

STUDI E RICERCHE

Parte quarta:
Spazi formativi
e nuove forme di cura della persona
Part Four:
Learning Spaces a new ways of caring





Il processo di implementazione delle *Medical Humanities* in Italia: progetto di ricerca sullo stato attuale

Implementing Medical Humanities in Italy: progress of a research project

Alessia Bevilacqua
alessia.bevilacqua@univr.it

ABSTRACT

L'attuale contesto socio-sanitario italiano è caratterizzato da pratiche diagnostico-terapeutiche cui sono connessi atteggiamenti di cura fra loro molto diversi. In particolare le pratiche formative afferenti alla corrente di pensiero delle *Medical Humanities* permettono di coniugare i diversi approcci, a partire dalla formazione professionale iniziale dei diversi operatori del contesto indicato, attraverso l'attivazione di specifici processi ermeneutici ed interpretativi. Questa ricerca si pone come obiettivo lo studio del processo di implementazione in Italia delle indicazioni provenienti dalla corrente di pensiero definita *MH*. Nell'ambito di un *sequential multi-method design* risulta possibile identificare, attraverso un processo di ricerca *grounded theory*, una teoria empirica rispetto le *MH* in Italia, che verrà in un secondo momento confrontata, attraverso un *cross-national comparative study*, alla realtà inglese, in cui le *MH* hanno trovato riconoscimento formale e forme di sviluppo diversificate. I risultati attesi mirano a delineare i tratti per cui le *MH* possono risultare centrali per una formazione dei professionisti della salute che si avvalga dell'apporto di una filosofia pedagogica attenta all'oggi, che tenta di coniugare pratiche di cura centrate sulla persona con un certo riguardo verso i contingenti processi di ottimizzazione delle risorse.

The current Italian health-care context is characterized by diagnostic and therapeutic practices associated with different attitudes of care. The educational practices related to the current of thought of the Medical Humanities allows to combine those different approaches, starting from the vocational training of the healthcare professionals, through specific hermeneutic and interpretative processes. This research aims to study the process of implementation of the *MH* practices in Italy. Within a sequential multi-method design it is possible to identify – through a grounded theory research – an empirical theory of the *MH* in Italy, which is then compared, through a cross-national study, with the meaningful English where *MH* founded a formal acknowledgement and different forms of development. The expected findings are intended to outline the traits for which the *MH* may be a key element in an healthcare education that draws a pedagogical philosophy alive to the present time, trying to combine person-centered care practices with a regard for the living matter process of resource optimization.

KEY WORDS

Medical Humanities, vocational training, healthcare, interdisciplinarity.
Medical Humanities, formazione, cura sanitaria, interdisciplinarietà.

1. Il valore aggiunto delle *Medical Humanities* per la formazione dei professionisti della salute nell'attuale contesto socio-sanitario

Le motivazioni della ricerca

Le diverse pratiche diagnostiche, terapeutiche e di cura messe in atto in ambito sanitario risultano caratterizzate da differenti sfumature, ovvero da differenti intenzionalità, atteggiamenti e metodologie, ad un punto tale che esse possono venir percepite e considerate – talvolta erroneamente – contrastanti e tra loro addirittura inconciliabili.

D'altra parte sussiste il paradigma biomedico, che sta alla base di un approccio di tipo tecnico-scientifico, e che ricorre all'*Evidence Based Medicine* come linguaggio, facendo riferimento alla malattia come *disease*. Le pratiche messe in atto, che si possono ritenere connesse con tale paradigma, corrispondono prevalentemente a terapie curative in senso stretto e specifico – in inglese *to cure* – che pongono l'attenzione sulle modalità per riconoscere e combattere le patologie al fine di restituire lo stato di salute originario (Cipolla, 2004, pp. 50-54).

Il paradigma fenomenologico, che viene eletto come maggiormente interessante ai fini di questa ricerca, sta invece alla base di un approccio umanistico, che assegna particolare attenzione alla soggettività del paziente e alla relazione del singolo individuo con i professionisti della salute. La malattia viene allora vista come *illness*, ovvero lo stato di malessere soggettivamente percepito dalla persona ammalata, e le pratiche adottate sono prevalentemente indirizzate alla cura – in inglese *to care* – che comprensivamente indica, proprio attraverso il linguaggio adottato nell'ambito di queste pratiche (la *Narrative Based Medicine*) la valenza educativa insita in questa presa in carico globale del paziente (Maturò, 2004, pp. 111-115).

Ogni professionista della salute ha il compito di occuparsi di tutti gli aspetti della malattia del paziente – *disease*, *illness* e *sickness*¹ – accostando terapia e cura, due processi che meritano di essere effettuati in modo collaborativo e non sovrapposto oppure ancor peggio dicotomicamente esclusivo. Come sottolinea Mortari (2006, pp. 81-82), le pratiche di cura messe in atto dagli operatori della salute vengono ispirate da procedure precise, legate a linee guida e protocolli, definite come *clinical know-how*. Grazie ad una sensibile attenzione clinica tale aspetto procedurale può essere coniugato con la valorizzazione della relazione: se da un lato è necessario possedere determinate competenze tecniche che consentano di mettere in atto una buona terapia, dall'altro viene richiesta una capacità di pensiero riflessivo che renda possibile una comprensione profonda della situazione da affrontare.

Affrontare oggi il tema "salute" implica pertanto il confronto, secondo un paradigma di rete e nell'ottica di un lavoro metodologicamente "meticcio" (Mortari, 2007, pp. 193-202), fra diverse discipline e i rispettivi orientamenti teorici, premesse cognitive e procedure sperimentali. Impostare una riflessione in una prospettiva in-

1 I due termini anglofoni *disease* e *illness* indicano rispettivamente l'alterazione fisiologica o squilibrio bio-fisico e la percezione soggettiva del malessere, ovvero l'esperienza che una persona fa del proprio stare male. Nell'ambito della sociologia della salute e dell'antropologia medica viene inoltre adottato un terzo termine, *sickness*, ad indicare le caratteristiche sociali della malattia, che intercorrono dalle relazioni tra il soggetto malato e il circostante ambiente fisico e sociale.

terdisciplinare e negoziale consente di pensare sia alla teoria, alla ricerca empirica e alle loro interconnessioni, sia ad una spendibilità concreta in termini formativi, comunicativi e organizzativi nella comunità sociale in cui tale riflessione viene coltivata e praticata (Fiocco, 2004, pp. 97-98).

L'oggetto di studio

Le *Medical Humanities* (MH da ora in poi), corrente di pensiero all'interno della quale è possibile intravedere una strategia propriamente pedagogica, offrono la possibilità di coniugare, attraverso specifici processi ermeneutici e interpretativi, i diversi paradigmi indicati e quindi i differenti approcci verso la terapia e la cura.

Le MH nascono negli anni Sessanta negli Stati Uniti come movimento di opinione, legato ad un substrato religioso guidato da una preoccupazione che si riconosce come pedagogica, ovvero l'avversione verso la tendenza sempre più accentuata in medicina a separare il protocollo tecnico dall'evento umano, inteso in senso più ampio e comprensivo della risposta ai diversi bisogni della persona malata (Spinsanti, 2006, p. 18).

Al nucleo associativo originario del *Committee on Medical Education and Theology*, si sono poi aggiunti molti altri medici, tra i quali si ricorda Edmund Pellegrino, figura di spicco della bioetica internazionale, nonché diversi enti ed organizzazioni, in particolare nel 1968 la *Society for Health and Human Values* (Zannini, 2008, p. 148). Nei decenni successivi le MH sono state generalmente percepite e considerate come tutto ciò che riguarda la comprensione dell'uomo attraverso le scienze umane e sono state progressivamente introdotte nei *curricula* universitari, in stretto collegamento con la bioetica (Zannini, 2008, p. 144-145).

Nell'ambito della letteratura internazionale, la maggior parte degli autori del settore indica come non sia ancora stata identificata una precisa definizione del binomio MH.

"Medical Humanities as a technical term is still not established in the wider medical, educational and academic communities and there is much confusion as to what comprises Medical Humanities" (Campo, 2005, pp. 1009-1011).

"Medical humanities does not yet have a fixed identity and form, nor has it yet been patented or trademarked. Humanities in principle can embrace all disciplines and people" (Pattison, 2003, pp. 33-36).

A tal proposito Knight (2006, pp. 119-124) sottolinea come il concetto di MH si configuri come *"hidden"*, specificando nella sua ricerca come:

"the BMJ and The Lancet, for instance, apart from citing the journal Medical Humanities, only mention it a few times. If the concept of Medical Humanities is not transparent to experienced practitioners, how will they as clinical teachers successfully encourage students and junior doctors to develop this perspective?".

Mentre negli Stati Uniti Donnie (1988, pp. 227-236) fa riferimento alle MH in ter-

mini di disciplina, in quanto “only a relatively few years ago medical humanities as a discipline was practically unheard of in medical schools. In the last decade there has been a remarkable growth in this field” in ambito europeo si ricorre prevalentemente ai seguenti termini:

- **subdiscipline:** “for some this did indeed approximate to a new medical subdiscipline, re-establishing and promoting the neglected relationship between medicine and the arts” (Evans e Greaves, 2010, pp. 66-68);
- **approach:** “Medical Humanities has been defined as an integrated, interdisciplinary, philosophical approach to recording and interpreting human experiences of illness, disability and medical intervention” (Evans, 2002, pp. 508-513);
- **perspective:** “it was a novel interdisciplinary perspective which sought to reunify the arts and sciences in medicine as a whole and so provide a more rounded and humanitarian approach that rejected the notion of a subdiscipline altogether” (Evans, 2002, pp. 508-513).

All’ulteriore definizione di “*research field*” (Cook, 2010, p. 3), si preferisce “*a field of study and practice*” (Carson, 2007, pp. 321-33) ponendo in evidenza il carattere pratico delle *MH*, ovvero “the application of the techniques of reporting, interpreting and theorising developed by the traditional humanities fields to phenomena within the traditional medical field” (Evans, 2002, pp. 508-513).

Elemento comune a tutte le riflessioni attorno al concetto di *MH* risulta essere l’idea portante di unione di due elementi in qualche modo opposti, fattore umano e fattore scientifico, con l’esemplificativo riferimento di Gordon (2005, p. 5) “in discussing medical humanities, it can be difficult to avoid emphasising, as the latter definition does, the idea of two opposed sides — the biomedical and the human. It is an opposition that translates too easily into stereotypes: science as cold, unfeeling, and sometimes dangerous, and the humanities as warm-hearted and well-intentioned, but possibly less «scientific»”.

In relazione a tale distinzione, di grande rilevanza concettuale risultano le specificazioni proposte da Greaves e Evans (2000, pp. 65-66) e successivamente da Greaves (2001, pp. 270-271) qualificando le *MH* con i termini “*additive*” e “*integrated*”.

Nella prospettiva additiva, le *MH* vengono viste come “division of medical knowledge into arts and sciences, the parallel division of medical practice into humanistic and technical components, with priority being given to the scientific and technical aspects” (Greaves, 2001, p. 270). Esse coinvolgono una serie di distinte sotto-discipline in relazione alla medicina e alle arti che, viste collettivamente, costituiscono appunto le *MH*. Si tratta di un’ulteriore estensione al di là delle tradizionali scienze biomediche per incorporarne le arti, estensione grazie alla quale si va verso un controbilanciamento comprensivo della scienza medica. In tal senso le *MH* comportano un incremento della generale sfida alla biomedicina, piuttosto che offrire differenti orientamenti alla biomedicina stessa, avendo comunque lo scopo di offrire un apporto alle scienze biomediche nella direzione dell’umanizzazione delle pratiche di cura. necessità non sempre evidente riconosciuto, ma spesso automaticamente assunto. L’ambizione sarebbe quella di costruire curricula formativi bilanciati.

Nella prospettiva integrativa invece le *MH* vengono caratterizzate da un “reductionism of medical knowledge into subdisciplines, and medical practice into related specialties” (Greaves, 2001, p. 270). Esse consentono di dare una risposta maggiormente radicale agli assunti della biomedicina poiché, per superare la divisione fra arti e scienza, il focus viene posto sull’essere umano, piuttosto che semplicemente sul ruolo delle arti. Pertanto non si tratta più di sotto-discipline, bensì di una prospettiva

che permea tutti gli aspetti della conoscenza e della pratica medica. Tale prospettiva richiede un grado di unità dal punto di vista metodologico, al fine di acquisire quel vantaggio interdisciplinare che implica una riflessione critica sia in fase di analisi sia di sintesi. Non si tratta quindi di un'estensione della conoscenza medica, bensì di una riconfigurazione globale verso un'umanizzazione della medicina che richiede un coinvolgimento congiunto fra arti, scienze sociali e scienze naturali.

È possibile dunque affermare come l'interdisciplinarità risulti l'elemento centrale comune – dichiarato in modo più o meno esplicito – a tutte le definizioni individuate e, in particolare, negli statuti delle due principali associazioni di *MH*:

“The American Society for Bioethics and Humanities was established in 1998 to promote the exchange of ideas and foster multidisciplinary, interdisciplinary, and interprofessional scholarship, research, teaching, policy development, professional development, and collegiality among people engaged in all of the endeavors related to clinical and academic bioethics and the health-related humanities” (American Society for Bioethics and Humanities, 2011).

“The UK Association for Medical Humanities has defined the field as representing a sustained interdisciplinary enquiry into aspects of medical practice, education and research expressly concerned with the human side of medicine” (Evans et al. 2001, p. 104).

2. Il focus del progetto

Mentre in Europa la corrente di pensiero delle *MH* si è sviluppata soprattutto in Gran Bretagna, dov'è stata progressivamente introdotta nei curricula universitari, in Italia invece esse risultano riferite ad una realtà ancora difforme ed in fieri. Risulta pertanto necessaria ad oggi, nel parere di chi scrive, un'indagine sui processi di implementazione di pratiche formative afferenti alla corrente di pensiero definita *MH* nell'ambito del nostro Paese, volta a comprendere gli elementi che caratterizzano la messa in atto di tali pratiche.

Obiettivo della ricerca è individuare il potenziale valore formativo delle *MH* nell'attuale contesto sociosanitario italiano, caratterizzato ancora oggi da una forte predominanza bio-tecnicista, identificandone i diversi elementi costitutivi e tracciando in termini operativi il ruolo delle *MH* nello sviluppo di competenze cliniche per i singoli professionisti della salute e, a cascata, per l'*équipe* multiprofessionale e l'intera organizzazione socio-sanitaria.

3. Il disegno complessivo della ricerca: il sequential multi-method design

La ricerca si basa su un *sequential multi-method design*. L'attributo *sequential* indica che le due fasi della ricerca – *grounded theory* e *comparative analysis* – non si svolgono in parallelo, bensì in modo sequenziale. La seconda parte della ricerca infatti emerge come risultato o come sviluppo degli *outcomes* della prima fase di ricerca, e ha come obiettivo una più ampia esplorazione (*explanatory design*) dell'oggetto di studio. Pur contribuendo ambedue all'elaborazione dei dati relativi all'oggetto della ricerca, in entrambe le fasi della ricerca il campionamento, la raccolta e l'analisi dei dati sono distinte e indipendenti, ovvero non presentano alcuna influenza reciproca; al termine di ogni singola analisi vengono tratte le rispettive inferenze (Tashakkori e Teddlie, 2003, pp. 687-688). Il termine *multi-method* indica invece la scelta di due me-

odologie appartenenti alla stessa tipologia di paradigma di ricerca, in questo caso quella qualitativa. La scelta di accostare due metodologie qualitative può risultare forse oggi desueta, ma in questa ricerca sembra corrispondere esattamente allo scopo di indagare in profondità l'oggetto di studio. Nelle ricerche QUAL-qual la domanda di ricerca può richiedere una ulteriore e differente prospettiva, così da far risultare necessario il coinvolgimento di un secondo gruppo di partecipanti, permettendo in questo modo di esaminare elementi che altrimenti il ricercatore non sarebbe in grado di vedere e di studiare (Morse, 2009, pp. 15-24). Le conclusioni supplementari possono essere pertanto di diverso tipo, o ad un diverso livello di astrazione, oppure relativi ad un diverso gruppo di soggetti. Si può pertanto affermare che i risultati del filone principale della ricerca sono utilizzati come base teorica nell'elaborazione della teoria conclusiva, mentre i risultati della componente supplementare contribuiscono a leggere i risultati del filone principale, accrescendone la ricchezza di significato (Morse, 2009, pp. 15-23).

Dal lavoro sul campo alla costruzione di una teoria empirica: il contributo della Grounded Theory

Il metodo utilizzato nell'ambito di questa ricerca è la *Grounded Theory*, metodo generale di analisi comparativa e insieme di procedure capaci di generare sistematicamente una teoria fondata sui dati empirici. È un approccio sistematico e induttivo che permette di cercare regolarità di tipo concettuale fra i fenomeni, al fine di costruire una teoria sui dati attraverso la costante comparazione ad ogni livello di analisi, la concettualizzazione e la produzione di memo e diagrammi (Glaser, Strauss, 1967; Charmaz, 2006; Corbin, Strauss, 2008).

Gli intervistati sono stati selezionati attraverso un campionamento teorico, ossia un'estensione progressiva, nel corso dell'analisi, del numero e delle caratteristiche dei partecipanti, in cui il ricercatore contemporaneamente raccoglie, codifica e analizza i propri dati e, in base a ciò, decide quali ulteriori dati raccogliere e dove cercarli, al fine di sviluppare la teoria nel momento in cui emerge (Glaser e Strauss, 2009, p. 75).

I dati non sono propriamente solo raccolti, bensì prodotti, co-costruiti attraverso interviste semi-strutturate. Queste ultime risultano essere una tipologia di conversazione che consente un'esplorazione in profondità di un certo tema e l'emergere del modo attraverso cui un partecipante dà senso alla propria esperienza; non uno strumento per raccogliere fatti, bensì per generare interpretazioni di esperienze collocate nel contesto che le ha prodotte. Lo scopo è stimolare la riflessione dei soggetti coinvolti nella ricerca a partire dalle proprie esperienze personali e non da dichiarazioni teoriche o ideologiche preconette.

Per l'analisi qualitativa dei dati si è ricorso a tecniche di codifica aventi lo scopo di permettere al ricercatore di semplificare i dati e di focalizzarsi solo su alcune delle loro caratteristiche. Inoltre esse aiutano il ricercatore a riflettere e ad effettuare astrazioni a partire dai dati (Richards e Morse, 2009, p. 168), creando collegamenti tra i dati stessi e le idee che sono poi ripercorribili al fine di ricostruire da quali dati sono emerse determinate intuizioni di ricerca e al fine di rendicontare e giustificare il processo interpretativo dei dati. Nell'ambito della *grounded theory* vengono effettuate tre fasi di codifica – iniziale, focalizzata e teorica – all'interno delle quali i concetti vengono identificati e sviluppati secondo le caratteristiche e le dimensioni individua-

te. A partire da un ascolto partecipe dei dati, il ricercatore prosegue progressivamente attraverso processi di codifica, etichettatura, descrizione, concettualizzazione, categorizzazione fino all'individuazione e alla tematizzazione della *core category*, ovvero il concetto chiave, la categoria centrale che organizza, sintetizza e rappresenta il processo oggetto di studio (Strauss, Corbin, 1990, p. 74; Richards, Morse, 2009, pp. 199-200).

Gli strumenti adottati durante tutto il processo di codifica sono il software di analisi qualitativa *NVivo8* e il supporto di memo e diagrammi "carta e penna". Le due modalità di analisi risultano complementari ed efficaci in quanto supportano diverse necessità: se da un lato il software consente di lavorare in modo veloce e ordinato sia sull'emergere sia sulla costruzione della teoria, grazie ad una gestione efficiente dei dati e della loro catalogazione e codifica, l'utilizzo di memo e diagrammi supporta la riflessione e l'aspetto creativo della registrazione e del collegamento di idee, temi e suggestioni connessi ai dati in fase di studio.

Il supporto della Comparative Analysis per una comprensione esaustiva della teoria emergente

La comparazione fra la teoria emergente acquisita attraverso l'analisi *grounded theory* dei dati italiani e un primo studio preliminare della letteratura sulle *MH* condotto per individuare il tema della ricerca, ha messo in evidenza un profondo gap fra la realtà individuata da un lato e le funzioni e i processi messi in atto relativamente alle *MH*, elementi che in Italia risultano più attesi che effettivamente implementati. È proprio questa riflessione sulla realtà italiana delle *MH*, frammentaria e in fase di evoluzione, ad aver dato origine alla domanda generativa di questa ricerca. Nel momento poi in cui i primi risultati sono stati portati alla luce è emersa l'ipotesi di una successiva analisi comparativa, ovvero la necessità di una metodologia

"widely employed to describe studies of societies, countries, cultures, systems, institutions, social structures and change over time and space, when they are carried out with the intention of using the same research tools to compare systematically the manifestations of phenomena in more than one temporal or spatial sociocultural setting" (Hantrais, 2009, p. 2).

ovvero un confronto con una realtà avente un riconoscimento formale e una tradizione radicata in tema di *MH*, al fine di riuscire a leggere i dati italiani nel modo più completo possibile. L'unità di analisi presa in considerazione è la Gran Bretagna, in quanto questa realtà risulta essere la più vicina all'Italia sia per il tipo di organizzazione socio-sanitaria sia per quella universitaria, oltre che essere la maggiormente sviluppata riguardo all'oggetto di studio in ambito europeo. Trattandosi pertanto di differenti contesti nazionali, la forma di analisi comparativa presa in considerazione è la *cross-national research*, necessaria quando:

"one or more units in two or more societies, cultures or countries are compared in respect of the same concepts and concerning the systematic analysis of phenomena, usually with the intention of explaining them and generalizing from them. The expectation is that the researchers gather data about the object of study within different context and, by making comparison, gain a greater awareness and a deeper understanding of social reality" (Hantrais e Mangen, 1996, pp. 1-2).

Le due nazioni vengono prese in considerazione in questo studio non come unità di analisi, bensì come i due diversi contesti in cui studiare le *MH*. Risultano pertanto di particolare importanza sia l'ambiente sociale sia gli elementi che caratterizzano le diverse strutture organizzative, amministrative e politiche, essendo le *MH* legate sia alla sfera sociosanitaria sia a quella universitaria. A tal proposito Hantrais sottolinea che “comparisons across legally delimited and administratively implemented national boundaries, recognizing that different countries, societies or cultures are contained within increasingly fluid borders” (Hantrais, 2009, p. 4).

A livello pratico la *cross-national research* non viene presa in considerazione per il suo disegno di ricerca convenzionale, quanto per la postura epistemologica che il ricercatore può adottare al fine di acquisire una conoscenza significativa nell'ambito di una dimensione etica (Dupré, Jacob, Lallement, Lefèvre, Spurk, 2003, pp. 7-14; Hantrais, 2009, p. 6). Questo significa mettere in gioco le strategie ad oggi elaborate per affrontare le criticità e i dilemmi che la ricerca comparativa – soprattutto di tipo *cross-national* – pone, ovvero le problematiche legate all'equivalenza e contestualizzazione dei concetti parallelamente indagati nei due contesti. Questo atteggiamento deve essere costante in tutte le fasi della ricerca in quanto “whatever the method adopted, the researcher must remain alert to the danger of cultural interference, to ensure that discrepancies are not forgotten or ignored and to be very wary of using what may be a sampling bias as an explanatory factor” (Hantrais e Mangen, 1996, p. 11).

Dal punto di vista strettamente operativo il disegno della ricerca messo in atto è un *multiple embedded case-based study*, definito da Yin (1994, p. 33) come “a scholarly inquiry that investigates a contemporary phenomenon within its real-life context, when the boundaries between phenomenon and context are not clearly evident; and in which multiple sources of evidence are used”. Nell'ambito di questo progetto la metodologia del *case-study* risulta “suitable for assisting the researcher in the definition of the unit of analysis to be studied, the bounded system by time and place” (Creswell, 1998, p. 61). L'espressione *multiple embedded* (Yin, 2003; 2009) indica come le *MH* vengano studiate in due contesti diversi (*multiple study*), nell'ambito dei quali l'attenzione viene posta a molteplici sotto-unità (*embedded study*).

Lo statuto epistemologico della ricerca può essere definito di tipo *explanatory* in quanto l'obiettivo non è solo quello di descrivere il fenomeno “attempting to seek answer to «why» questions” (Stake, 1995, pp. 3-4); lo scopo generale infatti è quello di generare una teoria, proposito supportato in modo efficace dalla metodologia scelta per lo studio dei *case studies*, ovvero la *grounded theory*.

Lo strumento scelto per l'analisi comparativa conclusiva è una tabella per la *cross-case analysis* che permette di indagare l'oggetto di studio nei due contesti prescelti, analizzati attraverso due studi individuali e indipendenti. Il confronto fra i dati, ovvero fra le due teorie emergenti, avviene in relazione a determinati indicatori, che consentono di portare alla luce nuove meta-inferenze, contribuendo ad accrescere la conoscenza sulle *MH*.

4. I risultati attesi: il contributo pedagogico delle *MH*

La formazione dei professionisti sanitari attraverso le *MH* mira sia ad un'educazione come cura – per valorizzare in ogni operatore una professionalità in cui un ruolo centrale giochino il principio-responsabilità (Jonas, 1993) verso la persona nonché verso l'istituzione di appartenenza – sia ad un'educazione ad aver cura, intesa come capa-

cità di promuovere nel paziente un atteggiamento consapevole, e possibilmente progettuale, nei confronti della gestione del proprio vissuto.

L'assunzione dello spirito delle *MH* quale strategia formativa finalizzata al vivere la professionalità secondo una postura esistenziale che metta al centro la pratica di cura, può portare ad un duplice guadagno: dal punto di vista delle scienze pedagogiche da un lato, da quello delle scienze naturali dall'altro.

Dal punto di vista pedagogico è possibile mirare a costruire un "discorso scientifico" che accosti ricerca teorica e pratica quotidiana attraverso la messa in atto di pratiche basate su costanti processi di riflessione che consentano sia una maggiore consapevolezza dei propri vissuti, sia l'attuazione di processi trasformativi rispetto i propri atteggiamenti e le proprie pratiche.

Dal punto di vista delle scienze naturali è invece auspicabile un arricchimento dell'approccio clinico basato sulle evidenze attraverso la comprensione della dimensione umana dell'esperienza di salute e di malattia, finalizzato sia ad una personalizzazione delle pratiche di cura – quindi alla realizzazione di un iter terapeutico molto probabilmente più efficace – sia all'elaborazione di nuove evidenze a partire dalla conoscenza soggettiva dell'esperienza vissuta.

In conclusione è possibile affermare che il ricorso alle *MH* non guida semplicemente i soggetti in apprendimento ad essere formati solo come medici, bensì ad essere "educati in medicina", attraverso una crescita individuale come futuri operatori che si mettano interamente in gioco nella loro professionalità. Offrendo a tali operatori in formazione l'opportunità di sperimentare incontri con altri linguaggi, paradigmi e culture, risulterà più facile evitare di perseverare sulla strada di un agire professionale centrato su un unico filone paradigmatico. Le potenzialità ermeneutiche ed interpretative delle *MH* consentono infatti di dare valore alle rappresentazioni soggettive dei vissuti di salute/malattia di ogni individuo e, attraverso queste, alle singole storie cliniche, giungendo quindi a coniugare l'ottica *evidence-based* con un'attenzione alla narritività intersoggettiva.

Riferimenti bibliografici

- American Society for Bioethics and Humanities, Purpose of the ASBH. Retrieved June 27, 2011, from <http://www.asbh.org/about/content/purpose.html>
- Campo R. (2005). The Medical Humanities, for lack of a better term. *Journal of the American Medical Association*, 294, 1009-1011.
- Carson R.A. (2007). Engaged Humanities, moral work in the precincts of medicine. *Perspectives in Biology and Medicine*, 50, 321-33.
- Charmaz K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. Thousand Oaks (CA): Sage.
- Cook H.J. (2010). Borderlands: a historian's perspective on medical humanities in the US and the UK. *Journal of Medical Ethics; Medical Humanities*, 36, 3-4.
- Corbin J., Strauss A. (2008). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks (CA): Sage.
- Creswell J.W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks (CA): Sage.
- Donnie Self (1988). The pedagogy of two different approaches to humanistic medical education: cognitive vs affective. *Theoretical Medicine*, 9, 227-236.
- Downie R.S. (2003). Medical humanities: a vision and some cautionary notes, *Medical Education Online*, 29, 37-38.
- Dupré M., Jacob A., Lallement M., Lefèvre G., Spurk J. (2003). Le comparaisons internationales:

- intérêt et actualité d'une stratégie de recherche. In M. Lallement, J. Spurk (Eds.), *Stratégies de la comparaison internationale*, (pp. 7-18). Paris: CNRS éditions.
- Eisenhardt K.M. (1989). Building theories from case study research. *Academy of management review*, 14, 532-550.
- Evans M. (2002). Reflection on the humanities in medical education. *Medical Education*, 36, 508-513.
- Evans M., Arnott R., Bolton G., Finlay I., Macnaughton J., Meakin R., Reid W. (2001). The medical humanities as a field of enquiry. Statement from the Association for Medical Humanities. *Journal of Medical Ethics*, 27, 104-105.
- Evans M., Greaves D. (2010). Ten years of medical humanities: a decade in the life of a journal and a discipline. *Journal of Medical Ethics; Medical Humanities*, 36, 66-68.
- Fiocco P.M. (2004). Sociologia della salute e discipline affini. In C. Cipolla (Eds.), *Manuale di sociologia della salute. Teoria* (pp. 95-106). Milano: Franco Angeli.
- Glaser B., Strauss A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Glaser B., Strauss A. (2009). *La scoperta della grounded theory: strategia per la ricerca qualitativa*. Roma: Armando.
- Gordon J. (2005). Medical humanities: to cure sometimes, to relieve often, to comfort always. *Medical Journal of Australia*, 182, 430-432.
- Greaves D. (2001). Two conceptions of medical humanities. *Nursing Philosophy*, 2, 270-271.
- Greaves D., Evans M. (2000). Conceptions of medical humanities. *Journal of Medical Ethics: Medical Humanities*, 26, 65-66.
- Hantrais L. (2009). *International comparative research. Theory, methods and practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Hantrais L., Mangen S. (1996). *Cross-National Research Methods in the Social Sciences*. London: Pinter.
- Jonas H. (1993). *Il principio responsabilità: un'etica per la civiltà tecnologica*. Torino: Einaudi.
- Knight L.V. (2006). A silly expression: Consultants' implicit and explicit understanding of Medical Humanities. A qualitative analysis. *Journal of Medical Ethics; Medical Humanities*, 32, 119-124.
- Maturo A. (2004). Narrative-based Medicine. In C. Cipolla (Eds.), *Manuale di sociologia della salute II. Ricerca* (pp. 17-48). Milano: Franco Angeli.
- Mortari L. (2006). *La pratica dell'aver cura*. Milano: Mondadori.
- Mortari L. (2007). *Cultura della ricerca e pedagogia: prospettive epistemologiche*. Roma: Carocci.
- Pattison S. (2003). Medical Humanities: a vision and some cautionary notes. *Journal of Medical Ethics: Medical Humanities*, 29, 33-36.
- Richards L., Morse J.M. (2009). *Fare ricerca qualitativa: prima guida*. Milano: Franco Angeli.
- Spinsanti S. (2006). Una prospettiva storica. In R. Bucci (Eds.), *Manuale di medical humanities* (pp. 15-42). Roma: Zadig.
- Stake R.E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks (CA): Sage.
- Strauss A., Corbin J. (1990). *Basics of qualitative research: grounded theory, procedures and techniques*. Newbury Park (CA): Sage.
- Tashakkori A., Teddlie C. (2003). *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. Thousand Oaks (CA): Sage.
- Yin R.K. (1994). *Case study research: design and methods, Applied Social Research Methods Series*. Thousand Oaks (CA): Sage.
- Yin R.K. (2009). *Case Study Research: design and methods*. Thousand Oaks (CA): Sage.
- Zannini L. (2008). *Medical Humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Milano: Raffaello Cortina.