

# Il medico claudicante

di Antonia Chiara Scardicchio

Scienze della Formazione - Università di Foggia

## Sommario

Il saggio muove da una metafora letteraria, *Palomar* di Italo Calvino, per interrogarsi in merito ai limiti, nella cura come nel ragionamento diagnostico, della medicina che *riduce* e del medico che *astrae da se stesso*. Addita, fuggacemente, la proposta per una formazione in sanità che accolga il vaglio della auto-eco-conoscenza.

## Parole chiave

Sensibilità estetica, cura e ricerca, sguardi e rappresentazioni.

## Summary

The essay moves from a literary metaphor for questioning about limits of medicine that reduce and doctors that abstract from themselves. It points out, briefly, a proposal for a training form in health that accept the test of self-eco-knowledge.

## Keywords

Aesthetic sensivity, care and research, views and constructions.

## Questioni di sguardi

Byron Good (1999, pag. 111) ha scritto che le Facoltà di Medicina occidentale insegnano, primariamente, un modo particolare di vedere o, meglio di *non vedere* il paziente: che è, di fatto, l'istruire a vedere soltanto la malattia e non il malato. Tale sguardo oggettivante, inteso quale garanzia di scientificità, ha fatto sì che "*la teoria medica occidentale*" esaltasse "*le capacità e le abilità connesse alla dimensione tecnica (...) a scapito della capacità e dell'abilità di curare. L'esperto medico è sempre più concentrato sul funzionamento di una singola e specifica parte del corpo umano, ha strumenti sempre più precisi per intervenire in modo microscopico o molecolare sulla patologia, ma rischia di perdere la visione d'insieme (...)*" (Colombo in Bucchi & Neresini, 2001, pag. 155).

Allora mi è venuta in mente una storia.

C'era una volta il signor Palomar, aveva il medesimo nome di un famoso osservatorio americano.

C'era una volta Palomar e c'è ancora. E' un "*sistematore di eccezioni*" (Belpoliti, 2006, pag. 238):

*"... la sua regola era questa: primo, costruire nella sua mente un modello, il più perfetto, logico, geometrico possibile; secondo, verificare se il modello s'adatta*

*ai casi pratici osservabili nell'esperienza; terzo, apportare le correzioni necessarie perché modello e realtà coincidano. Questo procedimento, elaborato dai fisici e dagli astronomi che indagano sulla struttura della materia e dell'universo, pareva a Palomar il solo che gli permettesse d'affrontare i più aggrovigliati problemi umani, e in primo luogo quelli della società e del miglior modo di governare. Bisognava riuscire a tener presenti da una parte la realtà informe e dissennata della convivenza umana, che non fa che generare mostruosità e disastri, e dall'altra un modello d'organismo sociale perfetto, disegnato con linee nettamente tracciate, rette e cerchi ed ellissi, parallelogrammi di forze, diagrammi con ascisse e ordinate. (...)*

*Il modello è per definizione quello in cui non c'è niente da cambiare, quello che funziona alla perfezione; mentre la realtà vediamo bene che non funziona e che si spappola da tutte le parti; dunque non resta che costringerla a prendere la forma del modello, con le buone o con le cattive” (Calvino, 1983, pag. 107).*

Palomar, in fondo, è un sognatore. Come Cartesio, Linneo, Laplace. Palomar è icona e simbolo: del sogno della *misura*, della idea di cura – isomorfica alla scienza galileanamente intesa - che coincide con la previsione ed il controllo:

*“Il signor Palomar è in piedi sulla riva e guarda un'onda. Non che egli sia assorto nella contemplazione delle onde. Non è assorto, perché sa bene quello che fa: vuole guardare un'onda e la guarda. Non sta contemplando, perché per la contemplazione ci vuole un temperamento adatto, uno stato d'animo adatto e un concorso di circostanze esterne adatto: e per quanto il signor Palomar non abbia nulla contro la contemplazione in linea di principio, tuttavia nessuna di quelle tre condizioni si verifica per lui. Infine non sono le onde che lui intende guardare, ma un'onda singola e basta: volendo evitare le sensazioni vaghe, egli si prefigge per ogni suo atto un oggetto limitato e preciso” (Calvino, 1983, pag. 107).*

Soffermare lo sguardo su di un punto: questo è il cuore dell'analisi. Comprendere l'onda guardandone un punto soltanto: questa è astrazione. Mi ha ricordato taluni ortopedici che ho incontrato. Ma non solo. Alcuni taluni ginecologi. E pneumologi. Ecco, la storia di Palomar *“è a tutti gli effetti un'applicazione del metodo sperimentale; dal particolare, complesso e irregolare, si deve astrarre uno schema generale semplice. Così operava Galileo quando mirava ad esprimere le leggi della natura in forma matematica” (Spazzoli, 2000).*

Palomar – poeticamente suo malgrado – mi ricorda la forma della formazione medica occidentale.

Palomar per conoscere riduce: la sua metodologia di indagine è centrata sulla specializzazione.

Il suo obiettivo è la conoscenza intesa come la intendeva Linneo, e tanti dopo di lui: classificare. Conoscere come categorizzare e, dunque, depurare. Dall'altro e da sé. Palomar per conoscere (si) astrae.

Questa *“istanza purificatrice” (Belpoliti, 2006, pag. 93)*, che è la forma della scienza settecentesca – così come la forma della scienza della nostra quotidianità – non è la forma della realtà: e così, al cospetto della complessità dell'onda, che non si riesce a ridurre-scomporre-domare, Palomar:

*“... arriva fino a provare un leggero capogiro e non oltre. L'ostinazione che spinge le onde verso la costa ha partita vinta: di fatto si sono parecchio ingrossate. Che il vento stia per cambiare? Guai se l'immagine che il signor Palomar è riuscito minuziosamente a mettere insieme si sconvolge e frantuma e*

*disperde. Solo se egli riesce a tenerne presenti tutti gli aspetti insieme, può iniziare la seconda fase dell'operazione: estendere questa conoscenza all'intero universo. Basterebbe non perdere la pazienza, cosa che non tarda ad avvenire. Il signor Palomar s'allontana lungo la spiaggia, coi nervi tesi com'era arrivato e ancor più insicuro di tutto.*" (Calvino, 1983, pag. 10).

Al cospetto della complessità degli astri, Palomar si sentirà dunque soverchiato. E l'onnipotenza si trasformerà in impotenza:

*"Questa osservazione delle stelle trasmette un sapere instabile e contraddittorio, - pensa Palomar, - tutto il contrario di quello che sapevano trarne gli antichi. (...) Se lui si obbligasse a contemplare le costellazioni notte per notte e anno per anno, e a seguirne i corsi e i ricorsi lungo i curvi binari della volta oscura, forse alla fine conquisterebbe anche lui la nozione d'un tempo continuo e immutabile, separato dal tempo labile e frammentario degli accadimenti terrestri. (...) Soverchiato, insicuro, s'innervosisce sulle mappe celesti come su orari ferroviari scartabellati in cerca di una coincidenza..."* (Calvino, 1983, pag. 49).

Così descritto, evoca benevolenza... questo delirio quantofrenico/EBM (Evidence Based Medicine) di Palomar, che è il delirio di quella scienza, e quella medicina, che fideisticamente descrive qualsivoglia (s)oggetto di conoscenza a prescindere dal descrittore, il delirio d'essere 'neutri', intangibili, disincarnati... di essere Dio, insomma. Tant'è che, nel corso della sua ricerca, Palomar proverà a diventare *morto*: centra l'obiettivo della scienza e della medicina per la quale l'osservazione è *episteme* – e non *doxa* – se prescinde dall'osservatore. Calvino riprese questa tensione anche in un'altra sua meditazione:

*"Come scriverei bene se non ci fossi! Se tra il foglio bianco e il ribollire delle parole e delle storie che prendono forma e svaniscono senza che nessuno le scriva non si mettesse di mezzo quello scomodo diaframma che è la mia persona!"* (Calvino, 1996, pag. 99).

Ogni volta che la rileggo, ripenso al paradigma di cura che più frequentemente ho incontrato. Anestetico. Sconnesso. Come Palomar impaurito, risponde alla complessità con la statistica (Vineis, 1999).

## **Umano, troppo umano**

*"Il medico contemporaneo si trova così nella stessa condizione dello sciamano, a trattare intrecci di corpo e anima, piccoli e grandi grovigli di dolore fisico, timori e attese; senza però avere dello sciamano la fede nelle energie profonde o supreme che governano il cosmo e il contatto sottile con l'umano che soffre e si interroga. Funzionario del sistema del welfare e nello stesso tempo terminale di un apparato scientifico-tecnologico gigantesco, di cui controlla appena qualche piccola area, il medico si trova a far fronte a una domanda quotidiana che viene dagli strati più intimi della condizione umana: libera nos a malo. Ma non possiede ormai che la sua tecnica, sempre più specializzata e settoriale, per incontrare il dolore o la sua minaccia, per misurarsi con l'aspettativa smisurata dei pazienti che vogliono cancellare la sofferenza e tacitare la paura."* (Melucci, in Ingrosso, 1994, pag. 254).

Se proviamo a riportare alla memoria i convivi narrativi a cui abbiamo preso parte, sicuramente ritroveremo i racconti e le storie di medici e di ospedali: c'è sempre chi ha una storia da raccontare sull'esperienza di relazione con la malattia e coi suoi tecnici. Se dunque muoviamo dalla nostra esperienza di storie, ci accorgiamo che, spesso, nella nostra cultura molte persone utilizzano una particolare espressione per designare un medico da cui si sono sentite accolte/curate: cosa mai vorrà significare, allora, che di un medico o di un infermiere accogliente usiamo dire che è *umano*?! Perché mai proprio l'espressione "umanità" viene scelta come pregnante ed eloquente quando del medico si vuole caratterizzare una competenza che non è solo tecnica? E poi tutti, prima o poi, ci siamo chiesti: è una tale *umanità* dote innata o suscettibile di percorsi formativi? Sicché provo, come da saggezza antica, a comprendere qualcosa a partire dal suo contrario. E mi chiedo: quale mai sarà l'opposto – secondo eraclitea memoria - di *umanità*?

Così, istintivamente, mi viene in mente una sola, altrettanto pregnante ed eloquente parola: "divinità". Sicché scorgo un'immagine, una sua traduzione analogica: è un camice bianco. Vessillo della scienza che *non si sporca*, icona mitica dell'effigie del medico la cui professionalità è direttamente proporzionale alla sua oggettività/*impermeabilità*, alla sua competenza a saper prescindere da quell'inutile e rischioso orpello che è la soggettività, sua e del paziente. Giocattolo del gioco del "*mimare Dio*" (Galimberti, 1999, pag. 9), quel camice bianco è simbolo di una scienza che nella relazione ha scorto la negazione della conoscenza, metafora di una certezza: la scientificità, e, dunque, la professionalità medica, risiede nel raggiungere lo stato *divino* della ab-solutezza: dello staccarsi, disimplicarsi, sollevarsi.

Ed eccola, allora, la formazione medica delle facoltà italiane: una storia di presunzioni, presupposizioni, superstizioni (Manghi, 2004). *Stare-sopra, stare-prima, stare-lontano*: li immaginate Palomar e Cartesio, come Platone e quell'ortopedico sotto casa, mentre cercano professionalmente di prescindere da se stessi, dalla propria *umanità*?

Invero però, l'ortopedico no, non l'ha deciso da sé: così gli è stato insegnato. Delle due forme della conoscenza umana - quella del *significato*, concettuale, e quella del *senso*, esistenziale – a lui è stata indicata la prima come via per la salute/salvezza, propria e degli altri.

Possiamo forse, senza assolutizzare, ma solo ipotizzare che, in molte facoltà di medicina, "...la conoscenza di un significato" si eriga "a spese della connivenza dei sensi" (ibidem)? O, per usare l'espressione di Russel, che la conoscenza promossa sia quella per descrizione (knowledge by *description*), a scapito di quella per familiarità (knowledge by *acquaintance*)?

Significato e senso. Ove: "*il significato rappresenta il correlato della conoscenza come spettacolo, ovvero scienza pura, contemplazione disinteressata, mentre il senso rappresenta il correlato del sapere come connivenza, ovvero comprensione interessata, passione e prassi*" (Galimberti, 1999, pag. 39).

Il "*senso*" è quel particolare tipo di comprensione che si fa compromissione, poiché riguarda la "*frequentazione con le cose del mondo, resa possibile alla nostra vita proprio dagli organi di senso. Ci siamo allontanati dal nostro patire le cose, le situazioni e le vicissitudini, per guardarle distaccati dall'alto della conoscenza, senza esserne toccati, all'insegna del più radicale risparmio emotivo*" (ibidem.)

Quando infatti, Galimberti parla di "*sguardo spassionato*" (ivi, 40), non posso fare a meno di ricordare i tanti sguardi *spassionati* di medici ed infermieri che io stessa, nella mia storia – e quindi, per conoscenza esistenziale, non soltanto concettuale – ho incontrato. Quegli sguardi che sono rappresentazioni, che trasfigurano non soltanto il corpo del paziente ma anche il corpo stesso del medico da contingenza irriducibilmente

patica e storica a simulacro apatico e sterile. E che, dunque, sanno vedere solo quello che sanno spiegare.

E tutto il resto allora sfugge. Sicché lo stesso ragionamento clinico, se resta imbrigliato nel bisogno di standard e protezione, dove l'EBM diventa fine e non più mezzo, perde potere e capacità, oltre che di cura, anche di guarigione.

Il passaggio da una conoscenza concettuale ad una esistenziale implica, allora, non un mero mutamento comportamentale: non si tratta di passare da un *modus aeteticus* ad uno collusivo, non si risolve nell'apprendimento di tecniche di comunicazione efficace! Esso è, prima di tutto, una rivoluzione epistemologica. Un mutamento di sguardo: dal vedere oggetti al vedere relazioni, dal percepire quantità al percepire forme e configurazioni (Bateson, 1976; 1984; 1997). Una visione *stroboscopica*: in grado di cogliere i fenomeni nel loro movimento periodico e non astratti, assoluti, sciolti dal legame con le storie e le identità, che i corpi, e dunque le malattie, ineluttabilmente intrecciano. Cogliarli *slegati* – come sotto un vetrino – è, indiscutibilmente, rassicurante. Ma il punto è che quello sguardo, non cura. E neppure guarisce. Perché vede solo quello che sa. E così perde una infinità di informazioni – sì, proprio quei *dati* tanto cari alla scienza sperimentale classica – che sono decisive per il ragionamento diagnostico e per la clinica.

Il medico contemporaneo, allora, mi ricorda non solo Palomar, ma il censore con la penna rossa di Rodari (1989): Grammaticus è il tenero ritratto delle scienze europee descritto da Husserl. Simbolizza una visione, una epistemologia. E dunque una relazione! Il tragicamente comico maestro rodariano è difatti, icona, comica ed istruttiva, della visione linneana, laplaciana e newtoniana del mondo e della conoscenza umana, ove la scienza (ed ergo, in medicina, la cura) è il contrario dell'implicazione e coincide con l'astrazione. E che corrisponde a quell'altra invenzione rodariana, isomorfa al *modus conoscendi* ed operandi della modernità (Lyotard, 1991), ovvero *“la scienza che si vende e si consuma in bottiglie”* in modo che i bambini, invece di studiare debbano *“mandar giù un bicchiere di storia, qualche cucchiaino di aritmetica”* (Rodari, 1987, pag. 124). Fulminante questa metafora dell'apprendimento *“senza familiarità”*, pregno di significato ma privo di senso, paradigmatico della tabella – retaggio gentiliano - che racchiude il curriculum del medico, come dell'elettrotecnico e del botanico, italiano! Rodari svela epistemologie.

Sembra così che Grammaticus, come Palomar, possa incarnare quella grammatica del *“Pleroma”* che Bateson (1976, 464-484) riprese da Jung per identificare la logica 'semplice' delle forze/urti proprie del moto delle *“palle da biliardo”*: quella che annulla le molteplicità dei livelli di realtà, rifugge le differenze e riconduce la vita – e l'umanità - alle regole della linearità, funzionando solo su un piano monoculare e senza alcuna percezione di circuità: il contrario di quella grammatica della *“Creatura”* che, invece, funziona per comunicazione e differenze, nutrendosi di connessioni ed ibridazioni tra oggetti e piani, sfondi e configurazioni, anche quando all'apparenza illogici e paradossali. Grammatica non testuale ma *“creaturale”*, che coniuga sintassi plurime (Bateson & Bateson, 1989, pag. 281) poiché segue la forma stessa della realtà: pluriplanare. E se la forma della realtà è complessa, pluriverso e connessa, allora perché mai la forma della formazione del medico italiano la deforma?

## Un fico secco

*“Che cosa accade al quadro di un sistema cibernetico - un bosco di querce o un organismo - quando tale quadro è tracciato in modo selettivo per rispondere solo*

*a requisiti di finalità? Si consideri lo stato attuale della medicina. Essa viene definita 'scienza medica', ma in realtà ciò che accade è questo: i medici pensano che sarebbe bello eliminare la poliomielite, o il tifo, o il cancro, e quindi investono denaro e fatiche in ricerche che si concentrano su questi 'problemi' o fini. A un certo punto il dottor Salk e altri 'risolvono' il problema della poliomielite: scoprono una soluzione di bacherozzi che data ai bambini evita loro la poliomielite. Questa è la soluzione del problema della poliomielite, e a questo punto essi smettono di investire in questo problema sforzi e denari e si attaccano al problema del cancro, o a qualunque altro problema. Quindi la medicina finisce col diventare una scienza totale la cui struttura è sostanzialmente quella di un coacervo di trucchi. All'interno di questa scienza c'è una conoscenza straordinariamente scarsa del genere di cose di cui sto parlando; cioè del corpo visto come un sistema autocorrettivo organizzato in modo cibernetico e sistemico. Le sue interdipendenze interne sono pochissimo comprese. È accaduto che i fini hanno determinato ciò che doveva diventare oggetto dell'indagine o della coscienza della scienza medica. Se si lascia che siano i fini a organizzare ciò che diviene oggetto della nostra indagine conscia, ciò che si ottiene sono trucchi, alcuni dei quali magari eccellenti. È straordinario che questi trucchi siano stati scoperti: di questo io non discuto. Pure noi non sappiamo un fico secco, in realtà, del sistema d'interconnessione globale.” (Bateson, 1976, pag. 447)*

Interconnessione sistemica, la cui consapevolezza costituisce quella “*sensibilità sistemica*” che si sostanzia nello sguardo – che è epistemologia, che è relazione - che coglie la combinazione, l'interdipendenza tra più livelli, piani di realtà, scorge *the pattern which connects*: questo lo specifico della postura *estetica*. E, per questo, Bateson le riconosce “*funzione positiva*” nel perseguimento della “*saggezza sistemica*”, intesa come la capacità di “correggere una visione troppo finalistica della vita e nel rendere tale visione più aderente alla nozione di sistema“ (ivi, pag. 182). “*La virulenza*” della “*pura razionalità finalizzata*” difatti “*scaturisce specificatamente dalla circostanza che la vita dipende da circuiti di contingenze interconnessi, mentre la coscienza può vedere solo quei brevi archi di tali circuiti sui quali il finalismo umano può intervenire*” (ibidem).

Sicché, nella visione batesoniana, la saggezza è “*la capacità di sentire o riconoscere la realtà circuitale*” : per questo essa non può esaurirsi nelle forme della conoscenza proprie dell'analisi – in grado di accedere solo a “*brevi archi di tali circuiti*” (ibid.). E dunque la “*carezza di saggezza sistemica*” è, con le parole di Bateson, una forma, pericolosa, di arroganza. La quale, a suo giudizio, “*è sempre punita*”: giacché “*i sistemi nondimeno puniscono ogni specie che sia tanto stolta da non andare d'accordo con la propria ecologia*” (ibid.). Arroganza. Il soggetto-che-conosce non *si*-conosce. Il medico-che-osserva non *si-guarda-mentre-osserva*. Nell'arco di circuito che guarda – considerandolo intero – anestetizza non solo il paziente, ma anche se stesso.

Ancora Palomar

*“In seguito ad una serie di disavventure intellettuali che non meritano d'essere ricordate, il signor Palomar ha deciso che la sua principale attività sarà guardare le cose dal di fuori. [...] Ma come si fa a guardare qualcosa lasciando da parte l'io? Di chi sono gli occhi che guardano? Di solito si pensa che l'io sia uno che sta affacciato ai propri occhi come al davanzale d'una finestra e guarda il mondo che si distende in tutta la sua vastità lì davanti a lui. Dunque, c'è una finestra che si affaccia sul mondo. Di là c'è il mondo; e di qua? Sempre il mondo. Che volete che ci sia? Con un piccolo sforzo di concentrazione Palomar riesce a spostare il mondo da lì davanti e a sistemarlo affacciato al davanzale. Allora,*

*fuori dalla finestra, cosa rimane? Il mondo anche lì, che per l'occasione si è sdoppiato in mondo che guarda e mondo che è guardato. E lui, detto anche "io", cioè il signor Palomar? Non è anche lui un pezzo di mondo che sta guardando un altro pezzo di mondo? Oppure, dato che c'è mondo di qua e di là della finestra, forse l'io non è altro che la finestra attraverso la quale il mondo guarda il mondo.”* (Calvino, 1983, pp. 115-116).

Nella medicina, così come nella scienza, non sono anche io un pezzo di mondo che sta guardando un altro pezzo di mondo? Palomar guarda il mondo ma guardandolo guarda anche se stesso. La mente è contenitore e insieme contenuto. Allora: ciò di cui ha bisogno è una semiotica del suo stesso sguardo (Fabbri & Munari, 2005). La sua autobiografia lo è: epistemologia che muove da, e persino celebra, quello “*scomodo diaframma*”, autotessitura che si interfaccia, si mescola, si ibrida col diaframma di molti altri, scatenando una imprevedibile apertura di possibili con la medesima complessità di un rizoma. (Formenti, 1998). O di una nuvola. Mutante, appunto. E che per questo evoca competenze epistemologiche stroboscopiche.

Si tratta, forse, di imparare a rispondere all' antica esortazione: “*Medice, cura te ipsum!*” diventando consapevoli della propria epistemologia implicita (Polanyi, 1966): smettere di negarla, eluderla, neutralizzarla. Così soltanto si è in grado di accogliere/leggere quella del paziente. E così si muove da una idea di diagnosi e cura che coincide col “*quantificare vissuti e comportamenti*” e col “*rapportarsi a situazioni esistenziali... con una strumentazione relativamente controllabile*”, al “*rapportarsi ad una soggettività usando la propria soggettività come strumento*” (Vico, 1986, pag. 428). Usare “*la propria soggettività come strumento*”: questa la competenza *auto-bio-epistemologica* per “*diventare medici*” - tra “*emozioni, fantasie, conflitti*” - “*non solo abili dispensatori di tecnologie, ma soggetti in grado di contenere una complessità sempre crescente*” (Giusti & Valerio, 2001, pag. 167).

Ogni medico ha una epistemologia

*“Esiste un metodo scientifico per prendere in considerazione e sotto controllo gli oggetti della scienza. Ma non esiste un metodo scientifico per prendere in considerazione la scienza quale oggetto di scienza e ancor meno lo scienziato quale soggetto di questo oggetto.”* (E. Morin)

Allora vale anche per il medico l' assunto, quasi blasfemo per la scienza classica, di cui ha scritto Polanyi (1990) “*la personalità dello scienziato dappertutto partecipa alla realizzazione delle affermazioni scientifiche*”, in virtù di quell' *ineludibile coefficiente personale*, per il quale “*la partecipazione personale del conoscente alla conoscenza che egli ritiene di possedere, avviene all'interno di un flusso di passione*” (pag. 247; pag. 473). Per lo scienziato come per il medico. Tanto che, ove non lo fosse, ove si presentasse una razionalità ‘pura’, la neurobiologia la riconoscerebbe indice e sintomo di una patologia (Damasio, 1995, pag. 244).

Non v'è alcun *conoscente* che, anche volendo, sia *tabula rasa*. *Tabula sempre plena*. Come non v'è neurobiologia senza cultura (ivi, pag. 10), così non v'è conoscenza senza storia (Bruner, 1976; Bocchi & Ceruti; 2000; Fabbri & Munari, 2005), epistemologia senza premessa (Bateson, 1984). Non riconoscerlo è cedere al fascino di una illusione antica quanto l'uomo: “*l'immenso desiderio di raggiungere una conoscenza impersonale*” ha, scrive Polanyi, un altrettanto “*immenso potere di autoinganno*” (1990, pag. 297).

La scienza, come la conoscenza, è dunque - irriducibilmente - biograficamente connotata. E così, vale per ogni ragionamento in medicina l'illuminazione batesoniana: “*... chi pretende di avere una conoscenza diretta, cioè di non avere una epistemologia,*

*ha in realtà una cattiva epistemologia.*” (Bateson & Bateson, 1989, pag. 40). Ovvero esposta al rischio dell’onnipotenza ed alla cecità che sa vedere soltanto quello che aveva *pre-visto*.

Ed ecco perché conviene al medico, tanto quanto allo scienziato, ripercorrere la propria formazione nella sua dimensione autobiografica: indagare la *Teoria di Sé come Osservatore* (von Foerster, 1987), conoscere il luogo dal quale parte (Morin in Ceruti & Preta, 1990), circoscrivere il punto di osservazione dal quale muove (Mortari, 2002), per *diagnosticare*, innanzitutto, quella porzione di realtà che genera ogni sua visione/diagnosi/descrizione, e dunque ogni sua conoscenza e relazione.

Ricostruire la propria “*Auto-Bio-Epistemologia*” (Scardicchio, 2012), per provare, allora, a *guardarsi da fuori*, conoscenza *previa* del proprio paradigma e del suo contesto (Bateson, 1984, pp. 28-30) consapevoli che non esiste cognizione che non sia la “*produzione di un mondo da parte di una storia vitale*” (Varela, Thompson & Rosch, 1992, pag. 242).

Questa la prassi implementata nel 2011 nell’ambito del percorso di formazione in sanità “Comun-I- care”, finanziato dalla Regione Puglia (sanita.osel.it), nella Unità coordinata dall’Università di Foggia. A medici e personale sanitario è stata proposta la scrittura del proprio curriculum in forma narrativa, indagando gli intrecci tra saperi e relazioni, azioni e loro cornici (Sclavi, 2002), in seguito a sessioni di lavoro intorno alla epistemologia sistemica, con particolare riferimento alle intuizioni di Bateson ed alle sue ibridazioni interdisciplinari. Il percorso formativo ha affidato all’aula gli obiettivi conseguibili tramite *description* ed al lavoro individuale differito quelli legati alla knowledge by *acquaintance*. Ripresa la copiosa letteratura nazionale ed internazionale in tema di autobiografia formativa, nella cornice delle teorie della complessità, al termine del corso face-to-face si è proposto ai partecipanti di scegliere, come ‘prodotto’ finale, tra un project work di classica interpretazione ed una scrittura *autobioepistemologica*.

Ha scelto questa opzione il 50% degli ‘allievi’, medici e operatori sanitari con anni di esperienza, provenienti dalle ASL di Foggia e della BAT.

Durante la scrittura, il forum on line ha raccolto i loro feedback, prima che sul ‘prodotto’ che stavano realizzando, su quel particolare – e per molti nuovo – ‘processo’: autoricognizione. Una sosta smobilitante: per provare a *guardare*, prima che il paziente, se stessi.

*"E se fosse che:*

*A) Ciò che possiamo percepire del sé è la metafora di ciò che noi siamo; e*

*B) Noi siamo la nostra epistemologia; e*

*C) Il nostro mondo interiore, il nostro microcosmo, è questa epistemologia; e*

*D) Il nostro microcosmo è una metafora appropriata del macrocosmo?*

*E se fosse che la 'Verità', in un senso amplissimo e per noi preponderante, fosse informazione non su ciò che noi percepiamo (le foglie verdi, le pietre, quella voce, quella faccia) bensì sul processo della percezione? Io vado sempre cianciando di quella che chiamo 'storia naturale' e dico sempre che senza storia naturale ogni conoscenza è morta, opaca o bigotta. E ora di colpo sembra che la storia naturale di quella quercia sia la mia (e tua) storia naturale. O almeno sembra che ci sia una storia naturale macrocosmica a cui tutte le piccole storie naturali si conformano a un punto tale che, se se ne capisce una piccola, si hanno le indicazioni per capire quella grande."*

G. Bateson



## Una ricerca del medico su se stesso

I medici ed operatori sanitari partecipanti al percorso di scrittura del proprio curriculum *auto-bio-epistemologico* hanno dichiarato, nella fase di valutazione finale, di aver appreso *conoscenze su di sé*. E che queste hanno potenziato le loro capacità professionali. Ecco dunque il paradosso – ma solo apparente – tra auto ed eco-conoscenza! Esistono solo scienze umane, sintetizzava Feyerabend (1979).

Riconoscere l'irriducibile soggettività di ogni poiesi umana, finanche scientifica e quindi medica, accogliendo le indicazioni costruttiviste, insieme a quelle proprie della fisica quantistica, circa l'impossibilità, in quanto incarnati, di stare "al di sopra del mondo" (Manghi, 2004, 31) di cui si è parte, e dunque abbandonando ogni pre-sunzione di conoscenza, non ci conduce al nichilismo o al relativismo, ma alla responsabilità. Come la danza tra rigore ed immaginazione proposta da Bateson, quella tra vincolo e possibilità celebrata da Ceruti, così come gli approdi della Seconda Cibernetica e della Teoria del Caos, si traduce nell'isomorfismo tra cura e ricerca, ove ogni paziente sia considerato non l'altare o il piedistallo di quello-che-so (o che l'EBM sa) ma la spinta al movimento, all'uscita da sé, epistemologica e patica. Alla ricerca, appunto.

Laddove, dunque, obiettivo *scientifico* diventa (tanto per la medicina quanto per la scienza intera) apprendere a *guardarsi* non solo *intorno* ma, anche, *dentro* (Dal Lago & De Biasi, 2002, XII): *auto-eco-conoscenza*, riconosciuta pre-condizione non solo della scienza ma anche dell'etica (Morin in Ceruti & Preta, 1990).

Crescere nella conoscenza e nella legittimazione della propria epistemologia, personale e professionale, ergo delle proprie procedure cognitive, ed emotive e comportamentali (Polanyi, 1966): non già delirio narcisistico ma umiltà del riconoscersi *parte*.

Allora, ecco la disciplina per la formazione di Palomar e Grammaticus in salute e sanità: Scienza dell'Intreccio tra Epistemologie del Paziente ed Epistemologie del Medico (Bert & Quadrino, 2002; Goyal R.K., Charon R., 2008). Visione Binoculare per la formazione e lo sviluppo della competenza diagnostica e clinica e relazionale: capacità di *descrizione doppia*, visione in grado di interrogare la realtà (e se stessi *nella* realtà) dalle posizioni/osservazioni di più epistemologie. Ove, dunque, la conoscenza non coincida con la sola descrizione dei *processi* ma, anche, ricerchi e scorga le descrizioni di *coreografie* e di *interazioni* entro cui quei processi sono incorniciati, ovvero *contesto* e *metacontesto* (Bateson, 1984, pag. 255). Dunque: scienza degli intrecci, non delle assoluzioni (ab-soluti, staccati, sciolti, slegati) (Morin, 1983).

E' questa modalità di conoscenza e relazione che si configura come *sensibilità estetica* (Bateson, 1997, pag. 389): coscienza sistemica delle connessioni, delle interdipendenze, dei legami tra conoscente e conosciuto, proprio come tra chi cura e chi è curato: danza in cui ognuno è conoscente e conosciuto, curatore e curato. La sensibilità estetica, di contro a quella *anestetica* (Dewey, 2007), fortificherà dunque il ragionamento diagnostico, potenziando e non depauperando gli assiomi dell'EBM: il medico esteticamente/sistemicamente cercherà, non taglierà, i *nessi*. Se la cura di ciascuno diventa ricerca, se ogni paziente viene guardato non come il già-conosciuto ma come l'ancora-(e-sempre)-da-conoscere, accadrà, dunque, come al dottor House (traduzione simbolica dell'abduzione peirciana!) (Peirce, 1984): ogni paziente diventa *mistero*. Ed allora al medico toccherà *claudicare*: tra dimensioni, epistemologie, mondi; metafora dell'incorreggibile oscillazione della conoscenza, come della relazione, ove al cospetto di ogni paziente *conosco* ed insieme *non-conosco* e dunque resto *claudicante* per tutta la carriera. Independentemente da tutto-quello-che-già-so. Claudicanza irriducibile. Ma non per questo maledizione. Anzi: benedetta sia la claudicanza, del medico, così come di ogni ricercatore. Benedetta sia la *postura claudicante*: che non cerca soluzioni-certezze-pacchetti rassicuranti, che non si appaga dei trials randomizzati. Poiché

soltanto dall'ignoranza muove la ricerca. E si apre alla scoperta. Non a caso, infatti, Merton e Barber, scrivendo di serendipità nella ricerca scientifica, sottolineano come essa (che consente di trasfigurare l'im-pre-visto in conoscenza) richieda, innanzitutto, una "limitata fedeltà" (2002, pag. 258) alle teorie in uso (Schön, 1983) e dunque alle proprie stesse pre-visioni. Altrimenti, al medico, come ad ogni scienziato, proprio come a Marco Polo, capiterà – pericolosamente- di *credere di vedere* unicorni... trovandosi, invece, al cospetto dei rinoceronti (Ziglio, 1996). Supponenza pericolosa per la conoscenza, tanto quanto per la relazione.

*"Ognuno vede quello che sa."*

B. Munari

### Questioni di scatole

*"I classificatori di cose, che sono quegli uomini di scienza la cui scienza consiste solo nel classificare, ignorano in generale che il classificare è infinito e che dunque non si può classificare.*

*Ma ancora di più mi stupisce che costoro ignorino l'esistenza di classificabili incogniti, cose dell'anima e della coscienza che abitano negli interstizi della conoscenza."*

F. Pessoa

Da Husserl alla fisica dei quanti, da Gödel a Magritte, da Calvino ad Escher, da Merleau Ponty a Fellini, da Einstein a Picasso, l'umana avventura della conoscenza, tanto scientifica quanto naïve, passa attraverso la coscienza/conoscenza del proprio sguardo (De Mennato, 1999). Sguardo che è epistemologia, sguardo che è relazione (Rosenhan in Watzlawick, 1988). Poiché guardare è creare: la visione è un atto di creazione di un mondo o, meglio, di proiezione di un mondo: quello di chi guarda (Bateson, 1997, pag. 398). E dunque "vedente e visibile entrano in un rapporto di reciprocità e non si sa più chi vede e chi è visto" (Merleau-Ponty, 1993, pag. 155).

La consapevolezza di questo ineludibile *paso doble* nella conoscenza e nella relazione muove il medico verso il moto perpetuo. E traccia un isomorfismo tra cura e scienza (batesonianamente intesa): giacché ogni incontro diventa *ricerca*. Allora il medico, claudicante, considererà i trials dell'EBM condizione necessaria ma non sufficiente per la conoscenza, come per la relazione.

Così, sebbene possa risultare illogico per i teorici e gli empirici dell' *aut/aut*, che hanno incarnato nella scienza l'antica etimologia che la vuole – dalla radice *skei* - signora della divisione (Bröcker, 2004, pag. 20), al medico è richiesta una (meta)competenza epistemologica e patica: di colui che conosce nella implicazione e nella ibridazione, non già nell'asetticità e nella demarcazione. Ed ecco perché la sua formazione evoca pratiche complesse e composite in cui visione sistemica e umiltà auto-bio-epistemologica consentano il superamento delle logiche di astrazione/rassicurazione, nei saperi, così come nelle relazioni. Si tratterà, allora, di imparare a claudicare. O, meglio, poiché questa claudicanza è, di fatto, la nostra reale natura-identità-ontologia (Prigogine, 1997), si tratterà non già di apprenderla, ma di smettere di patologizzarla (Morin, 1993). Claudicare - che bello! - diventerà allora il segno, il simbolo, il *sintomo* dell'unica salute/salvezza possibile all'uomo (ed al medico): la *certezza* di non aver capito tutto. Un sapere che *cerca*, non soltanto *trova*.

E' così, così soltanto, che avviene il miracolo possibile al medico col camice sporco: claudicando diventa danzatore (Bocchi & Ceruti, 1988), cresce nella conoscenza, cresce nella relazione.

*“Nella mia vita ho messo la descrizione dei bastoni, delle pietre, delle palle da biliardo e delle galassie in una scatola, il pleroma, e li ho lasciati lì. In un'altra scatola ho messo le cose viventi, i granchi, le persone, i problemi riguardanti la bellezza, quelli riguardanti la differenza.”*

G. Bateson

## **Bibliografia**

- Bateson G., 1976. Verso un'ecologia della mente Adelphi, Milano.
- Bateson G., 1984. *Mente e natura. Un'unità necessaria* Adelphi, Milano.
- Bateson G., 1997. *Una sacra unità* Adelphi, Milano.
- Bateson M.C. & Bateson G., 1989. *Dove gli angeli esitano. Verso una epistemologia del sacro* Adelphi, Milano.
- Belpoliti M., 2006. *L'occhio di Calvino* Einaudi, Torino.
- Bert G. & Quadrino S., 2002. *Parole di medici, parole di pazienti* Il Pensiero Scientifico, Torino.
- Bocchi G. & Ceruti M., 2000. *Origini di storie* Feltrinelli, Milano.
- Bocchi G. & Ceruti M. a cura di, 1988. *La sfida della complessità* Feltrinelli, Milano.
- Bröcker M., 2004. *Parte-del-mondo: la posizione di Heinz von Foerster* Rivista Europea di Terapia Breve Strategica e Sistemica, 1.
- Bruner J., 1976. *Psicologia della conoscenza*, Armando, Roma.
- Bucchi M. & Neresini F. a cura di, 2001. *Sociologia della salute* Carocci, Roma.
- Calvino I., 1983. *Palomar*. Einaudi, Torino.
- Calvino I., 1996. *Se una notte d'inverno un viaggiatore*. Einaudi, Torino.
- Cavallini G., 2001. *La costruzione probabilistica della realtà. Dalla fisica quantistica alla psicologia della conoscenza* CUEN, Napoli.
- Ceruti M. & L. Preta a cura di, 1990. *Che cos'è la conoscenza*. Laterza, Roma-Bari.
- Colazzo S. a cura di, 2008. *Progettazione e valutazione dell'intervento formativo* McGraw-Hill, Milano.
- Dal Lago A. & De Biasi R. a cura di, 2002. *Un certo sguardo. Introduzione all'etnografia sociale*. Laterza, Roma-Bari.
- Damasio A., 1995. *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*. Adelphi, Milano.
- De Mennato P., 1999. *La scienza divide. Un itinerario di epistemologia pedagogica*. CUEM, Catania.
- Dewey J., (1934) 2007. *Arte come esperienza*, Aesthetica Palermo.
- Dovigo F., 2002. *Etnopedagogia : viaggiare nella formazione*. Franco Angeli, Milano.
- Fabrizi D. & Munari A., 2005. *Strategie del sapere. Verso una psicologia culturale*. Guerini e Ass., Milano.
- Feyerabend P.K., 1979. *Contro il metodo: abbozzo di una teoria anarchica della conoscenza*. Feltrinelli, Milano.
- Foerster von H., 1987. *Sistemi che osservano*. Astrolabio, Roma.

- Formenti L., 1998. La formazione autobiografica. Confronti tra modelli e riflessioni tra teoria e prassi. Guerini e Ass. Milano.
- Galimberti U., 1999. Idee: il catalogo è questo. Feltrinelli, Milano.
- Giusti P. & Valerio P., 2001. Diventare medico. Emozioni, fantasie, conflitti. Armando, Roma.
- Good B. J., 1999. Narrare la malattia. Edizioni di Comunità, Torino.
- Goyal R.K. & Charon R. et al., 2008. 'A local habitation and a name': how narrative evidence-based medicine transforms the translational research paradigm *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14:732-741.
- Ingrosso M. a cura di, 1994. La salute come costruzione sociale. Franco Angeli, Milano.
- Liotard J.F., 1981. La condizione postmoderna: rapporto sul sapere. Feltrinelli, Milano.
- Manghi S., 2004. La conoscenza ecologica. Attualità di Gregory Bateson. Raffaello Cortina, Milano.
- Merleau-Ponty M., 1993. Il visibile e l'invisibile. Bompiani, Milano.
- Merton R.K. & Barber E.G., 2002. Viaggi e avventure della serendipità. Saggio di semantica sociologica e sociologia della scienza. Il Mulino, Bologna.
- Morin E., 1983. Il metodo. Ordine, disordine, organizzazione. Feltrinelli, Milano.
- Morin E., 1993. La conoscenza della conoscenza. Feltrinelli, Milano.
- Mortari L., 2002. Aver cura della vita della mente. La Nuova Italia, Milano.
- Peirce C., 1984. La ragione abduttiva, Il Protagonista, 6.
- Polanyi M., 1966. The tacit dimension. Routledge & Kegan Paul, London.
- Polanyi M., 1990. La conoscenza personale. Verso una filosofia post-critica. Rusconi, Milano.
- Prigogine I., 1997. La fine delle certezze. Il tempo, il caos e le leggi della natura. Bollati Boringhieri, Torino.
- Rodari G., 1982. Il libro degli errori. Einaudi, Torino.
- Rodari G., 1997. Favole al telefono. Einaudi, Torino.
- Russel B., 1959. I problemi della filosofia. Feltrinelli Milano.
- Scardicchio A.C., 2012. Il sapere claudicante. Appunti per una estetica della ricerca e della formazione. Mondadori, Milano.
- Schön D., 1983. The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action NY: Basic Books, New York.
- Sclavi M., 2002. Arte di ascoltare e mondi possibili. Le Vespe, Milano.
- Spazzoli O. 2000. Palomar guarda il cielo. Monografia 49, 8.
- Ugazio V. a cura di, 1988. La costruzione della conoscenza. Franco Angeli, Milano.
- Varela F. Thompson J. Rosch E., 1992. La via di mezzo della conoscenza. Le scienze cognitive alla prova dell'esperienza. Feltrinelli, Milano.
- Vico G., 1986. Pedagogia della persona e devianza negli attuali meandri culturali, Pedagogia e Vita, 2.
- Vineis P., 1999. Nel crepuscolo della probabilità. la medicina tra scienza ed etica. Einaudi, Torino.
- Watzlawick P. a cura di, 1988. La realtà inventata. Feltrinelli, Milano.
- Ziglio C. & Boccalon R., 1996. Lei vede ma non osserva... Introduzione all'attività osservativa in educazione. UTET, Torino.