreti di formare nelle istituzioni accademiche e nei gruppi di apprendimento, ai modelli pedagogici come schemi teorici di riferimento, per tornare di nuovo agli stili come “variazioni” e “trasgressioni” personali rispetto alle pretese riduttive dei modelli. Una prospettiva di questo tipo risponde ad alcuni intenti che sembrano fondamentali per un rinnovamento della pedagogia medica: rivendicare la centralità del momento metodologico, declinare tale momento entro un orizzonte aperto è problematico, sottolineare l'importanza di un percorso di rielaborazione continua dei modelli pedagogici al fine di poter acquisire una comprensione modificatrice dei propri stili educativi, ponendone in luce le congruenze e le discrepanze reciproche» (Massa, 1997, p. 21).

Ed è proprio riguardo ai nessi di congruenze e di discrepanza tra i modelli epistemologici e le rappresentazioni affettive della medicina da un lato e quelli della formazione e dell'educazione dall'altro che

l'analogia, quella tra medicina e pedagogia, si pone per Massa, specie per la formazione alla professione sia medica che educativa, da analizzatore, lo abbiamo visto precedentemente, particolarmente efficace. Un'analogia che «può essere riproposta come problematizzazione radicale del rapporto stesso tra sapere, saper fare e saper essere» (Massa, 1997, p. 22), rapporto che si esplica in stili e modelli di formazione alle professioni mediche sanitarie che veicolano sempre, e per lo più in maniera inconsapevole, un'ermeneutica dell'esperienza «rispetto alle regioni ontologiche della conoscenza scientifica, del corpo, del male, della sofferenza, della cura e della morte, svelando o scindendo i nessi costitutivi tra di essi» (Massa, 1997, p. 23).

La clinica della formazione rappresenterebbe il dispositivo, tramite un atteggiamento metodologico critico-riflessivo e critico-ermeneutico, tramite il quale «poter riconoscere il gioco variegato delle rappresentazioni degli affetti proprio rispetto agli stili e modelli di formazione in ambito medico e sanitario» (Massa, 1997, p. 28).

Clinica della formazione, dunque, come setting pedagogico che funga da 'area potenziale di tipo, si auspica, emancipatorio. Uno spazio-tempo di esitazione, distinto ma contiguo allo spazio-tempo non formativo, dove ha luogo, o è possibile che abbia luogo, una potente trasformazione 'protetta', tale da illuminare la complessa relazione tra educazione e vita, e che chiama in causa l'importanza e la responsabilità di una specifica attenzione alla dimensione affettiva (Mottana, 1993) nei contesti formativi, specie per quelli rivolti alle professioni sanitarie, non dimenticando mai la fondamentale funzione educativa sottesa a qualunque relazione terapeutica (Massa, 1991).

Riferimenti bibliografici

BARONE P., ORSENIGO J., PALMIERI C. (a cura di), *Riccardo Massa: Lezioni sull'esperienza della follia*. Franco Angeli, Milano 2002.

BERTIN G.M., *Educazione alla ragione. Lezioni di pedagogia generale*, Armando Editore, Roma, 1968.

CASTIGLIONI M., *Pedagogia e Medicina a confronto. Per un progetto formativo e di cura narrativo-autobiografico nei contesti medico-sanitari*, «Metis», 6, 1, 2016a, doi: 10.12897/01.00137.

——— *Una questione di formazione*. In M. Castiglioni (ed.), *Figure della cura. Gesti, immagini, parole per narrare* (pp. 134-1138). Guerini scientifica, Milano 2016b.

CHARON R., *Sondando il corpo che si racconta*. In M. Castiglioni (a cura di), *Figure della cura. Gesti, immagini, parole per narrare* (pp. 19-25). Guerini scientifica, Milano 2015.

FOUCAULT M., *Nascita della clinica: una archeologia dello sguardo medico* (A. Fontana & B. Bertani, Trans). (Original work published 1963). Einaudi, Torino 1998.

MARONE F., *Introduzione*. In F. Marone (a cura di), *La medicina narrativa e le buone pratiche nei contesti della cura* (pp. 9-12). Pensa Multimedia, Lecce 2016.

MASSA R., *Educare o istruire? La fine della pedagogia nella cultura contemporanea*. Unicopli, Milano 1987.

——— *Istituzioni di pedagogia e scienze dell'educazione*, Laterza, Roma-Bari 1990.

——— *La clinica della formazione*, in Massa (a cura di), *Saperi, scuola, formazione. Materiali per la formazione del pedagogo*. Unicopli, Milano 1991.

——— *Il congegno metodologico*. In R. Massa. *La clinica della formazione: un'esperienza di ricerca* (pp. 15-38). Franco Angeli, Milano 1992.

——— *Ricerca teorica, ricerca empirica e clinica della formazione*. In G. Sola (a cura di). *Epistemologia pedagogica*. Milano: Bompiani, Milano 2002.

MOTTANA P., *Formazione e affetti. Il contributo della psicoanalisi allo studio e all'elaborazione dei processi di apprendimento*. Armando Editore, Roma 1993.

ORSENIGO J., ULIVIERI-STIOZZI S., *La Clinica della formazione in Italia*, «Cliopsy», 20, 2018, pp. 23-37.

PALMIERI C., PRADA G., *Non di sola relazione. Per una cura del processo educativo*. Mimesis, Milano 2008.

SCHÖN D.A., *Il professionista riflessivo: per una epistemologia della pratica professionale* (A. Barbanente, Trans). (Original work published 1991), Dedalo, Bari 2010.

SMITH J.A., *Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis*, «Health Psychology Review», 5, 2011, pp. 9-27. doi:10.1080/17437199.210.510659, 2011.