

Medici → parole → pazienti: il circolo vizioso/virtuoso tra narrazioni, prevenzione, diagnosi e cura

Doctors words patients: negative and positive cycle between stories, prevention, diagnosis and cure

Antonia Chiara Scardicchio

Università degli Studi di Foggia

Parole chiave: narrazioni, medicina, complessità, salutogenesi, medical long-life-learning, system medicine

RIASSUNTO

Il saggio muove dall'interrogazione intorno ai nessi tra Medicina Narrativa (MN) e prevenzione. Da lì attraversa questioni di fondamento, demarcando narrazioni salutari a narrazioni non utili nella pratica medica, focalizzando i limiti della riconduzione della MN alle competenze comunicative e relazionali del medico. L'approdo è verso l'identità composita e complessa della competenza narrativa in medicina che attraversa prevenzione, diagnosi e cura come postura sistemica in grado di riconoscere i nessi tra narrazione e salutogenesi, riconoscendo al medico il compito formativo – ed autoformativo – dell'esperto di sistemi complessi.

Key words: narrative medicine, complexity, salutogenic approach, medical long.life-learning, system medicine

SUMMARY

The essay starts from the interrogation around the links between Narrative Medicine (NM) and prevention. From there it goes through epistemological questions, demarcating healthy narratives to narratives that are not useful in the medical practice, focusing the limits of the reduction of the NM to the communicative and relational skills. The landing is towards the composite and complex identity of narrative competence in medicine that involves prevention, diagnosis and treatment as a systemic posture able to recognize the links between narration and salutogenic approach. In this framework, it recognized the training task of a medicine understood as complex systems science.

Due punti per imbastire la trama

Considerare la competenza medica al crocevia tra natura e cultura ci porta al centro di un punto e di una domanda necessaria per la medicina: la narrazione, intesa scientificamen-

Autore per corrispondenza: antoniachiara.scardicchio@unifg.it

te, ovvero come modalità di ascolto ed ermeneutica delle storie dei pazienti, è attitudine, predisposizione, indole... Oppure è opzione, trasformazione, forma che ogni medico può scegliere di apprendere e darsi?

In un articolo breve ma fulminante per precisione e potenza delle dissertazioni (1), Piccirilli dimostra con rigore che *“empatici non si nasce, ma si diventa”*.

Credere il contrario, invero, come taluni ritengono, equivale a distruggere il senso stesso di tutta la ricerca intorno alla formazione in età adulta, equivale a sentenziare l’inutilità della formazione specifica ai contesti professionali fino a quella trasversale, inerente lo sviluppo delle cosiddette *“competenze umane”*.

E dunque il primo punto da cui muove questa riflessione è la fede neurobiologicamente fondata – ovvero corroborata dagli approdi delle neuroscienze in ordine alle possibilità di apprendimento delle *soft skills* in età adulta – nelle possibilità di ogni medico di *farsi* esperto tanto di *technical skills* quanto di competenze narrative (2-4).

Il punto secondo prova a scalfire l’utilità del primo e muove una ulteriore domanda: perché si dovrebbe? A che *serve*? A che serve occuparsi di formare medici e futuri medici *anche* alla medicina narrativa, non soltanto a quella basata sulle evidenze?

Copiosa letteratura internazionale dimostra che la risposta è nel potenziamento delle possibilità di diagnosi e di cura: il medico che dispone di strumenti raffinati di ascolto, empatia ed ermeneutica delle narrazioni del paziente, ha più veloce e più profondo accesso alle connessioni tra racconto dei sintomi e adeguato ragionamento clinico, con conseguente riduzione di rischio clinico, nonché aumento della *compliance* (2, 5-18).

Possiamo dunque, con riscontro empirico eloquente, affermare che la competenza narrativa in medicina è “conveniente”, configurandosi come vero e proprio strumento di miglioramento di efficienza ed efficacia dei processi di diagnosi e cura. Nessun buonismo, quindi, né alcun romanticismo a occuparsi di narrazioni in medicina: la misura del miglioramento della cura e delle cure è stata e continua a essere testata in molteplici contesti in tutto il mondo.

C’è allora un terzo punto al quale possiamo approdare ed al quale provare a dedicare una sosta, per fare un salto. Esiste un nesso anche tra medicina narrativa e *prevenzione*? In quale forma è possibile connettere lo sviluppo delle competenze narrative in medicina a processi che promuovano salute e prevengano malattia?

Narrare ed ascoltare le narrazioni può produrre riverberi significativi per la ricerca e la pratica medica anche rispetto ai suoi obiettivi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria?

Un punto per fissarla

La domanda evoca d’impatto una risposta negativa, in ragione dell’aleatorietà che ancora la dimensione narrativa rimanda a molti medici stretti nella maglia dell’equazione positivista. Sicché l’esplorazione di una risposta più acuta richiede un salto di paradigma. E, preci-

samente, il capovolgimento operato dal modello proprio della *Salutogenesi*: l'espressione, intuita e fondata da Antonowsky, fa riferimento all'ampliamento della domanda patogena nella ricerca intorno ai determinanti di salute e malattia (19-27). Una interrogazione salutogenica è una interrogazione intorno alla domanda: *cosa crea salute?* Pertanto, essa studia condizioni e processi in ottica pienamente preventiva e, anche, pienamente terapeutica, giacché persegue l'obiettivo di introdurre le risposte emergenti tanto nei percorsi di promozione della salute e prevenzione, quanto dentro i percorsi di passaggio, transizione, attraversamento della malattia.

La ricerca neurobiologica e psicopedagogica ha da tempo risposto affermativamente alla domanda intorno ai nessi tra salute e narrazioni: le identità che sono inserite in contesti di espressione ed ascolto delle proprie storie di vita sviluppano *life skills*, maturano strategie di *coping* e modalità sane di fronteggiamento delle difficoltà, sviluppano stili di vita – cognitivi, emotivi, comportamentali – che si configurano come sani ed in grado di ridurre l'emergere di processi patologici legati a *modus malsani*.

La narrazione, intesa non come semplice pratica del dire e dirsi, ma come modalità di accesso al proprio dialogo interno, ha potenzialità salutogeniche che da tempo, anche prima della più recente corroborazione propria delle neuroscienze, è patrimonio della letteratura in psicoterapia (15, 28-33). Eppure, curiosamente, restano ancora di confine gli studi e le esperienze che la pongono al centro dei processi di prevenzione, considerandola il cuore dello sviluppo sano di ogni identità umana.

Forse perché oggetto di particolare fraintendimento. Oppure di inutile se non imprudente applicazione? (34-35)

Sicché ora il ragionamento esige una nuova interrogazione: cosa distingue una pratica narrativa inutile da una utile in medicina? Cosa distingue una pratica narrativa salutogenica da una che *non* può essere collocata dentro processi di prevenzione e cura?

E, allora, un'altra domanda, che sfalda l'intera trama, sopraggiunge a smagliare l'intero ragionamento: come si inquadra scientificamente una competenza *narrativa* in medicina?

Un punto per disfarla

Giacché, invero, *non* tutte le narrazioni sono sane, salubri, salutogeniche.

Nel tempo dello storytelling globale, è necessario studiare con estrema cura la linea di demarcazione tra narrazioni sane e narrazioni patogene e, proprio nei contesti di studio della Medicina Narrativa, importare a pieno titolo le domande intorno allo studio dei processi di *cambiamento* delle narrazioni che non solo non hanno valore né di prevenzione né di sostegno alla cura ma, persino, ostacolano i processi di salute e accelerano quelli di malattia.

Le narrazioni sono la messa in forma dei nostri dialoghi interiori, sovente neppure cristalline e neppure intere: e tuttavia tramite esse è fondamentale per un medico, e per un pro-

gettista di percorsi di promozione della salute, accedere all'universo di rappresentazioni che guidano stili di vita, attitudini mentali, cognitive e emotive, dei pazienti e di coloro che vorremmo non divenissero tali e per i quali progettiamo prevenzione. Fonte di dati ineguagliabile, dunque, sostegno imprescindibile accanto ai riscontri della diagnostica tecnica, le narrazioni sono determinanti per la medicina, diagnostica e clinica.

E, tuttavia, nessun esperto di salute e malattia può limitarsi allo stare al cospetto delle narrazioni altrui – e proprie – come mero registratore, accumulatore di dati, database generoso nell'ascolto ma senza compito di loro rispecchiamento, rielaborazione, *morfogenesi* (36). Ogni cura ed ogni terapia hanno nella loro stessa composita, complessa natura il compito della prevenzione: ogni medico curando l'umano che ha di fronte, e non solo il pezzo rotto da riassemblare, sa di stare, in mille forme, dentro il compito di prevenire la rottura ulteriore. Persino il meccanico, nel riconsegnarci l'auto riparata, ci offre indicazioni su comportamenti e modi *ulteriori*. Anche l'idraulico. Sebbene economicamente non conveniente, sta in tutte le professioni di *riparatori*, esperti di *guasti*, il compito "trasformativo" del prevenirli, suscitando mutazioni, cambiamenti, riscritture delle narrazioni-azioni che hanno portato alle rotture.

Niente di nuovo fin qui, dunque. Da sempre i medici *prescrivono*. Da sempre i medici *consigliano*, durante e dopo, ed anche prima del manifestarsi di una o mille patologie. Dove sarebbe, allora, in questo ragionamento l'elemento esplorativo?

Il cuore dell'insegnamento della letteratura intorno alla Medicina Narrativa è nella *congiunzione* tra *prescrizioni* mediche, consigli standard precipui della prevenzione primaria, secondaria e terziaria, e *storie*: nella congiunzione tra i consigli *pret-a-porter* e le singole storie, tra le norme universali le particolari narrazioni, tra le regole oggettive e le soggettive rappresentazioni di salute e di malattia che ogni paziente, in quanto umano, crea e detiene (37-45). Giacché informazioni, prescrizioni, consigli non generano trasformazioni, non suscitano morfogenesi nelle narrazioni: neppure se posti sorridendo. E non perché i pazienti sono disobbedienti, irrazionali, infantili. Ma *semplicemente* perché non sono "macchine semplici". L'umano non funziona in modalità *banale*, per usare l'espressione propria della Seconda Cibernetica, che opportunamente Cavicchi riprende e colloca nel contesto della relazione medico-paziente:

"Quando un medico crede che quello che dice al malato sarà automaticamente accettato, egli senza volerlo considera il proprio malato come un trivial machine"²⁴.

Con questa espressione intendo molto semplicemente una macchina banale vale a dire prevedibile nella quale si mette un input sapendo in partenza quale sarà l'output. Esattamente come un computer. Le persone i malati non sono computer ma in ragione della loro individualità e singolarità, essere imprevedibili. Per questo spesso si che dice un medico a un malato va a vuoto o viene frainteso o anche arbitrariamente artefatto.

L'equivoco nasce dall'idea che a quello che dice il medico consegua automaticamente un

comportamento coerente. Ma non è così. La logica della trivial machine è quella della “corrispondenza” tra messaggio e risposta, quindi il messaggio è concepito come speculare ad una risposta presunta considerata possibile. Lo schema è istruttivo e rappresentazionista nel senso che:

- il messaggio del medico punta ad istruire il malato;*
- il malato rappresenta la realtà implicita del messaggio.*

Al contrario, in una relazione, la logica di fondo è la coerenza con il fine della relazione.

In una relazione medico-malato la differenza tra messaggio e informazione diviene chiara quando le risposte del malato non sono né banali né scontate, cioè imprevedibili.

Mentre quello che dice il medico nasce da una razionalità scientifica, l'informazione nasce dall'incontro di questa razionalità scientifica con altre razionalità nelle loro varie sfumature fino alla irrazionalità.

I malati in questi casi sono come se scegliessero le risposte rifiutando l'ideale comportamentista del medico secondo il quale “messaggio e informazione” sono uguali.

L'equivoco come voi sapete è molto diffuso e non serve fare esempi, che voi conoscete bene, soprattutto quando ai malati si danno delle istruzioni terapeutiche e i malati fanno quello che pare a loro” (46).

Ed allora la competenza narrativa – preventiva, diagnostica, clinica – si configura come precisa capacità in medicina di discriminare una storia/rappresentazione sana, sanante da una patologica, patogenica e di conoscere e sviluppare modi di sviluppo di piccole e grandi mutazioni narrative. Senza le forme paternalistiche proprie della comunicazione medica che *bambinizza* il paziente, ma con la maturità e la sapienza di un educatore di adulti. (O di bambini, nel caso dei pediatri. Ma questo è più facile e più consueto che loro... lo sappiano già).

Perché se la salute è questione di apprendimento che dura tutta la vita (27, 47-49), allora un medico ha da formarsi come esperto di apprendimento e trasformazione, non solo come riparatore. Il che implica conoscere i processi che generano mutazioni nelle narrazioni/rappresentazioni: quel genere di apprendimento che non coincide con la replica passiva ma quel genere sopraelevato che riguarda l'apprendimento *trasformativo* (50-57): perché occuparsi di salute non inerisce questioni di istruzione ed addestramento, come per tanto tempo nella prevenzione si è creduto, e come molti nel proprio studio continuano a ritenere, sperimentando fallimenti ed inutili investimenti. La salute è questione che sta a filo stretto dentro le identità. Non *appiccicata*. Ma innervata (58). E dunque questione che sì, sta tutta dentro le narrazioni. Ed allora la linea che smarca una storia sana da una insana è questione vitale dentro le riflessioni e le scelte proprie della Medicina Narrativa. Significa che ad ogni medico è richiesta una competenza psicoterapeutica?

La questione è cruciale. Molti scettici intorno alla MN hanno proprio fissato questo punto: *non* è questo il compito che spetta a un medico. E opportunamente le Linee di

Indirizzo emesse dal CNMR (59) hanno chiarito che *no*, la MN non coincide con la psicoterapia né con un intento di risoluzione di problemi psicologici, che sia una visita all'oncologo o una visita dall'ortopedico o una visita dal dentista. Bene: possono dunque stare tranquilli soprattutto quelli per cui il tempo è denaro. Questa linea di demarcazione è chiara. Ma non possiamo non riconoscere che la domanda – se semplificata nella forma: “*la MN implica l’assunzione di compiti psicoterapeutici oppure no?*” – è banale. Sta dentro una polarità ormai troppo inverosimile. Sta dentro la visione manichea secondo la quale al medico bisognerebbe lasciare il pezzo da riparare, come dal meccanico l'auto in panne. E poi ritornare, come se diagnosi e cura fossero il tempo della sospensione del nesso. Taluni in medicina presumono ancora così, ma oramai l'acquisizione scientifica è chiara, manifesta, acclarata: tutta la medicina ortodossa riconosce l'inscindibilità del nesso che Cartesio aveva, bontà sua, provato a recidere per semplificarci la vita. Non cito qui la letteratura, non mi occorre in questa sede sentirmi tutelata dalle citazioni o dai rimandi in bibliografia: PubMed è patrimonio collettivo e l'abbondanza degli studi che corroborano interdipendenze tra psiche e soma, narrazioni/rappresentazioni e salute o malattia, è allestita per tutti. Non è dunque questione di fede o di opinione la questione della integrazione tra storie, identità, salute, malattie. Sicché ne deriva che la competenza necessaria in medicina, per la cura e per la prevenzione, è sì, *narrativa*. Ma non nella norma dello storytelling globale. Bensì nella sua forma precipuamente *sistemica*: dove sappia riconoscersi e darsi il compito di scuotere, sciogliere, mutare le narrazioni incapaci e di auto-osservarsi e per questo disadattive, insalubri, invalidanti.

Ovvero?

Un setting narrativo efficace ed efficiente in termini di prevenzione, oltre che di cura, si configura non solo come un luogo dove parlare o scrivere di sé, di ciò che secondo la propria teoria genera salute o malattia, ma un luogo dove questa narrazione stia dentro un processo formativo che abbia come obiettivo un particolare, preciso, spiraliforme apprendimento (60): riflessività, perturbazione, riorganizzazione.

La destrutturazione, il dis-apprendimento, la ristrutturazione (61): in questo movimento dove le narrazioni sono considerate contemporaneamente sacre e da dissacrare sta l'ap-prodo evolutivo degli studiosi dell'apprendimento trasformativo.

Il punto nodale che distingue una narrazione sana da una che non lo è, è nel principio sistemico: chi narra è in grado di darsi *altra* voce? È in grado di duellare con le proprie convinzioni, credenze, percezioni, imparando a misurarle, smisurarle, rimisurarle? Oppure ha idee *perfette*, teorie ossidate, ossidanti, che la narrazione, senza formazione, autoconferma? (62). Una narrazione autobiografica è *sistemica* quando chi narra sa posizionare e *riposizionare* le proprie teorie, slatentizzare quelle implicite, osservarsi narrare e ridiscutere, riscrivere, il proprio dialogo interno (63-67). Sono sane e sananti, e preventive, le modalità narrative che ci abilitano alle *riscritture* delle nostre interiori sceneggiature (51-57).

Questo implica che nei processi di educazione del paziente propri della prevenzione terziaria, per esempio, lo storytelling non indugi dentro narrazioni che siano solo o gremiate causate dalla malattia o, al contrario, sue celebrazioni. La narrazione sana richiede il doppio filo tra *sensò di realtà* e *sensò della potenzialità* (60-68).

Sovente i setting narrativi e autobiografici corrono il rischio di strutturarsi come *sfogatoi* e dunque persino patogenici luoghi nei quali le narrazioni sono pratiche di autocelebrazione e consolidamento di forme narcisistiche, bloccate, bloccanti. I narranti si autocelebrano e non imparano ad osservarsi da fuori, decentrarsi, distruggersi, riscriversi. La malattia rischia una centralità che la rende equivalente alla identità di chi narra, che può così non narrarsi in *ulteriore* modo (69-72).

Analogamente, nelle pratiche di narrazione nei percorsi di educazione alla salute nei processi di prevenzione primaria e secondaria: non ha poteri taumaturgici il narrare in sé, non è sano alimentare equivalenze secondo le quali la narrazione sia *tout court* terapeutica o formativa (68).

E quindi? A che *punto* siamo, ora che la trama è disfatta?

Un punto vitale

Ha però, sì, potenzialità salutogeniche, una pratica narrativa – ed una pratica di medicina narrativa – che si caratterizzi per precisi nodi/snodi che la conducano dalla celebrazione stagnante alla celebrazione ricapitolante, snodi vitali che Laura Formenti, epistemologa, psicologa, pedagoga, accademica a livello internazionale esperta di narrazioni e trasformazioni, ha formulato con nitidezza nella sua spirale della conoscenza (53-55):

- Esperienza *autentica*
- Rappresentazione *estetica*
- Comprensione *intelligente*
- Azione *deliberata*

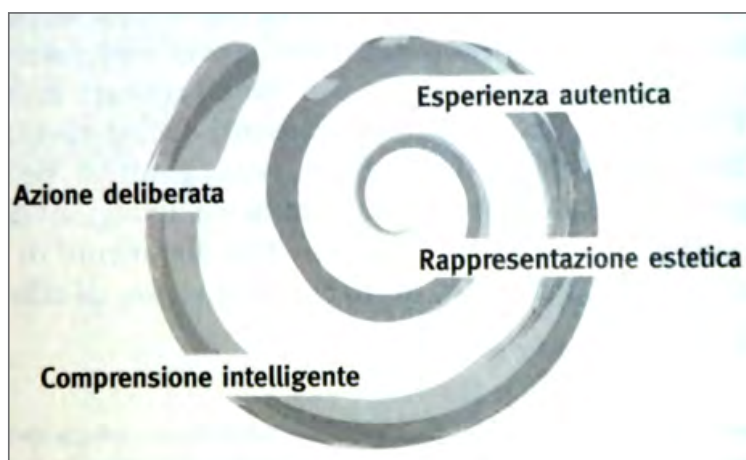


Figura 1- Spirale della conoscenza. Fonte: (55)

Nel primo nodo/snodo la narrazione ha la possibilità di manifestarsi dentro un setting sistemico che, dentro precise meta-regole, assicuri espressione libera, non giudicata né sanzionata, e che pertanto riceva ascolto tale da poter *sciorinarsi* con autenticità. L'obiettivo è l'onestà di una narrazione non la sua verità in senso storico: qui *onesto* sta per corrispondente al proprio pattern di pensieri, emozioni, comportamenti. *Onesta* è la narrazione e *onestà*, reale, è la sua accoglienza: senza scandali, alzate di sopracciglia, preventive esplicite o implicite prescrizioni tra ciò che è meglio dire e non dire, paternalistiche, retoriche buonistiche modalità o direttive o, al polo esattamente opposto, e dunque ugualmente improvvido, totalmente asettiche.

È importante proprio qui, dentro questo particolare prezioso dispositivo, ribadire che non tutte le narrazioni si configurano come *esperienze autentiche*. Nel framework formativo riceviamo una indicazione chiara di cosa sia una esperienza autentica: è una esperienza di conoscenza *embodied*. Non una chiacchiera, una narrazione sfogatoio, un vomito di parole che senz'argini seguono il flusso, sempre lo stesso flusso, ripetendosi fragorose, imponenti ma in realtà disconnesse, staccate dal contatto profondo con tutte le dimensioni biografiche di chi parla. Storytelling bulimico come le storie su Instagram o Facebook. Una narrazione si configura come esperienza autentica – nel dispositivo formativo che qui scegliamo per discriminare una pratica narrativa sana, salutare, salutogenica – quando al soggetto è data possibilità di narrarsi dentro una cornice che gli consente l'accesso a sé in modalità integrata, ecologica, trans-formativa: vuol dire che l'ascoltatore non è mero registratore né contenitore, o al contrario istruttore, prescrittore, redentore, ma è nella postura formativa del rispecchiamento, del rimando, dell'esplorazione: la narrazione viene accolta come sempre legittima ma sempre, al contempo, ipotetica, congetturale, esposta allo spaesamento, all'esplorazione. Una esperienza autentica è una narrazione nella sua forma *sistemica* (73-74): sta nelle domande, nella ricerca, nella interdipendenza piuttosto che nella sovranità della sua visione, nel lancio piuttosto che nell'avvitamento. Sta nella sua costante messa in discussione: nella circolarità, nell'ecologia di un narrare/pensare e narrare/agire che interroga e si interroga.

Non è facile, non è automatica, non è familiare. Al contrario, esiste piuttosto la tentazione/tendenza a stare dentro narrazioni con lo scopo, patogeno, opposto: irriflesso non guardarsi, ostacolo anziché possibilità di consapevolezza.

Eppure siamo dentro il fraintendimento secondo il quale lo storytelling in sé, che i social network infatti perseguono e potenziano, sia virtuoso, salvifico, salutogenico persino. Non è quella la narrazione che scientificamente occupa un posto a pieno titolo in medicina. Non la narrazione senza auto-osservazione. Non la narrazione senza riflessività, senza dislocamento, senza possibilità del ritmo ordine-disordine-riorganizzazione.

In medicina – nella diagnosi, nella cura e nella prevenzione – la narrazione autentica ha la forma sistemica che coincide coi i processi di *mindsight* (32-33). Con la visione che,

come da seconda cibernetica e costruttivismo ci sopraggiunge (75-77), è visione non solo sulla realtà ma anche sul sé che crea, narrandola, quella sua propria realtà. E che allora, scoprendosi narrante-visionario-creatore, si assume la responsabilità dal re-agire all'agire modificando riflessivamente le sue narrazioni-visioni. E, con esse stili di vita e possibilità di salute¹.

Certamente non è facile mutare le narrazioni. Le trasformazioni necessitano della congiunzione tra ratifica e possibilità, analisi e immaginazione.

Per tale ragione, nel secondo passaggio, tanto il narratore quanto l'ascoltatore si danno possibilità di messa in forma, messa in scena della narrazione espressa verbalmente: un'altra forma, analogica, dice il medesimo racconto. In un setting grupppale, tipico dei processi che è possibile attivare nei percorsi di prevenzione, è possibile mutuare forme dalla

1. Vale la pena chiarire la questione inquadrandola efficacemente dentro la complessità, tanto storica quanto psicosociale, antropologica e filosofica, che la riguarda. E dunque affido alla ricognizione precisa e chiara che ne compie la collega Garista: *“È della fine degli anni '40, infatti, la celebre definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Catford, 2007), la quale identificava la salute come “uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non solo la mera assenza di malattia o infermità”. Dalla definizione dell'OMS del 1948, sono poi state analizzate altre dimensioni, quella psicologica e sociale e, per ultimo, si è esplorato il ruolo di quella spirituale ma, ancor di più, si è sviluppato negli ultimi decenni un vero e proprio cambio di paradigma nello studio della salute, traghettando da un modello di tipo patogenico ad uno di tipo salutogenico. Si è cominciato a studiare non solo ciò che causa una patologia (modello patogenico), evidenziando come prevenire queste cause (fattori di rischio e comportamenti a rischio), ma soprattutto ciò che può produrre “salute” in termini di risorse interne al soggetto e opportunità fruibili nel contesto circostante. Da allora, quindi, molto è stato detto e discusso sui concetti di salute e malattia, mettendo in luce gli aspetti multidisciplinari, complessi e soprattutto processuali dello “star bene” delle persone (Ingrosso, 2011; Garista, 2009).”*

Di qui l'Autrice ribadisce *“la necessità di transitare attraverso un lavoro di tipo educativo per poter supportare le persone e le comunità ad avere più controllo su ciò che determina la propria salute. Potremmo affermare – da una prospettiva di analisi pedagogica – che la promozione della salute si costruisce intorno alla formazione del soggetto e della sua capacità di governare la complessità delle sue relazioni con la comunità e l'ambiente in cui è inserito. Da qui si è sviluppata una cultura della prevenzione e dell'educazione alla salute attenta soprattutto alla progettualità delle persone, alla possibilità di definire obiettivi di benessere anche a partire da situazioni estremamente svantaggiate, capace di evidenziare e implementare le risorse con un orientamento alla vita e alla sua qualità (26, 2001). Questa nuova visione della prevenzione, evidenziando gli elementi processuali della costruzione di un equilibrio di salute (personale e al tempo stesso in dialogo con l'ambiente circostante) (Garista et. al. 2015), attualmente recepisce le sfide poste dal life long learning. (...)”*

E ancora: *“La salute, e la sua costruzione continua nella ricerca di un equilibrio, diventa pertanto, nella prospettiva offerta da Lindström e Eriksson “una questione di apprendimento” contestualizzato nei diversi campi d'azione della promozione della salute (Idem, 2011). In modo ancora più specifico la salute diviene un'esperienza di apprendimento permanente che porta a confrontare sé stessi, la propria storia con gli eventi della vita. Proprio come nel life long e life wide learning, non si apprende un comportamento di salute una volta per tutte, mettendo in pratica un comportamento salutare predefinito o, come si afferma altrove “corretto” (ad esempio fare almeno 30 minuti al giorno di attività motoria). Piuttosto il senso della promozione della salute e della sua genesi rimanda alla “possibilità di diventare consapevoli delle proprie esperienze e della propria storia, come la ragion d'essere per mettere in pratica un comportamento relativo ad esempio al fare sport, all'alimentazione o al rapporto con l'ambiente, e di viverlo in quanto stile di vita: un modo di essere e sentirsi vitali nel mondo” (27).*

musica, dal teatro, dalla danza, dalla pittura. In un setting individuale, come nel corso di una visita che non ha tempi e spazi per consentire tali estetiche della rappresentazione, al medico-ascoltatore basterà chiedere di evocare una metafora che per il paziente esprima al meglio la sua narrazione.

Questo punto secondo non è un passaggio leggero né, tantomeno, accessorio: il passaggio *estetico* è cruciale, indispensabile, discriminante. È l'elemento analogico a fornire alla narrazione le sue possibilità di svelamento ed autosvelamento (78).

Il terzo snodo è l'evento di compartecipazione che rende chiara la vocazione *formativa* – e quindi *in un certo senso sempre anche preventiva*, anche nel corso dei processi di diagnosi e di cura – della Medicina Narrativa: non la mera registrazione della narrazione ma il suo rimando, la sua lettura e ri-lettura, la danza ermeneutica in cui le parti si esercitano a comprendere e ricomprendere, scrivere e riscrivere, esplorare altre parole possibili, ipotizzare piccole, grandi mutazioni dei racconti e quindi, delle risposte cognitive, emotive, comportamentali svelate, svelatasi, come insalubri, insane.

L'azione *deliberata* è la traduzione pratica della svolta, della grande o della piccola decisione di mutazione della narrazione, corrispondente ad un avvenuto processo di *mindsight*, guidato da una medicina narrativa perché consapevolizzante, nella quale il paziente può concepire un piccolo, medio, grande cambiamento nelle parole con cui si narra, si autogiustifica, si dà stili di vita e autoassoluzioni (o, al contrario colpevolizzazioni – il che, paradossalmente, è la stessa cosa, giacché entrambe le forme, se standardizzate nelle narrazioni interiori, equivalgono a forme di rigidità cognitiva). E così il paziente-narrante esce dal setting medico-narrativo con una *rottura*, sì, in una particolare forma: una rottura di schema, cornice, visione. Una rottura della sua narrazione, se questa è stata congiuntamente ravvisata come non salutare o insana. Anche solo una crepatura lieve è un risultato utile per la salute di un sistema che ha da imparare per tutta la vita a organizzarsi, disorganizzarsi, riorganizzarsi.

La questione narrativa in medicina evoca dunque questioni tessute a filo doppio dentro le interrogazioni precipue delle scienze della complessità (74, 79-85). Prevenire, diagnosticare, curare: i modi d'azione della medicina sono tutti modi della conoscenza. Ed allora evocano formazione epistemologica, consapevolezza sistemica, competenza non riducibile alla semplice equazione: riscontro empirico *più* lettura delle evidenze *più* sorrisi e buona educazione, ecco la ricetta del medico perfetto. Da molti anni col vigore che la caratterizza, tuonano in tal senso la voce e la ricerca di Cavicchi:

“L'errore che fanno coloro che ci parlano di comunicazione, di informazione, di relazione con l'intento di invitare i medici ad essere più “umani” è quello di pensare la relazione indipendentemente dal modo di conoscere.

La forma della relazione dipende dal modo di conoscere e quindi non si può cambiare, come ci viene suggerito, la forma della relazione senza cambiare la forma della conoscenza.

La relazione non è riducibile a umanizzazione e amabilità, essa è un modo diverso di conoscere il malato è una circostanza nella quale i linguaggi del corpo e delle persone, quelli del malato e quelli del medico, si confrontano.

Nella relazione avvengono i processi di comunicazione, di informazione e quelli linguistici. Per cui la relazione non è un problema deontologico, cioè di migliorare i comportamenti dei medici con ridicole teorie sull'amabilità, ma epistemologico cioè cambiare il modo di conoscere la malattia.

I medici non sono disumani ma semplicemente sono coerenti con il modo di conoscere che l'università ha loro insegnato. Se tutta la conoscenza clinica si basa sull'osservazione oggettiva e obiettiva dei fatti, sulle evidenze scientifiche, sull'uso del metodo, a che serve una relazione con un soggetto? Se si tratta di conoscere un oggetto il soggetto diventa una complicazione. Il senso comune, inoltre, ritiene che il medico deve avere una relazione con il malato, come se il medico non avesse alcuna relazione con esso. In realtà è impossibile per il medico non avere una qualche relazione con il suo malato dal momento che non esiste una relazione ma tante forme di relazioni diverse" (46).

Si potrebbe obiettare che un tale "lavoro" non possa darsi nel corso di un incontro individuale con un paziente nei tempi ristretti di una visita medica sottoposta, tanto nel pubblico quanto nel privato, alla tentazione del *cottimo*. Sì, la giustificazione alla sottrazione, adducendo i vincoli economici, è un buon tema. Di solito il richiamo empirico del cinico zittisce, effettivamente. E tuttavia l'interlocutore sistemico, lungi dal rintracciare ideologie o mondi utopici a cui appellarsi, cerca, scientificamente, empiricamente, ulteriori informazioni, dati, osservazioni. Amplia il raggio di visione, per poter ampliare le possibilità di azione. Ed allora basterà leggere – anzi, direi meglio: *studiare, imparare, sperimentare* – le storie di narrazioni e mutazioni che in piccoli flash sono in grado di avvenire anche in quei setting fugaci così come la letteratura medica da anni riceve ma fatica a includere: Giorgio Bert accompagna narrazioni e ristrutturazioni con le sue ricerche, interrogazioni, applicazioni, da decenni generosamente condivise, mostrando che conoscenza e relazione, riflessività e narrazione, sono strumenti potenti per la clinica e per la prevenzione. E il blog di Tiziano Scarponi² con altrettanta generosità e maestria consegna storia e storie di un medico-filosofo e narratore che studia, diagnosticando e curando, le epistemologie dei pazienti ed insieme la propria: così la medicina narrativa si rivela nella sua forma educativa/formativa (86-87), tanto del paziente quanto del medico stesso, inquadrando la vicenda medica non come pari alla relazione tra meccanico e cliente ma piuttosto più corposamente vicina ad una vicenda, poderosa, potente, di irriducibile, irrinunciabile *mutuo apprendimento*.

2. tizianoscarponi.blogspot.com

Non una *giustapposizione*, come potentemente scrive Cavicchi³. Bensì un *corpo a corpo*, come forse direbbe la Formenti (espressione che non implica assolutamente la rinuncia alla razionalità ma, sistemicamente, la sua incarnazione).

In questo orizzonte, la Medicina Narrativa è sistemica, *se* sistemica è la narrazione che promuove. Ovvero orientata alla esplorazione, non soltanto al suo mantenimento, accompagnata anche al ribaltamento non solo alla cristallizzazione, educata all'ampliamento del punto di osservazione del narratore. Altrimenti pericolosamente sta nel rischio di essere intesa ed intendersi come corrispondente ad una sola pratica di comunicazione, di contro a una spersonalizzante. Non basta comunicare e comunicare empaticamente perché la narrazione attivi le sue possibilità preventive e di sostegno potente alla cura. La medicina narrativa non può essere ridotta a lasciare più spazio alle parole dei pazienti ed alle capacità di ascolto e comunicazione empatica col paziente: in tal senso non avrebbe senso teorizzarla come *metodo* da affiancare alla EBM. In questo orizzonte da tempo si collocano vigorosamente le riflessioni di Cavicchi intorno agli *equivoci* che generano la linea d'ombra, il fraintendimento, talvolta l'imprudenza, nel discutere e nell'applicare scientificamente Medicina Narrativa.

“La medicina narrativa si presenta quindi con allegati alcuni equivoci che bisognerebbe chiarire. Un primo equivoco riguarda l'ebm (evidence based medicine), la medicina narrativa ne mutua la logica diventando nbm (narrative based medicine):

- *per l'ebm tutta la complessità del binomio malattia/malato è ridotta forzatamente in una evidenza scientifica che altro non è se non una astrazione statistica, regredendo in questo modo dal malato alla malattia nel senso più positivistico del termine;*
- *per l'nbm tutta la complessità della comunicazione, dell'informazione, del linguaggio, della relazione, è ridotta solo a narrazione cioè a comunicazione dei fatti.*

3. Così egli approfondisce e spiega la complessità della questione e la necessità sistemica di non ridurre la MN a questioni inerenti soltanto la competenza di ascolto e comunicazione empatica, riportando invece il discorso dentro il tessuto comune che lega a filo inscindibile relazione e conoscenza:

“Siccome come ho detto prima la forma della relazione è del tutto dipendente dal modo di conoscere, la giustapposizione si spiega con una conoscenza definita obiettiva e per questo concepita sulla netta separazione tra osservatore (medico) e osservato (malato). Quando si dice che il medico deve avere una relazione con il malato in realtà dovremmo dire che il medico dovrebbe modificare la sua forma di relazione giustappositiva in un'altra cioè interattiva quindi relazionale in un altro modo, basata sul fatto che l'osservatore è implicato in ciò che osserva e viceversa. La relazione interattiva tra un medico e un malato è importante perché permette di recuperare gli scarti che si creano tra comunicazione e informazione, cioè permette di mettere in condizione il malato di comprendere fino in fondo i significati che il medico vuole trasmettergli. Nello stesso tempo questo genere di relazione è importante per il medico perché semplicemente gli consente di conoscere meglio e di più il proprio malato. In generale possiamo dire che se l'informazione fosse creata dalla relazione (tra un medico e il suo malato) allora l'informazione avrebbe l'effetto delle scelte che si decidono nella relazione. La relazione necessaria a produrre significati, quindi informazione, organizza l'informazione organizzando se stessa; per essa vale la reciprocità, grazie alla quale, un medico e un malato, ad esempio, interagiscono tra loro. In questi casi ribadiamo che il messaggio (per esempio di un medico in una relazione terapeutica) interagendo con il suo interlocutore produce un significato cioè qualcosa che lo convince ad attenersi alle sue istruzioni” (46).

Il secondo equivoco è rappresentato dal termine “based” cioè il ricondurre la conoscenza di una complessità ad un fondamento, nel caso ebm ad una evidenza scientifica proposta come verità dogmatica, nel caso dell’nbm alla comunicazione ridotta a sola narrazione di storie. Dire che l’nbm è “basata” sulla comunicazione è come dire che essa è basata sul racconto nudo e crudo dei fatti. I fatti da narrare sono clinici più che personali e in quanto tali essi rappresentano le evidenze della comunicazione ma non la realtà mentale del malato, meno che mai la sua individualità e ancor meno il suo pensiero.

Il terzo equivoco si basa sulla riduzione del concetto di competenza linguistica al mero concetto di competenza comunicativa. Si tratta di ridurre la grande questione del linguaggio alla questione molto più piccola della comunicazione ignorando tutte le questioni di cui ho parlato prima (lo scarto tra comunicazione e informazione, la riduzione del malato a trivial machine) (46).

Che cos’è dunque l’opzione narrativa intesa scientificamente come potenziamento delle possibilità di prevenzione, diagnosi, cura?

È mutamento di paradigma. È riconoscimento della scienza medica come scienza filosofica, epistemologica, competenza ermeneutica, *meta-metodo*. Ovvero: capacità di *pensiero complesso* in medicina (82-88). Il che vuol dire includere/incarnare le questioni proprie dello studio dei sistemi viventi complessi e della seconda cibernetica (consapevolezza della crucialità dei *contesti* intesi come luoghi sia fisici che simbolici, coscienza *ecologica* dei processi di salute e malattia, ricerca di *interconnessioni* ed *interdipendenze*, non solo *analisi*, *scissioni*, *scorporazioni* come uniche forme del pensare e dell’agire preventivo, diagnostico, terapeutico).

Ovvero? Intelligenza sistemica che studia i fenomeni non recidendo ma connettendo sintomi a identità, luoghi, tempi, culture, non scomponendo ma congiungendo narrazioni a rappresentazioni, rappresentazioni ad azioni. Non è effettivamente *soltanto* competenza bensì... *metacompetenza*: nervo che attraversa e sostiene tanto le competenze di relazione quanto quelle di conoscenza.

Questa è condizione necessaria ma non sufficiente. Per illustrare Il paradosso di questa necessità ma insufficienza narrativa può essere utile un richiamo analogico, appunto, paradossale: il personaggio partorito dalla scrittura televisiva, muovendo dalla logica abduittiva (89): il cerbero, allusivamente persino autistico, *dottor House*. Paradossalmente, appunto, Gregory House, pur nella totale assenza di capacità comunicativa, ha chiaramente una postura sistemica, complessa, narrativa. Perché ha un *progetto conoscitivo verso il paziente* (90) *ascolta* la biografia del paziente oltre il mero allineamento dei sintomi, che infatti non registra in modalità lineare ma riporta in modo radiale sulla sua lavagna incrociando lì evidenze e ombre, deduzioni, induzioni, abduzioni (91). E non a caso, quasi sempre la “soluzione” della malattia – *rebus* – che dunque si rivela sempre come problema di conoscenza, di conoscenza e insieme relazione – è a “casa” del paziente: il ri-

scontro oggettivo da solo non risolve, non esaurisce, non sostituisce la semeiotica medica (92-93). Semeiotica che può dirsi *scientificamente narrativa* ove si incarni in una forma *abduktiva, claudicante* come House (94): ricerca sempre interdipendente tra dati oggettivi e loro configurazione nei pattern soggettivi, dove, allora, la “competenza narrativa” non è solo espressione ed accoglienza di parole ma meta-costrutto che coglie la complessità dell’identità storica, situata, narrante di *chi* è malato. E di *chi* cura e curando conosce e conoscendo cura.

Un punto ultimo. Il più importante

Un linguaggio medico che sia in grado di interrogare/ascoltare anche sé stesso, che sia accogliente non nel senso della sola ricettività (95-101), un linguaggio narrativo che stia a pieno titolo nei processi di prevenzione e cura perché in grado di essere non violento, ovvero, fedele non solo a sé ed al proprio delirio di onniscienza (102) (la salute umana passa attraverso l’accoglienza della propria identità e della propria estraneità: espressione che tiene insieme, biologicamente, non solo metaforicamente, tanto la salute psichica quanto quella organica).

Per un medico la competenza narrativa sistemicamente connotata si rivela allora cruciale voltura: ridurre i *bias* di conferma e gli errori nel ragionamento clinico (103-104), richiede proprio questa particolare sana, sanante, salutogenica forma di narrazione a sé stessi, innanzitutto: non un linguaggio narrativo qualsiasi, riconducibile a forme comunicative espressive ed accoglienti, a tecniche di comunicazione efficace ed empatica, ma un linguaggio che sia plurimo, congetturale, ipotetico.

La sistemicità della narrazione, la sua estetizzazione, la sua possibilità di mutazione, risultano così per la medicina cruciali non soltanto riguardo i *curati* ed i *curabili*. Ma anche, sotto la medesima stroboscopica lente, per i *curanti*: in quanto parte e non *super partes* nei processi di conoscenza e relazione che costituiscono ogni cura, diagnosi e prevenzione. Così, la medesima spirale fertile è *sistemicamente necessaria* anche al medico ascoltatore e narratore delle *sue* stesse parole e rappresentazioni.

Sicché non è possibile slegare le pratiche in medicina – e tutte, tutte le pratiche, anche quelle apparentemente soltanto tecniche, o soltanto tecnologiche – dalle questioni filosofiche, antropologiche, neuropsichiche che riguardano le posture epistemiche di ogni medico. Di ogni medico al cospetto di sé stesso, del suo ragionamento, del suo narrarsi salutogenicamente o meno, vissuti, propri ed altrui, di malattia, salute, cura, fallimento, riuscita, vita, morte. Non è possibile occuparsi ed interrogarsi di MN senza studiarne le implicazioni e le tracce trascendenti che, senza perdita di ricaduta empirica, la attraversano: il che significa, scientificamente, eticamente, interrogarsi sul *potere* delle *parole* (105) e dunque sul *potere* delle *parole*, *tanto* dei medici *quanto* dei pazienti, in medicina. E, allora, intendere la Medicina Narrativa né come tecnica né come cura palliativa. La

narrazione a cui essa rinvia – la precipua competenza narrativa che evoca – è maturità linguistica, antropologica, epistemica del medico (14, 106) che mediante il lavoro sulle parole del paziente e sulle sue stesse, apprende e ri-apprende costantemente a considerare il nesso tra natura e cultura che inscindibilmente attraversa le *cose umane*. *Cose umane*, che mai sono *cose* ma sempre e solo *relazioni*, sistemiche interdipendenze (79-81, 107). Ed è questo il *subject precipuo, complesso, sistemico*, di cui la medicina si occupa, essendo ben più che scienza della riparazione, tecnica della prevenzione dei *guasti* e della cura dei *guastati* (108-110).

Così la medicina narrativa può potentemente configurarsi come procedura decisiva anche nei processi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, rispondendo alla domanda che al terzo punto qui era rivolta: *narrare sistemicamente*, tanto per il medico, quanto per il paziente, significa imparare a *stare e pensare sistemicamente* tra cura e malattia, tra morte e vita, in prospettiva complessa (106, 111-112), e dunque salutogenica.

Ovvero con una domanda che è sistemica perché ci consegna realtà e complessità di una lampante evidenza: le parole non hanno poteri magici né gli incantesimi hanno mai guarito le malattie ma, anche, le parole consentono l'accesso e la trasformazione di mondi interiori altrimenti impenetrabili, accessi e trasformazioni che sono decisivi e determinanti per i processi di prevenzione, diagnosi e cura. Le parole sistemiche ampliano le possibilità di analisi, relazione, conoscenza. E dunque di salute. Non sono le narrazioni in sé a guarire o a prevenire: ma ciò che di esse facciamo, decidiamo di farne. Se le usiamo come varchi ed esplorazioni, e le dischiudiamo come si fa con un melograno, accediamo ad una postura sistemica. Se le utilizziamo per suturare, immobilizzare, stabilizzare avranno solo il fine reazionario del contenimento, rinunciando, su più versanti, all'apprendimento, al cambiamento, alla evoluzione. In una parola: alla salute.

Così, importare la complessità della narrazione sistemica in medicina implica, ancora e potentemente come allora, il posizionamento delle ricerche e delle pratiche dentro le cornici che ci ha lasciato Foucault (113-114), precorrendo gli approdi che oggi le neuroscienze ci consegnano in ordine al legame tra mente, corpo, significati, rappresentazioni, variabili tutte implose/esplose dentro le nostre narrazioni, che *non-sono-solo-parole* ma sempre, *mondi*: grovigli di mondo interno e mondo esterno, *rappresentazioni* che chiedono, per la salute e il suo mantenimento, d'essere riconosciute come tali e, come tali, d'essere, insieme coi corpi, al centro dello sguardo stroboscopico di una medicina narrativa, complessa, sistemica (115-116).

Sicché la MN è opzione filosofica, etica, scientifica, politica, non solo pratica, metodo o strategia comunicativa. È opzione al prendersi cura del potenziale d'azione, tanto salutogenico quanto patogenico, delle parole.

(Ufficialmente questo scritto potrebbe chiudersi qui, col rigo di sopra. Ma indugio sul secondo snodo della spirale dell'apprendimento trasformativo ed affido ad una parentesi la

rappresentazione estetica che mi sembra connettere il nesso tra Medicina e Linguaggio... all'eredità che ci ha lasciato Calvino nelle sue Lezioni Americane:

A volte mi sembra che un'epidemia pestilenziale abbia colpito l'umanità nella facoltà che più la caratterizza, cioè l'uso della parola, una peste del linguaggio che si manifesta come perdita di forza conoscitiva e di immediatezza, come automatismo che tende a livellare l'espressione sulle formule più generiche, astratte, a diluire i significati, a smussare le punte espressive, a spegnere ogni scintilla che sprizzi dalle parole con nuove circostanze (...).

Ma forse l'inconsistenza non è nelle immagini o nel linguaggio soltanto: è nel mondo. La peste colpisce anche la vita delle persone, la storia delle nazioni, rende tutte le storie informi, casuali, confuse (...).

Non m'interessa qui chiedermi se le origini di quest'epidemia del linguaggio siano da ricercare nella politica, nell'ideologia, nell'uniformità burocratica, nell'omogeneizzazione dei massmedia, nella diffusione scolastica della media cultura. Quel che mi interessa sono le possibilità di salute (117).

In connessione sistemica a lui risuona quanto Chandra Livia Candiani, – poetessa, dunque esperta di narrazioni estetiche, trasformative perché antiossidanti (dato il *modus* dello sguardo stroboscopico che appartiene al linguaggio estetico) (79-81, 118-120) – rispondeva tempo fa ad una curiosa, insolita domanda postale da un acuto intervistatore:

- Cosa è urgente per te?

- Salvare la parola.

La parola è in via d'estinzione. Non dice più. Forse informa, talvolta comunica, ma trasmette quasi mai. Tocca cosa? Dove? Non voglio una parola che accende emozioni né che spiega, voglio che mi risvegli, che mi metta sulla via, che mi derubi di quello che so già...⁴.

Un impegnativo programma salutogenico per la Medicina Narrativa nelle sue progettazioni di prevenzione e di cura. *Salvare la parola.*

Riconnettere i discorsi di medicina alle *Cose Umane*: indistricabili questioni di conoscenza e relazione.

4. <https://lapoesiaelospirito.wordpress.com/2013/01/27/livia-candiani-salvare-la-parola/>

BIBLIOGRAFIA

1. Piccirilli M. Empatici si nasce o si diventa?. Bollettino Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Perugia, 2017: 18-19.
2. Zannini L. Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura. Milano: Cortina Raffaello; 2008.
3. Gasparetti Landolfi S. Le medical humanities nella formazione alla relazione terapeutica. Riflessioni Sistemiche, 2012; 7:172-182.
4. Scarponi T. Scienza o umanità?. Bollettino Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Perugia, 2016-2017: 4-7.
5. Kleinman A. The illness narratives. Suffering, healing and the human condition. New York: Basic Books; 1988.
6. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative Based Medicine. Dialogue and Discourse in Clinical Practice. London: BMJ Books; 1998.
7. Greenhalgh T. Narrative based medicine in an evidence based world. British Medical Journal, 1999; 318(5): 323-325.
8. Charon R. Narrative Medicine: Form, Function, and Ethics. Annals of Internal Medicine January, 2001; 134(1): 83-7.
9. Charon R. Narrative medicine. Honoring the Stories of Illness. New York: Oxford University Press; 2006.
10. Bert G, Quadrino S. Parole di medici, parole di pazienti. Roma: Il Pensiero Scientifico; 2002.
11. Bert G. Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura. Roma: il Pensiero Scientifico Editore; 2007.
12. Bert G. Medicina narrativa e sistemi umani: dar voce all'incertezza. Riflessioni Sistemiche, 2009; 1: 171-178.
13. Bert G. Vertigine sistemica. Appunti di un medico perplesso. Riflessioni Sistemiche, 2015; 7: 147-154.
14. Good BJ. Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente. Torino: Einaudi; 1999.
15. Williams I. Autography as Auto-Therapy: Psychic Pain and the Graphic Memoir. Journal of Medical Humanities, 2011; 32(4): 353-366.
16. Garrino L. La medicina narrativa nei luoghi di formazione e di cura. Milano: Centro Scientifico Editore; 2010.
17. Garrino L. a cura di Strumenti per una medicina del nostro tempo. Medicina narrativa, Metodologia Pedagogia dei Genitori e International Classification of Functioning (ICF). Firenze: Firenze University Press; 2015.
18. Castiglioni M. La parola che cura. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2016.
19. Antonovsky A. A salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International 1996; 11(1): 11-18.
20. Nilsson L, Lindström B. Learning as a Health promoting process: The salutogenic interpretation of the Swedish curricula in state education. Internet Journal of Health Promotion 1998; URL: <http://rhpeo.net/ijhp-articles/1998/14/index.htm>.
21. Bengel J, Strittmatter R, Willmann H. What keeps people healthy? The current state of discussion and the relevance of Antonovsky's salutogenic model of health. Research and Practice of Health Promotion, Volume 4. Cologne: Federal Centre for Health Education; 1999.
22. Lindström B, Eriksson M. Salutogenesis. Journal of Epidemiology and Community Health 2005;

- 59: 440-442.
23. Lindström B, Eriksson M. From health education to healthy learning: implementing salutogenesis in educational science. *Scand J Public Health* 2011; 39(6 Suppl):85-92.
 24. Petzold TD, Lehmann N. Salutogenesis, globalization, and communication. *International Review of Psychiatry* 2011; 23(6): 565-575.
 25. Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer G, Pelikan JM, Lindström B, Espnes GA. *The Handbook of Salutogenesis*. Cham: Springer International Publishing; 2016.
 26. Lindstrom B. Cogliere l'opportunità - un approccio salutogenico alla Sanità Pubblica. *La Salute Umana* 2017; 266: 6-9.
 27. Garista P. L'ombrello della salutogenesi per connettere benessere e apprendimento. *Riflessioni Sistemiche* 2017; 16: 59-69, p. 60.
 28. Bruner JS. A narrative model of self-costruction. In: Snodgrass JG, Thompson RL. *The Self Across psychology: Self-recognition, self-awareness, and self concept*. New York: N.Y. Academy of Sciences; 1997.
 29. Fosha D, Siegel D, Solomon MF. *Attraversare le emozioni. Neuroscienze e psicologia dello sviluppo. Volume I*. Milano: Raffaello Cortina; 2011.
 30. Fosha D, Siegel D, Solomon MF. *Attraversare le emozioni. Nuovi modelli di psicoterapia. Volume II*. Milano: Raffaello Cortina; 2012.
 31. Siegel DJ. *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano: Raffello Cortina; 2001.
 32. Siegel DJ. *Mindsight*. Milano: Raffaello Cortina; 2010.
 33. Siegel DJ. *Mappe per la mente. Guida alla neurobiologia interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina; 2014.
 34. Woods A. The Limits of Narrative: Provocation for the Medical Humanities. *Medical Humanities* 2011; 37:73-78.
 35. Corbally M, Grant A. Narrative competence: A neglected area in undergraduate curricula. *Nurse education today* 2016; 36: 7-9.
 36. Munari A. *Il sapere ritrovato. Conoscenza, apprendimento, formazione*. Milano: Guerini e Associati; 1993.
 37. Maturana H, Varela F. *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*. Venezia: Marsilio; 1985.
 38. Maturana H, Varela F. *L'albero della conoscenza*. Milano: Garzanti; 1987.
 39. Maturana H, Varela F. *Macchine ed esseri viventi. L'autopoiesi e l'organizzazione biologica*. Roma: Astrolabio; 1992.
 40. Watzlawick P. *La realtà della realtà*. Roma: Astrolabio; 1976.
 41. Watzlawick P. *Il linguaggio del cambiamento*. Milano: Feltrinelli; 1986.
 42. Watzlawick P. a cura di *La realtà inventata*. Milano: Feltrinelli; 1988.
 43. Glasersfeld von E. *Radical Constructivism: A Way of Knowing and Learning*. London & Washington: RoutledgeFalmer; 1995.
 44. Zeki S. *La visione dall'interno. Arte e cervello*. Torino: Bollati Boringhieri; 2003.
 45. Zeki S. *Splendori e miserie del cervello*. Torino: Codice Edizioni; 2010.
 46. Cavicchi I. *Il linguaggio della salute. La comunicazione medico-paziente. La questione dei cambiamenti di paradigma in FNOMCEO* ed. Atti del Convegno Nazionale, Comunicare in sanità: relazione di cura e cura della relazione; Siena, 15 luglio 2017. *La Professione. Medicina, Scienza, Etica e Società*; Roma: FNOMCEO, 2017. 45-98, pp. 70-71; 73-74; 85-86; 74.
 47. Ingrosso M. a cura di *La salute come costruzione sociale*. Milano: FrancoAngeli; 1994.

48. Ingrosso M. La salute come processo e cura di sé. *Riflessioni Sistemiche* 2011; 5: 182-194.
49. Ingrosso M. La cura come sistema multidimensionale. *Riflessioni Sistemiche* 2012; 7: 34-46.
50. Mezirow J. Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza ed il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti. Milano: Raffaello Cortina; 2003.
51. Formenti L. La formazione autobiografica. Confronti tra modelli e riflessioni tra teoria e prassi. Milano: Guerini e Associati; 1998.
52. Formenti L. Pensare e allestire contesti formativi. *Connessioni* 2002; 11: 9-24.
53. Formenti L. a cura di Attraversare la cura. Relazioni, contesti e pratiche della scrittura di sé. Trento: Erikson; 2009.
54. Formenti L. Mettersi in gioco: quando raccontare è trasformare. In Alastra V, Batini F. a cura di *Pensieri circolari. Narrazione, formazione e cura*. Lecce: Pensa Multimedia; 2015.
55. Formenti L. *Narrazione e trasformazione*. Milano: Raffaello Cortina; 2017.
56. Formenti L. Conoscenza di sé e cambiamento: paradossi e sfide della scrittura auto/biografica. *Riflessioni Sistemiche* 2012; 6: 55-66.
57. Formenti L, Caruso A, Gini D. a cura di *Il diciottesimo cammello*. Cornici sistemiche per il counselling. Milano: Raffaello Cortina; 2008.
58. Damasio A. *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*. Milano: Adelphi; 1995.
59. AaVv. Centro Nazionale Malattie Rare - Istituto Superiore di Sanità. Consensus Conference "Linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative". www.iss.it/cnmr. 2015.
60. Cappelletti A. Ogni vita è un sistema. *Narrazione di sé e approccio sistemico*. *Riflessioni Sistemiche* 2018; 18: 14-28.
61. Morin E. *Il metodo. Ordine, disordine, organizzazione*. Milano: Feltrinelli; 1983.
62. Cecchin G, Apolloni T. *Idee perfette. Hybris delle prigioni della mente*. Milano: FrancoAngeli; 2003.
63. Bertolini G, Massa R. a cura di *Clinica della formazione medica*. Milano: FrancoAngeli; 2003.
64. Zannini L. *Il sapere medico*. In Bertolini G, Massa R. a cura di *Clinica della formazione medica*. Milano: FrancoAngeli; 2003.
65. Striano M. Processi conoscitivi e agire professionale. *Narrazione e sviluppo nei contesti di pratica*. *Pedagogika* 2006; (10)5: 24-27.
66. Striano M. Per un'educazione al pensiero complesso. *Bollettino* 159 Sfi; 2009.
67. Striano M. Reconstructing narrative: A new paradigm for narrative research and practice. *Narrative Inquiry* 2012; (22)1: 147-154.
68. Scardicchio AC, Prandin A. *Parole disarmate. Ricerche estetiche, didattiche narrative*. Foggia: Edizioni del Rosone; 2017.
69. Frank AW. The rhetoric of self-change. *Illness Experience as Narrative*. *The Sociological Quarterly* 1993; 34(1): 39-52.
70. Frank AW. *The wounded storyteller: body, illness, and ethics*. Chicago: University of Chicago Press; 1995.
71. Frank AW. The standpoint of a storyteller. *Qualitative Health Research*, 2000; 10(3): 354-365.
72. Frank AW. *Illness and Autobiographical Work: Dialogue as Narrative Destabilization*. *Qualitative Sociology* 2000; 23(1): 135-156.
73. Strollo MR. *Prospettiva sistemica e modelli di formazione*. Napoli: Liguori; 2003.
74. Telfener U, Casadio L. *Sistemica. Voci e percorsi della complessità*. Torino: Bollati Boringhieri; 2003.

75. Foerster von H. Sistemi che osservano. Roma: Astrolabio; 1987.
76. Foerster von H. Costruire una realtà. In Watzlawick P. a cura di La realtà inventata. Milano: Feltrinelli; 1988.
77. Varisco BM. Costruttivismo socio-culturale. Genesi filosofiche, sviluppi psico-pedagogici, applicazioni didattiche. Roma: Carocci; 2004.
78. Keeney BP. L'estetica del Cambiamento. Roma: Astrolabio; 1985.
79. Bateson G. Verso un'ecologia della mente. Milano: Adelphi; 1976.
80. Bateson G. Mente e natura. Un'unità necessaria. Milano: Adelphi; 1984.
81. Bateson G. Una Sacra Unità. Altri passi verso un'ecologia della mente. Milano: Adelphi; 1997.
82. Morin E. Introduzione al pensiero complesso. Milano: Sperling & Kupfer; 1993.
83. Bocchi GL, Ceruti M. a cura di La sfida della complessità. Milano: Feltrinelli; 1988.
84. Bocchi GL, Ceruti M. Origini di storie. Milano: Feltrinelli; 2000.
85. Bertalanffy Von L. Teoria generale dei sistemi. Fondamenti, sviluppo, applicazioni. Milano: Mondadori; 2004.
86. Riva MG. Il lavoro pedagogico come ricerca di significati e ascolto delle emozioni. Milano: Guerini e Associati; 2004.
87. Contini MG, Fabbri M, Manuzzi P. Non di solo cervello. Educare alle connessioni mente-corpo-significati-contesti. Milano: Raffaello Cortina; 2006.
88. Morin E. La conoscenza della conoscenza. Milano: Feltrinelli; 1993.
89. Peirce C. La ragione abduktiva. Il Protagora, 6; 1984.
90. Fiorentino M. Della stupidità nella pratica medica. Pro manuscripto, Roma; 2018.
91. Blitris. La filosofia de dottor House. Milano: Ponte alle Grazie; 2007.
92. Vineis P. Nel crepuscolo della probabilità. La medicina tra scienza ed etica. Torino: Einaudi; 1999.
93. Marrone G. a cura di Il discorso della salute. Verso una sociosemiotica medica, Milano: Meltemi; 2005.
94. Scardicchio AC. Curare, Guardare. Lo sguardo della cura, la cura dello sguardo. Milano: FrancoAngeli; 2018.
95. Mortari L. Ecologicamente pensando. Unicopli: Milano; 1998.
96. Mortari L. Aver cura della vita della mente. Firenze: La Nuova Italia; 2002.
97. Mortari L. Il pensare riflessivo nella formazione. Roma: Carocci; 2004.
98. De Mennato P, Orefice C, Branchi S. Educarsi alla "cura". Un itinerario riflessivo tra frammenti e sequenze. Lecce: Pensa Multimedia; 2011.
99. De Mennato P. Medical Professionalism and Reflexivity. Examples of training to the sense of 'duty' in medicine. Educational Reflective Practices, 2012; 2: 15-33.
100. De Mennato P. Lo spazio del sapere personale nella formazione medica. *Medic* 2016; 24(1): 28-36.
101. Zannini L. Salute, malattia e cura. Teoria e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari. Milano: FrancoAngeli, 2003.
102. Ceruti M. La fine dell'onniscienza. Roma: Studium; 2015.
103. Crupi V, Gensini G, Motterlini M. a cura di La dimensione cognitiva dell'errore in medicina. Milano: FrancoAngeli; 2006.
104. Pravettoni G, Vago G. a cura di Medical decision making: decidere in ambito sanitario. Milano: McGraw-Hil; 2011.
105. Austin J.L. Come fare cose con le parole. Genova: Marietti; 1974.
106. Gadamer HG. Dove si nasconde la salute. Milano: Raffaello Cortina; 1994.
107. Morin E. Il paradigma perduto. Che cos'è la natura umana?. Milano: Feltrinelli; 1994.

108. Cosmacini G. Il mestiere di medico. Storia di una professione. Milano: Raffaello Cortina; 2000.
109. Russo MT. La ferita di Chirone: itinerari di antropologia ed etica in medicina. Milano: Vita e pensiero; 2006.
110. Zuppiroli A. Riduzionismo medico e senso della cura. In Marrone G. a cura di Il discorso della salute. Verso una sociosemiotica medica, Milano: Meltemi; 2005.
111. Gadamer HG. Verità e metodo. Milano: Bompiani; 1990.
112. Manghi S. La conoscenza ecologica. Attualità di Gregory Bateson. Milano: Raffaello Cortina; 2004.
113. Foucault M. Questa non è una pipa Milano: SE; 1988.
114. Foucault M. Nascita della clinica. Torino: Einaudi; 1998.
115. Pristipino C. Sistemi viventi, medicina basata sulla complessità e cure personalizzate. Riflessioni Sistemiche 2013; 9: 139-152.
116. Pristipino C. La nascita della medicina sistemica tra vincoli e possibilità. Riflessioni Sistemiche 2014; 11: 76-190.
117. Calvino I. Lezioni americane. Milano: Adelphi; 1985, p. 58.
118. Morelli U. Mente e Bellezza. Milano: Edizioni Umberto Allemandi; 2010.
119. Carmagnola F. La specie poietica. Teorie della mente e intelligenza sociale. Milano: Mimesis eterotopia; 2000.
120. Carmagnola F, Senaldi M. Synopsis. Introduzione all'educazione estetica. Milano: Guerini Studio; 2005.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno