

CAPITOLO TERZO  
ESPERIENZE A CONFRONTO:  
UN INCONTRO TRA DISCIPLINE



Fiorenza Misale

*Medicina narrativa e uso formativo nel cinema*

ABSTRACT:

La malattia vissuta dal paziente presenta degli aspetti molto diversi da quelli che vengono descritti nei trattati di medicina, attraverso la narrazione colui che racconta espone aspetti e parti di sé intimi e profondi. L'uso sistematico della narrazione filmica può motivare muovendo dal coinvolgimento personale che questo suscita nello spettatore con espliciti riferimenti alla memoria visiva, al *background* culturale e all'esperienza di vita; è in grado di emozionare e coinvolgere lo spettatore, ma anche di fornire elementi per formarlo, insegnargli qualcosa, o provocarlo criticamente.

The disease experienced by the patient has very different aspects than those described in the treatises of medicine, through the narration the one who tells exposes aspects and parts of it intimate and deep. The systematic use of film narrative can motivate it by moving from the personal involvement it brings to the spectator with explicit references to visual memory, cultural background and life experience; it is able to excite and involve the spectator, but also Provide elements to form it, teach it something, or provoke it critically.

*Narrare la malattia*

*«L'essere paziente non è solo un'identità e un ruolo che transitoriamente indossiamo, ma è più a fondo una possibilità che appartiene alla dimensione costitutiva del nostro esserci, in quanto mortali e perciò stesso vulnerabili»*

«La malattia non esiste in sé stessa, scorporata dal suo referente soggettivo, ma sempre e solo come oggettivazione di una soggettività malata», è così che Marianna Gensabella Furnari (2005) scrive nel suo libro delineando in modo preciso la sua definizione di malattia.

La medicina muta il suo volto col modificarsi della nostra idea di salute e di malattia ed anche con il senso che noi attribuiamo agli

eventi più significativi della nostra vita, muta anche con il progresso, l'intervento delle moderne tecnologie potenziando da una parte il sapere e l'agire del medico, dall'altro lo depersonalizza.

La narrazione ricompare sulla scena nel momento in cui la medicina, giunta a straordinari traguardi di sviluppo tecnologico, sembra perdere la sua efficacia nel rapporto con il paziente e di conseguenza nell'individuazione e nella gestione di quegli stati di sofferenza che non sono ancora patologia ma non sono oramai più salute (Virzi & Signorelli, 2007).

Ovviamente la malattia vissuta dal paziente presenta degli aspetti molto diversi da quelli che vengono descritti nei trattati di medicina, attraverso le trame delle storie, fondamentali nelle esperienze di malattia, l'ascolto delle narrazioni ci fa comprendere una realtà complessa che spesso non si definisce nella prospettiva biomedica tradizionale.

La medicina narrativa fortifica la pratica clinica con la competenza narrativa per riconoscere, interpretare ed essere sensibilizzati dalle storie della malattia, aiuta non solo i medici ma tutti gli operatori che intervengono nel processo di cura a migliorare l'efficacia dei trattamenti attraverso lo sviluppo della capacità di attenzione, riflessione, ascolto con i pazienti ma anche con i colleghi stessi.

I malesseri, la malattia, la sofferenza sono dei forti strumenti alla narrazione, attraverso il racconto dei tempi, delle circostanze e delle speranze il paziente racconta il proprio vissuto con tutto il coinvolgimento emotivo possibile.

Fanno parte della Medicina Narrativa anche i racconti sui pazienti, sui medici, sulla salute e sulla malattia: racconti letterari o cinematografici fatti da narratori che non hanno esperienza sanitaria ma che grazie alle loro esperienze personali riescono a trasmettere il proprio vissuto.

Con il termine Medicina Narrativa si intende secondo Charon<sup>1</sup> una «medicina praticata con le abilità di riconoscere, di fare proprio, di interpretare ed essere commossi dai racconti di malattia» (Garrino, 2015: 36). Charon afferma che le relazioni terapeutiche sono basate su testi complessi, che comprendono parole, silenzi, aspetti fisici e immagini. Vengono identificati cinque aspetti che costituiscono gli elementi narrativi della relazione con la persona assistita: la temporalità, l'unicità, la causalità, l'intersoggettività e l'etica.

La temporalità riguarda lo sviluppo nel tempo della storia del

---

<sup>1</sup> Una delle madri della *Narrative Medicine*, Responsabile del programma di Medicina Narrativa presso il College of Physician and Surgeons della Columbia University.

paziente e il riconoscimento della soggettività nel valore attribuito al tempo, le narrazioni cambiano in rapporto al tempo stesso, alla situazione emotiva, al contesto: ognuno di noi ha molte diverse identità tutte vere ma allo stesso tempo tutte provvisorie.

L'unicità significa riconoscere nelle parole del paziente il senso da lui attribuito alla malattia e consente di impostare una relazione terapeutica basata sul dialogo, sulla comprensione e sulla condivisione. La causalità implica il fatto che il medico indaghi con mente aperta e con coraggio le multiple relazioni causali tra i sintomi e le complesse situazioni che il malato presenta, mettendo in connessione eventi ed elementi diversi e tra loro distanti, per costruire una trama che rende la malattia qualcosa che abbia un senso per lui.

L'intersoggettività nasce dall'incontro tra un narratore e un ascoltatore attraverso una trama intesa come struttura che connette gli eventi tra loro secondo nessi causali significativi.

Le descrizioni della malattia permettono un avvicinamento al paziente in modo olistico, facilitando scelte diagnostiche e terapeutiche, attraverso esso vengono individuate non solamente le sofferenze fisiche del paziente che descrive la propria esperienza ma anche psicologiche ed esistenziali.

Oggi, purtroppo, si lamenta una 'disumanizzazione della medicina' e la partecipazione responsabile del paziente appare purtroppo, in molte realtà sanitarie come un miraggio. La necessità dello sviluppo di una medicina basata sulle narrazioni trova molto probabilmente origine dalla crisi di credibilità che la medicina attualmente sta attraversando, mai come ora si sente l'esigenza di recuperare il rapporto medico-paziente.

Attraverso la medicina narrativa il paziente esprime sintomi e sensazioni, spesso utili all'indirizzo diagnostico e terapeutico, che pur essendo importanti molto spesso non vengono considerati come tali. Necessario è rendersi conto che la malattia è un'esperienza umana che si carica di significati legati alla storia personale del paziente e non si può comprendere un individuo senza capire i suoi mondi, le sue esperienze, i suoi vissuti, le sue sensazioni.

Fondamentale è partire dalla considerazione che nessuno più di lui può avere esperienza diretta del suo 'essere malato'.

Scopo della medicina narrativa non è opporsi alla EBM<sup>2</sup> ma ne

<sup>2</sup> Nel testo di Cagli (2007: 27) «Secondo la definizione di David Sackett praticare l'EBM significa integrare la competenza clinica individuale con la migliore evidenza clinica disponibile proveniente da ricerche sistematiche».

rappresenta un'indispensabile integrazione, offrire al mondo della medicina una visione complessiva e unitaria che cerca di unire due visioni quella tecnico-scientifica da una parte e quella umanistico-emozionale dall'altra.

La medicina basata sulla evidenza (EBM) è importante per offrire risposte diagnostiche e terapeutiche affidabili, fondate su una verifica scientifica della loro validità, la medicina narrativa (NBM) contrappone a questa la necessità di non appiattire la cura del singolo ad un'astrazione basata sulle statistiche.

Fondamentale è creare tra *narrative based medicine* e *evidence base medicine* un mix equilibrato finalizzato al benessere dell'uomo fatto di meccanismi biologici ma anche di sentimenti e pensieri (Vettore & Del Vecchio, 2016).

Per quanto riguarda il repertorio di strumenti della medicina narrativa fondamentali sono:

- l'osservazione, l'ascolto cognitivo e la trascrizione delle storie dei pazienti;
- la lettura condivisa dei diari dei pazienti e dei professionisti;
- la cartella parallela (luogo dove si registrano tutte le altre informazioni, stati d'animo e pensieri non previsti in una cartella clinica) (Lelli, Sacchetti & Tirini, 2014: 176);
- la pratica riflessiva, attivata da specifici laboratori narrativi di autoriflessione, volti a favorire un 'atteggiamento trasformativo'.

La medicina narrativa offre la possibilità che il sistema sanitario possa diventare sicuramente più efficace nel curare la malattia mediante l'abilità di riconoscere e di rispettare coloro che ne sono stati colpiti e sostenendo anche coloro che si prendono cura dei malati.

Attraverso la narrazione colui che racconta espone aspetti e parti di sé intimi e profondi, naturalmente dall'altra parte colui che ascolta deve avere un aspetto rispettoso, attento ed in grado di accogliere i racconti della persona assistita.

L'incontro tra un medico ed un paziente è prima di tutto «l'incontro», come afferma Beccastrini, «l'intrecciarsi, il trovare luoghi e situazioni in cui ambientarsi e prendere forma compiuta, il costruire significati condivisi di due persone e dunque di due storie» (Beccastrini, 2016: 2) una alleanza tra 'camici' e 'pigiami'.

Si parla di attenzione clinica per indicare la capacità di attenzione al linguaggio del corpo, alle emozioni che trapelano dai gesti, all'espressione del suo viso, alle parole non dette per timore (Mortari,

2006), è questa attenzione che rende possibile costruire un ponte verso l'esperienza vissuta che il paziente ha della sua malattia.

Il medico o il soggetto coinvolto nel percorso di cura deve essere in grado di far parlare liberamente il paziente, senza interromperlo ed intervenire solamente per rafforzare qualche sua espressione così si sentirà ascoltato con orecchio attento.

Il medico deve saper leggere, oltre alla malattia, anche il malessere del paziente che spesso è alla radice della sofferenza e che raramente viene considerato e trattato.

Quando la medicina narrativa ripone la propria attenzione solo sul paziente e le sue narrazioni si sofferma solo su una parte del percorso di cura, non deve essere trascurato l'altro soggetto della relazione: il medico o comunque colui che è presente nella relazione nella duplice veste di professionista della cura e di persona umana, con le sue specifiche caratteristiche individuali, la sua storia, le sue emozioni.

È fondamentale che i professionisti sanitari sappiano ascoltare i pazienti e raccontare storie interessanti al fine di costruire importanti relazioni terapeutiche per motivare più che con una serie inoppugnabile di dati, al cambiamento di stili di vita (Alastra, 2016).

È da questa consapevolezza che deve agire un medico narrativo chiamato a rivitalizzare continuamente la propria esperienza professionale a partire, come suggerisce Alfredo Zuppiroli (Alastra, 2016: 14), «dall'esplorazione di parole come: cura, salute, malattia, condotta con l'aiuto delle storie dei pazienti di racconti che parlano di persone e non solo di ammalati, di anime e coscienze, non solo di corpi lesionati».

### *Cinema come strumento formativo per una nuova formazione medica*

Un ruolo importante spetta alla formazione che deve porsi l'obiettivo di suscitare nei professionisti un cambio di sguardo, una visione sistematica orientata alla comprensione ed il cui contenuto deve andare ben oltre quello dei contenuti strettamente biomedici.

L'obiettivo è quello di formare professionisti riflessivi, capaci di elaborare sia sul piano cognitivo che emotivo le proprie esperienze. Sarebbe opportuno che i formatori dei futuri professionisti sanitari tenessero in considerazione come strumento pedagogico i diari di bordo il cui uso sarà uno strumento utile anche nella loro vita professionale.

A tal proposito occorre predisporre percorsi formativi che aiutino a

riconoscere i pensieri e gli atteggiamenti che orientano alla professione di cura, i significati profondi che hanno per l'operatore la sofferenza, la malattia, la morte, il fare il bene dell'altro e averne cura.

Come afferma Charon i professionisti della salute dovrebbero acquisire abilità testuali, abilità creative e abilità soprattutto affettive oltre ad una competenza narrativa, costituita dall'abilità di riconoscere, acquisire interpretare ed essere coinvolti dalle storie che ascoltano.

Negli ultimi decenni le scienze umane e la medicina narrativa hanno trovato sempre più spazio nei piani di studio di molte facoltà mediche, sono introdotte nei primi anni di corso di Medicina, (Marano, 2015) nell'ambito dei corsi di storia della medicina di etica e di medicina legale, per essere poi riprese e approfondite nel corso di metodologia clinica.

Sandro Spinsanti (2016: 15) considera necessario nel percorso formativo degli operatori sanitari (medico, paziente e altri operatori) introdurre discipline che vengono definite *medical humanities* (letteratura, arte, poesia, cinema, antropologia, sociologia).

Strumenti formativi possono essere racconti letterari ma anche romanzi e film, che sono in grado di rendere consapevoli che fare medicina significa anche condividere con il paziente la comprensione della sofferenza.

I romanzi letterari, l'arte, la musica ed il cinema sono veri e propri dispositivi pedagogici in grado di avvicinare il professionista sanitario agli aspetti affettivi, emotivi, culturali che accompagnano diverse situazioni di fragilità e di malattia. «Attraverso i racconti scritti o figurati delle vicende di malattia, si genera un confronto e una rielaborazione dei significati connessi a questa particolare esperienza umana» (Garrino, 2015: 27).

Il cinema, specchio della vita e instancabile narratore di storie sia di medici che di pazienti, possiede potenzialità comunicative di grande portata e provoca emozioni ed effetti sullo spettatore sempre diversi, procurando un particolare coinvolgimento emotivo (Malavasi, Polenghi & Rivoltella, 2005).

L'uso sistematico della narrazione filmica può motivare maggiormente proprio movendo dal coinvolgimento personale che questo suscita nello spettatore con espliciti riferimenti alla memoria visiva, al *background* culturale e all'esperienza di vita, è in grado di emozionare e coinvolgere lo spettatore, ma anche di fornire elementi per formarlo, insegnargli qualcosa, o provocarlo criticamente.



Affinché le narrazioni che vengono proiettate diventino strumenti di formazione devono essere accompagnate da forti stimoli alla riflessione ed alla condivisione dei propri punti di vista.

Come ha osservato Benjamin (1936) la narrazione cinematografica ha il potere di

«insinuarsi distrattamente nella mente dell'osservatore, producendo delle modificazioni nel suo stato d'animo e nel pensiero. Nella situazione cinematografica agiscono delle dinamiche psicologiche che influenzano la percezione, la comprensione e la partecipazione degli spettatori, determinando l'immedesimazione o la distanza dagli eventi rappresentati».

Cinema e formazione è un binomio che la pedagogia non può ignorare, l'utilizzo del cinema nella formazione appare uno strumento vincente per aiutare i professionisti della cura a meglio comprendere modalità di azione scelte e direzioni della propria professionalità<sup>3</sup>. Il cinema può sicuramente ritenersi un potente strumento di formazione capace di migliorare le capacità autoriflessive, comunicative-relazionali ed empatiche dei professionisti della salute e della cura, attraverso l'osservazione diretta e partecipe di film a tema medico, è possibile comprendere le dinamiche e la complessità di ciascuna storia di malattia, riflettere sui vissuti esperienziali di tutti i soggetti coinvolti, confrontarsi con le proprie emozioni e prendere spunto per la prassi quotidiana.

Il cinema, nella sua storia, è stato in grado di rappresentare gli aspetti, le criticità della medicina e del suo rapportarsi con la malattia e con i malati.

Una delle ricostruzioni più interessanti dell'evoluzione del rapporto medico-paziente è senz'altro quella proposta da Edward Shorter<sup>4</sup> che nel suo volume *La tormentata storia del rapporto medico-paziente* (1986) identifica tre fasi attraverso le quali il rapporto medico-paziente si è evoluto.

Tale schema individua tre fasi:

- *Medico premoderno o tradizionale*; presente dalla metà del settecento a quella dell'ottocento caratterizzato da una totale

<sup>3</sup> Il laboratorio di *Medical Education* della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze dedica ampio spazio all'impiego del Cinema nei contesti di formazione attraverso la creazione di uno specifico archivio filmico per la formazione medica.

<sup>4</sup> Professore di storia all'Università di Toronto. È noto per gli studi che ha compiuto sulla relazione tra medico e paziente e sulla genesi delle malattie psicosomatiche. Per le sue ricerche ha ricevuto numerosi riconoscimenti in ambito accademico.

impotenza sul piano diagnostico che su quello terapeutico. Il rapporto con il paziente si esprime attraverso visite nelle quali ad anamnesi molto dettagliate si contrappongono interessi scarsi per la visita organica;

- *Medico moderno*: opera fra la metà e la fine del secolo scorso. La sua comparsa è preparata dalle grandi acquisizioni anatomicopatologiche e dalle vincenti teorie dei germi patogeni. È in grado di formulare diagnosi anche sofisticate e prognosi precise. Dal punto di vista scientifico più preparato, più attrezzato capace di instaurare una relazione più professionale col paziente. Prevale un modello culturale di medico antieroe ed egoistico che antepone i propri interessi economici, scientifici e ospedalieri a quelli del paziente (Cipolli & Moja, 1991);
- *Medico post-moderno*: capace di accurata diagnosi ed efficace terapia delle malattie. La sua capacità di contatto con il malato diviene sempre più ridotta: la rigorosa impostazione chimico-fisica, oltre a generare tante vittorie scientifiche costituisce una gabbia sempre più rigida nella quale vi è sempre meno spazio per il rapporto con il paziente (Buonaiuto, 2013).

Accettare la ricostruzione storica di Shorter significa anche comprendere uno dei problemi più seri che la medicina moderna deve fronteggiare ovvero il recupero del rapporto con il paziente.

Molti cineasti hanno realizzato film che possono essere usati in fase formativa come esempi narrativi del valore interpretativo dello schema di Shorter e che possono mostrare e far acquisire al futuro professionista sanitario consapevolezza sul delicato ruolo medico-paziente e sulla necessità di instaurare con il paziente un rapporto che si fondi sulla fiducia e sulla relazione.

Seguendo lo schema trifasico di Shorter possiamo sostenere che il medico eroe rappresenta il tipico modello di medico premoderno il quale dispone di scarsi strumenti diagnostici e terapeutici ma è dotato di grande umanità. Il medico eroe appare già nel primo *medical movie* *The country doctor* del 1909 di Griffith ed è stato protagonista di numerose pellicole di questo periodo con *Il medico di campagna* del 1936 di Henry King, *Il grande silenzio* del 1944 di Irving Pichel, *Il medico e lo stregone* del 1957 di Mario Monicelli, *La figlia perduta* del 1937 di Alfred Santell.

I film più significativi di questo periodo sono *La gente mormora* del 1950 di Mankiewicz, *La cittadella* del 1931 di K. Vidor, *Missione in Mancuria* del 1966 e *Nessun resta solo* del 1955 di Stanley Kramer.

Nel periodo a cavallo tra gli anni '60 e '80 prevale un modello di medico antieroe e egoistico.

Che antepone i propri interessi economici, scientifici e ospedalieri a quelli del paziente (medico moderno).

Un medico dotato di grandi presidi diagnostici ma carente dal punto di vista umano e relazionale. Uno dei film più importanti in Italia è *Il medico della mutua* del 1968 di Luigi Zampa. Altri film sono *The Hospital* del 1971 di Arthur Hiller, *Il senso della vita* del 1983 di Terry Jones, *Britannia Hospital* del 1982 di Lindsay Anderson.

Trasferendosi sullo schermo televisivo una serie di telefilm ispirati all'efficienza professionale di medici immancabilmente ospedalieri il cui esempio più famoso è *ER-Medici in prima linea*.

Dagli anni '80 fino ad ora il cinema mantiene prevalentemente una visione critica della medicina e della figura del medico ma a differenza degli anni passati le critiche perdono connotazioni umoristiche divenendo invece sempre più critiche e dirette.

I film di questo periodo offrono critiche costruttive e diventano un importante strumento formativo.

Con film come *Nessuno resta solo*, 1955, regia di Stanley Kramer, cominciano a invadere lo schermo i medici post-moderni, scarsamente capaci di relazioni ricche e narrative coi propri pazienti: essi troveranno poi i loro filmici campioni nel chirurgo disinteressato al rapporto umano col paziente: *Un medico, un uomo*, 1991 e nel giovane oncologo di *La forza della mente*, 2001, regia di Mike Nichols.

Altri film in cui la figura del medico viene criticata sono *Inseparabili* del 1988 di David Cronenberg, *Il regno* del 1994 di Lars Von Triers, *Al di là della vita* di Martin Scorsese.

Il cinema è una summa che include musica, pittura, scultura e letteratura rappresentando uno strumento di comunicazione e di narrazione estremamente efficace, possiede potenzialità comunicative e formative di grandissima portata. Riflettere sulle opportunità formative del cinema soprattutto in un ambito così attuale e sentito come quello che abbraccia il delicato rapporto-incontro medico-paziente, può divenire un nuovo campo di ricerca sul quale impostare adeguati percorsi pedagogici di notevole portata. Per tali ragioni è indispensabile formare indispensabile formare medici che si riappropriano della propria empatia e capacità di ascolto.

BIBLIOGRAFIA

- Alastra, V. (2016). *Ambienti narrativi, territori di cura e formazione*. Milano: Franco Angeli.
- Beccastrini, S. (2016). *Medicina narrativa, mutua comprensione e slow medicine*. Disponibile da <<https://stefanobeccastrini.files.wordpress.com/.../medicina-narrativa-mutua-comprensione>> (ultimo accesso 10.07. 2017);
- Benjamin, W. (1936). *L'opera d'arte nell'epoca della sua riproducibilità tecnica*. Roma: Donzelli.
- Buonaiuto, G. (2013). *Il contratto in terapia*. Milano: FS edizioni.
- Cagli, V. (2007). *La crisi della diagnosi*. Roma: Armando Editore.
- Cipolli, C. & Moja, A. (1991). *Psicologia medica*. Roma: Armando Editore.
- Furnari, M.G. (2005). *Il paziente il medico e l'arte della cura*. Cosenza: Rubettino Editore.
- Garrino, L. (2015). *Strumenti per una medicina del nostro tempo*. Firenze: University Press.
- Lelli, S., Sacchetti, F. & Tirini, S. (2014). *Conflitti identitari e pratiche delle istituzioni*. Milano: Franco Angeli, 175-176.
- Malavasi, P., Polenghi, & Rivoltella, P.C. (2005). *Cinema pratiche formative, educazione*. Milano: V e P Editore.
- Marani, P. (2014). *Formare un medico oggi*. Milano: Franco Angeli.
- Mortari, L. (2006). *La pratica dell'aver cura*. Milano: Mondadori.
- Vettore, L. & Del Vecchio, G. (2016). *Dottori domani. Storie dialoghi e riflessioni per una nuova educazione alle cure*. Sassari: Delfino Editore.
- Virzi, A. & Signorelli, M.S. (2007). *Medicina e narrativa. Un viaggio nella letteratura per comprendere il malato (e il suo medico)*. Milano: Franco Angeli.