

## Narrare disegnando insieme la futura pratica professionale

Verso la costruzione valoriale di orizzonti condivisi

MARIAROSARIA DE SIMONE\*

**RIASSUNTO:** La capacità di riflettere rappresenta una delle competenze base per la pratica lavorativa delle professioni sanitarie, capacità che potrebbe essere promossa, in ambito formativo, attraverso metodologie squisitamente umanistiche, come le narrazioni, anche di tipo artistico. Lungo tale direzione si colloca l'esperienza educativa di seguito descritta, che ha visto studenti e studentesse delle professioni sanitarie coinvolti in un lavoro collaborativo di tipo artistico-narrativo volto essenzialmente a riflettere sul nesso tra cura e significazione esistenziale quale opportunità privilegiata per prendere consapevolezza dell'orizzonte valoriale, personale e condiviso, riguardante la propria futura professione.

**PAROLE-CHIAVE:** pratiche di consapevolezza, linguaggi artistici, pedagogia medica, narrazione.

**ABSTRACT:** The ability to reflect represents one of the basic skills for working in the health professions, a skill that could be promoted, in the training field, through methods exquisitely humanistic, such as narratives, also artistic. Along this direction lies the educational experience described below, which saw male and female students of the health professions involved in a collaborative work of an artistic-narrative type aimed essentially to reflect on the link between care and existential significance as a privileged opportunity to become aware of the value horizon, personal and shared, concerning one's future profession.

**KEY-WORDS:** awareness practices, artistic languages, medical pedagogy, narration.

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

## 1. Introduzione

È grazie alle Medical Humanities che la medicina ufficiale è sfidata ormai già da qualche anno a riconfigurare il suo modello scientifico in una direzione interdisciplinare dove trovano adeguato spazio non solo la scienza ma anche le discipline umanistiche, compreso il linguaggio artistico. La dimensione psicologica, emotiva e spirituale, dimensioni che caratterizzano la nostra 'umanità', indissolubilmente legata a una condizione di incertezza, turbamento, provvisorietà, possono giovare enormemente degli approcci significanti di tipo artistico. In particolare, la scrittura espressiva di tipo riflessivo, intrapresa e promossa in chiave critica, può consentire, in particolare quando si esplorano gli elementi narrativi e metaforici, un percorso importante per gli operatori sanitari, tale da promuovere uno sviluppo professionale su temi fondamentali nella relazione di cura, quali valori, etica, identità e responsabilità. Percepire, registrare, discutere la vita come narrazione rappresenta una modalità umana naturale. Le nostre esistenze sono abitualmente dotate di senso attraverso racconti, storie raccontate quotidianamente sottoforma di azioni, ricordi, pensieri, sogni, abitudini, credenze.

Narrare è un processo naturale quanto il respirare (Bruner, 2004). Le informazioni sono conservate nella nostra mente sotto forma di strutture narrative. Noi cresciamo circondati da storie che scorrono attraverso di noi e ci significano dalla nascita, dicendoci chi siamo, a quale luogo apparteniamo, cosa è giusto e cosa è sbagliato: «Un uomo è sempre un narratore di storie, vive circondato dalle sue storie e dalle storie degli altri» (Sartre, 1963, p. 61).

E così «Just as my skin holds my organs and body-fluids in a form which is recognizably me (to myself as well as others), my psychosocial selfhood relies upon my grasp of my narratives of relationship, chronology and place» (Bolton, 2008, p. 139). E, sebbene noi siamo invischiati nelle nostre storie e strutture narrative, e in quelle che sono state create intorno a noi, di alcune siamo consapevoli, di altre no.

Lungo tale direzione le discipline umanistiche si sforzano di dare un senso alla complessità apparentemente ingestibile della condizione umana e, nello specifico, in ambito medico, si occupano della dimensione esperienziale della malattia, della salute, della cura (Arnott *et al.*, 2001).

Certo lo studio delle discipline umanistiche non solamente può favorire una profondità di comprensione, conoscenza ed esperienza dell'umano

(Charon, 2001, 2006) offrendo cornici complesse esplicative ed esperienziali per affrontare la dimensione umana delle questioni mediche e sanitarie, ma nello specifico il metodo della scrittura creativa può permettere di concentrare l'attenzione altresì sulla dimensione emotiva che la cura, con tutta la sua quota di ambiguità, incertezza e complessità, porta con sé. E d'altronde la medicina stessa è intrisa di parole scritte:

«The art of medicine is a literary art. It requires of the practitioner the ability to listen in a particular way, to empathise and also to imagine – to try to feel what it must be like to be that other person lying in the sickbed, or sitting across the desk from you; to understand the storyteller, as well as the story» (Helman, 2006, p. 1).

Il tipo di scrittura proposta dalle Medical Humanities si caratterizza però per una narrazione che, eludendo le abituali 'storie' e metafore quotidiane, consentirebbe la promozione di percezioni pluri-prospettiche, rappresentando in tal modo una metodologia pedagogica e formativa altamente sfidante per i professionisti della cura. «Writing exploratively and expressively can take practitioners up to and beyond their habitual boundaries, overcoming previously perceived barriers to perception and understanding. Clinicians can begin to leave at the border professional assumptions, such as clinical detachment or the inadvisability of sharing significant doubts and disasters with colleagues. Such critical enquiry is at the heart of medical humanities» (Bolton, 2008, p. 133). Ad esempio, come riportato da Bolton (2008), narrando, lo scrittore clinico, di una conversazione che una paziente ha avuto con suo marito dopo la consultazione e di come questo abbia influenzato il suo pensiero e le sue azioni, egli potrebbe utilizzare alcuni metodi artistici come scrivere senza il 'poliziotto mentale', attingendo così alla propria comprensione tacita.

Non importa in tal senso la verità, ciò che importa è la comprensione e l'intuizione acquisite attraverso questo tipo di riflessione. Ancora: si può condividere la scrittura in modo riflessivo all'interno di un setting facilitato con colleghi fidati e riscrivere con una nuova intuizione acquisita. E così leggere e discutere la scrittura tra colleghi può migliorare la comprensione delle diverse prospettive da cui si lavora, prospettive che il più delle volte risultano implicite all'agente stesso. Sì perché usualmente la narrazione umana può essere acritica: nel tentativo di creare ordine e sicurezza in un mondo caotico le nostre storie spesso non esplorano questioni delicate ma si tende a narrare ciò con cui ci sentiamo più a nostro agio. Affinché le nostre

esperienze siano evolutive, socialmente, psicologicamente e spiritualmente il nostro mondo deve essere “disseminato da inquietudine esistenziale” (Bertin in Bertin/Contini, 2004, p. 183). Lungo tale direzione nella scrittura riflessiva clinica i processi di creazione di storie vengono esaminati in modo critico. Creare e ricreare nuovi resoconti da diverse prospettive in diverse modalità suscitando e ascoltando le risposte dei colleghi, ascoltare in modo critico le storie dei coetanei imparando anche dalla loro esperienza: ciò che conta non è il tentativo di produrre un racconto vero ma l'esplorazione della conoscenza dei valori, dell'identità professionale, dell'esperienza. C'è bisogno, dunque, accanto ai tradizionali approcci formativi oggettivi, 'in terza persona', di promuovere approcci critici 'in prima persona', approcci maieutici, processi di consapevolezza che permettano un agire professionale responsabile, una comprensione chiara di come noi e gli altri costruiamo il nostro mondo, le sue strutture, i contenuti narrativi e metaforici: i processi artistici possono aprire all'indagine esperienziale in tal senso.

Sì perché, sebbene la vita vissuta, come ci insegna Sartre (1963), non sia strutturata come un'avventura, e le avventure accadono solo nelle storie, una storia scritta può dare agli eventi una struttura più facilmente affrontabile rispetto a un pezzo ingombrante di esperienza senza un percepibile inizio e fine, offrendo la 'distanza estetica' della letteratura che permette di interrogare e sperimentare personaggi e storie, cosa impossibile con persone reali, o perlomeno molto difficile.

Inoltre, poiché nessuna storia ha un solo significato ma si presta alle interpretazioni personali di ciascuno, a volte creando conflitti, essa può aprire a discussioni che possono risultare molto fruttuose: si svilupperanno, da parte dello scrittore, intuizioni inaspettate sui significati impliciti di una storia e, allo stesso tempo, gli ascoltatori amplieranno la loro comprensione del fenomeno di cura. I medici spesso si troveranno sfidati nel dover affrontare nuove prospettive su eventi che pensavano di aver compreso. La scrittura, infatti, sollevando questioni emotive significative che richiedono riflessioni, permette di cedere il controllo dell'apprendimento al processo artistico.

L'importanza fondamentale della narrativa e delle storie per la medicina è dunque ormai ben documentata (Brody, 2003; Charon, 2001, 2004; DasGupta and Charon, 2004; Engel *et al.*, 2002), così come l'utilizzo combinato di scrittura riflessiva con altri linguaggi artistici. Lungo tale direzione, ad esempio, Karkabi *et al.* (2014) hanno valutato qualitativamente esperienze formative, con studenti e professionisti sanitari, che vedevano l'uso com-

binato di arte e narrativa, nello specifico di scrittura creativa e visione di dipinti astratti. Gli studiosi hanno rilevato innanzitutto che le narrazioni risultavano simili per i professionisti della cura provenienti da diversi paesi.

Inoltre, l'uso dell'arte ha aiutato l'accesso a sentimenti e vissuti emotivi, la visualizzazione di dipinti astratti ha facilitato il processo di riflessivo, la scrittura ha permesso di indagare su dimensioni come i cambiamenti educativi, la compassione di sé e degli altri, la costruzione di piani di azione.

Infine, la condivisione della narrazione è stata utile per promuovere nei professionisti della cura competenze di ascolto e maggiore accettazione di prospettive significanti multiple. Le abilità riflessive, infatti, non sono necessariamente intuitive, soprattutto per gli studenti, pertanto occorre, nel progettare i curricula formativi, porre l'attenzione nel promuoverle, e in tal senso le discipline umanistiche, compresa la letteratura, la scrittura riflessiva, le arti visive possono rappresentare preziose vie per favorirle.

Rispetto a queste ultime, infatti, esistono ricerche che evidenziano il ruolo delle arti visive, nei contesti formativi sanitari, nel migliorare le capacità di osservazione (Bardes *et al.*, 2001; Shapiro *et al.*, 2006), diagnostiche (Dolev *et al.*, 2001; Naghshineh *et al.*, 2008), di ascolto empatico del paziente (Reilly *et al.*, 2005). Nella loro rassegna bibliografica sull'argomento Karkabi e colleghi (2014) riportano l'esperienza dell'utilizzo di una mostra interattiva fotografica per favorire in operatori sanitari, pazienti e famiglie la riflessione sui vissuti emotivi connessi alla malattia e alla morte e sulla spiritualità (Wald *et al.*, 2010).

La combinazione di arti visive e scrittura ha favorito la comprensione della sofferenza in laboratori rivolti ad operatori sanitari ed educatori medici (Karkabi & Cohen Castel, 2007), così come ha promosso capacità riflessive negli studenti di professioni sanitarie rispetto alla propria esperienza con i pazienti, ai propri vissuti emotivi, al proprio agire professionale (Karkabi & Castel Cohen, 2011).

## **2. Narrare la cura con i disegni: il racconto di un'esperienza**

Narrazione e riflessione in educazione medica, sotto l'egida della medicina narrativa, sembrerebbero poter dunque promuovere nei futuri professionisti sanitari non solo abilità di osservazione e interpretazione del fenomeno di cura ma altresì competenze di tipo empatico nei confronti dei

pazienti, nonché maggiore attenzione, abilità di rappresentazione e senso di appartenenza/affiliazione alla ‘comunità di apprendimento’ costituita da tutte le persone coinvolte nei processi di cura, come colleghi, pazienti, familiari. Le narrazioni possono promuovere *phrónesis* aristotelica<sup>1</sup> quale saggezza che concerne il bene dell’uomo nel *qui e ora* (Colicchi, 2021), costante ‘autoconsapevolezza’ come atto morale (Frank, 2004).

Lungo tale direzione si è svolto un percorso laboratoriale in tal senso strutturato, per un totale di quattro ore, divise in due incontri di due ore ciascuno.

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, tenuto dalla scrivente, e studenti del corso di laurea in Dietistica ed in Igiene Dentale, frequentanti il Corso Integrato di Scienze Psico-pedagogiche durante il secondo semestre dell’A.A. 2022/2023.



**Figura 1.** Sede di Scampia dell’Università di Napoli Federico II.

1. Aristotele, Etica Nicomachea, VI, 7, 1141 a 24-b 8.

A proposito di ‘comunità di apprendimento’ risulta significativo riportare che il corso, nello specifico dell’esperienza descritta, si è tenuto nella sede a Scampia inaugurata da poco dell’Università di Napoli Federico II, sede fortemente voluta non solo dalle Istituzioni ma dai cittadini tutti come «segnale forte di quanto un’istituzione come l’Università possa fare per il proprio territorio e per il proprio Paese», citando la ministra per l’università e la ricerca, Maria Cristina Messa, in occasione dell’inaugurazione, lunedì 17 ottobre 2022, e di quanto sia importante curarla e fare in modo che «la comunità accademica sia in forte interazione con la comunità locale» (Fig. 1).

### 2.1. *La Struttura e le fasi dell’esperienza*

Il laboratorio ha previsto quattro fasi.

#### I FASE: *Che significato ha per me la cura?*

Agli studenti è stato chiesto di raccogliersi individualmente per un tempo di circa 15 minuti durante i quali avrebbero riflettuto, trascrivendo in forma scritta il frutto di tale riflessione, a partire da una consegna: «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».

Si tratta di una consegna che prende spunto dal lavoro pedagogico della ‘Clinica della formazione’ di Riccardo Massa (1991) volto a promuovere consapevolezza circa i bisogni impliciti che, per ciascuno di noi, in base alla propria vicenda formativa, sottendono, quale orizzonte valoriale, la relazione di cura medico-paziente<sup>2</sup>.

#### II FASE: *Condivisione e discussione in piccolo gruppo.*

Dopo aver lavorato in plenaria con le storie scritte da alcuni studenti e studentesse, in modo da dare a tutti l’opportunità di osservare la metodo-

2. Per ulteriori approfondimenti si faccia riferimento a De Simone, M. (2021), *Narrare la fenomenologia esistenziale della formazione per promuovere autoconsapevolezza professionalizzante negli studenti di medicina: il racconto di un’esperienza*. Medical Humanities & Medicina Narrativa, Rivista di pedagogia generale e sociale, Vol. 1, pp. 67-90, 2021, ISBN 979-12-5994-251-7, ISSN 2724-3281.

logia riflessiva<sup>3</sup> volta a individuare, attraverso la ricerca di ‘motivi comuni’ nelle storie di ciascuno, il proprio orizzonte valoriale i ragazzi si sono suddivisi in piccoli gruppi di circa cinque, sei persone. La consegna per questa seconda fase è stata non solo di facilitare tutti i partecipanti a trovare, seguendo le regole di setting precedentemente descritte, il proprio orizzonte valoriale, ma di discutere in gruppo delle varie caratteristiche emerse durante la riflessione individuale, creando poi un lavoro comune in forma scritta che rappresentasse la sintesi di tale fase esperienziale. È stato chiesto di dare un nome al gruppo formatosi, di nominare un moderatore ed un membro che si occupasse di trascrivere la sintesi. Dopo circa 45 minuti è stato chiesto di consegnare alla conduttrice gli elaborati con il nome del gruppo, mentre per quanto riguarda le narrazioni scritte individualmente durante la prima fase è stato chiesto di tenerle per sé ed utilizzarle come spunto di ulteriori riflessioni una volta tornati a casa.

### III FASE: *Disegniamo insieme il nostro modello di cura ideale*

Durante la terza fase è stato approntato un setting, preparato durante la seconda fase laboratoriale, dove è stato predisposto del materiale da disegno: fogli, pastelli, matite, pastelli a cera, pennarelli, gomme, temperini, ecc. ed un lungo rotolo di carta da disegno.

A ciascun gruppo di lavoro formatosi nella fase precedente è stato chiesto di creare il proprio disegno che fosse rappresentativo del lavoro svolto insieme, stando particolarmente attenti, in un’ottica di didattica collaborativa, a che ciascuno del gruppo si sentisse adeguatamente rappresentato in termini valoriali nel disegno.

Il setting è stato approntato nell’atrio della sede di Scampia, attirando non poca curiosità, data l’‘innovatività’ percepita della metodologia

3. Gli studenti non solo hanno potuto osservare in maniera esemplificativa la messa in atto delle regole che Riccardo Massa ha individuato per la strutturazione del setting previsto per tale tipo di lavoro, ma esse sono state altresì esplicitate attraverso delle slide: «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).

proposta, non solo da parte degli studenti di altri corsi, ma anche di altri docenti e del personale della struttura (Fig. 2).



Figura 2. La fase di lavoro del disegno collaborativo.

#### IV FASE: *Riflessione e condivisione finale*

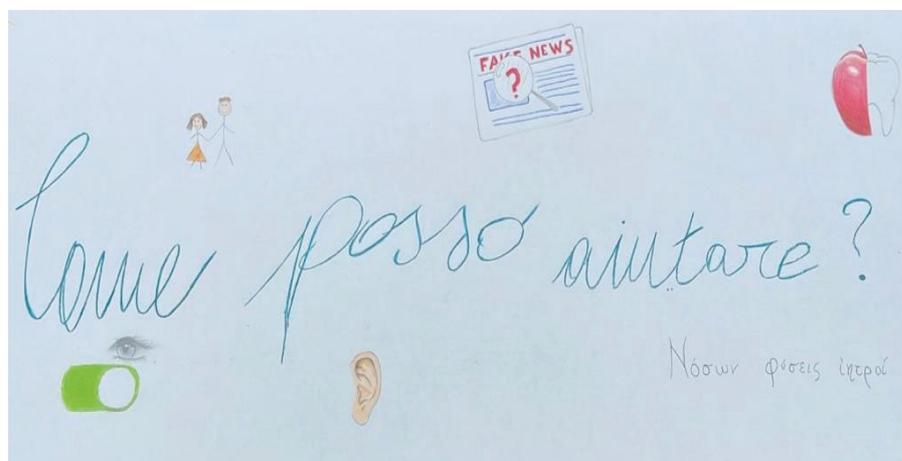
La parte finale del laboratorio è stata volta a discutere e riflettere sull'esperienza fatta attraverso l'osservazione della 'mostra' dei disegni. Sono stati dati infine i riferimenti teorici utilizzati nella strutturazione del laboratorio. Il percorso formativo proposto risulta dunque essere invertito rispetto ai tradizionali strumenti di formazione dal momento che all'esperienza non si fa precedere nessuna indicazione teorica, la quale viene offerta solo a posteriori: "in questo modo è possibile da un punto di vista della ricerca fare emergere fenomenologicamente ciò che accade nel corso del laboratorio, da un punto di vista della formazione di non influenzare il vissuto esperienziale con una teoria già data. Quest'ultimo elemento facilita un'autentica metacognizione sui propri processi cognitivi ed emotivi, senza inficiare l'esperienza con sovrastrutture di tipo teorico" (Strollo, 2014, p. 23). Il laboratorio si è concluso con la consegna di esprimere, individualmente, con una parola-chiave, ciò che era emerso come essenzialmente rappresentativo dell'esperienza laboratoriale.

## 2.2. Il lavoro degli studenti e delle studentesse

Di seguito si riporta il lavoro di ciascun gruppo sia sottoforma di disegno (figg. 3-8) che di produzioni scritte.

### 1. Gruppo *Luce*

Membri: i *dietisti* Elena, Eliana, Marco, Valentina, gli *igienisti* Vincenzo, Manuel, Emanuele.



**Figura 3.** Il disegno del gruppo luce.

#### *Come posso aiutare?*

Dietro le poche lettere di questa frase immensa, si cela la passione che ha mosso noi del gruppo 'Luce' a compiere la scelta di intraprendere una professione sanitaria, *come posso aiutare? Come posso rendermi utile? Come posso far sì che il mio sapere possa giovare al prossimo?* Sono tutte domande a cui ogni giorno, lezione dopo lezione, sembra di trovare una risposta e che in futuro, dopo aver aggiunto numerosi pezzi al puzzle della nostra conoscenza, potremmo porre a qualcun altro: *come posso aiutare?*

Questo desiderio nasce in ognuno di noi in virtù di una o più esperienze, attraverso le quali abbiamo sperimentato quanto una cura possa essere importante a 360 gradi per una persona, sia da un punto di vista fisico, che da un punto di vista psicologico, e che anche una condizione considerata banale per una maggioranza, può sembrare grave per il

singolo, perché l'incredibile lavoro della genetica, della mente, dell'inconscio, e di molti altri fattori, fanno sì che ogni essere umano sia straordinariamente diverso, e già comprendere questo è il primo passo verso il *saper dare una mano*. Ed è anche grazie a ciò che nasce il nome *Luce*, dopo aver osservato altri professionisti riconsegnare luce allo sguardo di qualcuno, che sia nella vita reale o in un film, che sia attraverso una piccola cura o cure per patologie più gravi, vogliamo garantire la stessa rinascita, perché aiutare reca del bene sia nell'altro, sia in noi stessi, di conseguenza si tratta di un duplice risultato, una duplice cura, e renderlo lavoro è ancor più stimolante.

Abbiamo dunque cercato dei simboli che raffigurassero il nostro pensiero e le nostre piccole esperienze, come i due omini stilizzati, i quali ritraggono la storia di una sorellina che si vuole avvicinare al mondo della medicina per la volontà di aiutare il fratello affetto da diabete, o ancora il famoso e attuale simbolo di attivazione *Apple* in verde che ci ricorda che la vista va anche oltre il "semplice" *vedere*, e che può indirizzarsi verso *l'osservare*.

*Osservare*, un'impresa in cui, circa 2400 anni fa, Ippocrate, considerato il padre della medicina, è stato rivoluzionario, stravolgendo il concetto di cura e introducendo il concetto di cartella clinica, sintomi, diagnosi e prognosi; uno dei fondamenti della medicina ippocratica è proprio quello che abbiamo riportato: *Νόσων φύσεις ἡτροί*, sottolineo come il corpo umano sia capace di una forza curatrice naturale che lotta per ristabilire la condizione fisiologica dopo l'insorgere di una patologia. Così come Ippocrate ebbe il coraggio di sradicare una credenza del tempo, una *fake news* dall'Olimpo, quella che il male provenisse da una punizione degli Dei, tutti i professionisti oggi devono contrastare la disinformazione, e nel disegno abbiamo riprodotto il giornale simbolo di Fake News, contro le quali ci batteremo ogni giorno per evitare che una parte della popolazione venga ammaliata dai finti trattamenti "acchiappa click", che non rispecchiano per nulla l'etica della nostra professione; la giusta informazione è fondamentale per garantire un futuro migliore nella medicina, ma in taluni casi i social remano contro quest'obiettivo.

## 2. Gruppo *Human Tribe*

Membri: i *dietisti* Marialourdes, Federica, Raffaele, Erika, Samuele, Samuel, Annabella.



**Figura 4.** Il disegno del gruppo human tribe.

Siamo partiti dal simbolo della mano per rappresentare il concetto stesso di relazione d'aiuto che è *conditio sine qua non* del processo di rinascita della persona che ne ha bisogno. La mela rappresenta il paziente e il fatto che ci sia una mano a sorreggerla simboleggia il processo di cura che il dietista ha verso la persona, processo basato sull'ascolto, sul sostegno.

La mela presenta delle cicatrici, simbolo che l'artista Jorit usa per rappresentare il concetto di inclusione. Inclusione perché spesso la persona con disturbi del comportamento alimentare si esclude dalla società in quanto si sente diversa. Compito del dietista è quello di farla sentire inclusa, parte della stessa tribù.

### 3. Gruppo Fiore

Membri: le dietiste Maria Anna, Federica, Giovanna, Mariangela Fiore.



**Figura 5.** Il disegno del gruppo fiore.

Questo cartellone è la costruzione dell'esperienza di ognuna di noi e che ci ha ispirato per la futura cura dei nostri pazienti.

Maria Anna: è stata segnata da una cattiva esperienza con una nutrizionista, da piccola le è stata consigliata una dieta non adatta alla sua tenera età: un caffè amaro per colazione.

Federica: la sua fonte di ispirazione è la mamma. Da oltre 10 anni collabora con un medico specialista che si prende cura dei pazienti in ambito nutrizionale. La rinascita e l'entusiasmo di una "nuova vita" di ognuno di loro l'ha stimolata nel suo percorso di studi.

Giovanna: la sua scelta è stata condizionata dal volersi occupare del paziente dedicandogli i tempi giusti così proprio come lei dedica il tempo alla sua famiglia di motociclisti, donando pranzi e attenzioni.

Mariangela: la sua fonte di ispirazione è la famiglia. Voleva svolgere un lavoro che le permettesse di potersi pendere cura anche della piccola che aspetta oltre a mettere lo stesso amore e la stessa devozione verso il paziente.

Così è nata FIORE: la nostra mamma che con amore e devozione si preoccupa di portare un bel caffè dolce per colazione e si dedica al suo bambino aiutandolo a migliorare la sua salute fisica e morale proprio come una brava dottoressa.

#### 4. Gruppo Sole

Membri: *i tecnici ortopedici* Carmela, Sara, Maria, Ludovica, Fabiana, Mariagabriela.



Figura 6. Disegno del gruppo sole.

La scelta del nome del nostro gruppo, Sole, è risultata piuttosto semplice e ha messo d'accordo tutte dal primo momento, poiché il Sole ci ricordava la speranza e la leggerezza che si ha durante una bella giornata soleggiata dopo tante di pioggia, quasi a voler ricordare il percorso di un paziente amputato che riesce finalmente a camminare.

Abbiamo cercato un punto di incontro su quello che significa per noi fare il tecnico ortopedico e quello che ci accomuna è la voglia di aiutare affinché si possa arrivare alla giornata di sole di cui si parlava all'inizio. Per questo abbiamo scelto di rappresentare una stretta di mano, simbolo del rapporto tra professionista sanitario e paziente, l'empatia che si ha e si trasmette, contornata da quello che caratterizza la nostra professione, quindi la colonna vertebrale e delle impronte di piedi a simboleggiare anche il percorso che abbiamo intrapreso.

Le prime esperienze in sala operatoria e in sala gessi ci hanno fatto percepire le emozioni che non solo provano i pazienti ma anche chi li accompagna, sembrano quasi di essere sulla stessa lunghezza d'onda: l'agitazione del paziente e la preoccupazione di chi gli stringe la mano, o ancora la felicità del paziente e il sollievo di chi lo accompagna. Ci siamo rese conto che, alla fine, aiutare gli altri non è solo un nostro dovere ma anche parte della felicità.

## 5. Gruppo Carbonio

Membri: *i tecnici ortopedici* Francesco, Maria Rosaria, Alessandro, Vittorio, Gabriele, Fabio, Valentina, Gesualdo.



Figura 7. Disegno del gruppo carbonio

La simbologia del murales fonde i tratti comuni dei componenti della squadra che ha partecipato alla sua creazione. Partendo dal nome 'Carbonio', elemento fondamentale e di prestigio di molte creazioni da parte del tecnico ortopedico, un elemento che è estremamente forte, ma che può prendere qualsiasi forma e sorreggere pesi importanti. La protagonista centrale è 'La Fenice', considerata il simbolo della rinascita, un emblema per i pazienti, specialmente più complessi.

Simbolo del ruolo fondamentale del tecnico ortopedico nell'aiutare, nei casi più gravi, a camminare di nuovo, ad avere la propria libertà, simboleggiata, qui, dal mare, a riavere la propria autonomia per rivivere nel miglior modo possibile quei momenti, talvolta agitati che difficilmente potrebbero essere affrontati se non con calma piatta.

La Fenice è anche la figura che simboleggia la vita nuova, il cambiamento e il nuovo percorso affrontato dai componenti del gruppo, correlata alla strada tortuosa, a simboleggiare i percorsi non semplici che i

pazienti affrontano per arrivare alla fenice, come le strade diverse che i protagonisti hanno affrontato fino a convergere insieme. La perseveranza ci accompagnerà sempre e sarà il nostro segno contraddistintivo.

Perseveranza nell'effettuare sempre un lavoro perfetto, per raggiungere un obiettivo mettendo il paziente al centro.

La perseveranza ci aiuterà a non arrenderci alla prima difficoltà ma ci spronerà a creare sempre qualcosa che possa permettere al paziente di ritrovare la sua autonomia e di rinascere appunto come la fenice.

#### 6. Gruppo *Le fatine dei denti*

Membri: *le igieniste* Michela, Maria Elena, Claudia, Alessia, Serena, Fabrizia, Gaia, Carolina, Simona.



**Figura 8.** Disegno del gruppo le fatine dei denti

Al centro della nostra rappresentazione abbiamo illustrato l'elemento che ci accomuna tutte: il dente. Ognuna di noi, in base alle esperienze vissute nel proprio percorso, ha deciso di intraprendere la carriera nel campo medico, in quello odontoiatrico per l'esattezza. C'è chi ha fatto questa scelta perché aveva l'esigenza di cambiare, di crescere, qualcun'altra invece aveva bisogno di rinascere sotto una luce diversa, o ancora per il desiderio di dar vita alle proprie passioni! Anche se per qualcuna le cose non sono andate come sperato, possiamo senza dubbio affermare che siamo entusiaste della strada che abbiamo appena intrapreso! Abbiamo voluto rappresentare la strada che ha condotto ciascuna di noi alla scelta di studiare igiene dentale, strade della vita che si sono incrociate, permettendo di conoscerci e condividere insieme questa nuova avventura.

Con la speranza di divenire eccellenti professioniste.

## 7. Gruppo *Fiori di loto*

Membri: *le dietiste* Marica, Nunzia, Angela, Maria Flora, Alessia



**Figura 9.** Disegno del gruppo i fiori di loto

Il loto è un fiore particolare perché ha in sé un fascino naturale nonostante le sue radici siano immerse nel fango. Proprio per la sua capacità di sbocciare in tutta la sua bellezza dal fango, simboleggia la rinascita in un mondo contaminato dalle impurità.

In una società che opprime e pone mete di paragone irrealizzabili abbiamo scelto di rappresentare un evento affine più che comune, la fragilità di una ragazza che posta dinanzi ad uno specchio non riesce ad accettare se stessa. Abbiamo sottolineato la nostra visione di relazione di cura che si concretizza nell'immagine di un professionista sanitario, quale il dietista, che si impegna nell'aiutare una ragazza ad emergere dalle sabbie mobili dei disturbi alimentari, proprio come fa il fiore di loto.

### 3. Riflessioni conclusive

Le metodologie narrative, i linguaggi artistici sembrerebbero dunque rappresentare strumenti di eccellenza per lavorare sulle proprie prospettive di significato e promuovere un apprendimento trasformativo: “per essere liberi, dobbiamo essere in grado di ‘dare un nome’ alla nostra realtà, di sapere che è disgiunta da ciò che si dava per scontato, di parlare con la nostra voce. Dunque, diventa fondamentale che gli individui imparino a negoziare i significati, le finalità e i valori in modo critico, riflessivo e razionale,

anziché accettare passivamente le realtà sociali definite da altri” (Mezirow, 2003, p. 11). Prendere consapevolezza del ‘motore’ che ci spinge a fare scelte e a intraprendere determinati percorsi professionali, come quelli di cura, diviene allora fondamentale nel processo di costruzione di soggettività che, per i futuri professionisti sanitari, attraversando la dialettica foucaultiana di *soggettivazione/assoggettamento*, diviene occasione fondamentale di incontro con la propria ‘verità’, postura etica imprescindibile se si vuole incontrare la ‘verità’ dell’altro, del paziente, guidati dal ‘desiderio’ di farlo, come Lacan (1986/2008) ci spinge a fare: «Avete agito conformemente al desiderio che vi abita?»<sup>4</sup>. Lungo tale direzione sfruttare le arti e le discipline umanistiche «per affrontare la complessità gioiosa ma assolutamente disordinata e incerta di queste professioni può aiutarci a evitare di ascoltare la storia perdendone la trama» (Bolton, 2008, p. 146). Vorrei concludere soffermandomi sul concetto di primarietà ontologica della cura perché è l’aver cura che crea possibilità dell’esserci, come ci spiega Luigina Mortari (2006), partendo nella sua riflessione da una prospettiva fenomenologica. Noi esistiamo perché qualcuno, di solito una donna, si è presa cura di noi. Ma non bisogna dimenticare che, data l’essenza relazionale della cura, cura di sé e cura degli altri sono intimamente connesse: e il percorso attraverso cui raggiungere il giusto equilibrio richiede riflessività e richiede di “sapere cosa volere sapendo di poterlo volere” (Wright Mills, 1961, p. 194).

### Riferimenti bibliografici

- ARNOTT R., BOLTON G., EVANS M., FINLAY, I. & MAC-NAUGHTON MEAKIN R., *Proposal for an academic Association for Medical Humanities*. “Journal of Medical Ethics: Medical Humanities”, 27(2): 104-5, 2001.
- BARDES C., GILLERS D., HERMAN A., *Learning to look: developing clinical observational skills at an art museum*. “Med Educ”; 35:1157-61, 2001.
- BERTIN G.M., CONTINI M.G., *Educazione alla progettualità esistenziale*, Roma: Armando Editore, 2004.

4. “Avez-vous agi conformément au désir qui vous habite?”. La citazione è tratta dal Seminario VII, dedicato proprio al tema dell’etica della psicoanalisi. Vedi Lacan, J. (1986/2008). *Le Séminaire de Jacques Lacan. Livre VII. L’éthique de la psychanalyse (1959-60)*. Paris: Seuil.

- BOLTON J., *Boundaries of Humanities: Writing Medical Humanities*. "Art & Humanities in Higher Education", vol 7(2) 131-148, 2008.
- BRODY H., *Stories of Sickness (second edition)*. Oxford: Oxford University Press, 2003.
- BRUNER J., *Making Stories: Law, Literature, Life*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2004.
- CHARON R., *Narrative medicine: A model for empathy, profession, and trust*. "Journal of the American Medical Association", 286(15): 1897-902, 2001.
- *Narrative and medicine*. "New England Journal of Medicine", 350(9): 862-4, 2004.
- *Narrative Medicine: Honouring the Stories of Sickness*. New York: Oxford University Press, 2006.
- COLICCHI E., *I valori in educazione e in pedagogia*, Roma: Carocci Editore, 2021.
- DASGUPTA S. & CHARON R., *Personal illness narratives: Using reflective writing to teach empathy*. "Academic Medicine", 79(4): 351-6, 2004.
- DOLEV J., FRIEDLANDER L., BRAVERMAN I., *Use of fine arts to enhance visual diagnostic skills*. "JAMA";286:1020-1, 2001.
- ENGEL J.D., PETHEL L. & ZARCONI J., *Hearing the patient's story*. "Sacred Space", 3(1): 24-32, 2002.
- FRANK A., *Asking the right question about pain: narrative and phronesis*. "Lit Med";23(2):209-25, 2004.
- HELMAN C., *Suburban Shaman: Tales from Medicine's Front Line*. London: Hammersmith Press, 2006.
- KARKABI K., CASTEL COHEN O., *Teaching reflective competence in medical education using paintings*. "Med Humanit"; 37:58-9, 2011.
- *Suffering and compassion in painting: the gift of art*. "IMAJ"; 9:419-23, 2007.
- KARKABI K., HEDY S.W., ORIT C.C., *The use of abstract paintings and narratives to foster reflective capacity in medical educators: a multinational faculty development workshop*, "Med Humanit";40:44-48, 2014.
- MASSA R., *Istituzioni di pedagogia e scienze dell'educazione*, Roma-Bari: Laterza, 1990.
- *La clinica della formazione*, in Massa (a cura di), *Saperi, scuola, formazione. Materiali per la formazione del pedagista*. Milano: Unicopli, 1991.
- MEZIROW J., *Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2003.

- MORTARI L., *La pratica dell'aver cura*. Milano: Bruno Mondadori, 2006.
- NAGHSHINEH S., HAFLER J.P., MILLER A.R., ET AL., *Formal art observation training improves medical students visual diagnostic skills*. "J Gen Med"; 23(7):991-7, 2008.
- REILLY J.M., RING J., DUKE L., *Visual thinking strategies: a new role for art in medical education*. "Fam Med";37(4):250-52, 2005.
- SARTRE J.-P., *Nausea*. Middlesex: Penguin, (1963 [1938]).
- SHAPIRO J., RUCKER L., BECK J., *Training the clinical eye and mind: using the arts to develop medical students' observational and pattern recognition skills*. "Med Educ";40:263-8, 2006.
- STROLLO M.R., *Scrivere l'autobiografia musicale, dal ricordo volontario al ricordo spontaneo*. Milano: FrancoAngeli Editore, 2014.
- WALD H.S., NORMAN D.R., WALKER J., *Reflection through the arts: focus on photography to foster reflection in a health care context. Living Beyond—an interactive photographic exhibit*. "Reflective Pract";11(4):545-62, 2010.
- WRIGHT MILLS C., *The Sociological Imagination*. New York: Grove Press., p. 194, 1961, in J. Mezirow, *Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore. Della riflessione nell'apprendimento degli adulti*, Milano: Raffaello Cortina Editore, p. 210, 2003.