
GRUPPO: MEDICINA NARRATIVA E HUMANITIES

Componenti Gruppo:.....

"Tessitore": Carlo Orefice

Progettista: Paola Arcadi

§ = parole chiave

Cosa significa parlare di *Medicina narrativa e humanities* in un'ottica "slow"?

Rispettando il mandato dell'incontro, e le voci plurali all'interno del Gruppo di lavoro, il medesimo ha in primo luogo cercato di definire cosa sia/debba essere una "formazione alla medicina narrativa", individuando nel termine "medicina" un *sistema di promozione della salute* che dovrà essere maggiormente specificato successivamente in quanto rimanda ad una interpretazione sistemica (§ = concetto di complessità).

Nel cercare di definire dunque cosa sia la medicina narrativa, questa è stata riassunta attraverso 3 diverse **definizioni di narrazione** (letteraria, artistica, cinematografica, ecc.), considerando quella più giusta per una formazione slow la n.3:

1. come strumento di comprensione
2. come strumento di guarigione (sia per gli operatori, che per i malati)
3. **come strumento di cura** (per arrivare ad una decisione con-divisa di un percorso terapeutico)

in quanto la medicina narrativa appare come uno **strumento per esplorare la relazione** di cura, **diventando essa stesso strumento di cura** (§ = una buona relazione fa bene al benessere dei membri della relazione)

Perché una *formazione slow* è diversa?

Partendo dalla domanda iniziale - cosa è una formazione slow? - si sono declinate le caratteristiche di un "pensiero slow" coincidente con la **capacità di produrre autocoscienza** nel professionista della cura attraverso una risonanza sugli impliciti (del pensiero stesso); in tale ottica, la "diversità" di tale tipo di formazione appare:

- nel creare un **rapporto tra i soggetti**, ai quali non va insegnato niente ma appunto agevolato un pensiero critico (§ = no lezione, ma conversazione)
- nel fondare se stessa su una **motivazione “reale”** dei soggetti coinvolti (e non dunque risiedere in “obblighi” formativi, ECM, ecc.)
- nel configurare se stessa attraverso un **momento esplorativo**, sempre attivo, tra i soggetti coinvolti
- nella sua capacità di **“forzare” il sistema** in modo sostenibile (§ = concetto di perturbamento)
- nella capacità del formatore di **conoscere i diversi “significati”** dell’aula (§ = concetto di cautela)
- nella capacità del formatore di **“far succedere cose”** che a loro volta gli operatori metteranno in pratica (§ = rendere l’implicito esplicito)
- nel “pensare il potere” in senso focaultiano, cioè in modo diffuso e non gerarchico, attraverso le domande che pone, le criticità che rileva, le parole che usa

Proposta per un modello di formazione slow

Per costruire un modello di formazione slow sarà necessario definire preliminarmente:

- le **conoscenze**, che appaiono principalmente di tipo pedagogico (§ = pedagogia come “scienza complessa del processo formativo della specie umana)
- le **competenze**, attraverso cui declinare gli aggettivi:
 - *Sobrio* (§ = “fare le cose” in funzione della situazione nella quale l’operatore si trova)
 - *Rispettoso* (§ = la relazione è basata su un processo di co-costruzione)
 - *Giusto* (§ = senza narrazione si fa cattiva medicina: serve per evitare sprechi, ripetizioni, “dolori inutili”, ecc.)

rimandano all’etica/diritto, all’antropologia, alle medical humanities, alla sociologia, alla filosofia, ecc., considerando che non deve essere il singolo “a sapere tutto”, ma l’organizzazione nella quale questo è inserito a dover avere - a seconda dei bisogni - competenze specifiche (§ = concetto di “non improvvisazione”)

- le **metodologie**, che devono essere “attive” per far succedere qualcosa (§ = la cura è l’incontro tra mondi diversi/distanti)

In tal ottica dunque, un modello di formazione slow deve:

1. pensare una progettazione che sia **concreta, attenta alla committenza** e rivolta anche alla ricerca di **contributi economici**
2. essere destinato a **gruppi multidisciplinari** di 20/25 partecipanti (§ = la medicina narrativa e la cura non sono monodisciplinari)
3. essere suddiviso in una **“giornata di formazione”** attraverso cui

- 3.1 narrare ed esplorare i punti di forza e le difficoltà nel processo di co-costruzione di un percorso di cura
- 3.2 creare un Laboratorio di narrazione (per far esperire la costruzione di significati dei due mondi che si incontrano)
- 3.3 restituire “orizzonti aperti” (§ = focus d'attenzione) da approfondire in ulteriori incontri