

ARTICOLO ORIGINALE

La telemedicina e la medicina narrativa digitale per la personalizzazione del percorso diagnostico-terapeutico ai tempi del COVID-19

Telemedicine and digital narrative medicine for the customization of the diagnostic-therapeutic path at the time of COVID 19

M. Agrusta¹, C. Cenci²

¹Coordinatore Gruppo di studio AMD Psicologia e Diabete. ²Founder DNM-Digital Narrative Medicine.

Corresponding author: agrusta.mariano@gmail.com



OPEN
ACCESS



PEER-
REVIEWED

Citation M. Agrusta, C. Cenci (2021). La telemedicina e la medicina narrativa digitale per la personalizzazione del percorso diagnostico-terapeutico ai tempi del COVID-19. JAMD Vol. 24/1

DOI 10.36171/jamd21.24.1.5

Editor Luca Monge, Associazione Medici Diabetologi, Italy

Received February, 2021

Accepted March, 2021

Published May, 2021

Copyright © 2021 Agrusta et al. This is an open access article edited by [AMD](#), published by [Idelson Gnocchi](#), distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement All relevant data are within the paper and its supporting Information files.

Funding The Authors received no specific funding for this work.

Competing interest The Authors declare no competing interests.

Abstract

The Covid-19 issues have placed the telemedicine into the limelight, for its ability to reach remote patients affected by COVID-19, offering them support, expert advice, home hospitalization. At the same time, it gives the many fragile patients, who should be submitted to therapeutic checks or adjustments, the opportunity to be followed appropriately, avoiding travelling and associated risks of contagion.

The current situation has accelerated its use in diabetological care: but with the risk of reducing the medical-patient empathic relationship.

Narrative Medicine (NBM) integrates with Evidence-Based Medicine (EBM) and, taking into account the plurality of perspectives, makes clinical-care decisions more complete, personalized, effective and appropriate. The stories told by patient and by those who take care, are an essential element of contemporary medicine, based on the active participation of the subjects who are involved in the choices. People, through their own stories, become protagonists of the process of care". The ability of mixing the technology achievements with the humanistic vision of the care process characterizes DNM, the first digital platform entirely designed for the development of narrative medicine projects in the clinical practice. It was conceived by a team of anthropologists and psychologists with the advice of doctors and experts in narrative medicine of OMNI the Observatory of Narrative Medicine Italy.

The DNM features aim to maximize the potential of the digital process, at the same time preserving patient privacy and health data confidentiality.

KEY WORDS telemedicine; narrative medicine; digital narrative medicine.

Riassunto

Le problematiche connesse con COVID-19 hanno posto la telemedicina al centro dell'attenzione per la sua capacità di raggiungere pazienti

remoti colpiti da COVID-19, offrendo loro supporto, consulenze esperte, ospedalizzazione domiciliare. Allo stesso tempo la telemedicina offre ai tanti pazienti fragili che devono eseguire controlli o adeguamenti terapeutici la possibilità di essere seguiti appropriatamente evitando spostamenti e il connesso rischio di contagio.

Questa situazione ne ha accelerato l'utilizzo nell'assistenza diabetologica con il rischio di ridurre la componente della relazione empatica medico-paziente.

La Medicina Narrativa (NBM) si integra con l'Evidence-Based Medicine (EBM) e, tenendo conto della pluralità delle prospettive, rende le decisioni clinico-assistenziali più complete, personalizzate, efficaci e appropriate. La narrazione del paziente e di chi se ne prende cura è un elemento imprescindibile della medicina contemporanea, fondata sulla partecipazione attiva dei soggetti coinvolti nelle scelte. Le persone, attraverso le loro storie, diventano protagoniste del processo di cura.

La possibilità di coniugare i progressi della tecnologia con la visione umanistica della cura caratterizza DNM, la prima piattaforma digitale progettata integralmente per lo sviluppo di progetti di medicina narrativa nella pratica clinica. È stata ideata da un team di antropologi e psicologi con la consulenza di medici ed esperti di medicina narrativa di OMNI, l'Osservatorio di Medicina Narrativa Italia.

Le funzionalità di DNM mirano a valorizzare al massimo le potenzialità del digitale, preservando la privacy del paziente e la riservatezza del dato sanitario.

PAROLE CHIAVE telemedicina; medicina narrativa; medicina narrativa digitale.

Introduzione

«In questo momento storico è essenziale, infatti, un rinnovamento organizzativo e culturale teso a una diffusa ed uniforme traduzione operativa dei principi di *primary health care* raccomandati dall'OMS e la riorganizzazione delle attività sanitarie, clinico-assistenziali e di riabilitazione deve poter garantire contemporaneamente la massima continuità assistenziale ed *empowerment* del paziente, con il minimo rischio di diffusione del virus ad utenti, operatori e familiari. Pertanto, il presente documento vuole fornire le indicazioni da adottare a livello nazionale per l'erogazione di alcune prestazioni di telemedicina quali la televisita, il teleconsulto medico, la teleconsultanza medico sanitaria, la teleassistenza da parte di professioni sanitarie, la telerefertazione, così che

la possibilità di utilizzare le prestazioni di telemedicina (esempio la televisita per le visite di controllo) rappresenti un elemento concreto di innovazione organizzativa nel processo assistenziale. Le indicazioni contenute nel presente documento saranno oggetto di aggiornamento periodico, anche in relazione all'evoluzione delle tecnologie, e seguiranno altri documenti simili al presente relativi ad ulteriori prestazioni di telemedicina, al fine di garantire una progressiva estensione e applicazione in tutti gli ambiti assistenziali in cui essa può contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza». Così il 27 ottobre 2020 il Ministero della Salute alla pagina 2 dell'allegato A dell'Accordo Stato Regioni, fornisce le indicazioni nazionali per le prestazioni in Telemedicina.⁽¹⁾ Durante il periodo di lockdown si sono rallentate le visite di follow-up, i controlli programmati e persino le visite urgenti, per limitare i contatti e quindi i contagi.

Questa necessità, quindi, ha generato un'accelerazione dell'utilizzo della telemedicina che porta direttamente a casa del paziente il servizio del medico, raggiungendo anche pazienti di aree remote, senza muoversi dallo studio, per tutte quelle prestazioni che non necessitano di presenza fisica.

In ambito diabetologico, inoltre, negli ultimi anni, lo sviluppo delle tecnologie che consentono lo scarico dei dati in remoto per sensori glicemici e microinfusori ha permesso di seguire a distanza i pazienti per il monitoraggio del compenso glicemico.

lata: "Virtualmente perfetta? telemedicina per il Covid-19".

La telemedicina, quindi è diventata di uso molto più diffuso nell'assistenza diabetologica.

I servizi di telemedicina sono dinamici, veloci e accessibili ovunque, capaci di raggiungere un gran numero di persone. Semplificano la comunicazione tra medico e paziente, accelerando il processo di diagnosi e cura. Velocizzano le procedure burocratico-amministrative, decongestionano gli ospedali, riducono i tempi di attesa e rendono il sistema sanitario molto più flessibile, favorendo inoltre una riduzione della spesa.

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo, quindi, che riorganizza la rete assistenziale sanitaria della diabetologia, agevolando l'erogazione dei servizi a distanza grazie ai dispositivi digitali.

Nello stesso tempo è importante che l'innovazione digitale consenta l'esigenza di *empowerment* ed *engagement* del paziente e protegga la relazione empatica. Questa sfida può essere affrontata integrando l'innovazione tecnologica con nuovi paradigmi di cura.

L'innovazione del futuro deve essere guidata da un approccio antropocentrico: un approccio, cioè, che metta l'uomo al centro dei processi di innovazione. «Se da una parte l'innovazione digitale è stata in grado di aiutarci nell'emergenza e di far evolvere i nostri comportamenti gestendo la crisi, dall'altro è anche evidente come sia necessario un approccio più consapevole e fuori dalla moda dell'innovazione guidata solo dai trend e dalle performance della tecnologia. Per declinare meglio le potenzialità e il valore che l'innovazione ci può fornire, è necessario leggerla attraverso una nuova prospettiva, che possiamo definire antropocentrica, che quindi mette l'uomo al centro in tutte le sue dimensioni», commenta Andrea Poggi, *Innovation Leader* di Deloitte North South Europe e aggiunge «Questo è l'insegnamento del COVID-19: abbiamo bisogno di innovazione ma di una innovazione vicina ai bisogni veri dell'uomo e capace di fornire una interazione che bilancia l'elemento virtuale e quello fisico. Infatti, secondo la nostra ricerca, per il 55% degli italiani il continuo utilizzo della tecnologia per parlare con i propri cari o amici durante il lockdown ha incrementato la voglia di contatto umano. Non solo: per il 36% degli italiani il processo di digitalizzazione non considera sufficientemente l'aspetto umano».

Per un approccio antropocentrico alla digitalizzazione della salute e alla telemedicina, occorre integrare quegli approcci che più di altri valorizzano, insieme ai dati, le persone e le relazioni.

La Medicina Narrativa è, sicuramente, uno di questi. L'approccio narrativo in medicina si è sviluppato a partire dagli anni '80 alla Harvard Medical School, con Arthur Kleinman⁽²⁾ e Byron J. Good⁽³⁾. È stato poi sistematizzato come Narrative Medicine or Narrative Based Medicine (NBM) da Rita Charon⁽⁴⁾, con l'avvio di un Master of Science in Narrative Medicine alla Columbia University e da Trisha Greenhalgh e Brian Hurwitz⁽⁵⁾ con una serie di articoli pubblicati sul British Medical Journal.

Il CNMR (Centro Nazionale Malattie Rare) dell'Istituto Superiore di Sanità nel 2015, la definisce:

«1) una metodologia d'intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa. La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura». La medicina narrativa è finalizzata ad un'adeguata rilevazione della storia della malattia che, mediante la co-costruzione di una possibile trama alternativa, consenta la definizione e la realizzazione di un percorso di cura efficace, appropriato e condiviso (storia di cura);

«2) uno strumento dal valore epidemiologico che può dare visibilità ai diritti violati, ai bisogni inevasi, integrare i dati quantitativi raccolti attraverso questionari su accessibilità ai servizi e qualità della cura e della vita;

«3) un momento/atto politico come momento di presa di coscienza e conquista/restituzione di diritti, in particolare del diritto ad avere voce, che può favorire situazioni di *empowerment* e promuovere una "cultura di partecipazione e di diritto";

«4) una metodologia dal grande valore pedagogico per medici e sanitari, pazienti e *caregivers*: promuovere la Medicina basata sulle Narrazioni implica costruire percorsi educativi e progetti che prevedano la partecipazione attiva di pazienti, familiari, associazioni e abbiano rilevanza in termini di salute pubblica»⁽⁶⁾.

La Medicina Narrativa (NBM) non è antagonista di quella basata sulle prove di efficacia (EBM) ma si integra e, tenendo conto della pluralità delle prospettive, rende le decisioni clinico-assistenziali più complete, personalizzate, efficaci e appropriate.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) ha pubblicato nel Settembre 2016 un documento per l'applicazione dei metodi narrativi da recepire nei diversi sistemi.⁽⁷⁾

Gli strumenti della medicina narrativa

Nella letteratura scientifica esiste una pluralità di strumenti – che si elencano di seguito – proposti in rapporto a differenti contesti e obiettivi. Non esistono prove che uno strumento sia migliore dell'altro.

- Racconto orale

- Domande (scheda narrativa)
- Disegni, immagini, opere d'arte, mappe e word cloud
- Lettura di storie o di racconti

- Racconto scritto

- Internet-based database
- Diari

- Raccolta delle narrazioni in contesti di gruppo

- Focus group (operatori)
- Time slips (Anne Basting 1998)

- Videointerviste

Tutti gli strumenti possono essere anche utilizzati nell'ottica della costruzione di una cartella parallela.

La cartella parallela

La cartella parallela è uno strumento, sviluppato alla Columbia University dalla dottoressa Rita Charon, che incoraggia gli operatori sanitari a scrivere in un linguaggio non tecnico l'esperienza del paziente e i propri vissuti rispetto all'esperienza di cura. La cartella parallela si affianca alla classica cartella clinica, senza sostituirla ma completandola con tutte le informazioni che non hanno spazio nella cartella clinica.

La cartella parallela si concentra sugli aspetti relazionali, includendo il medico e la sua esperienza nella narrazione della storia di malattia del paziente.

La medicina narrativa digitale DNM

Digital Narrative Medicine (DNM) è la prima piattaforma digitale progettata integralmente per lo sviluppo di progetti di medicina narrativa nella pratica clinica (Figura 1). È stata ideata da un team di antropologi e psicologici con la consulenza di medici ed esperti di medicina narrativa di OMNI, l'Osservatorio di Medicina Narrativa Italia.⁽⁸⁾

Per essere efficace, la relazione narrativa, il racconto, l'ascolto di storie e l'interpretazione di storie, richiedono un *setting* adeguato. Gli ospedali, gli ambulatori (anche quelli privati), i centri diagnostici, sono tutti caratterizzati dallo stesso paradosso: sono luoghi carichi di emozioni, paure, aspettative, vita e morte e al tempo stesso sono dei "non luoghi"⁽⁹⁾: anonimi, spersonalizzanti, seriali. La sala d'aspetto, più o meno grande, più o meno affollata è lo spazio simbolo del non luogo. Tutto invita alla

spersonalizzazione e all'inclusione seriale nell'organizzazione sanitaria. Il *setting* della narrazione valorizza invece l'individuo, la sua identità unica e irripetibile. La co-costruzione di un percorso di cura personalizzato e condiviso ha bisogno di un luogo. La difficoltà dei medici ad applicare la medicina narrativa è spesso giustificata con il problema del tempo scarso. Ma non è solo il tempo che manca, manca anche il *setting*. Non c'è lo spazio della narrazione nel non luogo della cura. Il digitale può offrire questo *setting*, può offrire uno spazio protetto "fra sé e sé" sia al paziente che al medico, uno spazio dove far parlare la persona nel paziente. Uno spazio sul proprio *smartphone*, *tablet* o *computer* in cui non ci sono code, e sale d'attesa. Uno spazio del soggetto e non dell'oggetto delle cure.

Una piattaforma digitale per l'applicazione della medicina narrativa nella pratica clinica

Gli strumenti digitali per la raccolta delle storie possono essere molteplici, dalle email ai servizi online come *SurveyMonkey*. Tutti però nascono con altre funzioni e rischiano di rendere più difficile o distorto il percorso. I social media o le community online sono fondamentali per il prendersi cura ma rischiano di essere canali inadeguati per costruire un percorso personalizzato di cura che valorizzi la narrazione e la *privacy*. Leggere o analizzare le storie pubblicate su Facebook può facilitare la formazione al pensiero narrativo e all'empatia del medico. Difficile però pensare che possano essere uno strumento clinico per la personalizzazione del percorso individuale.



Figura 1 | DNM, la prima piattaforma digitale per l'applicazione della Medicina Narrativa nella pratica clinica.

Anche WhatsApp, più che uno strumento adatto alla raccolta della storia, rappresenta uno strumento in più di comunicazione con il medico per temi rapidi e immediati e spesso rischia di peggiorare la relazione, più che migliorarla.

Per rispondere a questo vuoto di strumenti, è nata la start up sociale e innovativa DNM-Digital Narrative Medicine⁽¹⁰⁾. Le funzionalità di DNM mirano a valorizzare al massimo le potenzialità del digitale, preservando la privacy del paziente e la riservatezza del dato sanitario. La piattaforma consente di adattare il percorso narrativo alle esigenze specifiche dei curanti e dei pazienti. DNM è accessibile online ma solo su invito. Può coinvolgere pazienti e *caregiver* che vengono invitati a raccontare la storia dal curante. Il paziente può raccontare liberamente, se questa è l'esigenza. La piattaforma offre però il suo valore aggiunto, rispetto ad altri strumenti digitali, o all'uso dell'email, se si usano le funzionalità avanzate, che consentono di impostare liste di stimoli narrativi pensati per specifici obiettivi terapeutici. La medicina narrativa non implica che il medico diventi un amico con cui il paziente si confida o a cui racconta tutto quello che gli viene in mente. In sintesi il flusso prevede che il curante inviti il paziente a scrivere la sua storia, scegliendo alcuni stimoli narrativi. Le liste di stimoli narrativi possono essere condivise con altri Centri e curanti, contribuendo così alla definizione di strumenti comuni per l'applicazione della medicina narrativa digitale nelle diverse aree terapeutiche. Il paziente accede alla piattaforma da computer o da *mobile* e scrive la storia seguendo gli stimoli, che possono presentarsi tutti insieme, o progressivamente, secondo un calendario prestabilito. Il paziente può decidere di ignorare alcuni stimoli e integrare la narrazione con osservazioni libere, indipendenti dagli stimoli proposti. Il paziente può scrivere ma anche registrare la storia o includere video e immagini. Nel caso delle risposte testuali, è possibile impostare un numero di caratteri predefinito per la risposta allo stimolo, in modo da facilitare la focalizzazione del paziente su aspetti specifici del suo percorso. Se il paziente l'autorizza, il curante può condividere la storia con altri curanti direttamente attraverso la piattaforma, scambiando note e messaggi con il team. Queste note non sono viste dal paziente.

A partire dal 2016, la piattaforma è stata utilizzata in progetti pilota da decine di pazienti e medici in aree molto diverse⁽¹¹⁻¹⁵⁾: epilessia, diabete, riabilitazione neurologica, fertilità, oncologia, scompenso cardiaco, malattia di Alzheimer. Il primo bilancio è positivo. I curanti percepiscono l'uso di uno stru-

mento digitale come un'opportunità per cambiare la modalità di relazione con il paziente. L'interazione digitale e asincrona consente infatti di gestire meglio i tempi e facilita l'esibizione di contenuti più intimi ed emotivi, espone alla storia e al linguaggio del paziente in una modalità più protetta del faccia a faccia. È possibile ipotizzare che DNM possa facilitare un ampliamento dell'uso delle storie nel percorso diagnostico-terapeutico, perché riduce gli atteggiamenti difensivi del curante e alcune barriere temporali e spaziali all'accesso. Anche il giudizio dei pazienti è molto positivo. La partecipazione sembra non dipendere molto dall'alfabetizzazione digitale ed essere invece influenzata dal rapporto con la scrittura e dalla chiarezza sul feedback alla propria narrazione.

Le difficoltà più grandi sono associate all'interpretazione della storia e alla capacità dei curanti di integrare i contenuti con le linee guida e con i dati clinici. I pazienti si aspettano che la propria narrazione diventi parte integrante del percorso di cura, ma i curanti non hanno spesso gli strumenti per l'integrazione. Questo rende fondamentale associare allo strumento digitale, un percorso formativo⁽¹⁶⁾ e di *counselling* adeguato, che renda le storie non solo un'occasione per problematizzare il riduzionismo biomedico e costruire una migliore relazione, ma anche uno strumento clinico di personalizzazione del percorso, che possa offrire risultati riconoscibili e misurabili. In Italia, il Piano Nazionale Cronicità ha delineato nuovi scenari che integrano l'approccio narrativo: «Il Piano di cura personalizzato costituisce, quindi, un programma che integra un "percorso assistenziale" con un "percorso esistenziale", che tiene in primaria considerazione i bisogni, le aspettative e i desideri del paziente, che è e resta l'attore fondamentale della propria cura, esperto della propria malattia "vissuta" (*illness*), ben diversa e lontana dal classico concetto clinico di malattia (*disease*), generalmente prevalente nei servizi e tra i professionisti.»

Il problema è che non esistono metodologie condivise per identificare gli obiettivi esistenziali di un piano di cura. Le misure e la semantica degli obiettivi terapeutici restano puramente clinici e gli aspetti identitari e esistenziali rischiano di restare marginali⁽¹⁷⁾.

Per questo, il team di DNM ha ideato la *Illness Digital StoryMap* (IDS), una metodologia di interpretazione delle storie integrata nella piattaforma (Figura 2). La IDS mira ad offrire una mappa per orientarsi nella storia unica e irripetibile di ogni paziente, attraverso l'individuazione delle diverse fasi esistenziali che caratterizzano il viaggio con la malattia. L'utilizzo della mappa dovrà consentire di formulare un obiettivo



Figura 2 | Le cinque fasi della IDS. Per gentile concessione di DNM©.

di cura che integri la dimensione esistenziale. La IDS utilizza la metafora del viaggio perché consente una visione non lineare della vita con una malattia, in particolare nella cronicità. Le diverse fasi si alternano a seconda del progetto esistenziale e dell'evoluzione della malattia e non c'è una traiettoria ottimale definita a priori, ma percorsi specifici per ogni paziente.

La IDS si articola in cinque fasi ricavate dalla letteratura socio-antropologica. Le categorie della IDS non sono infatti psicologiche ma esistenziali. Sintetizzano i vissuti, il grado di accettazione della malattia, le emozioni, la qualità della vita. Le fasi sono: il *caos*, la *liminalità*, la *normalizzazione*, la *restituzione*, l'*appropriazione*. Gli stimoli narrativi che guidano la raccolta della storia del paziente mirano a rilevare la fase attuale e il futuro atteso nel percepito del paziente, mentre la fase obiettivo viene formulata dal team curante, integrando gli aspetti clinici.

Le fasi sono state identificate a partire dall'integrazione di diverse fonti. Le fasi di *caos* (*chaos*), *restituzione* (*restitution*) e *appropriazione* (*quest*) richiamano l'analisi del sociologo Arthur Frank. La fase di *liminalità* è stata elaborata a partire dalla fase liminale dei riti di passaggio descritti nella letteratura antropologica⁽¹⁸⁾. La fase di *normalizzazione* emerge con forza dalle storie dei pazienti e tiene conto parzialmente della riflessione sociologica e filosofica sul normale e il patologico.

Oltre a rilevare le fasi, la IDS ricostruisce il contesto emotivo della storia, articolato in emozioni positive

e negative; gli oppositori e gli aiutanti; il vissuto e la gestione delle cure.

Nel quadro della IDS, l'obiettivo di un piano terapeutico non sarà solo il controllo della malattia, ma il passaggio del paziente da, ad esempio, una fase di liminalità a una fase di normalizzazione. Per condividere questo obiettivo con il paziente, la migliore strategia di comunicazione sarà utilizzare il più possibile le parole che il paziente stesso ha usato per raccontarsi, senza utilizzare la terminologia asettica e standardizzata della classificazione. La IDS non misura infatti un fenomeno, ma serve ad orientarsi nella storia e a formulare un obiettivo. La fase obiettivo sarà guidata da una storia condivisa con il paziente, a cui ognuno contribuirà con i suoi strumenti, con l'eventuale integrazione di altre figure nel team, se necessarie. La IDS non viene identificata una sola volta per ogni paziente, perché non è uno strumento di ricerca ma di medicina narrativa. Comporta un monitoraggio costante della storia del paziente, che cambierà non solo in relazione all'evolversi del quadro clinico ma anche della sua biografia e delle sue aspettative.

Conclusioni

Pensiamo, quindi, che sicuramente sia arrivato il momento di partire dalla consapevolezza della reale, irrinunciabile, necessità della telemedicina come investimento importante per il Sistema Sanitario e che il suo potenziale impatto sulla salute sia fortemente legato alla capacità di dare risposte personalizzate (*tailored medicine*) e appropriate (*medicina di precisione*) tenendo, in ogni caso, al centro "la persona" nel rispetto di tutti i suoi bisogni, aspettative e desideri. Proprio come chiede e raccomanda il Piano Nazionale per la Cronicità⁽¹⁹⁾ ma anche, e forse soprattutto per non rinunciare allo "sguardo sull'uomo, sul diabete e sulla relazione di cura", facendosi accompagnare per mano dalla Medicina Narrativa perché "le storie curano chi le scrive e chi le ascolta."⁽²⁰⁾

L'impegno nei prossimi anni sarà quindi servirsi nel percorso di cura, degli strumenti tecnologici nuovi, senza dimenticare "la persona" e impegnandosi nella indispensabile formazione continua degli operatori sanitari per migliorare le nostre capacità di ascolto e di relazione per imparare a utilizzare i nuovi linguaggi della comunicazione e impedire che il dominio della tecnica corrobora ancora di più approcci meccanicistici e impersonali.

Bibliografia

1. Ministero della Sanità-Allegato Accordo Stato Regioni-Indicazioni Nazionali per le prestazioni in Telemedicina (27.10.2020).
2. Kleinman A., *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Basic Books, New York 1988.
3. Good BJ, *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge University Press, Cambridge 1994
4. Charon R, *Narrative Medicine. A model for empathy, reflection, profession and trust 1897-1902*, 2001.
5. Greenhalgh T, Hurwitz B, *Narrative Based Medicine. Dialogue and Discourse in Clinical Practice*. BMJ Books, London 1998.
6. CNMR Centro Nazionale, *Linee di indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative*". Pubblicato nella Collana "I Quaderni di Medicina" de Il Sole24Ore Sanità (Allegato al N.7, 24 feb.-2 mar. 2015).
7. OMS *Cultural contexts of health: the use of narrative research in health sector*.
8. Cenci C. *La medicina narrativa e la rivoluzione digitale*, 2015.
9. Augé M. *Nonluoghi. Introduzione a una antropologia della surmodernità*. Elèuthera, Milano, 2008.
10. Cenci C. *Le piattaforme digitali per l'applicazione della medicina narrativa nella pratica clinica*. In: Covelli V, *Medicina narrativa e ricerca*. Libellula Edizioni, Tricase (LE), 2017.
11. Cenci C. *Medicina narrativa, tecnologie digitali e personalizzazione del percorso del paziente anziano*, in: Biassoni F. (a cura di), *Ricerche di Psicologia*, 1/2018, Franco Angeli, 2018.
12. Cenci C. *Dal consenso informato alla crowdmedicine*. In: Morsello B, Cilona C, Misale F, *Medicina narrativa. Temi, esperienze e riflessioni*. TrE-Press, Roma, 2017.
13. Cercato MC. *Narrative medicine in the oncological clinical practice: the path from a story-telling intervention to a narrative digital diary*. *Recenti Prog Med* 109:324-327, 2018.
14. Menafra G et al. *Tailoring self-care education to heart failure patients through a narrative medicine approach using DNM, a web-based digital platform*. In: *Civitas educationis. Education, Politics, and Culture*, vol. VII, 2018.
15. Gatteschi C, Ierardi F. *La Medicina narrativa e le nuove tecnologie si incontrano per dare voce al paziente nella valutazione dei percorsi assistenziali e nella pratica clinica*. *Ars Toscana* 1, 195-207, 2018.
16. Polvani S. *Cura alle stelle. Manuale di salute narrativa*, Maria Margherita Bulgarini, Firenze, 2016.
17. Giarelli G et al. a cura di. *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile*. Franco Angeli, Milano, 2005.
18. Van Gennep A. *Les rites de passage*. Paris, 1909. Tr. it. *I riti di passaggio*. Torino, Bollati Boringhieri, 1981, 2002, 2012.
19. *Programmazione e governance. Il Piano Nazionale della Cronicità in Italia*, 9 Luglio 2020.
20. Piana N. *La Medicina Narrativa nella cura del diabete*. *JAMD - The journal of AMD* 23:254-257, 2020.