

Antonia Chiara Scardicchio

# CURARE, GUARDARE

Epistemologia  
ed estetica dello sguardo  
in Medicina



## Educazione e politiche della bellezza

collana diretta da Francesca Antonacci, Monica Guerra, Emanuela Mancino e Maria Grazia Riva

### Comitato scientifico

Jurij Alschitz, *European Association for Theatre Culture, Berlin (Deutschland)*

Maresa Bertolo, *Politecnico di Milano*

Cheryl Charles, *Children & Nature Network, Minnesota (USA)*

Mariagrazia Contini, *Università di Bologna*

César Donizetti Pereira Leite, *Universidade Estadual de São Paulo (Brasil)*

Maurizio Fabbri, *Università di Bologna*

Marcello Ghilardi, *Università di Padova*

Ana Lucia Goulart de Faria, *Universidade Estadual de Campinas (Brasil)*

Elena Luciano, *Università di Parma*

Susanna Mantovani, *Università di Milano-Bicocca*

Paolo Mottana, *Università di Milano-Bicocca*

Marisa Musaiò, *Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano*

Silvia Nogueira Chaves, *Universidade Federal do Pará (Brasil)*

Lola Ottolini, *Politecnico di Milano*

Chiara Panciroli, *Università di Bologna*

Núria Rajadell-Puiggròs, *Universitat de Barcelona*

Pier Giuseppe Rossi, *Università di Macerata*

Michela Schenetti, *Università di Bologna*

María Ainoa Zabalza-Cerdeirina, *Universidad de Vigo (España)*

Franca Zuccoli, *Università di Milano-Bicocca*

L'educazione è espressione di una sensibilità politica capace di trasformare il mondo a partire dalle sue molteplici possibilità. La bellezza è intesa come apertura di responsabilità, non solo teoretica ma soprattutto espressiva, di quelle parti che fuori o dentro al soggetto ancora possono nascere o mutare, producendo cambiamento, senza incorrere in pretese di gradevolezza, completezza o modellizzazione.

Al fine di intercettare e promuovere pensieri e pratiche che testimoniano l'interdipendenza delle dimensioni etica ed estetica, la collana accoglie studi e ricerche che esplorano le questioni e gli eventi educativi come espressioni di quella vitalità creativa e poetica capace di far affiorare nel mondo le connessioni tra i singoli, le comunità e i contesti.

Educazione e politiche della bellezza percorre itinerari metodologici, ermeneutici e teorico-filosofici lungo i quali il pensiero e la prassi possano essere sempre più capaci di progettarsi e progettare trasformazioni sensibili come orizzonti dell'educare.

La collana si rivolge a studenti, educatori, insegnanti, formatori, studiosi, professionisti della relazione e a quanti vivano e intendano proporre, per sé e per gli altri, la bellezza come forma vivente dell'apprendimento.

Tutti i volumi pubblicati sono sottoposti a referaggio in doppio cieco.

Antonia Chiara Scardicchio

# CURARE, GUARDARE

Epistemologia ed estetica  
dello sguardo in Medicina

Educazione e politiche della bellezza

**FrancoAngeli**

## *Indice*

<b>Prefazione. L'interstizio tra umano e scientifico,</b> di <i>Christian Pristipino</i>	pag. 9
---	--------

### **Parte prima**

#### **La cura dello sguardo di chi cura**

<b>1. Questioni di sguardi</b>	» 15
<b>2. Umano, troppo umano</b>	» 21
<b>3. La vertigine della lista</b>	» 26
<b>4. Umanità del medico, umanità della Ministra</b>	» 29
<b>5. Non vedere di non vedere</b>	» 34
<b>6. Pensare, credere</b>	» 42
<b>7. Interdipendenze (Il cielo in una stanza)</b>	» 47
<b>8. Una ricerca del medico su sé stesso</b>	» 52
<b>9. La guerra dei mondi?</b>	» 63
<b>10. Sguardi obliqui in medicina</b>	» 68
<b>11. «Lo spaesamento, l'oscillazione»</b>	» 74
<b>12. L'Umano. Scientificamente?</b>	» 78
<b>13. Il medico e le sirene</b>	» 82
<b>14. Cambia lo Sguardo. Lo Sguardo Cambia.</b> <b>Esercizi di visione (e visioni) per la medicina</b>	» 89

**Parte seconda**  
**Contrappunti**

<b>Contrappunto 1</b>	pag. 93
Inquadrature	
<b>Contrappunto 2</b>	» 96
Imparare a guardare	
<b>Contrappunto 3</b>	» 104
L'enigma della forma	
<b>Contrappunto 4</b>	» 107
«Il territorio dell'immagine che sfugge al discorso»	
<b>Contrappunto 5</b>	» 110
Angeli e diavoli	
<b>Contrappunto 6</b>	» 117
L'illusione del controllo	
<b>Contrappunto 7</b>	» 118
«Una cosa piccola non è una piccola cosa»	
La vocazione a una osservazione ravvicinata	
<b>Contrappunto 8</b>	» 123
Accettare di interrogare il modo in cui pensiamo	
<b>Contrappunto 9</b>	» 131
Monologo del Non So	
<b>Contrappunto 10</b>	» 134
L'illusione della previsione	
<b>Contrappunto 11</b>	» 135
Sguardi, cecità	
<b>Contrappunto 12</b>	» 143
Claudicanze	
<b>Conclusione</b>	» 145
Ancora il medico claudicante	
<b>Post scriptum bio-professionale</b>	» 149
<b>Bibliografia</b>	» 151
<b>Ringraziamenti</b>	» 171

## 5. Non vedere di non vedere

*Fausto Coppi [...], di ritorno da una battuta di caccia in Africa si ammalò gravemente.*

*Venne consultato un grande clinico che sentenziò: polmonite virale ipertossica.*

*Venne curato di conseguenza e morì.*

*Il corridore francese Germinari accusò gli stessi sintomi e si rivolse al suo medico di famiglia.*

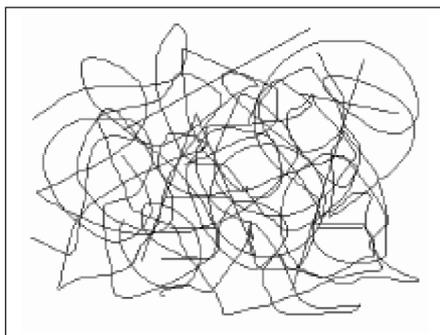
*Questo lo visitò e, saputo del suo viaggio in Africa, sospettò che fosse malaria, prescrisse il chinino e il malato guarì.*

Francesco Sartori

Con Wittgenstein, come nell'analisi illuminata di Mori (2008, pp. 2-4), giochiamo con questa esemplificazione: siamo al cospetto di una figura-*rebus* e al primo impatto non ne cogliamo il senso e alcuna logica visione.

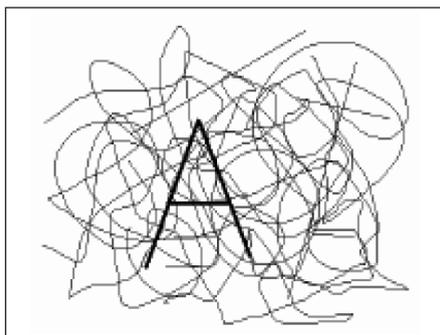
Un *rebus* da decifrare. Una metafora del reale e, in fondo, del paziente-mondo che giunge al cospetto del medico-osservatore.

Fig. 1 - Figura rebus



Dopo un po' di studio e osservazione, arriva la "soluzione" e dal groviglio emerge una sensata visione:

Fig. 2 - Soluzione n. 1



Vista la A (*eureka!*) il soggetto alla ricerca di senso è pago di quel che ha visto e trovato sensato.

Eppure, scrive opportunamente Mori, quando arriva la certa «chiara rappresentazione» questa non corrisponde alla buona notizia della 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.

In altri termini: l'aspetto perspicuamente rappresentato, risolvendo l'iniziale esitazione e la perplessità di fronte all'insensatezza del groviglio, diventa una sorta di attrattore percettivo" [...].

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, 2011b, p. 27).

Vedere *altrimenti* coincide dunque con «provare a sbarazzarsi della familiarità» con l'istituto.

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-una-lista) ma, anche, a raggiera, verso ciò che di nuovo e ancora sconosciuto quel conosciuto potrebbe rendere conoscibile.

Giustamente continua Mori: «per quale ragione l'osservatore dovrebbe farlo?».

Rispondo con un passaggio di Zuppiroli:

modificare quello che un computer chiamerebbe il nostro Default. Il medico non deve operare un ascolto selettivo, accogliendo i dati e le informazioni che quadrano con la narrazione clinica già predisposta in lui dalla formazione tecnica specifica. E il medico non è mai un neutro dr. Rossi qualsiasi, ma il risultato di una complessa costruzione mentale, che comprende ciò che il paziente sa o crede di sapere dello stato della scienza medica nel mondo e in Italia, del Servizio sanitario nazionale, degli ospedali, dei medici, e infine, anche di quel particolare medico hic et nunc... (2005, p. 104).

Straordinariamente hanno scritto Cecchin e Apolloni (2003) proprio a proposito dei nostri *default*, ovvero della nostra naturale tendenza a rendere le nostre idee *perfette*, e dunque inscalfibili, immobili, *listate*. E questo è proprio del pensare irriflesso: categorizzare e fare di quelle categorie cornici *incrostate*. Lo hanno scritto in riferimento alle narrazioni dei pazienti psichiatrici. Ma anche, e soprattutto, intorno alle narrazioni in psichiatria: alle diagnosi dei medici, quelli sani.

C'è una riflessione che delinea più chiaramente il quadro che sto provando a tratteggiare:

L'anamnesi setaccia la soggettività del paziente in base alle conoscenze tecniche del medico: egli può decidere se il sintomo riferito ha un significato, se può essere inserito in un quadro patologico codificato o se è un sintomo comune a più quadri morbosi. Si pongono domande alla ricerca di altri sintomi che possano confermare le ipotesi che si vanno considerando e si cercano successivamente attraverso l'esame clinico i segni che possano obiettarle. Tutto ciò a patto che il sintomo sia stato chiaramente riconosciuto – una mancanza di respiro, una palpitazione, un dolore localizzato, un gonfiore, una mancata funzionalità – consentendo così un orientamento.

I sintomi vaghi, poco chiari, quelli che restano fuori da un quadro logico riconosciuto, vengono scartati in via pregiudiziale come impossibili o si svalutano come non funzionali. Tutti i clinici sanno che quando i pazienti descrivono i propri sintomi si concede loro una oralità vigilata che non si discosti troppo da ciò che è stato stabilito come pertinente dal sapere medico; tutti i dottori imparano che non si può consentire una eccessiva libertà di espressione, pena il vacillare dell'applicabilità dei modelli di spiegazione fisiopatologica dei sintomi. Valga a dimostrazione di ciò l'irritazione che molti dottori avvertono spesso, senza riuscire a dissimularla, di fronte a certe fantasiose narrazioni sintomatologiche e l'equivalente senso di frustrazione dei pazienti di fronte a medici che “non ascoltano”.

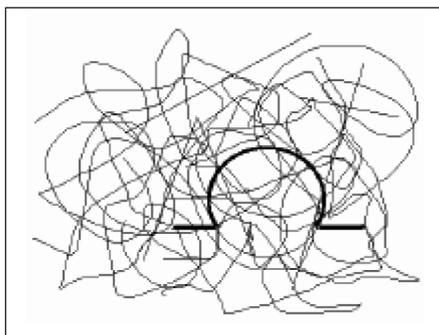
In effetti alcuni pazienti descrivono i loro malesseri in termini che risultano al medico inconcepibili; quando manca il concetto di un sintomo, non si può né

comprenderlo né, tantomeno, accettarlo. Accade che clinici posti di fronte a malattie dalla sintomatologia proteiforme (sclerosi multipla, LES, neurinomi, distiroidismi, Cushing ecc.) ritardino la diagnosi per non aver saputo concepire la percezione fisica riferita. E cosa dire dei sintomi di possibile origine neurologica – parestesie, formicolii, vertigini, difficoltà alla deglutizione ecc. – che lasciano i medici perplessi e incerti perché comuni a molte cosiddette patologie funzionali? E quando il sintomo non suggerisce nessuna possibilità, che cosa se ne fa? L'ascolto di registrazioni di colloqui clinici ha dimostrato che le interpretazioni che i medici ne danno riescono a essere altrettanto fantastiche quanto le descrizioni dei pazienti.

Dunque la necessità di affrontare il tema delle rappresentazioni. Il sintomo e il discorso della salute. Le rappresentazioni e le narrazioni di salute e malattia. Una fondazione neurobiologica della soggettività in Medicina generale (Bernabé, Benincasa, Danti, 2005, pp. 109-110).

Ma voglio fare l'avvocato del diavolo del mio stesso ragionamento e allora io stessa sottoscrivo la domanda: per quale ragione un medico dovrebbe considerare competenza anche l'attitudine al dubitare delle sue studiate percezioni, per quale ragione l'interrogazione, pur dopo aver trovato risposta al groviglio, dovrebbe rientrare nel curriculum di formazione in medicina?

Fig. 3 - Soluzione n. 2



Per imparare a vedere anche *altro*.

Scorgere anche *altro*, oltre alla A, corrisponde a 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 (fig. 3), dopo la A, ci riporta particolari meditazioni. Le riprendo da Mori (2008):

(1) [...] come lo stesso Wittgenstein [...] osservava, 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 e non posso prendere sul serio chi me le mostri [...] (Mori, 2008, p. 3).

(3) Cercare un aspetto "sensato" nel guazzabuglio e poi finalmente riuscire a "vedere" la A implica la ricerca di una "rappresentazione chiara" che finalmente trattiene lo sguardo. Se però lì si arresta, l'osservatore crederà di aver trovato la verità. O, meglio, la sola verità. La sua.

Sviluppare una modalità di pensiero complessa, sistemica, *estetica*, coincide con l'accettazione della «fine dell'onniscienza» (Ceruti, 2015) e allora con la competenza – che è anche ragionamento clinico – che coincide col passaggio verso lo smottamento della propria percezione e il riuscire a muovere dal dire: «Vedo A!» al dire «Vedo questo come A» (Mori, 2008, p. 4).

(4) Apprendere a disapprendere significa precisamente riuscire a divincolarsi dalla coazione che una rappresentazione, una volta istituita, può esercitare sull'occhio dell'osservatore. Può prodursi una sorta di chiasma tra l'occhio e la figura: l'istituente (l'occhio) diventa istituito, quando la figura vista gli preclude la visione di altre rappresentazioni possibili; l'istituente (la figura) diventa perciò istituente, in quanto vincola e dà forma al vedere.

(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, p. 71).

Così, mentre, come già Byron Good aveva scritto, le medicine occidentali insegnano precipuamente cosa *vedere* e cosa *non vedere* per eliminare l'incertezza "rumorosa", proprio quel "rumore" può essere invece risemantizzato: e considerato *perturbante* sì, ma *necessario*. *Informazione*: il rumore non come disturbo ma come ulteriore elemento di altrimenti impensata conoscenza.

Il limite più potente del ragionamento clinico è «l'ignoranza di second'ordine» (von Foerster, 1987, p. 5): 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 si rivela, ancora, come da sempre, un problema tanto materico quanto filosofico: interrogarsi intorno al proprio sguardo è questione *epistemologica* (Zannini, 2003a). Eppure, quando al medesimo convegno di cui sopra ho narrato l'infelice riflessione della ex Ministra utilizzai questa parola nel corso di uno *speech* intorno alle competenze metariflessive 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* in un congresso di Medicina. Ecco qua: la sintesi più eloquente della più pericolosa delle scissioni che ci appartengono.

E dire che interrogarsi intorno al proprio fare e intorno al proprio pensare è competenza scientifica al cuore di ogni progetto di formazione in età adulta che non si esaurisca con la tecnica.

Lo ha descritto con nitidezza e sapienza più volte Maura Striano, nelle sue ricerche lungimiranti e potenti, e da esse traggio qui il discorso che fonda la connessione tra studio delle epistemologie e questioni inerenti l'evoluzione professionale. Striano chiarisce scientificamente quella "particolare" linea di ricerca che assume come fuoco di indagine le *epistemologie* personali e professionali:

Possiamo così intendere per “epistemologia” sia il modo in cui un soggetto individuale o collettivo costruisce, negozia, usa la conoscenza, sia anche la posizione epistemica assunta da tale soggetto nei processi conoscitivi, nonché il modo in cui la conoscenza viene da esso rappresentata, costruita/decostruita, negoziata, trasferita, utilizzata.

Mentre l'indagine sulle “epistemologie personali” mette a fuoco il rapporto che i diversi soggetti intrattengono con la realtà, la collocazione epistemica che vengono ad assumere in essa (in quanto passivi spettatori e recettori di informazioni oppure in quanto attivi costruttori del mondo fenomenico cui danno “forma” conoscendolo ed agendo in esso...) le modalità e le strategie cognitive privilegiate, le credenze, le rappresentazioni e le “teorie” (più o meno “ingenua” o di senso comune) circa il conoscere, il suo valore, la sua spendibilità e viene ad interessare in modo privilegiato i processi di insegnamento/apprendimento, quella sulle “epistemologie professionali” mette invece a fuoco il modo i cui i professionisti costruiscono, trasferiscono ed usano conoscenza nell'ambito delle loro pratiche nonché il ruolo e la funzione che i processi conoscitivi svolgono nel loro agire e viene ad interessare in modo privilegiato i processi di apprendimento individuali e collettivi realizzati nei contesti di lavoro e di vita quotidiana; in questo ambito di ricerca, particolare attenzione è dedicata a forme di conoscenza “tacita”, “implicita”, “pratica”, che permeano in modo spesso inconsapevole le routine e le pratiche dei professionisti in situazione nonché ai processi di apprendimento in esse implicate (Striano, 2012, p. 2).

Sicché, introdurre il tema dello sguardo<sup>1</sup> in un discorso epistemologico intorno alle competenze mediche non ha nulla di melenso o disincarnato: implica, materialmente, lo studio scientifico dei *propri processi di ragionamento clinico*. È questa la pre-condizione della *scienza*. E, anche, forse paradossalmente, la pre-condizione dell'*umanità*. Guardare il proprio sguardo in una relazione implica l'assumere ogni propria analisi e descrizione come ipotesi sempre mobile (stare nell'incertezza *radicale*, secondo l'indicazione di Licata) e considerare ogni paziente – anche quando ci appare *semplice* e lo leggiamo *banale* al punto tale da stare nella media e nella mediana più familiari – come caso sempre, irriducibilmente, unico, *misterioso*, con un tasso di indeterminazione *graziatamente* – non soltanto *disgraziatamente* –

1. Ovvero: la domanda epistemica! Apparentemente-fuori-luogo in questioni di medicina, apparentemente questione solo da corsi in filosofia, rappresenta, invero, il cuore della formazione di ogni professionista delle relazioni di cura, giacché costituisce la competenza cruciale di chi è in grado di compiere ricerca non solo sull'*altro* – destinatario del suo intervento – ma anche su sé stesso. Come scrive la Striano, riprendendo la fondazione costruttivista della ricerca neuroscientifica e psicopedagogica internazionale: «la dimensione epistemica risulta essere costitutiva di quella operativa, alla quale offre una fondamentale cornice di riferimento, un imprescindibile sostegno cognitivo, un essenziale spazio di riflessione, che consente di ritornare sui corsi di azione e sulle prassi realizzate, di costruire conoscenza in e su di essi» (Striano, 2012, p. 3). La domanda epistemica è garanzia di miglioramento continuo, postura di movimento, identità in evoluzione, risposta cerebrale in forma creativa, non solo riproduttiva.

irriducibile. Forse è la certezza a generare mostri. Ovvero: “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 affermazioni impossibili: ma non le ho inventate. Decine e decine di volte, in varie parti di geografie diversissime della mia nazione, ho recepito analogo racconto. Delirio del *trial* e incredibile suo contrario: approssimazione generata proprio dal *modus* della *quantofrenia* e del «voyeurismo dell’esattezza» (Angelini, 1986).

*Il giovane tenente di un piccolo distaccamento ungherese nelle Alpi inviò un’unità di ricognizione nella desolata terra di ghiaccio. Immediatamente prese a nevicare e continuò per due giorni: l’unità non tornava.*

*Il tenente soffriva, temendo di aver spedito i suoi uomini incontro alla morte.*

*Ma al terzo giorno l’unità rientrò. Dove erano stati?*

*Come avevano ritrovato la strada?*

*“Sì, – dissero – ci consideravamo persi e aspettavamo la fine.*

*Ma poi uno di noi trovò in tasca una mappa.*

*Questo ci tranquillizzò.*

*Ci accampammo, lasciammo passare la tempesta di neve e poi con l’aiuto della mappa riuscimmo ad orientarci.*

*Ed eccoci qui”.*

*Il tenente chiese in prestito questa straordinaria mappa e la esaminò attentamente.*

*Scoprì con grande stupore che non si trattava di una mappa delle Alpi, ma dei Pirenei.*

Karl E. Weick

*Siamo noi a costruire gli approcci metodologici in grado di farci cogliere un aspetto della natura piuttosto che un altro, e abbiamo un’attitudine selettiva nei confronti delle configurazioni ricorrenti che tendiamo a connettere alla rete di informazioni che possediamo.*

*Il ruolo dell’osservatore non è quello di un registratore di dati né di un automatico utilizzatore di forme platoniche, ma quello di costruttore e gestore dinamico dei modelli che costituiscono l’habitat di un problema.*

Ignazio Licata

## 6. Pensare, credere

*Molti esami superflui nascono dal fatto che un numero sempre maggiore di colleghi medici non solo non ha il tempo, ma davvero non è più capace di visitare un paziente.*

*Anamnesi frettolosa e approssimata... Osservazione, palpazione, percussione, ascoltazione sì e no...*

*E poi chi davvero sa ancora riconoscere, ad esempio, uno schiocco d'apertura della mitrale?*

*Certo, è più comodo prescrivere eco e raggi a pioggia, col rischio che poi ci si crede a prescindere.*

Giorgio Bert

*Esiste una realtà organizzata secondo leggi precise, strutturata in livelli, indipendente dall'osservatore?*

*La "mappa" che i nostri modelli riflettono a quale "territorio" corrisponde?*

*Questa domanda esula dalle possibilità dell'artigianato metodologico della scienza.*

*Non diversamente dall'artista, lo scienziato costruisce "teatri mobili della conoscenza, pensando con l'errore", ma nulla possiamo dire del mondo al di fuori delle nostre rappresentazioni, anche se "qualcosa" che risponde alle nostre domande c'è.*

*Diceva Robert Nozick che la realtà è quella cosa che fa "resistenza" ai miei desideri e, aggiungiamo noi, ai nostri modelli.*

Ignazio Licata

Scrivo tutto questo pensando a taluni percorsi di formazione "umana" in medicina diluiti in buone pratiche per "farci amare e risparmiarci le denunce dei pazienti" o "sedare l'ansia" e soprattutto "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 a un corso di formazione alla comunicazione in medicina, dal discorso di apertura del presidente dell'Ordine dei Medici di quella provincia). Percorsi di formazione alle relazioni di cura dove le narrazioni intorno alle *proprie* procedure di pensiero e relazione divenga-

no la possibilità di consapevolezza del *punto* di osservazione da cui si sta osservando: come *guardo*? Cosa *non guardo*? (cfr. Bert, Quadrino, 2002, p. 252).

La domanda non è romantica, bensì scientifica, e pure quantistica:

l'osservatore, come è ormai acquisito da tempo nella scienza, “vede” attraverso i suoi modelli, rilevando ciò che si aspetta di rilevare. Processo noto per il mondo animale da un punto di vista fisiologico, bastando pensare agli ormai celebri studi sull'occhio della rana capace di vedere solo un certo tipo di movimento (quello tipico dei moscerini, sue prede).

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 (computazionale nell'ipotesi computazionalistica) (Minati, 2009, p. 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 (Crupi, Gensini, Motterlini, 2006; Pravettoni, Vago, 2011; Motterlini, 2005). *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 la cornice in sé a generare errori clinici gravi, ma la sua maggiore o minore *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, 1984, 1997; Manghi, 2004), pur avendo un riscontro che proviene da un esame diagnostico “oggettivo”.

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, Bateson, 1987, pp. 148-149).

Questo, in termini di ragionamento clinico, oltre a impedire di vedere quel che a volte è davvero sotto gli occhi, comporta, ahimè, anche il vedere quel che non c'è.

Lo aveva già scritto Dewey (1961), e lo aveva già teorizzato Merleau-Ponty (1989, 1993, 2003): *pensare è credere*, non possiamo vedere le cose *completamente nude* perché *il nostro sguardo le avvolge*. Ecco, la

neurobiologia contemporanea ha validato le sue intuizioni. Sicché scientificamente ora sappiamo che curiosamente proprio la fede nella scienza oggettiva coincide col suo contrario: la perdita di oggettività; le immagini presunte, presuntuose, diventano profezie, o meglio restrizioni di osservazione. Tendiamo a vedere solo quel che *già conosciamo*<sup>1</sup>.

E *il conosciuto* diventa il più grosso limite all'acquisizione di nuove informazioni, configurazioni, nessi. Se qualcosa di nuovo viene intravisto, l'attenzione focalizzata tende a escluderlo.

Al riguardo c'è, nella tradizione Gestalt, un insegnamento cruciale in ordine al come non esista *oggetto* che possa venir umanamente percepito slegato dal suo *sfondo*:

Fig. 4



Che io, osservando il centro della figura qui sopra posta, veda più facilmente la lettera B, oppure più agevolmente il numero 13, dipende, irriducibilmente, dal cosa guardo *intorno*. E quel che *io guardo* intorno non è tutto quel che realmente esiste: è ciò che a me così appare, quel che a me così si *configura*: quel che io, per mia natura/cultura tendo a focalizzare.

Focalizzare: parrebbe una competenza d'altissimo pregio, sottolineando analisi e attenzione premurosamente orientate. Eppure, per umana modalità cerebrale, ogni qualvolta focalizziamo, nel centrare lo sguardo su di un *punto*, stiamo, al contempo, sottraendo sguardo ad *altro*. Focalizzando perdiamo visione. E il pericolo sta nel fatto che tendiamo a focalizzare non

1. «Il proprio punto di vista diventa “vincolante”»: «ha cioè, valore posizionale, utilizza teorie consapevoli della professione, insieme a teorie “nascoste” sul proprio ruolo e sul “destino” delle proprie azioni»; «così il nucleo della formazione si concentra nel mettere a nudo gli atti costruttivi del pensiero» (De Mennato, 2016, p. 30).

una volta un punto e un'altra magari un altro: no, il nostro cervello si specializza e tende a focalizzare smettendo di esplorare. Focalizza quel che gli è familiare guardare (Lotto, 2017).

Sembra troppo astratto discutendo di medicina?

Matteo Motterlini lo ha brillantemente illustrato, in uno dei suoi sapienti studi dedicati proprio all'analisi degli errori clinici:

[...] uno dei motivi per cui è possibile che sopravvalutiamo sistematicamente ciò che sappiamo è il fatto che sopravvalutiamo sistematicamente ciò che sapevamo o che avremmo potuto sapere.

L'esperienza di tutti i giorni ci insegna che c'è una grossa differenza fra predire gli sviluppi futuri di una situazione e spiegare il corso di eventi già accaduti. Col senno di poi, infatti, siamo tutti più bravi.

Gli esseri umani sembrano avere una speciale attitudine a dare senso agli eventi passati, descrivendoli come conseguenze inevitabili (o quasi) di condizioni che erano presenti fin dall'inizio. Talvolta, questo nostro peculiare talento ci induce a credere fallacemente che fatti già avvenuti si sarebbero potuti (o dovuti) prevedere, data la situazione nota in anticipo. Quello che chiamiamo "senno di poi" si fonda spesso su un fatalismo riguardo al passato che è il frutto inconsapevole e fuorviante di uno sguardo retrospettivo. Questo fenomeno è noto agli psicologi cognitivi come *hindsight bias*, vale a dire una sorta di "distorsione retrospettiva del giudizio" messa in luce in una serie di ingegnosi lavori sperimentali da Baruch Fischhoff (1975, 1980).

L'*hindsight bias* proietta sul piano della pratica medica le considerazioni di senso comune esposte in precedenza, e mette in evidenza come ragionare con il senno di poi possa incidere negativamente sull'affidabilità dei giudizi, e ridurre seriamente le possibilità di imparare dall'esperienza clinica (Motterlini, 2005, p. 122).

I medici devono far fronte a una realtà complessa e incerta, e scenari come quelli appena descritti possono essere facilmente riprodotti nel contesto clinico. Per esempio, un medico, di fronte a un paziente con un certo quadro clinico, può elaborare la diagnosi in maniera scorretta o prescrivere un trattamento inadeguato. L'osservazione di un esito clinico positivo, che è comunque possibile per diverse ragioni (come un recupero spontaneo), può incoraggiarlo a procedere nello stesso modo in un successivo caso simile. Viceversa, un esito sfortunato può indurre un medico a mettere erroneamente in discussione un'inferenza diagnostica o una scelta terapeutica corretta, basate su conoscenze e ragionamenti solidi, e a modificare in peggio la sua pratica successiva. Ragionare con il senno di poi può quindi corroborare pratiche inadeguate, e suggerire l'abbandono ingiustificato di pratiche appropriate. Imparare dal passato può sembrare semplice e intuitivo; in realtà è un percorso pieno di insidie (ivi, p. 125).

In tal senso, l'apparente blasfemia dell'«attenzione non focalizzata» suggerita dalla Mortari (2006) diventa anche in medicina competenza cruciale. Essa implica l'imparare a guardare – e dunque continuare a esplorare

anche quando si è paghi – visioni/versioni *non evidenti*, a dare credito persino alle controintuizioni. L'obiettivo cuore della formazione sistemica in medicina è tutto qua: imparare a vedere *anche altrimenti*. Depistarsi, sì (Formenti, 2017).

In questo senso la competenza *umana* c'entra rigorosamente con questioni *scientifiche*. Ovvero *epistemologiche*. E di metodo, sì. Ma un metodo particolarissimo che non coincide con la deificazione di sé stesso, non coincide con prodotto e de-finizione ma con processo e costante riformulazione. Così la De Mennato descrive codesta *expertise* medica – che è contemporaneamente mentale e comportamentale, epistemica e pratica –: «rivedere le proprie premesse» (2011, p. 63).

Questa competenza coincide con «la capacità dei singoli osservatori di *vedere altrimenti* da come vedono» (Mori, 2008, p. 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 riguarda 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* naturali dovuti alla “umanità” del medico.

Ma è dentro quello stesso punto di vulnerabilità – l'umano, appunto –, è proprio dentro questa cecità che, paradossalmente, si radica anche un incredibile potenziale di visione.

## 9. La guerra dei mondi?

«Ognuno vede quello che sa».  
Scusi non lo avevo visto.  
Intonaco a vista.  
Pagabile a vista.  
R è un cretino che ha ogni tanto nello sguardo  
un lampo di stupidità.  
Il bandito S ha lo sguardo dolce.  
T ha l'occhio di pesce.  
La signorina U vede ogni venerdì alle otto la Madonna.  
Vediamoci, siamo così diversi.  
Non vedo l'ora. Vedremo.  
Apri l'occhio.  
Si allontanò e scomparve alla vista.  
Una svista.  
Visto e approvato.

Bruno Munari

Esiste un paziente *guardato*.  
Ed esiste un medico *guardante*.  
Esiste un paziente *letto*.  
Ed esiste un medico *lettore*.

*Guardante* = *Interpretante* (De Mennato, 2011, pp. 36 ss.). E dunque con la necessità delle medesime competenze d'ermeneutica di cui necessita chi sta al cospetto di un'opera d'arte che, complessa come il testo dell'umano che siamo, richiede competenze analitiche come condizioni necessarie ma non sufficienti per poterci leggere, conoscere, guardare. 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.

Anzi, a voler essere onesti in termini di acquisizioni neuroscientifiche: non esiste il *mio* mondo e non esiste il mondo *del* paziente: nessuno di questi esiste *in sé*. Esiste solo il terzo: lo spazio interstiziale in cui questi mondi vengono l'uno nello sguardo dell'altro. È così che posso concepire come tra le mie competenze cliniche io possa e debba annoverare non solo saperi disciplinari e pratiche tecniche e manuali ma anche la meta-pratica e la meta-conoscenza che mi giungono dal pormi domande non solo intorno all'altro ma anche intorno a me stesso e al campo che si crea nell'interstizio tra me e l'altro-da-me che ogni volta guardo: qual è il mio *modello* di paziente? E il mio *modello* di *questa* malattia? E qual è il *modello* di me-in-relazione a *questo* paziente? Ho bisogno di imparare a guardare il

mio stesso sguardo. Sapendo bene che, per mia natura, cieca è una zona che irriducibilmente – tanto fisicamente quanto metaforicamente – mi appartiene. Sì, la mia retina ha un buco: eppure non lo vedo, perché il mio cervello lo riempie, lo colma. E questo dato biologico si rivela oltremodo significativo rispetto ai modi di riempimento delle nostre routine di pensiero, azione: *prigioniero della mia descrizione* (Edelman, Tononi, 2000, p. 250), dentro la mia lista/mappa/cornice – che resta sempre immobile e immutabile finché la cecità non viene vista – non vedrò null’altro se non il già-conosciuto. Sempre-visto. Visto-così.

La postura della ricerca estetica è allora la postura del medico che accetta, come l’attore di Stanislavskij (2008), epistemicamente e situatamente di lavorare su sé stesso. E no, non per sviluppare competenze di distacco, recitazione o d’imperturbabilità. E neppure il loro contrario: invischiamento, dissoluzione del confine, immedesimazione. «Conoscere il luogo dal quale conosciamo», come nella esortazione di Wittgenstein: connessione, coscienza di ogni connessione, ricerca senza sosta contemporaneamente sull’altro e sul sé-in-relazione-a-quell’altro. Competenza antropologica. E competenza ermeneutica. Possono rientrare signora ex Ministra, nella sua 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?

Le risulterebbe possibile riconsiderare l’inquadratura di Galeno – «*nul- lus medicus nisi philosophus*» – e considerare filosofia, epistemologia, ermeneutica ed estetica nel quadro di competenze per formare un medico non già all’“umanità” romanticamente intesa ma alla “complessità dell’umano” che lo accomuna all’umano che vuole curare? (cfr. Russo, 2017).

Ritorno così nuovamente al punto di partenza: è davvero utile studiare un sistema complesso con (sole) procedure di pensiero lineari? Può il potere ansiolitico della *lista* arginare la vertigine dell’incertezza radicale?

Forse sta tutto qua «l’assunto antiestetico, derivato dall’importanza che un tempo Bacone, Locke e Newton attribuivano alle scienze fisiche, cioè che tutti i fenomeni possono e devono essere studiati e valutati in termini quantitativi» (Bateson, 1984, p. 285): antiestetico e decisamente autosabotante, perché raggiunge lo scopo esattamente opposto a quello scientifico che alla medicina interessa perseguire – aumentare, e non ridurre, il numero di informazioni necessarie alla diagnosi e alla cura.

Il corpo umano assomiglia più a un testo poetico che a un algoritmo. E no, non volevo scrivere una frase svenevole: era un’osservazione proprio in ordine al suo funzionamento complesso. Frattalico, *fuzzy*, sistemico, sta nella logica poetica perché *poietico*: non con-forme ma *morfofenico*, non immobile ma “emergente”, per dirlo con le espressioni della fisica contemporanea. Restiamo sì, dentro una questione di conoscenza, non so adden-

trarmi dentro questioni di emozione. Restiamo qui, a discutere di poesia col *modus* scientifico della fisica post-moderna: e proviamo a rimetterci davanti al paziente, a quel *particolare* corpo ogni-volta-inedito. E a considerarlo non solo somma algebrica, ma anche *testo*.

E quindi?

Se consideriamo *il corpo del paziente come testo*, testo da leggere e rendere leggibile-intelligibile, chiaramente conosciuto, possiamo, con Marina Sbisà, stare dentro cruciali osservazioni per la pratica clinica:

L'occhio dell'interprete clinico ha come obiettivo far dire al corpo-testo tutto ciò che gli interessa che il corpo-testo dica. Strumenti diagnostici, esami e analisi, radiografie e tac ed ecografie e risonanze magnetiche rendono, o dovrebbero rendere, il corpo-testo trasparente, totalmente privo di opacità non significanti e con ciò non leggibili. Non vi è (o così sembra) alcun mistero, alcun segreto, alcun residuo di non detto o non dicibile, alcuna discrepanza fra ciò che sembra e ciò che è.

Questo atteggiamento nei confronti del corpo-testo ben si combina con la diffusa credenza nell'onnipotenza del medico, verso la quale i medici stessi si comportano con ambivalenza: da un lato l'hanno alimentata in passato e continuano ad avvalersene quando sembra loro opportuno, dall'altro ne subiscono di malavoglia le inevitabili conseguenze in termini di conseguenze legali degli esiti sfavorevoli (se la medicina è in linea di principio onnipotente, ogni esito diverso dal desiderabile è causato da errore umano e con ciò colpevole).

L'equiparazione del corpo a un testo, in medicina, contribuisce così in modo fuorviante a togliere ad ambedue i soggetti coinvolti nella relazione di cura il senso dell'imprevisto, della fallibilità, dell'incertezza (Sbisà, 2005, p. 71).

Eh sì, aveva scritto molto e potentemente al riguardo Foucault (1998): lo sguardo clinico è tema non solo medico, ma anche politico. Questioni di potere lo richiamano con forza. Ma qui provo a restare, ancora, dentro una domanda che riguarda la formazione. Sappiamo da tempo – e già da prima ancora di averne validazione neurobiologica – di avere due differenti modi, due possibilità di sguardi: scienze della *natura* e scienze dello *spirito*.

E sappiamo che la strategia gnoseologica delle scienze della natura consiste nell'extrapolare 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*.

Come prosa e poesia, *spiegazione* e *comprensione*: modo logico e modo a-metodico di procedere nella ricerca. Modalità che abbiamo imparato a considerare come in posizione bellica l'una verso l'altra. Il pensiero binario ci ha istruito a dover scegliere strade univoche, a stare senza oscillazioni su un punto soltanto. Cosa ne è di entrambe nella formazione del medico? Chi ha scelto cosa, come, perché?

Perché formarlo solo al *modus* delle scienze naturali se, invero, 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, cfr. De Mennato, 2011, p. 74). Perché sceglierne uno soltanto se ognuno, da sé solo, è monco e orbo?

Non si tratta allora di scegliere tra Medicina Basata sulla Evidenze o Medicina Basata sulle Narrazioni. Si tratta di apprendere uno *sguardo binoculare*, quello che Bateson identifica come il modo precipuo della posizione sistemica: sguardi obliqui in medicina in grado di tessere insieme la prosa e la poetica che appartengono all'umano. All'umano del paziente, all'umano del medico.

Ecco perché la domanda sistemica intorno alla formazione del medico è una domanda intorno al meta-metodo di ricerca, di interrogazione, di gestione delle proprie visioni, delle proprie pre-visioni: è una domanda intorno alla natura mobile o immobile del proprio *sguardo*.

E siamo di nuovo al punto di partenza.

Che sguardo ho bisogno di imparare per guardare di più e meglio mentre sono in condizioni di dis-equilibrio? Che competenze di sguardo particolare mi occorrono se, per esempio, non sono ferma ma dentro il cestello di una lavatrice?

Di uno sguardo *estetico*.

Dove estetico, nella accezione batesoniana, è proprio lo sguardo abile al movimento, che si muove seguendo il moto perpetuo che appartiene al reale (ed a sé stesso): quello sguardo che per guardare non pretende che il mondo si fermi, o che il Guardato e pure il Guardante giochino al gioco del *morto* (cfr. Mottana, 2002).

Sguardo *estetico* che è, dunque, *sistemico*. Ovvero: cosciente delle interdipendenze e delle connessioni, coglie nessi, ibridazioni, meticciami tra piani, influenze tra organi e interdipendenze tra i livelli, organico, psichico, ambientale. Abilitato, dunque, ad accogliere, non solo scomporre, la complessità.

E come lo si impara?

Un disegno di formazione sistemica in medicina evoca contenuti e forme necessariamente interdisciplinari: il cinema, la letteratura, la poesia, l'arte non sono solo *veicoli*, metodi o tecniche ma *metaparadigmi* (Bateson, 2014): modi complessi di sguardo, modi mobili di visione che esplora visioni (Guerra, 2016). Esercizi epistemici e didattici di abilitazione a 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 e organica: le *forme analogiche* delle scienze

dello *spirito* sono vie di accesso *complesse* alla comprensione delle forme *complesse* delle scienze della *natura*.

La coappartenenza di ragione e mito è la forma estetica di una umanità complessa, mai, mai, mai banale, neppure per un raffreddore soltanto. E allora una tale composita, sistemica, estetica postura occorre al medico «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, 2003, p. 245). E così poter sviluppare, muovendo da questa attitudine sistemica, la competenza estetica – umana, scientifica – del guardare e saper leggere incertezza e dis-equilibrio, e saper entrare e uscire dalla *lista*, dalla *cornice*, dalla *mappa*, come competenza non marginale ma 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...*

*L'analogia forse più immediatamente comprensibile è rappresentata da quello che noi chiamiamo l'“equilibrio” per antonomasia, cioè il mantenersi in posizione eretta sui due piedi. Di fatto, se si presta un minimo di attenzione ai nostri movimenti, ci si rende facilmente conto che per stare eretti noi non ci immobilizziamo in quella che sarebbe la posizione dell'equilibrio fisico tra le forze in presenza – equilibrio d'altronde assai precario perché riposerebbe su due punti d'appoggio soltanto – ma continuiamo invece a oscillare attorno a questo punto instabile, mantenendoci continuamente in uno stato di non-equilibrio, costantemente corretto da un non-equilibrio di segno opposto. In altre parole, è proprio perché stiamo sempre un po' cadendo, che riusciamo a mantenerci in posizione eretta! Gli equilibristi di professione, per esempio, quelli sul filo teso o sulla corda molle, o ancora i trampolieri, lo sanno molto bene.*

*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.*

Alberto Munari

## 10. Sguardi obliqui in medicina

*Si riconosce la vera razionalità dalla sua capacità di riconoscere le proprie insufficienze.*

Edgar Morin

E così, dal dis-equilibrio di ogni lista, mappa, cornice, che passa da immobile a mobile, sarà possibile perseguire anche in medicina forme estetiche di conoscenza. Interstizio d'umano e scientifico.

Ovvero?

Che "l'umanità" si possa apprendere non significa però che essa sia riconducibile a uno o mille corsi inerenti i saperi umanistici e i contenuti delle "scienze umane".

Si può restare non-umani anche con una laurea in psicologia, suavia. Lo sappiamo tutti. Caspita, lo sappiamo tutti, sì, appartiene alla nostra conoscenza/esperienza dell'umano questa chiara consapevolezza che sapere come possedere non muta chi sa, chi possiede quel sapere.

E quindi?

Forse l'umanità, in medicina così come in qualsiasi professione di cura, riguarda una «piccola variazione sulla scienza» (Licata, 2016b).

Per la verità Licata di *variazioni* ne indica più d'una.

Ma qui ho scelto la sola che sento più lontana dagli studi medici che frequento: considerare che il vedere è una grammatica (Kanizsa, 1985) e una grammatica *personale*. E che si può imparare, disimparare, reimparare. Considerare che vedere è credere di vedere e che se non lo si sa, si rischia, pur vedendo, la cecità. Nelle anamnesi, nelle diagnosi, nella cura, nella relazione.

E quindi?

Usare il metodo – qualsivoglia metodo – come strumento e non come Dio. Ché, spesso, la scienza è teologia scientifica.

Allora, forse, l'umanità come competenza può generarsi da una particolare postura: l'opzione *contrometodologica* (Feyerabend, 1979). Perché un metodo in sé cerca pericolosamente di astrarre, ridurre, zippare ogni umano, tanto di chi è curato quanto di chi cura.

Fa paura? Sì.

Lo ha descritto con vigore e chiarezza Lucia Zannini:

Talvolta la necessità di uno sguardo puramente oggettivante è quasi una reazione ad un disagio che viene prima della visione sul corpo aperto [...], disagio provato di fronte alla vertigine che si avverte intravedendo [...] la vastità del sapere medico (2003a, p. 155).

Vertigine.

Vertigine è espressione potente che benissimo descrive lo smarrimento al cospetto di ogni sperequazione. All'incrocio tra quello che sappiamo e quello che non sappiamo, tra quello che vorremmo sapere e quello che non possiamo sapere. Tra quello che dobbiamo e quello che possiamo.

Eppure?

Eppure potremmo re-imparare a stare nel caos, nel non-so, nel forse, nel chiaroscuro. L'opzione sistemica, l'apertura alla complessità richiede epistemologicamente la medesima postura dell'acrobata sul filo. Ovvero? Non la rinuncia alla logica, alla norma, al rigore o al metodo. Ma la rinuncia alla loro sclerotizzazione. L'unico modo che l'acrobata ha per non cadere dal filo è oscillare. Controintuitivo, eppure: l'unico modo per non cadere è davvero basculare, muoversi anziché irretirsi. E allora umanamente e scientificamente comprendere che

l'assenza di metodo non è la caduta nel caos, ma la richiesta energica di strategie e argomentazioni sempre nuove in grado di articolare meglio i problemi più strani e inusuali.

La sfida dell'esperienza contrometodologica che non dovremmo perdere è la possibilità di demitizzare la scienza, toglierle i parametri ideologici e le sovrastrutture, l'aggressività e il dogmatismo miope, e riscoprirla come attività creativa e liberatoria (Licata, 2016a, p. 239).

Questo movimento continuo è la postura mobile di chi è in posizione sistemica. La quale «pur richiedendo metodo, non è riconducibile al Metodo» (Cipolla, De Lillo, 1996, p. 258), se «il Metodo» è una linea retta, senza scampi.

Forse, chissà, allora l'umanità in medicina c'entra con le riflessioni di Gould intorno al pensare – scientifico, non paranormale – come saper stare *fuori dalla linea*:

Io rifiuto decisamente qualsiasi schema concettuale che situi le nostre scelte su una linea e che sostenga che l'unica alternativa a due posizioni estreme si trovi in una posizione intermedia. Punti di vista più fecondi richiedono spesso che, per sottrarci alla dicotomia, usciamo decisamente dalla linea.

Scrivo questo libro per suggerire una terza possibilità, fuori dalla linea [*off the line*]<sup>1</sup>.

*Fuori dalla linea*: non vuol dire illogico. Vuol dire complesso. Multidimensionale. Ecologico. Vuol dire che chiede una logica che tiene insieme classificabile e sfuggente, misura e dismisura, certezza ed esplorazione.

Proviamo allora a leggere questo passaggio di Morin riportandolo alla questione della *conoscenza in medicina*:

Dunque è evidente che in questo senso l'ambizione del pensiero della complessità è di rendere conto delle articolazioni che sono spezzate dai tagli fra discipline, fra categorie cognitive e fra tipi di conoscenza. In realtà l'aspirazione alla complessità tende alla conoscenza multidimensionale. Non è tuttavia quella di dare tutte le informazioni possibili sul fenomeno studiato, ma di rispettare le sue diverse dimensioni: così non bisogna dimenticare che l'uomo è un essere bio-socio-culturale, e che i fenomeni sociali sono nello stesso tempo economici, culturali, psicologici, ecc. Il pensiero complesso, pur aspirando alla multidimensionalità, comporta nel suo cuore un principio di incompletezza e di incertezza. Infatti può formularsi soltanto a partire dal momento in cui opera una rottura radicale con l'idea di conoscenza perfetta. A partire dal momento in cui si comprende che la conoscenza è una traduzione delle variazioni ricevute dai nostri sensi in un linguaggio cerebrale e mentale, a partire dal momento in cui – come dice von Foerster – noi conosciamo delle realtà ma non la realtà, a partire dal momento in cui noi riconosciamo i limiti della mente e del cervello umano così come i limiti che ci impone la nostra cultura *hic et nunc*, allora effettivamente noi sappiamo che il pensiero complesso deve comportare un principio di incertezza e di incompletezza. La complessità è il contrario della completezza, e non la sua promessa come spesso molti credono, cadendo in un fraintendimento. Del resto il pensiero complesso integra le procedure del pensiero semplificante, che sono disgiuntrici e analitiche; il pensiero complesso non segna per nulla un concreto assoluto né una totalità assoluta, e cerca al contrario di stabilire un dialogo meno mutilante con il reale. D'altra parte il problema della complessità non è sorto arbitrariamente o per vizio in una mente tormentata; è stato posto dagli inevitabili sviluppi della conoscenza scientifica moderna<sup>2</sup>.

Ecco il senso e l'urgenza delle *competenze sistemiche* del medico, così come di ogni operatore nelle relazioni di cura, di aiuto, di insegnamento. È lo stesso che aveva indicato Popper: la competenza dell'accogliere l'evidenza della *parzialità* di un punto *statico* di osservazione<sup>3</sup>. È il «bersaglio»

1. J. Gould, *Wonderful life*, p. 47, così citato in Ceruti, 2015, p. 144.

2. E. Morin, *Sur la définition de la complexité, Communication au colloque Science et Pratique de la complexité*, The United Nation University, 1984, in Ceruti, 2015, p. 62.

3. E seguiamo Popper: «... possiamo sì ipotizzare che ogni successione reale di fenomeni procede secondo leggi di natura, ma è importante che ci rendiamo conto che nessuna

indicato da Bateson: non già la «finalità cosciente» (la presunzione di controllo, misura, direzione e previsione chiara) bensì «il *primato* della finalità cosciente», ovvero l'incapacità di riconoscere di ogni nostra visione la sola condizione di *plausibilità* (Melucci, 1998).

Il medico che a quel congresso saltava sulla sedia si scandalizzava che si parlasse di epistemologia a un congresso di medicina. Gli pareva una brutta parola, fuori luogo. Eppure il luogo di ogni nostra epistemologia è il luogo di ogni nostra pratica. E il miglioramento delle pratiche passa attraverso la consapevolezza delle nostre epistemologie (Mortari, 2003, 2004; Schön, 1993; Schön *et al.*, 2006; Striano 2002, 2009). Quelle manifeste e quelle tacite. Le esplicite e le implicite.

Certo, troppo facile per me, adesso, ribadire che Bateson fu proprio al riguardo di questi scandali e questi scandalizzati che scrisse che *chi non sa di avere una epistemologia ha una cattiva epistemologia*. Allora provo a sottrarmi a questo gioco in cui anche io mi posiziono giudicante.

E faccio un passo *a lato*. Di quelli, cari a Bateson, che ti consentono di guardare di più e meglio. Un salto in cui accolgo che, sì, quello scandalizzarsi fu “legittimo”: la prassi consolidata esclude da tempo la filosofia dalla medicina (cfr. Gadamer, 1994; Jaspers, 1995; Cosmacini, 1995, 2000; Russo, 2017). È proprio così e sono io che fatico ad accoglierlo: la “norma” della scienza, quando esclude la complessità (che appartiene allo scienziato tanto quanto alla realtà, al medico tanto quanto al paziente), è quel salto nervoso sulla sedia. Perché se lo sguardo resta fisso su di un punto, incapace di mutare direzione (Zannini, 2003), il Guardante non ce la fa a guardare il *vivente* e preferisce fare e guardare il *morto* (Turner, 1986; Mottana, 2002): la “norma” è allora uno sguardo persino risentito e offeso da quello che non ha mai interamente visto.

Allora, forse, in medicina una certa “umanità” sarà sì, imparabile, se intesa come coincidente con una certa mobilità<sup>4</sup>. Mobilità che coincide con

sequenza, diciamo, di tre o quattro fenomeni connessi casualmente procede secondo *una sola* legge di natura. Quando il vento scuote un albero e fa cadere per terra la mela di Newton, nessuno nega che questi eventi possono descriversi nei termini delle leggi causali. Ma *non esiste una sola legge*, come quella della gravità, né un solo gruppo ben definito di leggi, che possa descrivere la successione concreta degli eventi come una successione di eventi connessi causalmente: oltre alla gravità, dovremmo considerare le leggi che spiegano la pressione del vento, gli scatti del ramo; la tensione nel gambo della mela; i lividi prodotti nella mela dall'urto, i successivi processi chimici, ecc. L'idea che una qualsiasi serie o successione concreta di eventi (a parte i movimenti del pendolo, o del sistema solare, o esempi simili) possa essere descritta o spiegata da una sola legge, o da un gruppo ben definito di leggi, è semplicemente sbagliata» (Popper, 1975, p. 108).

4. Tessendo letteratura medica e interrogazione filosofica, scrive Piccirilli: «una delle cause fondamentali dell'attuale crisi di credibilità della medicina e di sfiducia nella classe sanitaria è proprio l'idea che “le competenze umane o le avete o non le avete”. L'essere

una competenza sovente esclusa dalla serietà della conoscenza di prim'ordine, altra parola esclusa nei convivi di medicina: *creatività*.

Plasticità cerebrale e smottamento interiore, cognitivo ed emotivo, la creatività non è la sorella scema della ragione: essa corrisponde alla mobilità delle nostre cornici consolidate.

Cornici mosse, mobili, mobili: ecco l'indicatore della competenza cruciale nelle epistemologie, nelle relazioni.

Penso a Duchamp e al suo celebre orinatoio. Un importante critico d'arte una volta, quando ancora gli orinatoi nei bagni erano esattamente gli stessi di quello utilizzato dell'artista, disse sapientemente più o meno così: "In questo museo in questo momento ci sono sette orinatoi. Ma *solo uno* è un'opera d'arte". Già.

Perché?

La differenza è questione di *cornice*.

Quelli nei bagni sono lì perché letti/guardati come tali: per la funzione con cui sono nati. Quello nella sala è lì perché, pur essendo lo stesso, identico oggetto, la cornice che lo inquadra ne cambia il significato. Insomma: un gabinetto nel bagno non è un'opera d'arte, uno nel salone di casa sì. Perché?

Perché – ed è lo stesso procedimento di Dalì quando nei suoi quadri posiziona orologi e divani fuori contesto, ovvero nel bel mezzo del deserto – il fuori-luogo è generato da una cornice *mutata*: "questo non è (solo) un orinatoio". Ovvero: "questo non è (solo) un orinatoio. *Ma anche*". Ma an-

umano non nasce buono o cattivo, egoista o altruista, prosociale o antisociale; nasce possedendo la predisposizione a sviluppare ogni tipo di interazione sociale; non si tratta di dicotomie: lo stesso individuo può essere capace dei delitti più efferati e dei più incredibili atti di pietà in risposta alle condizioni emozionali ed al contesto ambientale in cui si trova ad agire (stanco o riposato ad esempio, oppure a casa o in ufficio, oppure sobrio o ubriaco e così via). [...]. Riuscire a superare il convincimento che la cosiddetta umanizzazione della medicina dipenda da imm modificabili caratteristiche individuali di personalità significherebbe nel contempo riuscire a superare gran parte delle questioni che attualmente attanagliano il mondo della sanità e, più in generale, il contesto sociale [...]. L'organizzazione sanitaria, puntando sulla sola perizia tecnica dei professionisti della salute, ostacolando nel contempo – fino ad impedire – le occasioni di sviluppo delle componenti relazionali e comunicative, causa un progressivo impoverimento del sistema specchio e del "cervello empatico" fino alla sua inibizione funzionale (Decety *et al.*, 2010). D'altra parte la didattica universitaria propone modelli di intervento diagnostico e terapeutico in cui non viene preso minimamente in considerazione il ruolo svolto dalle caratteristiche soggettive dei due interlocutori, paziente e operatore sanitario, e ancor meno di valorizzare competenze relative alla capacità di comprendere l'esperienza di un'altra persona, di comunicare questa comprensione e di agire di conseguenza in modo utile (Neumann *et al.*, 2011). Il risultato è una riduzione progressiva degli atteggiamenti empatici/compassionevoli fino ad indurre una sorta di "cinismo" nei confronti della sofferenza (Testerman *et al.* 1996)» (M. Piccirilli, 2017, pp. 18-19).

che? Anche *altro*. Rimanda *ad altro*. *Altro da sé*. Altro oltre la consolidata/ossidata cornice con cui di norma lo guardo.

Sicché mutando *cornice*, anche l'orinatoio matura potere analogico. Questo esercizio proprio dell'arte contemporanea è dunque esercizio creativo, destrutturante-ristrutturante di percezione: abilità di apertura a informazioni del reale e dell'altro-da-sé alle quali mai avremmo altrimenti accesso. In medicina, come in ogni relazione, la creatività, coincidente col pensiero analogico e radiale, potenzia l'osservazione e l'ascolto.

La creatività è allora questione cruciale, non laterale, nei processi di conoscenza, esplorazione, ricerca. E dunque: essa è questione cruciale in ogni professione che evoca competenze di conoscenza scientifica.

Sicché la creatività c'entra con le competenze di diagnosi, di clinica, di relazione. Di *scienza* e di *umanità*: doppio filo, sì.