

Lo strano caso delle competenze mediche “fuori dalla lista”
Interrogazioni ispirate dalla Ministra della Salute,
a proposito di formazione scientifica – ed *umana* - in medicina

di *Antonia Chiara Scardicchio*

Ricercatrice in Pedagogia Sperimentale, Università degli Studi di Foggia

Sommario

Il saggio si interroga a proposito delle competenze *umane* e scientifiche del medico. Prova ad esplorare possibilità di interstizi tra le une e le altre nella forma sistemica della conoscenza e nella proposta della crucialità dei nessi tra medicina e scienze della complessità.

Parole chiave

Formazione in medicina, complessità, ricerca sistemica, osservazione epistemica, estetica

Summary

The essay questions about the human and scientific expertise in medicine. It tries to explore possibilities of connection between the one and the other in the systemic form of the knowledge and into proposal of links between medicine and complexity theories.

Keywords

Medical training, complexity, systemic research, epistemic observation, aesthetic

La vertigine della lista

“Se un bambino chiede alla mamma che cosa e come sia una tigre, la mamma difficilmente risponde che è un mammifero dei placentalia o un carnivoro fissipede [...]. La realtà è che noi non diamo, se non raramente, definizioni per essenza, ma più sovente per lista di proprietà. Ed ecco che pertanto tutti gli elenchi che definiscono qualcosa attraverso una serie non finita di proprietà, anche se apparentemente vertiginosi, sembrano approssimarsi maggiormente al modo in cui nella vita quotidiana (e non nei dipartimenti scientifici) definiamo e riconosciamo le cose.”

Umberto Eco, Vertigine
della lista

Una lista è, per ogni essere umano, presupposto di ordine e manovra di controllo.

Un modo umanissimo, fragile eppure scientifico, di porre argini allo smarrimento. Spuntare un elenco, arginare il disordine: è metodo di scienza, di contro all'improvvisazione ed alla percezione di baratro a cui ogni sensazione di non-misura ci consegna.

Accade però che la lista - come ogni mappamondo sta al pianeta - finisca con l'essere una realtà *a sé*. E che non accresca ma persino indebolisca le nostre possibilità di conoscere realmente quello che stiamo cercando di ordinare, chiamare per nome, misurare.

Dentro ad una interrogazione che riguarda la scienza medica, mi ritrovo a esplorare questa particolare attitudine: la volontà di chi conosce un paziente cercando nella sua *lista* (reale, attingendo alle banche EBM e virtuale, mediante il ricorso alla propria conoscenza ed esperienza professionale) l'item a cui ricondurlo, il punto dove *inquadralo* affinché *senza errore* possa leggerne sintomo, malattia, cura. Con *competenza*. Non per ispirazione né per sciamanica intuizione, no: con fondamento e rigore condiviso e condivisibile... grazie ad una stringa di indici, indicatori, parametri *oggettivi*: dentro la lista, insomma.

Questo procedimento, che per alcuni è il solo centro identitario del ragionamento clinico, sarebbe per i seguaci del Classificabile, l'atteggiamento precipuo della ricerca.

Lo riconosco, lo capisco, lo comprendo.

Eppure lo osservo, quotidianamente, fallire.

E certamente non appare solo a me come, nella pratica clinica quotidiana, l'eccedenza del singolare, l'esuberanza dalla lista sia irriducibile. Il caso singolo che eccede la norma e la riscrive, il caso singolo che invoca l'uscita dalla lista nel protocollo di osservazione, arriva sempre nella storia professionale di un medico a scuotere la premessa per cui la *competenza* riposi solo lì: in quella capacità di spuntare la lista. Di *modellizzare*. Ove l'osservare finisce col coincidere solo col cercare quel che sta nella lista e fortifica il modello, non lo stravolge.

Credo che un punto particolare di osservazione in questa mia altrettanto particolare esplorazione possa giungere allora dal focalizzare come nella professione medica avvenga da secoli un curioso processo: al cospetto di un sistema complesso (forse il più complesso esistente in natura) - ovvero il singolo uomo, la singola donna da curare - si cerca di curarlo... come fosse un sistema semplice.

E tutto è ciò è curiosamente chiamato metodo scientifico: il ricondurre la molteplicità all'unicum, la imprevedibilità alla previsione.

Il "demone di Laplace" è ancora il demone della medicina contemporanea: nonostante da decenni la scienza stia altrove procedendo per capovolgimenti, resta - paradossalmente - nel campo medico il suo irretimento, espresso anche dentro le forme di una didattica universitaria che continua a formare i futuri medici insegnando loro competenze concentrate nella forma "scientifica" della semplificazione nella lettura dei processi.

E' comprensibile. Naturale. Umano.

Ma il punto è che un processo di conoscenza che mira a cambiare la forma del conosciuto, è un processo destinato inevitabilmente a fallire.

Ridurre la complessità è un obiettivo comprensibile: ma non esiste magia che non si sfrangi.

Lo sanno bene tutti i medici, profondamente.

Leggere il dato idiografico di ogni singolo paziente potendolo riportare ad un trial randomizzato è necessità naturale: ma che esso assomigli alla norma, piuttosto che all'eccezione, è un colpo di fortuna, non di logica.

Il paziente/evento che ribalta la norma attesa è fortunatamente statisticamente inverosimile.

O forse no?

“Fortunatamente statisticamente”: qui si ritrovano curiosamente insieme due avverbi all'apparenza agli antipodi.

Eppure/oppure no: la statistica dice dell'umano bisogno di previsione ma non della forma della vita e dei viventi. Giacché la realtà è fatta di eventi e pazienti statisticamente impossibili e di eventi improbabili che avvengono con costanza.

Quando Licata scrive il suo saggio “vivere con l'incertezza radicale”, descrive con efficace analogia come la scienza funzioni, da Galileo in poi, come il continuo tentativo di “zippare il mondo” (Licata I., 2009, pag. 66), ponendo a fondamento di questa procedura non una evidenza naturale ma un nostro bisogno: “l'idea della calcolabilità estrema”.

Vale anche, credo, per la preparazione mentale che accompagna la formazione di molti medici, in accademia e nel corso delle loro carriere.

In questa visione, tutti gli sforzi scientifici, e l'idea stessa di progresso scientifico, e medico, vengono intesi come crescita in capacità di calcolo/riduzione/riconduzione. Competenze di *matematizzazione* medica. Come se quelle garantissero da sé la scienza e la conoscenza, nella diagnosi e nella cura.

E se tra le competenze mediche potessimo invece inserire quella stessa identificata da Licata? Se *vivere con l'incertezza radicale*, anziché essere motivo di strazio e negazione, potesse diventare punto di partenza attorno a cui ripensare le forme con cui si insegna ad un medico il processo *scientifico* del suo ragionamento clinico?

Lo scrivo perché da anni rifletto intorno alla circostanza per cui ogni qual volta si parla di *non technical skills* nel campo della formazione medica, non si fa riferimento ad altre modalità di ragionamento, a forme di conoscenza e ricerca scientifica centrate sull'accoglienza del molteplice e del complesso, ma si tende piuttosto a parlare di “competenze *umane*” o “*umanità*” del medico. Sì: matematica più umanità, ecco la ricetta del medico di qualità. Ma il punto è che quella “umanità”, utilizzata per fare sintesi delle competenze comunicative e relazionali altrettanto fondamentali in medicina, finisce così, con questa scelta lessicale, in quella sfera delicatissima...e

sovente fraintesa, dell'aleatorio, sfumato, indefinibile...e persino per taluni *in-insegnabile*.

L'umanità del medico e la ministra

Nel maggio 2016, come ASSIMSS (Associazione Italiana di Medicina e Sanità Sistemica) abbiamo partecipato al Congresso nazionale della FNOMCEO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri). Nel corso del suo intervento, la nostra Ministra della Salute, in un passaggio - tanto veloce quanto sconvolgente - a proposito della formazione in medicina, dichiarò:

“è fondamentale la vostra formazione continua. Ovviamente, però, mi riferisco solo a quella relativa alle specializzazioni disciplinari perché per quel che riguarda le vostre competenze umane... quelle o le avete o non le avete. L'umanità non si può imparare”.

Ho parafrasato, vero, non solo le sue parole testuali: ma giuro e sono disposta a produrre atto di notorietà circa l'onestà del mio riportare. Anche perché avrei davvero preferito aver inteso male.

In un attimo quella affermazione, tanto rapida quanto influente perché istituzionale, ha certamente privato di senso tutto il lavoro di chi, in tutto il mondo, fa ricerca attorno alle possibilità di apprendimento in età adulta riguardo la sfera di sviluppo di quella “umanità”. E pure, dopo il colpo emotivo e cognitivo potente, ho provato a considerare quella riflessione come interessante pungolatura.

Sebbene contraria ad ogni mia visione, ho provato a considerarla in ordine ai numerosi rivoli che dischiudeva. Da allora mi interrogo a proposito della questione di come intendere questo supposto *in-insegnabile* nella formazione. Cercando nuove configurazioni per tracciare quel particolarissimo campo: di cosa parliamo quando discutiamo di *umanità* di un medico?

Sto cercando di declinare questa *competenza* diversamente rispetto alla sola riconduzione a registri che la Ministra, e tantissimi come lei, giungono comprensibilmente a ritenere attitudini innate e non apprendibili, spinte interiori non suscettibili di formazione.

E provo a cercare nessi tra capacità di ascolto, comunicazione, comprensione e... scienze della complessità.

E se il pattern di competenze che riconduciamo all'*umano* potesse altresì rientrare nel campo delle stesse competenze *scientifiche*... ma dentro una visione di scienza che, però, persegua obiettivi complessi rispetto a quella insieme antica ed ancora agita che ci riguarda quotidianamente?

Mi incuriosisce pensare a percorsi di formazione medica che producano *umanità* ma non attraverso lo studio solo dei contenuti di psicologia dell'ascolto e della relazione. Perché sì, effettivamente, anche studiare il miglior manuale di comunicazione non

genera trasformazione (Mezirow J., 2003). Provo allora a spostare l'attenzione su un'altra particolare questione. Un'altra competenza. Un'altra visione dell'umano in situazione di diagnosi e cura.

Delle competenze simboliche in Medicina

Provo ad immaginare percorsi di formazione in medicina che, per esempio, anziché addestrare a riportare il caso al cluster, a sedare immediatamente il singolo emergente, allenino a guardare al contrario. Allenino al principio di indeterminazione di Heisenberg ed ai suoi nessi con la quotidianità clinica. Cosa vuol dire che l'occhio dell'osservatore modifica la realtà osservata?

“*Certamente il raffreddore non muta*”, mi direbbe il medico preso dal demone laplaciano di cui sopra.

Accade però che posso guardare il raffreddore e ricondurlo al farmaco e basta, col solo obiettivo di semplificare. Oppure posso guardare il raffreddore per leggere sincronicamente e diacronicamente una identità intera. Complessa.

Sappiamo che tutti gli esseri umani accedono ad una realtà non oggettiva ma filtrata. Dunque: accediamo alla realtà – ed al paziente che *ci* è di fronte – necessariamente guardando attraverso un imbuto. Una mediazione. Questo è un dato biologico, immutabile. Ma ci è dato di scegliere da quale parte dell'imbuto stare: se guardare tenendo la circonferenza grande sul nostro occhio e quella piccola puntata sull'osservato. Circoscrivendo il raggio di osservazione. Oppure se capovolgendo,

usando l'imbuto non come riduttore ma come amplificatore: tenendolo col cerchio più grande intorno a ciò che osserviamo.

Il processo di analisi corrisponde ad un imbuto nella sua posizione logica.

Ma un imbuto *capovolto* descrive un processo di ragionamento contrario: sintetico.

Ove *sintetico* non corrisponde al suo significato di “stringato” ma di simbolico. E simbolico sta per: cercatore di nessi.

Discutere sulle capacità di ragionamento *simbolico* dei medici non ha nulla a che vedere dunque, con questioni romantiche, retoriche o esoteriche per alcuni.

Qui *simbolico* sta nel senso di *estetico* di Gregory Bateson: è un ragionamento che cerca fili, non li recide. Ciò sembrerebbe una assurda perdita di tempo, nell'economia di una visita tanto pubblica quanto privata. Persino un raffreddore come rimando, richiamo, spinta esplorativa anziché conclusiva. “*Che sciocchezza*” – penserebbe risoluto il medico con l'imbuto focalizzato.

Eppure solo in apparenza: perché se perdo quel che sfugge all'immediato, le conseguenze potrebbero essere, clinicamente ed anche economicamente, rilevanti. Il tempo perso nell'osservare altro/oltre la lista forse è perso, ma ridensificato.

Penso che possa essere davvero prezioso riprendere le riflessioni di Licata attorno alla scienza in generale e ricondurle, una per una, alla clinica quotidiana della pratica medica:

“... pur in un contesto culturale profondamente mutato, quest’idea della calcolabilità ultima del mondo caratterizza ancora in larga misura la visione dell’attività scientifica ed il ruolo del metodo scientifico, intesi come un avvicinamento asintotico alla “struttura ultima del reale”.

Uno dei risultati principali di questo modo di pensare è stato quello di considerare l’incertezza non soltanto un male, ma soprattutto un male minore, un impedimento puramente pratico alla conoscenza, relegato al più in qualche remota radicale zona quantistica controllata dal principio di indeterminazione di Heisenberg. Ogni scienza in cui l’incertezza mostrava di non poter essere così docile veniva declassata al rango di scienza “imperfetta”, non assimilabile al programma fisikalista, come è avvenuto con la biologia, le scienze cognitive e socio-economiche.

[...] Bisogna allora accettare l’idea che il modello matematico di un sistema complesso è semplicemente una “fotografia” di un aspetto del sistema da una delle tante “angolazioni” possibili dal punto di vista dei comportamenti organizzazionali.” (Licata I., 2009, pp.67- 68).

Volendo allora inserire le competenze *umane* dentro questioni squisitamente scientifiche ed ergo *insegnabili*, dentro la logica della Ministra, la competenza chiave richiesta al professionista della cura è *epistemica* e riguarda l’aspettarsi *continuamente* l’inaspettato. Il fuori dalla lista. E dunque in tal senso orientare lo sguardo, la clinicità precipua del suo ragionamento. Statisticamente pronto all’irriverenza dell’eccezione:

“Le caratteristiche generali dei sistemi complessi permettono loro una “flessibilità” ed una capacità di “adattamento” che rendono possibile la vita e la cognizione, e mostrano il legame profondo tra imprevedibilità, incertezza ed emergenza.

E’ questo il principio della “sorpresa”: i sistemi complessi manifestano proprietà di emergenza radicale.

Con quest’ultimo termine indichiamo il manifestarsi di proprietà non deducibili da un modello predefinito del sistema come risposta alla specifica situazione di accoppiamento con l’ambiente.

Un universo laplaciano è un mondo totalmente assimilabile ad una macchina di Turing, e lo stesso osservatore ha il ruolo di “registratore” di eventi: accadono molte cose, ma tutte contenute nel “codice cosmico” delle leggi fondamentali.

Nei sistemi complessi invece è il singolo processo che conta, ed il modo in cui si realizza, le “leggi” sono solo elementi stabili di un quadro dinamico molto articolato, in cui emergono sorprese non deducibili da un singolo modello formale” (Licata I., 2009, pag.70).

Cosa vorrà dire per il medico in ambulatorio o in corsia?

Esercitarsi, come medico *epistemologo*, a diventare esperto non già dell'elementare ma del complesso.

Ovvero? (Al medico-di-Laplace che chiede spiegazioni ed evidenze risponde efficacemente Longo):

“Chi ha detto che l'elementare debba sempre essere semplice, trasponendo nei fenomeni il metodo cartesiano? Due frontiere del sapere contemporaneo, la microfisica e le analisi del vivente, sembrano aver bisogno di uno sguardo diverso: le loro componenti elementari, i quanta e la cellula (che è elementare, atomica, perché se tagliata, non è più viva), sono molto complesse. La loro intelligibilità richiede sguardi “non-locali”, per riprendere la terminologia quantistica, o analisi sistemiche, si dice sempre più oggi in biologia, ben oltre la pretesa completezza informazionale del DNA.” (Longo G., 2009, pag.80)

Viene allora dalla scienze esatte la spinta più *umana*.

Al medico-di-Laplace tutto ciò potrebbe apparire dispendioso e controintuitivo: contesterebbe, forse, che si sta auspicando il bizzarro passaggio dal risolvere i problemi a crearli.

Forse sì.

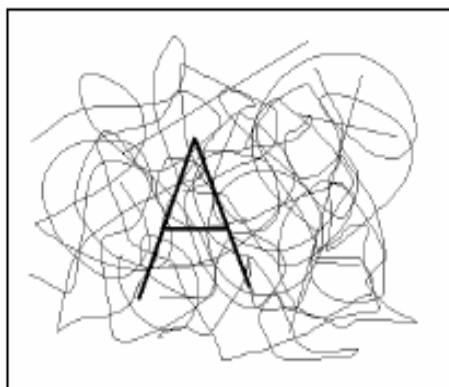
Sicché chiedo aiuto a Wittgenstein (1986) per porre scientificamente la questione.

Non vedere di non vedere

E grazie a lui, come nell'analisi illuminata di Mori (2008, pp.2-4), giochiamo con questa esemplificazione: al cospetto di una figura-rebus, al primo impatto non ne cogliamo senso e alcuna logica visione. Un rebus da decifrare. Una metafora del reale e, in fondo, del paziente-mondo che giunge al cospetto del medico-osservatore:



Dopo un pò di studio e osservazione, arriva la “soluzione” e dal groviglio emerge una visione:



Vista la A (eureka!) il soggetto alla ricerca di senso è pago di quel che ha visto, trovato, sensato. Eppure, scrive opportunamente Mori, quando arriva la certa “chiara rappresentazione” questa non corrisponde alla conoscenza. Perché?

Perché questa può sovente corrispondere ... alla fine della ricerca. Perché quel *particolare* vedere può sovente indurci a precludere la visione di altre visioni.

“L’esempio della figura-rebus suggerisce poi che il concetto di verità di una rappresentazione irrigidisce l’osservatore: se questi ritiene che la figura-soluzione vista la prima volta rappresenti la “vera” soluzione, l’unica immagine “corrispondente al vero”, può ritenersi esonerato dal cercare altre configurazioni e anelli intermedi.

È l’atteggiamento epistemologico di chi assolutizza una visione, naturalizzando l’istituto, attribuendo un fondamento per così dire ontologico alla propria certezza e dimenticando che essa deriva da atti e prassi istituenti storicamente situati.

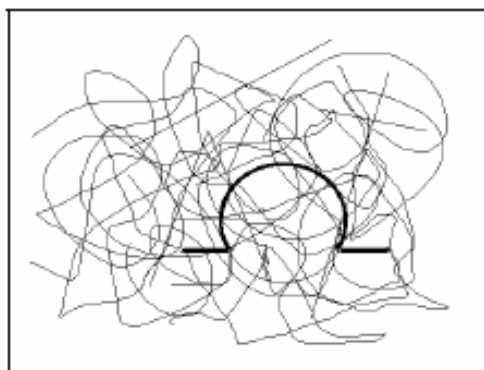
Quando si è così divenuti prigionieri di un’immagine – che sia o meno depositata nel linguaggio – possono essere una forte incongruenza, l’impressione che qualcosa non torna o un trauma dell’osservatore, a rendere finalmente possibile il vedere altrimenti.” (Mori L., 2011, pag. 27)

Vedere *altrimenti*: non solo l’abilità del ricondurre il sintomo al cluster quindi. Ma, anche, l’abilità del procedimento logico contrario: muovere non soltanto verso la ricerca di *familiarità* (pensare-dentro-la-lista) ma anche, a raggiungere, verso ciò che di nuovo e ancora quel conosciuto potrebbe rendere conoscibile.

Giustamente si interroga Mori: “ *per quale ragione l’osservatore dovrebbe farlo*”?

Hanno scritto difatti Cecchin e Apolloni straordinariamente a proposito della umana tendenza a rendere le nostre idee *perfette*, ovvero inscalfibili, immobili, *listate* (Cecchin G., Apolloni T., 2003). E questo è proprio del pensare irriflesso: categorizzare e rendere quelle cornici – cornici alle nostre ordinate/ordinatrici visioni - il più possibile salde.

Per quale ragione un medico dovrebbe considerare competenza anche l’attitudine al dubitare delle sue studiate percezioni, per quale ragione l’interrogazione, pur dopo la risposta al groviglio trovata, dovrebbe rientrare nel curriculum di formazione in medicina?



Per imparare a vedere anche quel che altrimenti sfugge. Alla lista. Alla cornice.
Scorgere anche *altro*, oltre alla A, corrisponde ad una specifica particolare competenza: epistemica attitudine alla ricerca. Postura complessa e sistemica ove umano e scientifico non sono l'uno contrario o parallelo all'altro.

Questa Omega, dopo la A, ci riporta particolari meditazioni:

(1) “[...] *da un vedere così e da un vedere altrimenti possono conseguire un fare o un impiegare in modi differenti ciò che si vede [...]. In un’organizzazione, l’aspetto veduto diventa prassi, si consolida in routine, scava e sedimenta percorsi.*”

(2) “*Il concetto di una “verità” della rappresentazione irrigidisce l’osservatore. Se dico che la A rappresenta il “vero” messaggio ricavabile dal groviglio, o l’unica immagine “corrispondente al vero” che vi si può cogliere, mi ritengo esonerato dal cercare di vedere altre configurazioni. [...]*” (Mori L., 2008, pag.3).

(3) Cercare un aspetto “sensato” nel guazzabuglio e poi finalmente riuscire a “vedere” la A implica la ricerca di una “rappresentazione chiara”. Se però lì si arresta, l’osservatore crederà di aver trovato la verità. O, meglio, la *sola* verità.

Sviluppare una modalità di pensiero complessa, sistemica, simbolica, coincide con l’accettazione della parzialità irriducibile della propria conoscenza (Scardicchio A.C., 2012) ed allora con la competenza estetica – che è anche ragionamento clinico – del procedere dal dire: “*Vedo A!*”, al dire “*Vedo questo come A*”. (Mori L., 2008, pag.4)

“(4) *Apprendere a disapprendere significa precisamente riuscire a divincolarsi dalla coazione che una rappresentazione, una volta istituita, può esercitare sull’occhio dell’osservatore. [...]*”

(5) *Quando si è così divenuti prigionieri di un’immagine – che sia o meno depositata nel linguaggio – possono essere una forte incongruenza, l’impressione che “qualcosa non torna”, un trauma dell’osservatore, a rendere finalmente possibile il vedere altrimenti.*”(Ibid.)

Tutto questo ha connessioni relevantissime coi processi di ragionamento clinico.

“L’evoluzione nel senso di una medicina della classificazione si iscrive in una tendenza più generale delle culture occidentali, sempre più caratterizzate dalla problematica della costruzione di modelli, ovvero della rappresentazione in forma matematica e sistematica del reale, allo scopo di comprenderlo e modificarlo.

L’aspetto perverso di questa tendenza consiste nel fatto che le nostre società finiscono per credere, nel senso profondamente antropologico del termine, che il reale debba disciplinarsi e disporsi secondo griglie, modelli e concetti. Si direbbe che, una volta fissate, etichette e classificazioni prendano il posto del mondo. La nostra relazione con il mondo diventa una relazione con i modelli, che ci appaiono come il mondo stesso.

E oltre questa tassonomia, tutto ciò che deborda, ogni paradosso e incertezza è percepito come l’elemento “di disturbo” del reale. Deploriamo il fatto che il reale, il mondo, gli animali e le cose in generale abbiano l’irritante tendenza a eccedere i limiti del nostro bel modello epistemologico, della gabbia classificatoria. Ma noi questa gabbia l’abbiamo costruita perché, nel peggiore dei casi, la abitino o, nel migliore, scompaiano dietro il modello che li rappresenta.” (Benasayag, Schmit, 2003, pag. 71)”

Medici epistemologici, medici che saltano sulla sedia

Così mentre, come Good ha scritto, le facoltà di medicina occidentali insegnano precipuamente cosa vedere e cosa non vedere per eliminare l’incertezza (Good B.J., 2006), proprio quel “rumore” – ciò che straborda la lista, come inteso da Ceruti (2015), Morin (1983; 1993) e von Foerster (1987) e tutti gli studiosi dei sistemi complessi – può essere invece *visto* e risemantizzato: e considerato perturbante sì, ma necessario. *Informazione.*

“Non sapere di non sapere” (von Foerster H., 1987, pag. 5) è, in tutte le professioni, in tutte le relazioni, l’ostacolo più robusto alla conoscenza. Il limite più potente del ragionamento clinico è *“l’ignoranza di second’ordine”*: poiché da essa dipende la cecità totale rispetto ad alcune variabili che non riusciamo a vedere/leggere se incoerenti con la visione che ci siamo data e che tendiamo a ritenere unica.

“Il problema fondamentale è il fatto che non vediamo”, continua nello stesso passaggio von Foerster.

Allora interrogarsi a proposito di competenze cliniche diventa un problema filosofico. Interrogarsi intorno al proprio sguardo è questione *epistemologica*.

Quando, al medesimo convegno di cui sopra ho narrato la perturbante riflessione della Ministra, utilizzai questa parola nel corso di uno speech intorno alle competenze epistemiche in medicina, in sala un medico saltò sulla sedia per tutto il tempo a seguire. Irritato, riferì ai suoi vicini di posto, che la parola *epistemologia* era fuori luogo, il tema astratto.

Ecco qua: la sintesi più eloquente della più pericolosa delle scissioni.

E dire che interrogarsi intorno al proprio fare ed intorno al proprio pensare è il cuore di ogni soggetto la cui formazione non finisce con la tecnica. Introdurre il tema dello sguardo in un discorso intorno alle competenze mediche non ha nulla di romantico o disincarnato: implica, materialmente, lo studio scientifico dei *propri* processi di ragionamento clinico.

Implica l'assumere ogni propria analisi e descrizione come ipotesi (l'incertezza radicale, secondo l'indicazione di Licata) e considerare ogni paziente – sebbene banale al punto tale da stare nella media e nella mediana più familiari – come caso sempre, irriducibilmente, singolo. Ovvero: smettere di dire “*provi con questo antibiotico, se non passa, proviamo con un altro*”. Oppure: “*sembra una tosse allergica, prenda l'antistaminico. Se passa, allora era allergia.*”

Sembrano frasi abominevoli ma non ho esagerato.

Decine e decine di volte, in varie parti di geografie diversissime della mia nazione, ho recepito il medesimo racconto.

Come se il medico dovesse distribuire ricette nella medesima potenzialità di una macchina distributrice di caffè. Delirio del trial ed incredibile suo contrario: approssimazione generata proprio dal *modus* della *quantofrenia* e del “*voyeurismo dell'esattezza*” (Angelini L.,1986).

La guerra dei mondi?

Si tratta, allora, di legittimare *clanicamente* percorsi di formazione epistemologica in medicina, ove le “competenze umane” non vengano diluite in buone pratiche per “farci amare e risparmiarci le denunce dei pazienti” o “sedare l'ansia” e “tenerlo buono”, fiducioso/affidato/non-pensante/non-googlante, soprattutto (le espressioni tra virgolette non le ho inventate né cinicamente ipotizzate. Ho citato testualmente dalla introduzione ad un corso di formazione alla comunicazione in medicina, dal discorso di apertura del presidente dell'ordine dei medici di quella provincia). Ma ove lo studio scientifico delle proprie procedure di pensiero e relazione divengano la possibilità di consapevolezza del livello di osservazione dove ci si pone.

Dove sono quando guardo un paziente. E chi e cosa guardo?

La domanda non è romantica, bensì scientifica.

“L'osservatore, come è ormai acquisito da tempo nella scienza, “vede” attraverso i suoi modelli, rilevando ciò che si aspetta di rilevare [...].

Ritenere che si veda ciò che esiste oggettivamente (cioè indipendentemente dall'osservatore non solo rilevatore ma creatore di realtà cognitiva) è come pensare di operare con un modello vuoto, senza modello cognitivo: il che è impossibile per l'attività cognitiva stessa dei sistemi viventi e quindi tanto più per

l'uomo, il cui sistema cognitivo ha maggior complessità [...]." (Minati G., 2009, pag. 93)

La domanda intorno al proprio sguardo implica il conoscere ciò che tendiamo naturalmente a scorgere ed enfatizzare e ciò, che altrettanto, sistematicamente, tendiamo a non-vedere. I bias cognitivi sono la norma.

Non esiste medico neutro. Non esiste sguardo clinico senza una cornice.

A che serve una *cornice*?

Compito di una cornice è scongiurare la perdita di controllo e certezza. Non esiste soggetto umano cosciente che non ne abbia. E non è quella in sé a generare errori clinici gravi ma la sua più o meno plasticità, la sua capacità di mobilitarsi oppure il suo bisogno di non mutarsi. In medicina (come in ogni ambito della nostra vita) la presunzione di conoscenza oggettiva è illusione, artificio, superstizione (Bateson G., 1984, 1993, 1997; Manghi S., 2004), pur avendo tra le mani un riscontro che proviene da un esame diagnostico.

“Per qualche capacità mirabile e misteriosa, per qualche miracolo di circuiteria neuronale, noi costruiamo immagini di ciò che vediamo. La costruzione di queste immagini è per l'appunto ciò che chiamiamo “vedere”. Ma dare credito totale all'immagine è un atto di fede.” (Bateson G., Bateson M. C., 1987, pp. 148-149)

Sicché curiosamente proprio la fede nella scienza *oggettiva* coincide col suo contrario: la perdita di scientificità.

Le immagini diventano profezie o meglio, restrizioni di osservazione. Tendiamo a vedere solo quel che già conosciamo. E il conosciuto/l'esistente diventa il più grosso limite all'acquisizione di nuove informazioni, configurazioni, nessi. Se qualcosa di nuovo viene intravisto, l'attenzione *focalizzata* tende ad escluderlo. In tal senso l'apparente blasfemia dell'“attenzione non focalizzata” suggerita dalla Mortari diventa rivoluzionaria, decisiva, cruciale (Mortari L. 2006).

Per chi? Per chi fa ricerca.

Dunque per ogni medico.

L'obiettivo cuore della formazione sistemica in medicina è imparare a vedere anche *altrimenti*.

In questo senso la competenza *umana* centra rigorosamente con questioni scientifiche. Ovvero *epistemologiche*. E di metodo, sì. Ma un metodo particolarissimo che non coincide con la deificazione di se stesso, non coincide con prodotto e de-finizione ma con processo e costante riformulazione.

Questa competenza coincide con “la capacità dei singoli osservatori di *vedere altrimenti* da come vedono (Mori L., 2008, pag. 2): ovvero saper “riformulare i temi del *cosa* e del *come* si vede, del come ci si abitua (o ci si ostina) a vedere” (ibid) quel che soltanto si *sa* vedere.

Il rischio non è retorica ma questioni chiaramente definite dalla letteratura in ordine all'errore clinico: “vedere ciò che non c'è” o “non vedere ciò che c'è” (ibid) è espressione sintesi di bias dovuti alla “umanità” del medico. Ma è dentro quello stesso punto di vulnerabilità – l'*umano*, appunto – che si radica anche il suo incredibile potenziale di visione, impossibile alla lista-deificazione.

Noi non abitiamo il mondo ma le nostre immagini/narrazioni di esso. E le nostre liste.

Si tratta allora, di provare ad inserire nell'elenco delle competenze di un medico anche i due costrutti chiave per il costruttivismo e la seconda cibernetica: il *deplacement* (spiazzamento) cognitivo e l'osservazione sistemica (Amietta P.L., Fabbri D., Munari A., Trupia P., 2011).

Perché?

Perché Pensare è sempre incorniciare. *Inquadrare*.

Pertanto: non esiste un paziente neutro. Esiste un paziente *interpretato*.

L'informazione è sempre dentro una relazione.

Ovvero: l'informazione è relazione.

O meglio: non esiste l'informazione! Esiste sempre dentro una relazione.

Da qui la necessità di un punto di osservazione non *supra partes* ma di un *punto sul punto*.

E che sia un punto mobile.

“Un posto di osservazione dal quale si possa considerare la propria posizione” (Morin E., 1994, pag. 78) e, una volta conosciutala come particolare, mobilitarla, smobilitarla e ampliare l'arco di circuito che stiamo osservando (Bateson G., 1993).

E la grande domanda sistemica di Gregory Bateson può diventare, nella formazione del medico, esattamente la postura opposta al paradigma della neutralità, ovvero: *cosa connette quel singolo medico a quel singolo paziente?*

Competenze di dis-equilibrio in Medicina

Qual è il mio *modello* di paziente? Di malattia? E qual è il modello di me-in-relazione a *questo* paziente?

Lo scrivo ancora: quello che abbiamo appreso dalle scienze della complessità è che la neutralità nei processi di conoscenza non esiste. Non esiste paziente neutro. Esiste un paziente interpretato. Non esiste un medico neutro. Esiste un medico interpretante.

E non v'è *natura* che non sia ineludibilmente *cultura*.

Sicché ho bisogno di osservare sempre due mondi anzi, tre: quello del paziente, il mio stesso e quello, inedito, della relazione/contesto che si crea tra me e quell'altro mondo.

Altrimenti, *prigioniero della mia descrizione* (Edelman G., Tononi G., 2000, pag. 250), dentro la mia cornice *non-vista*, non vedrò null'altro se non il già-visto.

La postura *complessa* della ricerca medica è allora la postura del medico che accetta, come l'attore di Stanislavsky, epistemicamente e situatamente di lavorare su se stesso E no, non per sviluppare competenze di distacco, recitazione o d'imperturbabilità. (Scardicchio A.C., 2002). Ma il loro contrario: connessione, autenticità, ricerca senza sospensione.

Competenza antropologica. E competenza ermeneutica. Possono rientrare sig.ra Ministra, nella *lista*?

Per generare processi, interrogazioni, attitudini ermeneutiche che riguardano il ricercatore accademico tanto quanto il medico di base, nel suo ambulatorio-osservatorio scientifico, ogni giorno. E' possibile riconsiderare l'inquadratura di Galeno - "*nullus medicus nisi philosophus*" - e inserire filosofia, epistemologia, ermeneutica e persino estetica nel quadro di competenze per formare un medico non già all'*umanità* ma... alla *complessità dell'umano* che lo accomuna all'umano che vuole curare? Ritorno così al punto di partenza: è possibile studiare un sistema complesso con procedure di pensiero lineari? Può la vertigine della lista arginare l'incertezza radicale? Sappiamo da tempo di avere due modi, due sguardi. *Scienze della natura* e *scienze dello spirito*, come prosa e poesia, stanno entrambe, in posture diverse, a interrogare il medesimo *umano*. E sappiamo che la strategia gnoseologica delle scienze della natura consiste nell'estrapolare regolarità dalla molteplicità del dato/dei dati, mentre la procedura ermeneutica delle scienze dello spirito non può procedere nel medesimo modo poiché riconosce l'irriducibilità, l'assoluto della soggettività e l'infinito nella lista. *Spiegazione vs comprensione*.

E dunque: come progettiamo la formazione del medico?

Perché formarlo *solo* al modus delle scienze naturali se invero, egli/ella ha a che fare con un groviglio indistricabile di natura e cultura? (groviglio che è sé stesso, non solo il paziente, groviglio-sciarada che non riguarda solo la malattia ma è ogni relazione/ricerca di senso/informazione).

Ecco perché la domanda intorno alla formazione del medico è una domanda sistemica/estetica intorno al metodo di ricerca, di sguardo, di interrogazione di un sé sempre incarnato. La formazione sistemica/estetica in medicina corrisponde allora a contenuti e forme necessariamente interdisciplinari: dove il cinema, la letteratura, l'arte non sono solo veicoli, mediatori ma... metaparadigmi (Bateson N., 2014). Esercizi filosofici di abilitazione ad un ragionamento clinico che possa connettere la forma oggettivante della conoscenza quantitativa alla forma fenomenologica della conoscenza qualitativa: non imbellettamento, non decorazione formale di contro alla sostanza della conoscenza biologica ed organica: le forme delle scienze dello spirito sono vie di accesso più veloci – vorrei dire: quantiche - alla comprensione delle dinamiche delle scienze della natura.

La coappartenenza di ragione e mito è la forma complessa di una umanità complessa, mai, mai, mai banale, neppure per un raffreddore soltanto, *“per percepire nella sospensione e nel silenzio il “rumore” dell’inafferrabilità della vita e dei suoi processi, del caos delle manifestazioni biologiche, storiche e personali nella loro multiformità e nelle loro metamorfosi continue”* (Riva M.G., 1997, pag. 245).

Ed allora sviluppare, muovendo da questa attitudine sistemica, la competenza – *umana, scientifica* - del guardare e saper leggere incertezza e dis-equilibrio, e il saper entrare ed uscire dalla lista, come competenza cruciale da coltivare in medicina.

“... allorché nei sistemi inorganici l’emergenza di strutture dissipative è piuttosto un’eccezione, nel mondo dei sistemi viventi è praticamente la regola, anzi, è la condizione stessa della vita.

Contrariamente a una concezione diffusa – a mio avviso più ideologica che scientifica – secondo la quale il principio fondamentale di vita sarebbe l’equilibrio, la vita invece non può esistere se non in condizioni di squilibrio, cioè quando il sistema viene spinto lontano dal suo stato d’equilibrio. Ed è soltanto nella misura in cui il sistema saprà mantenersi lontano dall’equilibrio, che potrà allora continuare a vivere. Tutto il funzionamento metabolico è un intreccio complesso di processi autocatalitici e autoinibitori, dalla cui co-evoluzione dipende la coerenza globale del sistema. Praticamente tutti i cosiddetti “equilibri” che supportano il nostro organismo sono di fatto delle oscillazioni attorno a uno stato di non-equilibrio: si pensi per esempio ai processi regolatori della glicolisi, dell’insulina, della pressione, della temperatura corporea [...].

Per ogni essere vivente, l’equilibrio statico tra forze antagoniste descritto dalla fisica newtoniana non è che la morte – per lo meno al nostro livello di osservazione. La vita, invece, è una successione di morfogenesi, cioè di emergenze di forme che organizzano temporaneamente delle fluttuazioni caotiche lontane da ogni equilibrio.” (Munari A., 2011, pp. 242-243).

Dell’imparabile Umanità

E così, dal dis-equilibrio di ogni lista, che passa da immobile a movibile, perseguire in medicina forme estetiche di conoscenza. Interstizio d’umano e scientifico.

Ovvero?

Altrove ho provato a scrivere per delineare il senso e l’urgenza delle competenze estetiche del medico, così come di ogni operatore delle relazione di cura, di aiuto, di insegnamento. Ora, invece, finalmente mi taccio ed affido la delicata narrazione in ordine agli obiettivi della metaformazione in medicina alle parole di chi, meglio di me, ha raffigurato il quadro complesso - immaginale e reale, teoretico e situato – del medico professionista complesso, ricercatore non di liste ma di visioni estetiche, indomite, generative:

“Al mio primo appuntamento con la mia psicoterapeuta arrivai con qualche minuto di anticipo e allora lei a un certo punto mi disse: “Vogliamo parlare della sua ansia che l’ha portata ad arrivare in anticipo?”. E così parlammo di quella cosa che per anni avevo erroneamente chiamato scrupolosità e rispetto per gli altri e che addirittura avevo teorizzato come indispensabile per una buona organizzazione.

La consapevolezza di me maturata in quel colloquio aveva lavorato duramente nei giorni successivi e dunque al secondo colloquio arrivai con qualche minuto di ritardo, soddisfatto di aver capito che il mondo va avanti anche senza di me, che non devo per forza metterci del mio, che il caos ha una sua capacità autopoietica. Appena seduto la mia psicoterapeuta mi propose di discutere della aggressività passiva che avevo mostrato nei suoi confronti arrivando in ritardo.

Fu una illuminazione: rividi sotto una luce diversa la mia scelta di stare sereno anche in quelle situazioni che mi è chiaro che non posso cambiare, di non replicare all’infinito, di non insistere nel voler cavare il sangue da una rapa. Siccome l’insegnamento era stato chiaro (trovare un punto di equilibrio dentro e fuori di me) al terzo appuntamento arrivai puntualissimo e fu allora che la mia psicoterapeuta mi propose di discutere di quei tratti ossessivi che mi spingevano ad essere puntualissimo. Non ci fu un quarto appuntamento: cambiai psicoterapeuta.

*Ovviamente questa storia è inventata o, quanto meno, non è davvero capitata a me anche se la utilizzo spesso accompagnandola alla visione di una sequenza emblematica del film *A beautiful mind* di Ron Howard: mi riferisco alla scena in cui Russel Crowe alias John Nash, all’apice del suo delirio decodificatorio, alla ricerca di messaggi criptati dai servizi segreti sovietici, riempie il pavimento della sua stanza di ritagli di giornale che poi infila in buste che sigilla e sulle quali appone quel timbro fatale (classified) che rivela che la ricerca esasperata di segni (o di codici o, per essere più chiari, di sintomi) è indicativa di un certo accanimento classificatorio.*

L’utilizzo generalizzato e massiccio del riduzionismo metodologico nella osservazione delle vicende umane ha prodotto una diffusione endemica delle psicometrie: generazioni di apprendisti stregoni hanno creduto di risolvere il senso di inferiorità delle discipline umanistiche nei confronti delle sedicenti scienze esatte scimmiettandole. A questo fattore storico e ormai radicato si aggiunge oggi la necessità di migliaia di nuovi professionisti di trovare una propria collocazione sul mercato della cura del cervello e della mente e questa necessità può essere soddisfatta solo (o soprattutto) a condizione di sfornare una quantità molto più elevata di diagnosi infauste. A dimostrazione di questa tesi potremmo portare, senza timore di essere smentiti e sapendo di attirare molte antipatie, la pandemia di DSA (Disturbi Specifici dell’Apprendimento) di fronte alla quale veniamo interpellati ogni giorno: se da una parte è evidente una molto maggiore capacità di individuare quelle condizioni che un tempo, sfuggendo alla osservazione, relegavano migliaia di bambini e di ragazzi nel limbo della svogliatezza e della stupidità, limbo che moltiplicava il senso di inadeguatezza e l’incapacità di comprendersi, è altrettanto vero che il perimetro della normalità, intesa come insieme di variabili che sfumano una dentro l’altra dentro un certo grado di frequenza, si sta riducendo in maniera preoccupante a vantaggio di una

espansione incontrollata del perimetro dei disturbi cognitivi e delle persone che ne sono colpite.

Propongo, dunque, di non scagliarsi solo contro Big Pharma e di considerare cosa buona e giusta, nostro dovere e fonte di salvezza, il cominciare a problematizzare anche l'uso sconsiderato delle classificazioni esasperate. E i primi ad essere interessati a questa operazione deontologica e metodologica di monitoraggio dovrebbero essere proprio i professionisti più seri del settore, che dalla inflazione del mercato non hanno nulla da guadagnare giacché se tutti sono malati nessuno è malato. [...]

John Nash può posare il suo timbro e ripiegare le sue cartine topografiche. Può riporre i suoi manuali in libreria dopo che, si spera, li abbia studiati per bene. E può fare come fanno quelli bravi: guardare ed ascoltare a mano libera.

E non fare come fanno quei turisti, ammoniva Wittgenstein, che davanti a un monumento leggono la guida invece di guardare e ascoltare, invece di esserci mentre ci sono.

Perché si conosce di più quando non si è già deciso cosa conoscere.” (Di Lernia F., 2016)

Conoscere a mano libera. Curiosa *competenza*. Geniale intuizione con cui Di Lernia coniuga natura e spirito, episteme e corpo, prosa e poesia, matematica ed ermeneutica.

Competenza del ricomporre e ricomporsi (Formenti L. et al 2008; 2009): spiazarsi e ruotare intorno alle proprie percezioni/descrizioni/assunzioni per esercitarsi non nella loro costante conferma, come fa un cervello banale, ma nella loro riscrittura. E la cura proprio di queste *scientifiche* ed *umane* metacompetenze è al cuore di dispositivi pedagogici sistemici implementati in Italia in taluni eccellenti contesti di pedagogia medica e psicologia della salute (Cipolletta S., 2013; Colazzo S., 2010; Contini M.G., 2006; De Mennato P., 2011, 2013; Formenti L., 2008; 2009; Gallelli R., 2004; Mortari L., 1998; 2002; Pulvirenti F. 2002; Striano M., 2000, 2001; Strollo M.R., 2003, 2008; Zannini L., 2003, 2008).

Da chi ha a cuore ed a fondamento non la ricerca di certezze. Ma la ricerca come *modus vivendi*. (Schön D.A.,1993).

La *ricerca della ricerca*: competenza medica?

Medica, scientifica, filosofica, esistenziale

Quella “*umanità*” che, se non ce l’hai, sig.ra Ministra, puoi generare.

Sicché l’*umanità* di un medico, anche, sia questione di ricerca medica.

Scientifica, complessa.

Bibliografia

- Angelini L., 1986. Test, griglie, misurazioni: testomania, voyeurismo dell'esattezza. In "Pollicino - Bambini e società in Emilia e Romagna". 3/86. pp.47-60.
- Amietta P.L., Fabbri D., Munari A., Trupia P., 2011. I destini cresciuti. Quattro percorsi nell'apprendere adulto. Franco Angeli. Milano.
- Bateson G., 1984. *Mente e natura. Un'unità necessaria*. Adelphi, Milano.
- Bateson G., 1993. *Verso Un' Ecologia della Mente*. Adelphi, Milano.
- Bateson G., 1997. *Una Sacra Unità. Altri passi verso un'ecologia della mente*. Adelphi, Milano.
- Bateson G., Bateson M.C., 1987. *Dove gli angeli esitano*. Adelphi, Milano.
- Bateson N., 2014. Dar forma alla simmetria. Meccanicismo e spiritualità fiancheggiano l'arte e la complessità. In "Riflessioni sistemiche" n. 11, pp. 5-18.
- Benasayag M., Schmit G., 2003. *L'epoca delle passioni tristi*. Feltrinelli, Milano.
- Bertolini G., Massa R., 2003. (a cura di). *Clinica della formazione medica*. Franco Angeli, Milano.
- Cecchin G., Apolloni T., 2003. *Idee perfette. Hybris delle prigioni della mente*. Franco Angeli, Milano.
- Ceruti M., 2015. *La fine dell'onniscienza*. Studium. Roma.
- Cipolletta S., 2013. La relazione di cura: perché è importante "esserci". *Riflessioni Sistemiche* n.8, pp.101-113.
- Colazzo S., 2010. (a cura di). *Sapere Pedagogico*. Armando, Roma.
- Contini M. G., Fabbri M., Mannuzzi P., 2006. *Non di solo cervello. Educare alle connessioni mente-corpo-significati-contesti*. Raffaello Cortina, Milano.
- De Mennato P., Orefice C., Branchi S., 2011. *Educarsi alla "cura". Un itinerario riflessivo tra frammenti e sequenze*. Pensa Multimedia. Lecce
- De Mennato P., Formiconi A R., Orefice C; Ferro Allodola V., 2013. *Esperienze estensive. La Formazione riflessiva nella Facoltà di Medicina di Firenze*. Pensa Multimedia.
- Di Lernia F., 2016. *Conoscere a mano libera*. In <https://curacultura.wordpress.com/2016/02/06/conoscere-a-mano-libera/>
- Edelman G, Tononi G., 2000. *Un universo di coscienza*. Einaudi, Torino
- Foerster von H., 1987. *Sistemi che osservano*. Astrolabio, Roma.
- Formenti L., Caruso A., Gini D., 2008. (a cura di). *Il diciottesimo cammello. Cornici sistemiche per il counselling.*: Raffaello Cortina, Milano
- Formenti L., 2009. (a cura di). *Attraversare la cura, Relazioni, contesti e pratiche della scrittura di sé*. Erikson, Trento.
- Gallelli R., 2004. (a cura di). *Salute come benessere. Modelli di ricerca educativa (a cura di)*. Pensa Multimedia, Lecce.
- Good B. J., 2006. *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Einaudi, Torino.
- Licata I., 2009. *Vivere con L'Incertezza Radicale: Il Caso Esemplare del Folding Protein*. In "Riflessioni Sistemiche" n.1, pp.66-74.
- Manghi S., 2004. *La conoscenza ecologica. Attualità di Gregory Bateson*. Raffaello Cortina, Milano.

- Mezirow J., 2003. Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza ed il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti. Raffaello Cortina, Milano.
- Minati G., 2009. L'incertezza nella gestione della complessità. In "Riflessioni Sistemiche", pp.91-100.
- Mori L., 2008. Estetica del conflitto. Prolegomeni a una ricerca sul cambiare idea e sull'illusione di vedere. In "Polemos", luglio, pp. 1-8.
- Mori L., 2011. Complessità e dinamiche dell'apprendimento. ETS, Pisa.
- Morin E., 1983. Il metodo. Ordine, disordine, organizzazione. Feltrinelli, Milano.
- Morin E., 1993. Introduzione al pensiero complesso. Sperling & Kupfer, Milano.
- Morin E., 1994. I miei demoni. Meltemi, Milano.
- Mortari L., 1998. Ecologicamente pensando. Unicopli, Milano.
- Mortari L., 2002. Aver cura della vita della mente. La Nuova Italia, Firenze.
- Mortari L., 2006. Un metodo a-metodico. La pratica della ricerca in Maria Zambrano. Liguori, Napoli.
- Munari A., 2011. Morfogenesi e conoscenza. In Amietta P.L., Fabbri D., Munari A., Trupia P. cit. pp. 219-301.
- Pulvirenti F., 2002. Ecologia del conoscere ed ecologia del pensare, Catania, C.U.E.C.M.
- Riva M.G., 1997. La formazione. In Bertolini G., Massa R., a cura di, cit.
- Scardicchio A. C., 2002. La formazione degli operatori sanitari: una questione di storie, in Loiodice (a cura di) Il bambino in ospedale. Adda, Bari.
- Scardicchio A.C., 2012. Il sapere claudicante. Appunti per un'estetica della ricerca e della formazione. Bruno Mondadori, Milano-Torino.
- Schön D.A., 1993. Il professionista riflessivo. Dedalo, Bari.
- Striano M., 2000. Educare al pensare. Percorsi e prospettive. Pensa Multimedia, Lecce.
- Striano M., 2001. La "razionalità riflessiva" nell'agire educativo. Liguori, Napoli.
- Stollo M.R., 2003. Prospettiva sistemica e modelli di formazione. Liguori, Napoli.
- Stollo M.R., 2008. Il laboratorio di epistemologia e di pratiche dell'educazione. Liguori, Napoli.
- Zannini L., 2003. Salute, malattia e cura. Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari. FrancoAngeli. Milano.
- Zannini L., 2008. Medical Humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura. Raffaello Cortina, Milano.