QUADERNI DI PEDAGOGIA E PRATICHE EDUCATIVE

CC BY NC ND

ISSN 3103-4462

Associazione Pedagogisti Educatori Italiani

QUADERNI DI PEDAGOGIA E PRATICHE EDUCATIVE

Dal sapere medico al sapere pedagogico: la medicina narrativa come via per una medicina di genere inclusiva

From Medical Knowledge to Pedagogical Knowledge: Narrative Medicine as a Pathway Toward an Inclusive Gender-Based Medicine

Evelyn Grazia Nericcio

evelyn.grazia.nericcio@apei.it

evelyn_avis91@hotmail.it

DAL SAPERE MEDICO AL SAPERE PEDAGOGICO: LA MEDICINA NARRATIVA COME VIA PER UNA MEDICINA DI GENERE INCLUSIVA

Abstract
Questo articolo propone un'analisi pedagogico-formativa della medicina narrativa a partire dai contributi di Massimiliano Marinelli — "*Che cos'è la medicina narrativa? Problemi e metodi*" (2023) e "*Dizionario di medicina narrativa. Parole e pratiche*" (2022) — e dall'opera principale di Rita Charon "*Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*" (2006). Attraverso un confronto strutturato dei tre testi, l'articolo esamina i fondamenti teorici, le implicazioni educative e le prospettive applicative della medicina narrativa nella formazione dei professionisti sanitari. L'analisi, di tipo ermeneutico e qualitativo, integra la letteratura recente sul tema, con particolare riferimento a studi empirici e revisioni sistematiche (Banfi et al., 2018; Palla et al., 2024; Quah et al., 2023). Emergono tre aree pedagogiche di rilievo: la competenza narrativa come dispositivo formativo, la funzione riflessiva e relazionale della narrazione, e la necessità di modelli didattici misti (umanistico-scientifici). L'articolo conclude sottolineando l'importanza di consolidare la medicina narrativa e di genere come disciplina educativa capace di coniugare empatia, professionalità e conoscenza clinica.

Parole chiave: medicina narrativa, medicina di genere, approcci e metodologie pedagogiche, pedagogia della cura, pratica educativa

Abstract
This article offers a pedagogical and formative analysis of narrative medicine based on the works of Massimiliano Marinelli — *Che cos'è la medicina narrativa? Problemi e metodi* (2023) and *Dizionario di medicina narrativa. Parole e pratiche* (2022) — and Rita Charon's seminal book *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness* (2006). Through a structured comparison of these three texts, the article examines the theoretical foundations, educational implications, and practical perspectives of narrative medicine in the training of healthcare professionals. The analysis, hermeneutic and qualitative in nature, integrates recent literature on the subject, with particular attention to empirical studies and systematic reviews (Banfi et al., 2018; Palla et al., 2024; Quah et al., 2023). Three key pedagogical areas emerge: narrative competence as a formative device, the reflective and relational function of storytelling, and the need for mixed (humanistic-scientific) educational models. The article concludes by emphasizing the importance of consolidating narrative medicine as an educational discipline capable of uniting empathy, professionalism, and clinical knowledge.

Keywords: narrative medicine, gender medicine, pedagogical approaches and methodologies, pedagogy of care, educational practice.

1. Introduzione: la pedagogia come pratica educativa nello scenario sanitario

1.1. La polisemia della cura tra pedagogia e medicina

La pedagogia è una scienza che, fin dall'antichità, ha vagliato diverse dimensioni, tra cui quello dell'essere umano e quello della differenza dei sessi, tra diversi saperi e molteplici discipline. Il tema principale su cui si focalizza la pedagogia è la cura, il "prendersi" e l'"aver" cura. In tale ottica, sistemica e complessa, è possibile avviare una riflessione epistemologica e pratico-operativa sull'incontro e integrazione tra pedagogia e medicina. Una riflessione che introduce nuovi piani interpretativi dell'oggetto, del campo di pertinenza, delle logiche, dei linguaggi, delle prospettive metodologiche della formazione, in direzione di ulteriori intrecci e scambi interdisciplinari che formano nuovi campi di ricerca. Le complesse e complete esperienze di applicazione, studio e ricerca di Édouard Séguin, come quella di altri medici pedagogisti, tra cui Jean Itard e Maria Montessori, hanno dimostrato la produttività di tali scambi e per una riflessione che coniuga diverse tecniche e saperi.
Prendendo in considerazione il termine di *cura*, in inglese declinata con *cure o care*, si hanno come riferimento i significati di rimedio e guarigione nel primo caso e di assistenza nel secondo caso, termine molto vicino al verbo italiano (Ronco, Tartaglia, 2015). Il verbo curare è coniugato nella sua forma attiva e indica l'azione efficace ed efficiente della medicina sul patologico. Il verbo inglese *to cure* esplicita il senso

di questo trattare la malattia. Tuttavia, il verbo *curare* può essere coniugato anche in forma passiva (*essere curato*) o riflessiva (*curarsi*). Il termine latino cura indica la sollecitudine, la premura, l'interesse, lo stare in pensiero per qualcuno, senza che necessariamente questa disposizione debba concretizzarsi in qualche atto definitivo (Curi, 2017). Facendo riferimento al lessico inglese, il verbo che corrisponde al binomio greco – latino therapeia come servizio e cura come lo stare in pensiero non è *to cure*, ma piuttosto *to care*. Per poter comprendere a pieno questo intrecciarsi di significati, bisogna far riferimento alla favola di Cura di Igino che Martin Heidegger ha inserito nel suo *Essere e tempo* (Heidegger, 1976):
"La Cura, mentre stava attraversando un fiume, scorse del fango cretoso; pensierosa ne raccolse un po' e incominciò a dargli forma. Mentre è intenta a stabilire che cosa abbia fatto, interviene Giove. La Cura lo prega di infondere lo spirito a ciò che essa aveva fatto. Giove acconsente volentieri. Ma quando la Cura pretese imporre il suo nome a ciò che aveva fatto, Giove glielo proibì e volle fosse imposto il proprio. Mentre la Cura e Giove disputavano sul nome, intervenne anche la Terra, reclamando che a ciò che era stato fatto fosse imposto il proprio nome, perché aveva dato ad esso una parte del proprio corpo. I disputanti elessero Saturno a giudice, il quale comunicò ai contendenti la seguente giusta decisione: "Tu, Giove, che hai dato lo spirito, al momento della morte riceverai lo spirito; tu, Terra, che hai dato il corpo, riceverai il corpo. Ma poiché fu la Cura che per prima diede forma a questo essere, fin che esso vive lo possieda la Cura. Per quanto concerne la controversia sul nome, si chiami homo poiché è fatto di *humus* (Terra)".

1.2. La *narrative competence* nella medicina narrativa

Le pratiche narrative nei contesti della cura hanno l'obiettivo di mettere a fuoco gli interventi formativi nell'ambito socio-educativo e sanitario dentro la più ampia disciplina delle *Medical Humanities*. Il connubio delle due discipline, pedagogia e medicina, intende, quindi, sollevare pensieri e riflessioni attraverso cui interpellare criticamente il pensare e l'agire della cura nei vari ambiti (in particolare, quello medico-sanitario) in una prospettiva pedagogica, che possa essere in grado di rimettere al centro le nozioni di narrazione e di narratività. Scrive a questo proposito Rita Charon, la fondatrice dell'approccio della medicina narrativa (Charon 2006):
"Ho cominciato a scrivere storie sui pazienti che mi disturbavano e mi sconcertavano. Più scrivevo sui miei pazienti e su me stessa, più mi convincevo che lo scrivere questi racconti mi permetteva un accesso alla conoscenza – del paziente e di me stessa – che altrimenti sarebbe rimasta fuori della mia portata. Diventavo maggiormente partecipe, più curiosa, più coinvolta nella loro realtà, più dalla loro parte".
Secondo l'esperienza della Charon, i professionisti della salute dovrebbero acquisire una competenza narrativa, costituita da una serie di abilità necessarie per riconoscere, acquisire, interpretare ed essere coinvolti dalle storie che ascoltano o che leggono. Si tratta di abilità "testuali" (cioè identificare la struttura di una storia, rendersi conto della molteplicità delle sue prospettive, riconoscere le metafore e le allusioni); abilità "creative" (immaginare molteplici interpretazioni, far crescere la curiosità, inventare più "finali"); e abilità "affettive" (tollerare l'incertezza mentre la storia si dipana, entrare nel "clima" emotivo, negli umori della storia). Tutte queste capacità, sempre secondo la Charon, forniscono al lettore o all'ascoltatore gli strumenti per trarre informazioni dalle storie, per decodificarle e così cominciare a capirne anche i significati nascosti (Charon, 2006).
Negli ultimi vent'anni, la "*medicina narrativa*" è divenuta un ambito interdisciplinare che intreccia scienze della salute, letteratura, filosofia e pedagogia. Introdotta in modo sistematico da Rita Charon (2001; 2006), essa si fonda sulla capacità del medico e del curante di "riconoscere, assorbire, interpretare e agire sulle storie di malattia" del paziente. Tale "*narrative competence*" non solo consente di costruire un rapporto clinico più empatico e partecipativo, ma anche possiede un valore formativo: educare alla narrazione significa formare all'ascolto, alla riflessività e al pensiero complesso.
Rita Charon definisce la Medicina Narrativa (MN) come "la pratica clinica rafforzata dalla competenza narrativa: la capacità di riconoscere, assorbire, metabolizzare, interpretare ed essere mossi dalle storie di malattia" (Charon 2007). La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura.

In Italia, la riflessione è stata ampliata e sistematizzata da Massimiliano Marinelli, con *"Dizionario di medicina narrativa. Parole e pratiche"* (2022) e *"Che cos'è la medicina narrativa? Problemi e metodi"* (2023). Marinelli interpreta la medicina narrativa come un paradigma epistemologico e didattico, proponendo un linguaggio condiviso e strumenti operativi per la formazione medica.

2. Metodi

2.1. Disegno della ricerca e dell'articolo

La ricerca qui esposta segue un approccio "ermeneutico-comparativo", centrato sull'analisi qualitativa di tre testi fondamentali:

1. R. Charon, "*Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*" (2006);
2. M. Marinelli (a cura di), "*Dizionario di medicina narrativa. Parole e pratiche*" (2022);
3. M. Marinelli, "*Che cos'è la medicina narrativa? Problemi e metodi*" (2023).

Questi tre contributi sono stati analizzati in chiave "pedagogico-formativa", con l'obiettivo di:

1. delineare i fondamenti educativi della medicina narrativa e, in secondo luogo, della medicina di genere (cfr. §3.1);
2. identificare le metodologie didattiche emergenti (cfr. §3.2.);
3. discutere le implicazioni per la formazione dei professionisti della salute (cfr. §3.3).

L'analisi è integrata con la letteratura empirica e sistematica recente (Banfi et al., 2018; Palla et al., 2024; Quah et al., 2023).
I risultati sono sottoposti a discussione critica (cfr. §4) e a un confronto con le metodologie pedagogiche (cfr. §5), con un accenno alle connessioni con la medicina di genere (cfr. §6).

2.2. Procedura analitica

L'analisi dei testi è stata condotta attraverso un processo di lettura approfondita e codifica, organizzato secondo tre principali categorie pedagogiche. La prima categoria, "Fondamenti teorici e competenze narrative", ha permesso di esplorare il modello epistemologico e concettuale alla base della medicina narrativa. La seconda, "Metodologie formative", ha raccolto informazioni sulle strategie didattiche, sugli strumenti utilizzati e sui contesti in cui vengono applicate. Infine, la terza categoria, "Implicazioni e criticità", ha preso in esame i limiti, le sfide e le prospettive di ricerca emerse dagli studi.
Per garantire la solidità dell'analisi, i dati raccolti sono stati messi a confronto con studi empirici, attraverso un processo di triangolazione volto a verificare la coerenza tra teorie e pratiche formative. Questo approccio ha consentito di integrare in maniera critica e sistematica le evidenze teoriche con quelle applicative.

3. Risultati

3.1. Fondamenti pedagogici della medicina narrativa: la competenza narrativa come sapere formativo

Charon (2006) definisce la "*narrative competence*" come una competenza professionale, ma il suo significato è eminentemente "pedagogico": essa implica l'educazione all'ascolto, alla decodifica simbolica e all'autoriflessione. Marinelli (2023) riprende questo concetto e lo declina come competenza trasversale da integrare nei curricula medici e infermieristici.
Studi empirici dimostrano che esercizi di scrittura riflessiva e lettura di testi letterari migliorano l'empatia percepita e la capacità di comprensione dei pazienti (Sands et al., 2020; Petrini & Cutica, 2019).
Il modello di Marinelli insiste sulla "relazionalità" come centro del processo formativo: la storia di malattia diventa strumento di conoscenza reciproca e co-costruzione di senso. Ciò coincide con la prospettiva pedagogica dell'"apprendimento esperienziale" (Kolb, 1984), dove la riflessione sulla pratica trasforma l'esperienza in competenza.
Il "*Dizionario di medicina narrativa*" (2022) rappresenta una vera innovazione didattica: offre una tassonomia condivisa che consente a docenti e studenti di orientarsi in un campo multidisciplinare. La chiarezza terminologica diventa premessa per una didattica coerente e verificabile.

3.2. Metodologie e dispositivi formativi

3.2.1. *Laboratori di narrazione e scrittura riflessiva*

Sia Charon (2006) che Marinelli (2023) sottolineano l'importanza del laboratorio come spazio protetto di apprendimento narrativo. Le pratiche comprendono:

- esercizi di "*close reading*" di testi letterari;
- redazione di "*illness narratives*";
- analisi collettiva di storie cliniche.

Una meta-analisi di Fioretti et al. (2016) mostra che i laboratori narrativi migliorano significativamente la riflessività e la consapevolezza empatica nei professionisti sanitari.

3.2.2. *Supervisione narrativa e apprendimento riflessivo*

Marinelli (2023) propone moduli di supervisione narrativa, nei quali il professionista è invitato a rielaborare le proprie esperienze cliniche attraverso la scrittura riflessiva e il confronto di gruppo. Questo modello, ispirato alla *reflective practice* di Schön (1983), si configura come un dispositivo formativo che favorisce la consapevolezza critica dell'agire professionale, consentendo di integrare dimensioni cognitive, emotive ed etiche.

La supervisione narrativa, infatti, non si limita a una semplice attività di scrittura autobiografica, ma si configura come uno spazio dialogico e intersoggettivo in cui il racconto diventa strumento di apprendimento trasformativo (Mezirow, 1991). Attraverso la narrazione condivisa, i professionisti possono riconoscere le proprie modalità relazionali, esplicitare i vissuti impliciti nella pratica clinica e sviluppare una maggiore empatia verso i pazienti.

In ambito pedagogico, tali moduli assumono anche una funzione di *formazione continua*, poiché consentono di mantenere vivo il legame tra esperienza, riflessione e azione, secondo il paradigma della *professionalità riflessiva*. Inoltre, l'approccio di Marinelli valorizza la dimensione interdisciplinare, integrando contributi provenienti dalla medicina, dalla psicologia e dalle scienze dell'educazione, e ponendo la narrazione come luogo d'incontro tra sapere tecnico e sapere umano.

3.2.3. Digital storytelling e *innovazione didattica*

Le più recenti sperimentazioni didattiche (es. De Benedictis et al., 2021) introducono l'uso di strumenti digitali — come *blog, podcast, e narrazioni multimediali* — per stimolare la partecipazione attiva degli studenti e promuovere forme di apprendimento più dialogiche e collaborative. L'integrazione tra linguaggi digitali e pratica riflessiva consente di ampliare i confini della medicina narrativa, trasformandola in un laboratorio multimodale di espressione e interpretazione dell'esperienza clinica.

Queste pratiche, basate su approcci costruttivisti e connettivisti, favoriscono una maggiore autonomia nella costruzione dei significati, incoraggiando gli studenti a diventare autori e co-costruttori del sapere. Il ricorso a strumenti digitali facilita inoltre la documentazione dei percorsi formativi e la condivisione interattiva delle narrazioni, generando comunità di apprendimento in cui il confronto tra pari diventa parte integrante del processo educativo.

Dal punto di vista pedagogico, l'uso del digitale apre anche nuove prospettive di valutazione formativa: le narrazioni multimediali possono essere analizzate non solo per i contenuti, ma anche per le modalità comunicative, la profondità riflessiva e la capacità di integrare aspetti emotivi e professionali. In tal senso, le tecnologie non rappresentano un semplice supporto tecnico, ma un vero e proprio *dispositivo riflessivo* capace di potenziare la consapevolezza critica e la motivazione intrinseca degli studenti.

3.3. Implicazioni educative per la formazione sanitaria

3.3.1. *Formazione interdisciplinare: educare all'empatia e valutazione delle competenze narrative*

La medicina narrativa agisce come una forma di educazione morale e relazionale, capace di formare medici più consapevoli, empatici e attenti alla complessità delle esperienze di malattia. Diversi studi (Stepien & Baernstein, 2006; Hojat et al., 2013) hanno evidenziato che i percorsi narrativi contribuiscono in modo significativo al mantenimento e allo sviluppo dell'empatia durante la formazione medica, contrastando il progressivo declino che tende a manifestarsi negli anni clinici.

Attraverso la scrittura e la lettura di storie di malattia — proprie o dei pazienti — gli studenti sono guidati a riconoscere le dimensioni affettive, etiche e comunicative della cura. La pratica narrativa diventa così un esercizio di *attenzione morale* (Charon, 2006) e di ascolto profondo, che favorisce l'interiorizzazione di valori come la compassione, il rispetto e la responsabilità.

In prospettiva pedagogica, la medicina narrativa si configura come uno spazio formativo in cui il sapere tecnico e quello umano vengono integrati, permettendo di superare la tradizionale dicotomia tra scienza e umanità. Tale approccio stimola inoltre una riflessione critica sui ruoli professionali e sulle dinamiche relazionali, promuovendo un modello di professionalità medica riflessiva e dialogica. In questo senso, l'educazione narrativa non solo sostiene lo sviluppo dell'empatia, ma contribuisce anche alla costruzione di un ethos professionale fondato sulla responsabilità e sulla reciprocità nella relazione di cura.

Charon e Marinelli convergono sulla necessità di una *formazione ibrida* del medico, capace di integrare le scienze umane, la psicologia e la filosofia morale all'interno dei percorsi formativi. Tale prospettiva mira a superare la frammentazione del sapere biomedico, restituendo alla cura la sua dimensione relazionale, etica e culturale. L'obiettivo è formare professionisti in grado non solo di diagnosticare e trattare, ma anche di comprendere la persona nella sua interezza, come soggetto portatore di significati, emozioni e valori.

Questa visione risponde pienamente alle raccomandazioni internazionali sull'*interprofessional education* (WHO, 2010), che sottolineano l'importanza di sviluppare competenze comunicative, collaborative e riflessive nei contesti sanitari. La formazione interdisciplinare — che unisce medicina, pedagogia, filosofia e letteratura — consente di costruire un linguaggio comune tra professionisti diversi, favorendo una cultura della cura fondata sulla cooperazione e sull'ascolto reciproco.

Inoltre, la prospettiva di una *educazione ibrida* promuove la consapevolezza dei limiti del sapere tecnico e l'apertura verso il dialogo con altre forme di conoscenza, come quelle narrative, etiche e simboliche. In questo senso, sia Charon sia Marinelli propongono un modello formativo che non si limita a trasmettere competenze, ma mira a trasformare la postura epistemologica del medico, rendendolo un professionista riflessivo, empatico e moralmente responsabile.

Il problema della valutazione rappresenta uno dei nodi più complessi e dibattuti nell'ambito della medicina narrativa. Come sottolinea Marinelli (2023), la difficoltà principale consiste nell'oggettivare competenze di natura empatica, riflessiva e relazionale, che per loro stessa natura sfuggono ai criteri tradizionali di misurazione quantitativa (Kumagai, 2008). Tali dimensioni formative richiedono infatti strumenti valutativi capaci di cogliere la qualità del processo più che il mero risultato, valorizzando la crescita personale e professionale del discente.

Negli ultimi anni, diversi studi sperimentali (Shapiro et al., 2009; Kumagai, 2018; DasGupta & Charon, 2004) hanno tentato di rispondere a questa esigenza, sviluppando rubriche di valutazione basate su *indicatori narrativi* come la coerenza del racconto, la profondità riflessiva, la capacità di riconoscere le emozioni proprie e altrui, e la presenza di empatia verbale. Questi strumenti si propongono di rendere la valutazione più trasparente e formativa, favorendo un feedback personalizzato e dialogico.

Dal punto di vista pedagogico, la valutazione narrativa non mira a classificare o giudicare, ma a stimolare processi di *auto-valutazione riflessiva*, in cui lo studente diventa protagonista del proprio percorso di apprendimento. Essa si inserisce così in una prospettiva costruttivista, in cui la valutazione assume un valore trasformativo, sostenendo la consapevolezza critica e l'interiorizzazione dei valori etici della cura. In questo senso, la sfida futura consiste nel costruire modelli di valutazione validi e condivisi, capaci di integrare criteri qualitativi e quantitativi senza snaturare la complessità dell'esperienza narrativa (Gabaglio, Manacorda, 2010).

4. Discussione

4.1. Sintesi critica dei tre testi

L'analisi comparativa mostra come le opere di Charon e Marinelli costituiscano due poli complementari:

1. Charon offre la "fondazione epistemologica e pedagogica";
2. Marinelli fornisce la "sistematizzazione concettuale e l'adattamento culturale".

Il loro dialogo configura la medicina narrativa non come "aggiunta umanistica", ma come "paradigma formativo integrato" della cura.
Sebbene i principi siano condivisi, la traduzione operativa resta disomogenea. Gli studi empirici mostrano risultati incoraggianti ma non ancora sistematici (Banfi et al., 2018; Quah et al., 2023; Palla et al., 2024). Occorre sviluppare modelli di "ricerca mista" (qualitativa + quantitativa) che documentino gli effetti delle pratiche narrative su esiti clinici e formativi.

4.2. Dimensione etica e deontologica

La medicina narrativa implica una profonda responsabilità etica, poiché la narrazione del paziente non può essere considerata un semplice dato clinico, ma un atto comunicativo che coinvolge dimensioni di intimità, fiducia e vulnerabilità. Raccontare la propria esperienza di malattia significa, infatti, esporsi e affidarsi a un ascolto competente e rispettoso. Per questo motivo, la pratica narrativa richiede il consenso informato, la tutela della privacy e un atteggiamento di autentico rispetto verso la parola dell'altro (Bert, 2015).
Marinelli (2023) sottolinea la necessità di elaborare una *deontologia della parola*, intesa come insieme di principi etici che orientano il professionista nel trattamento narrativo delle storie di malattia. In questa prospettiva, il racconto non deve diventare uno strumento di analisi o di spettacolarizzazione della sofferenza, ma uno spazio protetto di cura e di riconoscimento reciproco, dove il paziente è soggetto e non oggetto della comunicazione.
L'etica narrativa si intreccia dunque con la formazione del medico come *testimone responsabile*, capace di accogliere la complessità delle storie senza ridurle a schemi diagnostici o interpretazioni univoche. Essa richiama la dimensione dialogica del linguaggio (Buber, 1923; Ricoeur, 1992), in cui la parola diventa veicolo di incontro e di reciprocità.
Dal punto di vista pedagogico, questa impostazione sollecita la costruzione di percorsi formativi orientati alla consapevolezza etica del linguaggio e alla cura della relazione comunicativa. In tal senso, la medicina narrativa non solo educa all'ascolto e alla riflessione, ma anche alla responsabilità morale che ogni atto di parola comporta, configurandosi come una vera e propria *pedagogia della relazione e della cura*.

4.3. Limiti e prospettive future

Nonostante i progressi, permangono alcune criticità nel campo della medicina narrativa. In particolare, si possono individuare tre principali ostacoli: innanzitutto, l'assenza di standard formativi condivisi che garantiscano un approccio uniforme; in secondo luogo, la difficoltà di definire criteri di valutazione oggettivi dei risultati; infine, il rischio che la "narrazione" venga utilizzata in modo meramente retorico, senza un reale valore pedagogico o clinico (Calabrese, Conti, Fioretti, 2022).
Le prospettive future offrono tuttavia interessanti possibilità di sviluppo. Tra queste, l'integrazione della medicina narrativa nei curricula di tutte le scuole di medicina rappresenta un obiettivo strategico per promuovere competenze narrative diffuse tra i futuri professionisti. Parallelamente, diventa essenziale investire nella formazione dei docenti, affinché siano in grado di condurre laboratori narrativi efficaci e consapevoli. Infine, la creazione di collaborazioni interdisciplinari tra pedagogisti, clinici e studiosi di letteratura può contribuire a rafforzare la validità e l'efficacia di questo approccio, favorendo una prospettiva più completa e integrata della cura.

5. Riferimenti pedagogici

La medicina narrativa, nella prospettiva delineata da Charon e Marinelli, non è soltanto un metodo clinico o comunicativo, ma si configura come "dispositivo formativo" radicato in alcuni riferimenti chiave della tradizione pedagogica contemporanea.

5.1. Educazione riflessiva e apprendimento trasformativo

Le pratiche narrative si fondano sulla riflessione critica come via di apprendimento, in linea con la teoria dell'"apprendimento esperienziale" di Kolb (1984) e con la "pratica riflessiva" teorizzata da Schön (1983). L'esperienza del racconto di malattia diventa così occasione di "*learning through reflection*", in cui l'agire professionale si traduce in consapevolezza e crescita etica.
Nel contesto formativo, la narrazione funziona come un "laboratorio di trasformazione identitaria*" (Mezirow, 1991), in cui lo studente o il professionista rielabora la propria esperienza, ristrutturando schemi di pensiero e rappresentazioni del sé professionale.

5.2. La pedagogia dell'ascolto e la cura come relazione educativa

Marinelli (2023) richiama esplicitamente il concetto di "pedagogia dell'ascolto", sviluppato da Loris Malaguzzi e dalla scuola di Reggio Emilia (Malaguzzi, 1993), come paradigma utile anche in ambito sanitario: l'ascolto non come mera ricezione passiva, ma come atto di riconoscimento reciproco e costruzione condivisa di senso. In questo senso, la medicina narrativa si pone in continuità con la "pedagogia della cura" (Mortari, 2015), intesa come attenzione all'altro nella sua vulnerabilità e singolarità.
Il racconto diventa il luogo in cui il soggetto che cura e quello che è curato apprendono reciprocamente, sperimentando la "reciprocità educativa" che è alla base di ogni processo formativo autentico.

5.3. Educazione umanistica e interdisciplinarieta'

La medicina narrativa reintroduce nella formazione sanitaria la dimensione "umanistica" della conoscenza, ponendosi in dialogo con le "*medical humanities*". Tale approccio, come evidenzia Bruner (1990), valorizza le "forme narrative del pensiero" come modalità cognitive fondamentali, alternative ma complementari al pensiero logico-scientifico.
In questa prospettiva, la formazione del medico si configura come "educazione integrale": un processo in cui la competenza tecnica si intreccia con la sensibilità estetica, linguistica ed etica. Le pratiche narrative costituiscono dunque un ponte tra scienza e cultura, tra *logos* e *pathos*, tra competenza e compassione.

5.4. Formazione continua e comunita' di pratica

Un ulteriore riferimento pedagogico è rappresentato dal concetto di "comunità di pratica" (Wenger, 1998), che trova applicazione nei gruppi di riflessione e nei laboratori narrativi. In tali contesti, la conoscenza non è trasmessa dall'alto, ma costruita collettivamente attraverso la condivisione di storie e casi.
La medicina narrativa, intesa come pratica di comunità, contribuisce a sviluppare quella che Biesta (2010) definisce una "educazione responsabile": un processo orientato non solo all'efficacia, ma anche al significato e alla responsabilità verso l'altro.

5.5. Sintesi interpretativa

I riferimenti pedagogici richiamati convergono nel delineare la medicina narrativa come "pedagogia relazionale, riflessiva e trasformativa". Essa educa non solo a "fare" medicina, ma a "essere" medici: a costruire un'identità professionale fondata su empatia, interpretazione, dialogo e responsabilità.

In questa prospettiva, la medicina narrativa può essere considerata una forma contemporanea di "*paideia* della cura", nella quale l'atto educativo coincide con l'atto terapeutico e il sapere scientifico si umanizza nel racconto (Zannini, 2007).

6. Applicazione interdisciplinare della pedagogia nella medicina di genere

Rita Charon è divenuta una figura di spicco nell'ambito della medicina narrativa, in particolare nella medicina di genere, in quanto fondatrice e direttrice della prima scuola di medicina narrativa a livello universitario, e inoltre, propria la stessa Charon ha ideato l'acronimo inglese "NBM", ovvero *Narrative Based Medicine*, ossia medicina basata sulla narrazione.
Per la Charon la medicina narrativa è
"una pratica clinica fortificata dalla competenza narrativa, che consiste nella capacità di assorbire, metabolizzare, interpretare ed essere coinvolti dalle storie di malattia. In una parola, è quella medicina praticata da chi sa che cosa fare delle storie." (Cagnolati, Rossetti, 2016)
Risulta fondamentale il rapporto che si instaura tra il paziente, che ha voglia di raccontarsi, e il medico aperto alla narrazione della condizione del malato, definito dalla stessa Charon *Narrative Knowledge o Narrative Competence*, cioè la capacità di comprendere le storie altrui.
In altri termini, attraverso la Charon, il focus passa dalla medicina narrativa e verterà su una "scienza al femminile" (Lopez, 2015). La medicina di genere rappresenta così, un nuovo modo di intendere la prevenzione e la cura della malattia in una prospettiva del riconoscimento della differenza di genere, e all'interno della stessa branca è conosciuta anche col termine *engendering health*.
Il primo documento di medicina di genere risale al 1985 ed è una relazione intitolata *Women's Health*, redatta da un'agenzia sulla salute delle donne, la *United States Public Health Service Task Force*, nella quale si denunciava il ritardo della medicina rispetto alla salute della donna.
Nel panorama italiano, l'Emilia Romagna è stata la prima regione ad approvare una legge che prevedesse la totale parità di genere, la legge n. 6 del 27 giugno 2014 intitolata *Legge regionale quadro per la parità e contro la discriminazione di genere*. Tale legge si sviluppa in 45 articoli e prevede delle norme sulla salute con un adeguamento dei piani sanitari con un approccio della medicina di genere. La prospettiva messa in atto è quella della promozione di un approccio mirato alle differenze per arrivare ad ottenere un miglioramento delle principali strategie di intervento per una programmazione sanitaria che punti al riconoscimento della differenza di genere.

7. Conclusioni

La medicina narrativa, come delineata da Charon e Marinelli, rappresenta oggi uno dei più significativi tentativi di umanizzazione della formazione sanitaria. La sua valenza pedagogica risiede nella capacità di formare professionisti capaci di ascoltare, comprendere e restituire significato all'esperienza di malattia.
Le pratiche narrative, se accompagnate da metodologie rigorose e da un solido impianto etico, costituiscono un potente strumento di crescita personale e professionale. In prospettiva, la medicina narrativa non è soltanto un ambito disciplinare, ma una "pedagogia della cura", orientata alla responsabilità, all'empatia e alla costruzione condivisa del sapere clinico.

Riferimenti bibliografici

Banfi, P., et al. (2018). Narrative medicine to improve the management and quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: An exploratory study. *Multidisciplinary Respiratory Medicine, 13*(1), 28.

Bert, G. (2015). *Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

Biesta, G. (2010). *Good education in an age of measurement: Ethics, politics, democracy*. Routledge.

Bruner, J. (1990). *Acts of meaning*. Harvard University Press.

Buber, M. (1958). *I and Thou* (R. G. Smith, Trans.). New York, NY: Charles Scribner's Sons. (Original work published 1923)

Cagnolati, A., & Rossetti, S. (Eds.). (2016). *Donne e scienza. Dall'esclusione al protagonismo consapevole* (p. 36). Roma: Aracne.

Calabrese, S., Conti, V., & Fioretti, C. (2022). *Che cos'è la medicina narrativa*. Roma: Carocci Editore.

Charon, R. (2001). Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA, 286*(15), 1897–1902.

Charon, R. (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford University Press.

Charon, R. (2007). What to do with stories: The science of narrative medicine. *Canadian Family Physician – Le Médecin de famille canadien, 53*, 1265–1267.

Charon, R. (2019). *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Curi, U. (2017). *Le parole della cura. Medicina e filosofia* (p. 55). Milano: Raffaello Cortina.

DasGupta, S., & Charon, R. (2004). Personal illness narratives: Using reflective writing to teach empathy. *Academic Medicine, 79*(4), 351–356.

De Benedictis, G., et al. (2021). Digital storytelling in medical education: A new pedagogical approach. *Medical Teacher, 43*(9), 1085–1092.

Fioretti, C., et al. (2016). Narrative medicine programs and reflective writing: A systematic review. *Journal of Medical Education and Curricular Development, 3*, 1–10.

Gabaglio, L., & Manacorda, E. (2010). *Il fattore X. Il primo libro sulla medicina di genere scritto dalle donne e pensato per le donne*. Roma: Castelvecchi.

Heidegger, M. (1976). *Essere e tempo* (p. 247). Milano: Longanesi.

Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., et al. (2013). The devil is in the third year: A longitudinal study of empathy decline in medical school. *Academic Medicine, 84*(9), 1182–1191.

Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice-Hall.

Kumagai, A. K. (2008). A conceptual framework for the use of illness narratives in medical education. *Academic Medicine, 83*(7), 653–658.

Lopez, A. G. (2015). *Scienza, genere, educazione* (p. 94). Milano: Franco Angeli.

Malaguzzi, L. (1993). For an education based on relationships. *Young Children, 49*(1), 9–12.

Marinelli, M. (2023). *Che cos'è la medicina narrativa? Problemi e metodi*. Brescia: Scholé / Morcelliana.

Marinelli, M. (Ed.). (2022). *Dizionario di medicina narrativa. Parole e pratiche*. Brescia: Scholé / Morcelliana.

Mezirow, J. (1991). *Transformative dimensions of adult learning*. Jossey-Bass.

Mortari, L. (2015). *La pratica dell'aver cura*. Milano: Raffaello Cortina.

Palla, I., et al. (2024). Narrative medicine: Theory, clinical practice and education. *Journal of Medical Humanities, 45*(2), 233–249.

Petrini, C., & Cutica, I. (2019). Narrative medicine and reflective writing in medical education: An Italian experience. *BMC Medical Education, 19*(1), 192.

Quah, E. L. Y., et al. (2023). The role of patients' stories in medicine: A systematic review. *Patient Education and Counseling, 117*, 108032.

Ricoeur, P. (1992). *Oneself as Another* (K. Blamey, Trans.). Chicago, IL: University of Chicago Press. (Original work published 1990)

Ronco, C., & Tartaglia, F. (Eds.). (2015). *Donne e medicina. Amore, genere, cura* (p. 19). Padova: libreriauniversitaria.it Edizioni.

Sands, S. A., Stanley, P., & Chambers, L. (2020). The impact of reflective writing on medical students' empathy. *BMC Medical Education, 20*(1), 100.

Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.

Shapiro, J., Morrison, E., & Boker, J. (2009). Medical humanities and their discontents: Definitions, critiques, and implications. *Academic Medicine, 84*(2), 192–198.

Stepien, K. A., & Baernstein, A. (2006). Educating for empathy: A review. *Journal of General Internal Medicine, 21*(5), 524–530.

Stojan, J. N., Sun, E. Y., & Kumagai, A. K. (2019). Persistent influence of a narrative educational program on physician attitudes regarding patient care. *Medical Teacher41*(1), 53-60.

Wenger, E. (1998). *Communities of practice: Learning, meaning, and identity*. Cambridge University Press.

World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva: WHO Press.

Zannini, L. (2007). *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Milano: Raffaello Cortina Editore.