

Ri-scatti. Il Laboratorio “Eye Care” nella Scuola di Medicina UniBa: ibridazioni tra fotografia e complessità per la formazione dei professionisti della cura

Antonia Chiara Scardicchio

Università degli Studi Aldo Moro di Bari

Abstract: Partendo dalla evidenza neurobiologica per cui i processi di visione sono processi di costruzione del reale, e dunque dalla interdipendenza tra *paesaggio interiore* e *paesaggio esteriore*, *mindscape* e *landscape* (Lingiardi, 2017), la proposta del training fotografico “Eye Fitness” (Lovero, 2020) ci è parso correlare le *competenze di sguardo* alle *reflective practices* sviluppate dalla ricerca pedagogica italiana e internazionale in tema di formazione dei professionisti della cura (Schön, 1993; Mortari, 2004; Striano, Melacarne, Oliverio, 2018; Zannini, 2008). Più specificatamente, la coniugazione della ricerca fotografica con la letteratura pedagogica inerente all’apprendimento trasformativo (Mezirow, 2003; Taylor, Cranton, 2012), ed ai linguaggi estetici (Formenti, 2017) ha dato avvio al *Laboratorio* “EYE CARE: Teorie e Pratiche di Ibridazione Disciplinare tra Fotografia, Cura e Complessità, di cui vengono presentati fondamenti teorici e sviluppo. Il saggio si articola difatti in due parti: la prima esplora la ricerca interdisciplinare relativa alle coniugazioni tra sguardo sistemico e pensiero complesso, la seconda illustra il progetto formativo implementato nel corso di Educazione degli Adulti del cdl in Educatore professionale sanitario della Scuola di Medicina dell’Università Aldo Moro di Bari, a partire dall’a.a. 2021/2022, e le ricadute formative rilevate mediante analisi qualitativa.

Key words: Cura; Pensiero Sistemico; Slow thinking; Crossing disciplinare; Reflective practices

Abstract: The essay consists of two parts: the first discusses interdisciplinary issues relating to the neurobiological evidence that vision processes are processes of construction of reality. Therefore, moving from the interdependence between *mindscape* and *landscape* (Lingiardi, 2017), in the second part the text illustrates a proposal for the conjugation between photographic research “Eye Fitness” (Lovero, 2020) and pedagogical literature related to transformative learning (Mezirow, 2003; Taylor, Cranton, 2012), and to aesthetic languages (Formenti, 2017) in the training of care professionals (Schön, 1993; Mortari, 2004; Striano, Melacarne, Oliverio, 2018; Zannini, 2008). Therefore, in the light of research around medical education, the experimentation of the Laboratory “EYE CARE: Theories and Practices of Disciplinary Hybridization between Photography, Care and Complexity”; is investigated in the training project implemented in the “Adult Education course” of the degree course for Professional Health Educator of the School of Medicine of the Aldo Moro University of Bari, starting from a.y. 2021/2022, and the educational effects detected through qualitative analysis.

Key words: Care; Systems Thinking; Slow Thinking; Disciplinary crossing; Reflective Practices

I Parte

Ognuno vede solo quello che sa.

Bruno Munari

1. Pensare/Vedere¹

Non esiste una differenza rilevante tra pensare e vedere. L'etimo *ēidos* [eidos] (forma figura), da cui discende il termine *idea* ha la stessa radice di *ēidēiv*, [eidein] vedere e, per i greci, il perfetto di vedere *oida*, significa "io so" (perché ho visto). La visione è la forma di conoscenza principale della nostra cultura: tutta la storia, non solo dell'arte, ma delle scienze, della biologia, della zoologia, della botanica, potrebbe essere riscritta attraverso la storia della visione.

Giuseppe Di Napoli

1.1 Guardare è creare

Ogni sguardo è sempre una interpretazione. In questa evidenza sono custoditi gli approdi delle neuroscienze costruttiviste: gli sguardi creano mondi. Li *creano*: sono parte attiva e creativa del loro manifestarsi, non passivi registratori di qualcosa che è staccato e *soltanto* fuori.

Questo significa che ogni *guardare* chiama in causa il *pensare*: neurobiologia della visione e neurobiologia del pensiero sono intrecciate a doppio filo. E dunque non esiste sguardo/pensiero che non sia svincolato da chi guarda/pensa: guardare/pensare – e dunque conoscere – non è mai registrare passivamente, è sempre una operazione di significazione particolare (Polanyi, 1990; de Mennato, 2016).

Assai diversamente da come e quanto abbiamo creduto e sperato (in quanto scienziati ed in quanto umani), non esiste un momento nel quale le immagini colpiscono la nostra retina e sono percepite in maniera neutra²: ogni sguardo implica una attribuzione di senso, ogni conoscenza implica una relazione.

Eppure, proprio l'illusione di "sguardo oggettivo" è quanto ancora ci lascia sospesi, tra scelte di impermeabilità o, al suo opposto, di permeabilità, nelle professioni di cura: al cospetto della complessità dei pazienti e del loro dolore, oltre che delle loro malattie, talvolta si resta sedotti da una idea di professionalità che sembra coincidere con la capacità di sguardo che chiamiamo *tecnico*, per dire non implicato in un significato. Ma così non è, e non per fede ma per neurobiologia; ed è per questo che lo sguardo richiede cura: altrimenti restiamo davanti a ogni immagine – e persona – pensando che il nostro particolare punto di osservazione – o *scatto*, utilizzando il potenziale euristico della metafora fotografica - corrisponda alla conoscenza universale. La presunzione di aver visto/capito tutto per aver guardato, ma in realtà sorvolato, è propria di chi presume di aver compreso/inquadrato chi ha di fronte, e talvolta

¹ Nel testo le espressioni *vedere* e *guardare* sono utilizzate come sinonimi. Copiosa letteratura interdisciplinare ha problematizzato la differenza tra le due espressioni, facendo corrispondere l'una ad una visione che potremmo definire "irriflessa", e dunque non consapevole, legata alla immediatezza della percezione fisiologica, e l'altra legata alla consapevolezza dello sguardo che qui si intende proprio promuovere. E tuttavia in questo testo si è ritenuto di utilizzarle interscambiabilmente, preferendo, per tutto il discorrere, l'espressione *guardare* sia per indicare il modo del naturale percepire/inquadrare/pensare, e l'espressione *guardare sistemicamente/estheticamente* per dire del modo che la postura riflessiva può generare. Quando usata, soprattutto nei titoli dei capitoli, l'espressione *vedere* è dunque ripresa come sinonimo di *guardare* e non come in sua contrapposizione.

² Cfr. Arnheim, 1974; Bloomer, 1976; Bruner, 1976, 1992; Cecchin, Apolloni, 2003; Damasio, 1995, de Mennato, 2016; Foerster von, 1987, 1996; Frith, 2009; Goodman, 1978; Glaserfeld, 2016; Gregory, 1991; Hubel, 1989; Kanizsa, 1985; Lotto, 2017; Luicignani, 2007; Sacks, 2010; Siegel, 2001; Varela, Thompson, Rosch, 1992; Watzlawick, 1988; Zeki, 2003.

anche sé stesso, senza nessun margine di visione/ricerca ulteriore: come se la realtà fosse piatta come una lastra e per guardarla bastasse uno scatto da una prospettiva sola, una percezione ad una dimensione soltanto.

1.2 Ermeneutica dello sguardo

Guardare allora richiede scienza, affinché lo sguardo/pensiero non sia preda di uno screenshot interiore. Ovvero: guardare scientificamente richiede non la neutralizzazione dell'elemento umano ma la sua mobilitazione: la consapevolezza che la realtà non ha forma bidimensionale ma multidimensionale (circuitale, come nelle ricerche di Bateson: 1976, 1984, 1997). E dunque: chi per professione cura – ed ha necessità di apprendere il *modus scientificus* del guardare – ha da sviluppare le medesime competenze di sguardo caleidoscopico che occorrono a chi sta al cospetto di un'opera d'arte contemporanea, di quelle che, complesse come il vivente, richiedono competenze non soltanto tecniche (configurate in letteratura come “hard skills”) ma anche ermeneutiche (“soft skills”) per poter guardare →conoscere →curare: perché un essere umano è più simile a un quadro di Kandinskij o di Mirò che a una natura morta.

Competenze ermeneutiche/sistemiche in medicina: lo sguardo della cura si configura come capacità di osservare – nel senso di guardare interdipendentemente – non un mondo soltanto ma più mondi:

- quello di chi si sta guardando,
- il proprio,
- e quello, sempre inedito, della relazione/contesto che si crea tra il proprio e “l'altro mondo”.

È così che è possibile concepire come tra le competenze cliniche sia necessario contemplare non solo oggetti disciplinari, tecniche e linee guida, ma anche la meta-competenza che corrisponde al problematizzare il proprio guardare/pensare/sentire/agire. *Guardarsi guardare*: questa postura intendiamo come corrispondente a quella che Dewey (2010) ha indicato come la capacità di *pensare a come pensiamo*³. Da questa umiltà percettiva muove la scienza, ovvero l'ininterrotta ricerca, la visione “in tondo”, non solo “di fronte” come se fossimo semplici dirimpettai della realtà e non, invece, parte integrante (Bateson, 1976, 1984, 1997; Manghi, 2004; Mortari, 2006).

Taluni ritengono che siano le emozioni il grande ostacolo alla professionalità nelle professioni d'aiuto: come se esistesse per un essere umano una emozione non collegata al corrispondente ragionamento, come se non fossero anche pensieri e interpretazioni a rendere potente quella convocazione quotidiana. L'evidenza neurobiologica ci dice che siamo impasto di ragione e sentimento (Damasio, 1995; Siegel, 2001) e che questo quid umano può, sì, essere ostacolo alla conoscenza ed alla cura ma che, anche, è questo stesso quid a garantire conoscenza e cura.

Concentrarsi solo sulle azioni/mansioni da svolgere, oggettualizzando le relazioni come fossero disancorate dalle singole identità, può comprensibilmente sembrare una efficace strategia di riduzione del livello di complessità, ma è soltanto una illusione: la competenza di cura non si esaurisce in una “prestazione” tecnica, da poter svolgere automaticamente, in modalità scorporata, come se si dovesse con nastro isolante impegnarsi non solo a non sentire ma anche a non pensare. Questa strategia moltiplica lo stress, del paziente come del curante: poiché, di fatto, proprio la negazione dell'“umanità” rappresenta il rischio clinico più pericoloso, sia nei processi di diagnosi sia nei processi di accompagnamento terapeutico. Sicché “perdere tempo” nel porsi domande non soltanto *intorno al Guardato* ma anche *sul proprio stesso Guardare*, significa sperimentare una competenza ermeneutica nella quale l'osservare clinico non si esaurisce nella presunzione di compilazione *oggettiva* di una griglia di osservazione, ma corrisponde al discernere quali pensieri e quali emozioni possono stemperare tanto l'umanità quanto la scienza e quali pensieri e quali emozioni possono altresì potenziare pratiche e migliorare i protocolli (Bruzzone, Zannini, 2021; Zannini, 2003a; 2003b).

³ Cecchin, Apolloni, 2003; von Foerster, 1987; Mortari, 1998; 2004; Schön, 1993; Schön, Striano, Capperucci, 2006.

2. Vedere di non vedere

2.1 La natura fisiologica della nostra cecità

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,
 sospetto che fosse malaria prescrisse il chinino e il malato guarì.

Francesco Sartori

Il primo approdo della competenza relativa al guardare ermeneuticamente/sistemicamente è il riconoscimento della parzialità del proprio sguardo: per nostra umana natura, infatti, *cieca* è una zona che irriducibilmente – tanto fisicamente quanto metaforicamente – ci appartiene (Lotto, 2017; Masland, 2021), la nostra retina ha un punto cieco, eppure non lo vediamo, perché il nostro cervello lo riempie deducendo dal contesto come potrebbe essere quella parte mancante. E proprio questo dato fisiologico si rivela significativo rispetto alle nostre routine di pensiero, di emozione e di azione: “prigionieri della nostra categorizzazione” (cfr. Edelman, Tononi, 2000) rischiamo – nella vita professionale come in quella personale – di non vedere altro se non le categorie che usiamo di routine per interpretare velocemente il mondo, riconducendolo alle forme/cornici che usiamo per inquadrarlo: senza coscienza della parzialità del nostro sguardo, corriamo il rischio di vedere/pensare soltanto il già-conosciuto, il sempre-visto-così (Cecchin, Apolloni, 2003; Mori, 2008). Operativamente?

La domanda intorno al proprio sguardo implica il conoscere ciò che tendiamo naturalmente a focalizzare/enfatizzare e ciò, che altrettanto sistematicamente, tendiamo a sminuire/non-vedere, a negare persino. Si tratta dunque, di imparare a riconoscere la nostra stessa cecità (von Foerster, 1987). Ovvero: indagare in che modo, sistematicamente, ci auto-inganniamo. Le nostre illusioni interpretative, i nostri *bias cognitivi* – le nostre sistematiche distorsioni percettive – sono, nel pensare umano, la norma⁴: *non esiste sguardo senza una cornice*.

A cosa ci occorrono le nostre cornici, il nostro persistere in *bias*, autoinganni, errori della percezione e dunque del pensiero? Paradossalmente: a mettere ordine. Ma non sono quelle in sé a generare errori gravi, sia nella clinica che nella vita, bensì la loro rigidità: che una cornice diventi patogena dipende dalla sua più o meno plasticità, dalla sua capacità di cambiare forma oppure dal suo bisogno di restare immutata, dal ritenersi salva solo se resta uguale. Anche in medicina, dunque, così come in ogni ambito che riguarda il conoscere nella vicenda umana, la presunzione di *conoscenza senza cornice* è una illusione: pur avendo tra le mani un riscontro che proviene da un esame diagnostico “oggettivo”, c’è sempre uno sguardo che interpreta e che dunque conferisce *un significato/inquadratura* (cfr. Gigerenzer, et al. 2008):

“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, 1987, pp. 148-149).

Già assai prima delle corroborazioni sperimentali condotte con studi di risonanza magnetica funzionale, come aveva già scritto Dewey (1910) e come nelle intuizioni di Merleau Ponty (2003): le immagini/idee presunte diventano *presuntuose*, ovvero restrizioni di osservazione.

⁴ Cfr. Crupi, Gensini, Motterlini, 2006; Pravettoni, Vago, 2011; Motterlini, 2005.

Nella relazione clinica questa inconsapevolezza di cecità risulta rilevante nelle interpretazioni diagnostiche e nelle validazioni terapeutiche: in termini di ragionamento clinico, questa tendenza alla pre-visione è questione determinante poiché, oltre ad impedire di vedere quel che è sotto gli occhi, talvolta comporta anche il vedere quel che non c'è.

2.2 Focalizzazione *versus* visione

Così, paradossalmente: è il *conosciuto* a costituire il più grosso limite al *conoscibile*, ovvero ad osteggiare l'acquisizione di nuove conoscenze, in particolare di quelle che comportano un cambio di paradigma, un mutamento del fuoco di osservazione. In modalità di *fissità cognitiva* – ovvero, potremmo dire, di sguardo non in movimento ma bloccato come in uno *screenshot* – quando qualcosa di inedito viene intravisto, l'attenzione focalizzata tende ad escluderlo, perché il fine che tende a perseguire *di default* è sostanzialmente: non disordinarsi/non spostarsi.

Nella tradizione Gestalt ci sono molti esercizi che ci consentono di verificare empiricamente come non esista oggetto di sguardo che possa essere percepito slegato dal suo sfondo/cornice:



Che, osservando il centro della figura qui sopra, si veda più facilmente la lettera B, oppure più agevolmente il numero 13, dipende, irriducibilmente, da cosa si focalizza, ovvero se numeri o lettere, ovvero dipende dalla *cornice*: dalla dimensione di senso, dalla attribuzione di significato, che il sistema che guarda sta generando mentre guarda.

E dunque possiamo affermare che quello che focalizziamo non è tutto quel che realmente esiste: è ciò che al nostro primo sguardo/scatto, appare. Focalizzare appare, invece, per alcuni garanzia di sguardo clinico: eppure ogni qual volta focalizziamo, nel centrare lo sguardo su di *un* punto, stiamo, al contempo, sottraendo sguardo ad *altro*. Focalizzando – cioè concentrandoci su una parte *come se* fosse tutto – perdiamo la visione d'insieme: vediamo gli alberi ma non la foresta. (Rohr et al. 2021). Tendiamo, cioè, a *fissarci*: i nostri sguardi tendono a focalizzare/preferire la stessa cornice/forma, riuscendo con fatica a legittimare interpretazioni che rompano la configurazione strutturata.

In una modalità di funzionamento caratterizzata da rigidità cognitiva, rifuggiamo la dissonanza (Festinger, 1955), ovvero quello che infrange la nostra routine di pensiero/sguardo, privilegiando quel che ci è familiare (Lotto, 2017) anche quando questo si rivela persino autosabotante, non solo nell'impedirci di risolvere i problemi ma, anche, concorrendo ad amplificarli e, persino, a generarli. Questo avviene poiché guardiamo/pensiamo leggendo ciò-che-è alla luce di una particolare cornice: ciò-che-è-stato, ovvero quel che abbiamo *appreso*/fissato (Siegel, 2001).

Proteggendo il nostro bisogno di non mutamento, procediamo dunque in modalità di “fast thinking” (Kahneman, 2011), pensiero veloce: quello che – riprendendo la metafora fotografica - non *ri-scatta* ovvero non *ri-pensa*, quello che procede elaborando la memoria associativa senza controllo volontario (Siegel, 2001) al punto tale che ci accade, pur ritenendoci creature razionali, di *vedere senza vederci* (Ulivieri Stiozzi, 2021, p. 29).

2.3 Se l'esperienza non sempre è fonte di conoscenza

Occuparsi di sguardo in medicina non significa dunque indugiare su una questione retorica, lontana dalla pragmaticità professionale, ma, anzi, occuparsi di una questione legata a doppio filo col tema cruciale della riduzione degli errori clinici.

Concretamente? Il “bagaglio professionale”, contrariamente a quanto solitamente riteniamo, non sempre è garanzia automatica di conoscenza:

(...) 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 (...).

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). (Mottetlini, 2005, p.122).

(...) 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 dunque, ancora oggi risulta fondamentale inserire nei programmi di formazione clinica le ricerche di Rosenhan (1973) intorno alla incapacità di vedere i pazienti, presi piuttosto dal *modus del pre-vederli* e che, integrate nella letteratura scientifica contemporanea, trovano sintesi nell’acronimo messo a punto da Kahneman (2011) : WYSIATI – *What You See Is All There Is*, ovvero la presunzione che quello che vediamo sia tutto quello che c’è, la tendenza a non esplorare anche passaggi inediti nella circolarità visioni → pensieri → emozioni → azioni che sperimentiamo nella relazione sguardo/realtà.

2.4 L’incertezza come preconditione della conoscenza

Per tali ragioni, il lavoro sul *pensare i propri pensieri*, di deweyana eredità, si configura nel salto paradigmatico, nella formazione al ragionamento clinico nella *medical education*, dal *problem solving* al *problem setting*: sicché l’apparente eresia dell’«attenzione non focalizzata» suggerita dalla Mortari (2006) - guardare anche *a lato*, non soltanto *al centro* - si rivela anche in medicina competenza cruciale.

Essa implica l’imparare a guardare – e dunque continuare ad esplorare anche quando si è paghi di quello che si vede/ritiene – anche visioni/ipotesi controintuitive: imparare a *vedere altrimenti*, come nella espressione di Mori (2008), corrisponde così all’imparare a *depistarsi* sul quale da molti anni si muove la ricerca pedagogica di Laura Formenti (2017) ed alla postura propriamente sistemica come negli studi di Sergio Manghi (2004) in esplorazione della ricerca di Bateson: imparare a disimparare. Non darsi solo ragione ma anche dubbio e possibilità di disconferma delle proprie cornici/visioni: scelta, apparentemente paradossale, che si rende necessaria tanto nel ragionamento clinico quanto nelle dinamiche di relazione poiché, come qui più volte sottolineato, la nostra attenzione focalizzata/inquadrata porta alla presunzione di visione totale e dunque, potremmo dire con von Foerster (1987), paradossalmente è la certezza di visione a generare *cecità*.

The invisible gorilla è un test assai semplice eppure assai immediato per fare esperienza di come troviamo quello che stiamo cercando e di come anche quello che è letteralmente sotto i nostri occhi finisce col sfuggirci: lo si trova facilmente in rete e lì si può fare esperienza di come, chiedendo a qualcuno di fare attenzione, guardando un video, al numero di volte in cui le persone si passeranno una palla, persino il passaggio di un gorilla nella scena, per almeno la metà delle persone a cui lo si chiede, resterà inosservato (cfr. Chabris, Simons, 2011).

Dunque: focalizzare aumenta ma, contemporaneamente, diminuisce l'attenzione. Eppure, è proprio in questa modalità che l'osservazione viene sovente intesa nella formazione dei professionisti della cura, così come in molti altri contesti viene intesa la professionalità: come sola capacità analitica e non sistemica, ovvero di sguardo capace di procedere anche in *zoom out* (apertura), e non solo in *zoom in* (chiusura).

In assenza di apertura alla complessità – che qui stiamo connotando come capacità dello sguardo/pensiero di farsi esplorativo/ipotesico e, pertanto, scientifico – si genera un particolare paradosso: quando si diventa *esperti* di una disciplina, di uno *spaccato* professionale, si tende a togliere attenzione a quello che appare in contraddizione col proprio sguardo/pensiero automatico: si diventa incapaci di moltiplicare le opzioni, di sperimentare – tanto nel ragionamento clinico quanto nelle modalità di relazione – risposte creative (non solo repliche!) al cospetto dell'incertezza, dell'irrompere di un dato di realtà che chiede che si muti paradigma.

E tuttavia, non sono le definizioni/inquadrature in sé ad esporci al rischio clinico, ma la loro reificazione: il ritenerle assolute, senza sfumature ancora da perlustrare (come quando, anche per medicina difensiva, si resta nelle maglie di un referto che si sa leggere ma non esplorare) trasforma, la conoscenza in ignoranza. Può infatti essere che sì, si era *visto giusto* nel correlare quei sintomi di quel paziente a quella patologia: ma non è detto che persino quegli stessi sintomi non stiano dicendo altro. Ovvero: non concepire la possibilità dell'errore – “questa cosa a me non può capitare”, “proprio su questo sono esperto/ho esperienza” – espone assai più all'errore.

Sicché, di paradosso in paradosso: è la coscienza di incertezza radicale (Licata, 2008) – la coscienza della permanenza della propria fallibilità – a poter ridurre il rischio clinico ed anche aumentare le possibilità di conoscenza (Minati, 2009; Musso, 2009).

2.5 L'overconfidence come cecità nella pratica clinica

La presunzione – letteralmente: “sapere prima” – funziona come la superstizione – letteralmente: “sapere sopra” (cfr. Manghi, 2004) – : pericolosa per la conoscenza, tanto quanto per la relazione. Ed a indicarne il pericolo è l'evidenza empirica, non solo l'interrogazione filosofica. Taglienti, quanto realistiche e inoppugnabili, sono al riguardo le riflessioni di Motterlini in tema di studio degli errori nella pratica clinica, intorno al fenomeno opposto a quello della limitata fedeltà: la *overconfidence*.

“(…) Una ricerca sul campo ormai classica riguardava nove medici e un totale di 1531 pazienti con una forma acuta di tosse. (Christensen Szalanski, Bushyhead, 1981). I medici dovevano stimare, per ogni paziente, la probabilità che soffrisse di polmonite sulla base dell'esame fisico e dei dati raccolti riguardo alla storia clinica (ogni paziente veniva visitato da un solo medico). Per determinare la validità delle stime, tutti i pazienti venivano poi sottoposti a una radiografia al torace (comunemente considerata un test “definitivo” per la diagnosi di polmonite). Anche nei casi in cui i medici stimavano come superiore o molto superiore al 50% la probabilità che la diagnosi di polmonite fosse corretta, la percentuale di casi di polmonite, indicativa dell'effettiva accuratezza, restava ampiamente al di sotto del 30% (...).

Come si può constatare, l'overconfidence rappresenta un problema serio per il giudizio degli esperti. Persiste, e talvolta risulta persino aggravata, in condizioni che intuitivamente dovrebbero contenerne gli effetti. Per esempio, si è potuto osservare che l'esperienza clinica tende ad accrescere l'overconfidence, anziché ridurla.

Nei più esperti, cioè, la sovrastima dell'accuratezza delle proprie opinioni professionali è spesso maggiore che nei meno esperti (come documentato da uno studio svolto a Cleveland con 198 medici alle prese con 864 pazienti in condizioni cliniche critiche - Dawson et al. 1993)” (Motterlini, 2005, p.119).

L'*overconfidence*, allora, diventa il cuore del paradosso più pericoloso: quello che ci fa ritenerla, anzi, segno di professionalità e altissimo clinico valore. L'*overconfidence* è però, ancora paradossalmente, proprio l'obiettivo di tanta formazione: il ritenersi “esperti” come se questa espressione coincidesse con lo stato di chi, poiché *già sa*, non ha più nulla da imparare.

2.6 Pensare piano, guardare piano

L' *expertise* che qui invece stiamo configurando come capacità di guardare e *ri-guardare/ri-scattare* – e che è contemporaneamente cognitiva ed emotiva, epistemica e pragmatica – corrisponde alla postura di un sapere-mai-presoprima una volta-per tutte, alla postura epistemica che genera la capacità di “rivedere le proprie premesse e risagomare il proprio intervento” (de Mennato, Orefice, Branchi, 2011, p. 63):

“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, Melacarne, 2004, p. 47).

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

Non saper *ri-guardare/ri-pensare* significa andare incontro alle situazioni chiaramente definite dalla letteratura scientifica in ordine all'errore clinico: “vedere ciò che non c'è” o “non vedere ciò che c'è” (ibid.) è espressione sintesi di errori percettivi naturali dovuti non alla “umanità” del medico ma alla tendenza a non riconoscere di potersi anche sbagliare.

Si tratta dunque di un tema cruciale a proposito dello studio dei modi del ragionamento clinico, delle possibilità di errore diagnostico e, anche e soprattutto, a proposito delle possibilità di intendere l'accumularsi degli anni di esperienza professionale come percorso *trasformativo*, non solo *accumulativo* (Mezirow, 2003; Formenti, 2017), dove il pensiero si avverta continuamente chiamato a muoversi non solo linearmente ma anche con movimento a spirale: tornare sul percepito, tornare sull'immagine-parola che è ogni nostra interpretazione, per sviluppare il *proprium* della competenza “d'umanità” in medicina: *ri-pensarla=ri-scattarla*.

II Parte

3. Vedere intorno: sguardo sistemico e riflessività

“Rifletti,
prima di pensare.”
Leonardo Sciascia

In ragione dello studio sin qui illustrato, al fine di imparare a pensare/guardare in modalità complessa e *slow*, quale competenza cruciale per il potenziamento del ragionamento clinico e delle soft skills del professionista della cura, dall'a.a. 2021/2022, presso la Scuola di Medicina dell'Università degli Studi Aldo Moro di Bari è divenuto stabile il Laboratorio “EYE CARE: Teorie e Pratiche di Ibridazione Disciplinare tra Fotografia, Cura e Complessità”. Di seguito la scheda progettuale relativa alla configurazione dello stesso in forma di ricerca-formazione.

3.1 Progettazione e inquadramento teorico: *mindscape and landscape*

Nell'ambito di nove insegnamenti d'area pedagogica incardinati nei corsi di laurea di area sanitaria e medica presso la Scuola di Medicina di UniBa, la cura dei processi di *slow thinking* (Kahneman, 2011) si è configurata nella correlazione tra “imparare a guardare” e “imparare a pensare” (Arnheim, 1974; Scardicchio, 2019), con riferimento agli approdi delle neuroscienze costruttiviste, della prospettiva sistemica e delle scienze della complessità relativi alla interdipendenza tra *mindscape* e *landscape* (Lingiardi, 2017).

Partendo dalla evidenza per cui i processi di visione sono processi di costruzione del reale e riconoscendo che in situazioni di incapacità di visione consapevole-*mindsight*, gli esseri umani processano la realtà in modalità *fast* – procedendo di *default*, con routine cognitive, emotive, comportamentali tali da configurare risposte irriflesse (Siegel, 2001) –, il disegno formativo dei corsi ha

correlato le *competenze di sguardo* proprie delle professioni di cura allo sviluppo di competenze di pensiero sistemico (Bardes, Gillers, Herman, 2001) in crossing con le ricerche di Kahneman in merito al *pensiero slow* e le ricerche inerenti alle *reflective practices* ed alla postura sistemica sviluppate dalla ricerca pedagogica italiana e internazionale⁵.

In tutti i corsi la didattica è stata integrata dall'uso di dispositivi estetici (cfr. Dewey, 1934; Taylor, Cranton, et al, 2012; Formenti, 2017) connessi al campo specifico dell'apprendimento trasformativo (Mezirow, 2003) dei professionisti della cura⁶.

3.2 Metodi e materiali: guarda a come guardi, pensa a come pensi

Nel caso particolare dell'insegnamento di Educazione degli Adulti nel cdl per Educatore professionale sanitario, la sperimentazione si è configurata mediante l'implementazione del Laboratorio EYE CARE, sviluppato integrando nella ricerca pedagogica il training fotografico «*Eye Fitness*» (Lovero 2020): muovendo dalla corrispondenza tra visualizzazione interiore e visualizzazione esteriore, attraverso cinque steps, il modello esercita competenze riflessive e pensiero *slow* attraverso setting – e “set” fotografici – attraverso i quali il gioco della visione – interiore e fotografica – diventa il “gioco” del pensiero che è sistemico e *slow* quando è consapevole (Striano, 2000, 2006), incarnato ed esplorativo (Guerra, 2019, Antonacci, 2020) ed allora guarda/pensa/fotografa moltiplicando i fuochi di osservazione.

Lo sguardo complesso proprio delle fotografie di Carmela Lovero ha consentito di sperimentarle come *dilemmi disorientanti* (Mezirow, 2003), attraverso una serie di task narrativi che connettono ad ogni immagine più storie e punti di osservazione.

Il training prevede che i partecipanti scattino anche loro stessi fotografie mediante esercizi in movimento sia *slow* che *fast*, mediante coinvolgimento corporeo utile a sperimentare operativamente l'apertura sistemica dello sguardo/pensiero, necessaria per sviluppare capacità di cura correlata alla ricerca dei significati (Riva, 2006).

Questo il programma di lavoro:

SESSIONE I: PENSARE È VEDERE

Primo Tempo: *Sono dove guardo*

Secondo Tempo: *Guardo dove sono*

Attività laboratoriali e riflessive finalizzate alla consapevolezza del proprio guardare/pensare, mediante la coniugazione degli step dell'“Eye Fitness” con esercizi propri delle tradizioni Gestalt e del Teatro dell'Oppresso.

SESSIONE II: RI-VEDERE/È RI-PENSARE

Primo Tempo: *Spaesamenti*

Secondo Tempo: *Ri-pensamenti*

Attività laboratoriali e riflessive finalizzate alla coniugazione tra visioni sistemiche e creatività, in forma di coniugazione tra *Logica & Fantastica* (Scardicchio, 2012a; 2012b).

SESSIONE III: CAMBIA LO SGUARDO, LO SGUARDO CAMBIA

Primo Tempo: *Essere guardati/guardarsi*

Secondo Tempo: *Senza filtri*

Attività laboratoriali e riflessive finalizzate alla esplorazione di visioni inedite nella fotografia, nella narrazione e nelle relazioni di cura; crossing disciplinare in tema di medicina narrativa e *medical humanities*.

⁵Cfr. Demozzi, 2021; Schön, 1993; Formenti, 2017; Mezirow, 2003; Mortari, 1998, 2004; Schön, Striano, Capperucci, 2006; Rossi, 2012; Rivoltella, 2012; Fabbri, 2017; Striano, Melacarne, Oliverio, 2018.

⁶ Cfr. Bertolini, Massa, 2003; Boud, Keogh, Walker, 1989; Mann, Gordon, MacLeod, 2009; Thomson et al., 2013; Wald et al., 2009; Wear et al. 2012.

Ogni sessione ha previsto due Tempi/Laboratori, della durata di 1,5h ciascuno.

Il *project work* finale corrisponde alla realizzazione di più *Tasks*:

- *Bio-foto-grafie della Cura*: scatti fotografici del Reparto di Psichiatria (sede delle lezioni e del corso di laurea) seguendo la traccia narrativa che ogni studente ha scelto di darsi;
- *Visaggi*: selfie finalizzati non al raccontare una immagine senza difetti ma a raccontare il proprio volto come paesaggio;
- *Immagin-azioni*: Video reporting composto da sguardi esplorativi in modalità inconsuete.

La valutazione degli apprendimenti in itinere ed ex post facto è avvenuta mediante lo studio fenomenologico (Moustakas, 1994) delle pratiche riflessive in situazione e di quelle formalizzate nella produzione di portfoli individuali (Samy, Kaohsiung, 2008).

Ogni *Slow Think Portfolio* (Scardicchio, 2023; Wald et al., 2009) – che è la modalità di valutazione processuale dell'intero corso e che corrisponde all'esame finale – prevede tasks che intrecciano pratiche riflessive e linguaggi estetici, mediante l'esercizio del ragionamento abduttivo, in forme di scritture che incrociano medical humanities e medicina narrativa⁷.

Nello specifico dei tasks riferiti al seminario *Eye Care*, le prove, corrispondenti al lavoro nelle tre sessioni, e che si svolgono in parte in aula ed in parte in back office come compito critico-creativo, sono:

- Esercizi d'ermeneutica fotografica: sviluppo di più letture interpretative a partire dalla medesima immagine;
- Esercizi di visione decentrata mediante la creazione di video e fotoreportage in modalità inconsuete;
- Esercizi di scrittura riflessiva a partire dalla visione di immagini-come-storie;
- Esercizi di decostruzione di parole, immagini e disegni;
- Esercizi di “*eye-fitness*” (giochi di rallentamento e spostamento nelle posizioni dello sguardo) e report corrispondente;
- Esercizi fotografici e video;
- Report finale di autovalutazione degli apprendimenti in modalità sia analitica che analogica.

Ogni *Portfolio* è stato studiato in dimensione sia *intra* (comparando le scritture/creazioni di ogni studente) che *inter*, clusterizzando i nuclei chiave singoli e trasversali mediante lettura fenomenologica compiuta e restituita agli studenti per l'ulteriore re-visione/ri-pensamento.

3.4 Risultati e discussione: *learn to see for care to think*

La sperimentazione del dispositivo *Eye Care* nella formazione dei professionisti della cura – avvenuta attualmente in due a.a., nei quali ha coinvolto in totale n. 43 studenti del III anno – consente di sperimentare la correlazione, in termini di impatto formativo, con la promozione di capacità di attenzione nella forma della “auto ed etero-osservazione” (Morin, 1993; Bateson, 2000), della creatività percettiva e del “dis-apprendimento” (Manghi, 2004): dimensioni non riducibili a “tecniche” per i professionisti della cura ma corrispondenti a *posture*, e dunque promuovibili mediante task formativi e valutativi di carattere narrativo e riflessivo.

Tali correlazioni si evincono dall'analisi qualitativa dei dati rilevati mediante:

- Diari di bordo delle conduttrici (docente UniBa e fotografa)
- Diari di bordo dei partecipanti
- Tasks riflessivi nella forma dello “Slow Thinking Portfolio”
- Focus Group ex post facto

I dati sono stati oggetto di codifica aperta e successiva problematizzazione in forma sia analitica che analogica: in seguito alla rilevazione condotta a medio termine dalla fine del Laboratorio con i 22

⁷ Charon, 2016; Huang et al., 2021; Liao et al., 2021; Song, Stewart, 2012; Zannini, 2008; Wald et al., 2019.

studenti del Corso di Educazione degli Adulti dell'a.a. 21/22, sono stati identificati gli output formativi percepiti utilizzando come indici gli stessi costrutti oggetto di studio a lezione:

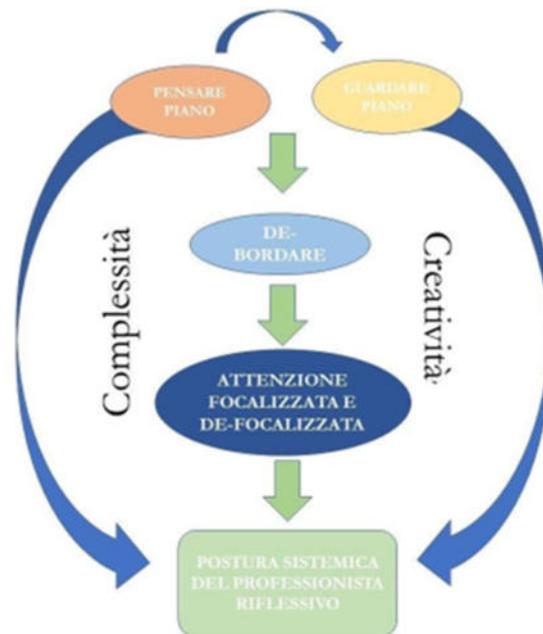


Immagine 1: Mappa degli outputs di apprendimento, a.a. 21/22

Questa la rilevazione emersa dai feedback dei 21 studenti, dello stesso corso, nell'a.a. successivo, 22/23:

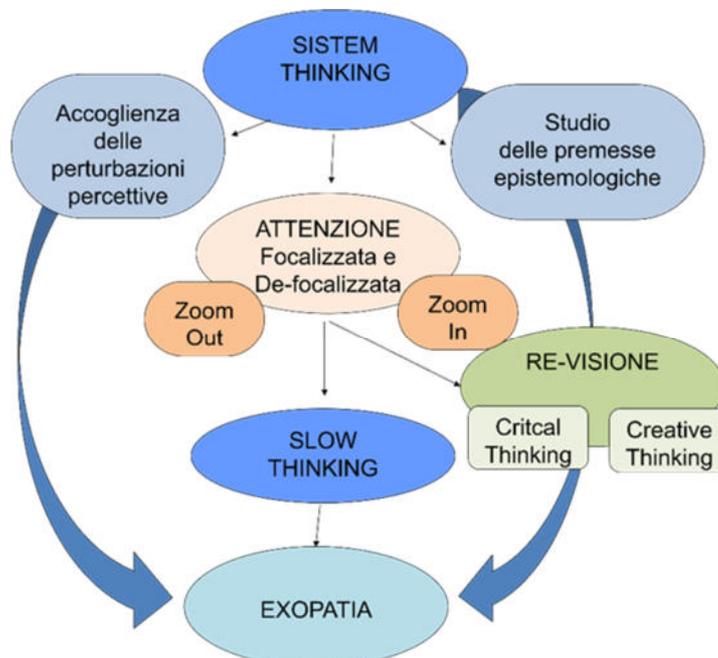


Immagine 2: Mappa degli outputs di apprendimento, 22/23

In termini di rilevazioni documentali, si propone di seguito un estratto delle *Bio-foto-grafie della Cura* realizzate dagli studenti dell'anno 22/23 presso il reparto di Psichiatria, sede delle lezioni:

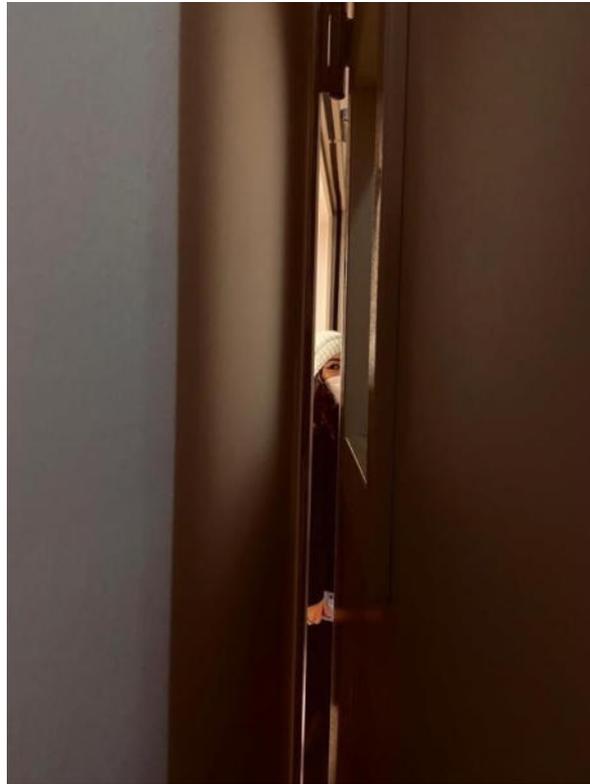


Immagine 3: (Re)parto, di Federica Pascazio

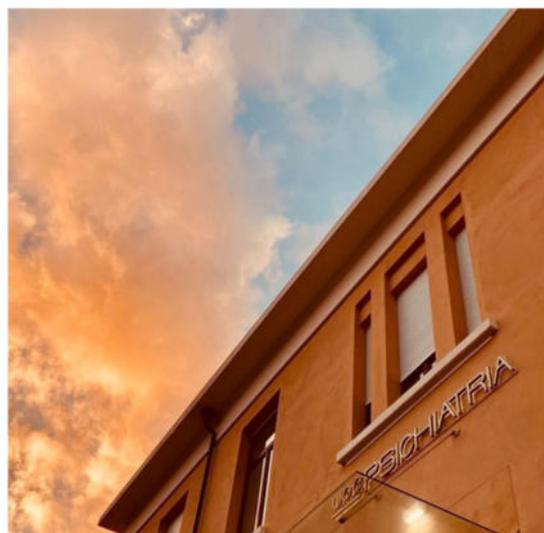


Immagine 4: Uno spiraglio illumina sempre, anche qui, di Maria Pia Carbonella



Immagine 5: “Non cercare la consapevolezza totale di esistere: ognuno vive nella nebbia più o meno fitta. Scegli il tuo posto sul pendio, e tira su casa.” Paolo Milone, di Cira Papari



Immagine 6: “L’inferno dei viventi non è qualcosa che sarà; se ce n’è uno è quello che è già qui, l’inferno che abitiamo tutti i giorni, che formiamo stando insieme. Due modi ci sono per non soffrirne. Il primo riesce facile a molti: accettare l’inferno e diventarne parte fino al punto di non vederlo più. Il secondo è rischioso ed esige attenzione e apprendimento continui: cercare e saper riconoscere chi e cosa, in mezzo all’inferno, non è inferno, e farlo durare, e dargli spazio.”, Italo Calvino, di Cira Papari

3.4 Conclusioni: guardare/pensare coniugando zoom in e zoom out

Le rilevazioni effettuate consentono di identificare come significative alcune aree di attenzione per l'ulteriore sviluppo del dispositivo, disegnato e sperimentato in connessione alla promozione di competenze di sguardo/pensiero *slow*, ovvero di ragionamento clinico sistemico che procede, come in una delle metafore poetiche utilizzate nel corso del Laboratorio –, coniugando infinitamente grande ed infinitamente piccolo.

Analisi e prospettive formative del dispositivo *EYE CARE*

In ingresso:

- Gli studenti manifestano in ingresso un trend di studio e partecipazione al setting formativo accademico caratterizzato da iniziale straniamento nel coinvolgimento interattivo proprio di un setting laboratoriale;
- I rilevati gap nel pensiero critico e creativo (difficoltà ad esplorare altre dimensioni di senso e percezione davanti ad uno scatto/pensiero ritenuto come unico/totale) sembrano essere correlabili all'uso automatico dello smartphone per *problem solving* sia pragmatico che concettuale, per cui l'esperienza di un setting riflessivo con un compito critico-creativo senza “risposta unica” viene inizialmente percepita come straniante (Scardicchio, 2023).

In itinere:

- Il coinvolgimento in forma di attività laboratoriali e pratiche riflessive viene all'unanimità identificato con duplice significazione: ovvero come *impegnativo* (“più di un esame dove ci chiedono di imparare a memoria e ripetere”) e *formativo* (“ho imparato a mettermi in discussione”);
- La partecipazione alle attività laboratoriali e riflessive sia individuali sia gruppali viene agganciata ai costrutti chiave del corso universitario inerenti allo sguardo sistemico nelle professioni di cura e potenzia gli apprendimenti dei key concepts del corso.

In uscita:

- L'autorilevazione dell'impatto formativo da parte degli studenti è connotata come *trasformativa* e non soltanto funzionale all'esame, con riferimento allo sviluppo di attitudine riflessiva;
- Gli output autovalutati dalle studentesse e dagli studenti convergono nella identificazione della esperienza formativa fotografica propria del dispositivo *Eye Care* come *slow thinking training* (“guardo più attentamente, penso più lentamente”).

Bibliografia

- Antonacci, F. (2020). *Il cerchio magico*. Milano: FrancoAngeli.
- Arnheim, R. (1974). *Il pensiero visivo. La percezione visiva come attività conoscitiva*. Torino: Einaudi.
- Bardes, C.L., Gillers, D., Herman, A.E. (2001). Learning to Look: Developing Clinical Observational Skills at an Art Museum. *Medical Education*, (35)12: 1157-1161.
- Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi. Bateson, G. (1984). *Mente e natura. Un'unità necessaria*. Milano: Adelphi.
- Bateson, G. (1997). *Una Sacra Unità. Altri passi verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi. Bertin G.M. (1976), *Educazione al cambiamento*, La Nuova Italia, Firenze.
- Bertin G.M. (1968), *Educazione alla ragione. Lezioni di pedagogia generale*, Armando, Roma. Bertolini, G., Massa, R. (a cura di). (2003). *Clinica della formazione medica*. Milano: FrancoAngeli. Bloomer, C. (1976). *Principles of Visual Perception*. New York: Van Nostrand Reinhold Co.
- Boud, D., Keogh, R., Walker, D. (a cura di). (1989). *Reflection: turning experience into learning*. London: Kogan Page Ltd.

- Brady, D.W., Corbie-Smith, G., Branch, W.T. (2022). "What's important to you?" The use of narratives to promote self-reflection and to understand the experiences of medical residents. *Ann. Intern. Med.*, 137(3): 220-3. Doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-137-3-200208060-00025>.
- Bruner, J. (1976). *Psicologia della conoscenza*. Roma: Armando.
- Bruzzone, D., Zannini, L. (a cura di). (2021). *Sfidare i tabù della cura. Percorsi di formazione emotiva dei professionisti*. Milano: FrancoAngeli.
- Cecchin, G., Apolloni, T. (2003). *Idee perfette. Hybris delle prigioni della mente*. Milano: FrancoAngeli.
- Chabris, C.F., Simons, D.J. (2011). *The Invisible Gorilla: And Other Ways Our Intuitions Deceive Us*. New York: Random House LLC.
- Charon, R., Nellie, H., Devlin, M.J. (2016). Close Reading and Creative Writing in Clinical Education. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 91(3): 345-50. doi: 10.1097/ACM.0000000000000827.
- Clandinin, D.J., Cave, M.T. (2008). Creating pedagogical spaces for developing doctor professional identity. *Medical Education*, 42(8): 765-70. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03098.x>.
- Crupi, V., Gensini, G., Motterlini, M. (a cura di). (2006). *La dimensione cognitiva dell'errore in medicina*. Milano: FrancoAngeli.
- Damasio, A. (1995). *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*. Milano: Adelphi.
- de Mennato, P. (2016). Lo spazio del sapere personale nella formazione medica. *Medic*, 24(1): 28-36.
- de Mennato, P., Orefice, C., Branchi, S. (2011). *Educarsi alla "cura". Un itinerario riflessivo tra frammenti e sequenze*. Lecce: Pensa Multimedia.
- Demozzi, S. (2021). *Contesti per pensare. Riflessioni su pedagogia, indagine filosofica e comunità di ricerca*. Milano: FrancoAngeli.
- Dewey, J. (1910). *Come pensiamo*. Firenze: La Nuova Italia. Dewey, J. (1934). *Arte come esperienza*. Palermo: Aesthetica.
- Di Gregorio, L. (1999). Intersoggettività in prassi: i Laboratori di Autobiografia Formativa. In Baldassarre, V.A., Di Gregorio, L., Scardicchio, A.C. (a cura di), *La vita come paradigma*. Bari: Edizioni dal Sud.
- Edelman, G.M., Tononi, G. (2000). *Un universo di coscienza*. Torino: Einaudi. Festinger, L. (1973). *Teoria della dissonanza cognitiva*. Milano: FrancoAngeli. Foerster von, H. (1987). *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio.
- Formenti, L. (2017). *Narrazione e trasformazione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Frith, C. (2009). *Inventare la mente. Come il cervello crea la nostra vita mentale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Gigerenzer, G., Gaissmaier, W., Kurz-Milcke, E., Schwartz, L.M., Woloshin, S. (2008). Helping Doctors and Patients Make Sense of Health Statistics. *Psychological science in the public interest*, 8(2): 1-44.
- Good, B.J. (1999). *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino: Einaudi. Goodman, N. (1991). *Vedere e costruire il mondo*. Bari: Laterza.
- Gregory, R.L. (1991). *Occhio e cervello. La psicologia del vedere*. Milano: Raffaello Cortina.
- Huang, C.D., Jenq, C.C., Liao, K.C., Lii, S.C., Huang, C.H., Wang, T.Y. (2021). How does narrative medicine impact medical trainees' learning of professionalism? A qualitative study. *BMC* 21, 391. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02823-4>.
- Hubel, D.H. (1989). *Occhio, cervello e visione*. Bologna: Zanichelli. Kahneman, D. (2020). *Pensieri lenti e veloci*. Milano: Mondadori.
- Kanizsa, G. (1985). *Grammatica del vedere. Saggi su percezione e Gestalt*. Bologna: Il Mulino.

- Liao, K.C., Peng, C.H., Snell, L., Wang, X., Huang, C.D., Saroyan, A. (2021). Understanding the lived experiences of medical learners in a narrative medicine course: a phenomenological study. *BMC Med Educ* 21, 321. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02741-5>.
- Licata, I. (2009). Vivere con L'Incertezza Radicale: Il Caso Esempio del Folding Protein. *Riflessioni Sistemiche*, 1: 66- 74.
- Lingiardi, V. (2017). *Mindscapes*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lotto, B. (2017). *Percezioni. Come il cervello costruisce il mondo*. Torino: Bollati Boringhieri. Lovero, C. (2020). *Eye fitness*. Bari: PhotoEdit.
- Lucignani, G., Pinotti, A. (a cura di). (2007). *Immagini della mente. Neuroscienze, arte e filosofia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Manghi, S. (2004). *La conoscenza ecologica. Attualità di Gregory Bateson*. Milano: Raffaello Cortina.
- Mann, K., Gordon, J., MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review. *Advances in Health Sciences Education. Theory and Education*, 14(4): 595-621. doi: <https://doi.org/10.1007/s10459-007-9090-2>.
- Masland, R. (2021). *Lo sappiamo quando lo vediamo. Cosa ci dice la neurobiologia della visione su come pensiamo*. Torino: Einaudi.
- Merleau-Ponty, M. (2003). *Fenomenologia della percezione*. Milano: Bompiani.
- Mezirow, J. (2000). *Learning as transformation. Critical perspectives on a theory in progress*. San Francisco: Jossey- Bass.
- Minati, G. (2009). L'incertezza nella gestione della complessità. *Riflessioni Sistemiche*, 1: 91-100.
- Mori, L. (2008). Estetica del conflitto. Prolegomeni a una ricerca sul cambiare idea e sull'illusione di vedere. *Polemos*, 1-8.
- Morin, E. (1998). Auto-eco-conoscenza. In Ceruti, M., Preta, L. (a cura di), *Che cos'è la conoscenza*. Roma-Bari: Laterza. Mortari, L. (1998). *Ecologicamente pensando*. Milano: Unicopli.
- Mortari, L. (2004). *Il pensare riflessivo nella formazione*. Roma: Carocci.
- Mortari, L. (2006). *Un metodo a-metodico. La pratica della ricerca in Maria Zambrano*. Napoli: Liguori.
- Motterlini, M. (2005). Cognizione, decisioni ed errori in medicina: calibration, overconfidence e hindsight bias. *Networks*, 5: 116-127.
- Musso, M.G. (2009). E se l'incertezza avesse un senso? *Riflessioni Sistemiche*, 1: 101-107.
- Paloniemi, E., Mikkola, I., Vätjus, R., Jokelainen, J., Timonen, M., Hagnäs, M. (2021). Measures of empathy and the capacity for self-reflection in dental and medical students. *Medical Education*, 21(1): 114. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02549-3>.
- Polanyi, M. (1990). *La conoscenza personale. Verso una filosofia post-critica*. Milano: Rusconi.
- Pravettoni, G., Vago, G. (2011). Errori e bias in medicina. In Pravettoni, G., Vago, G. (a cura di), *Medical decision making: decidere in ambito sanitario*. Milano: McGraw-Hil.
- Riva, M.G. (2004). *Il lavoro pedagogico come ricerca di significati e ascolto delle emozioni*. Milano: Guerini e Associati.
- Rohr, S.O., Gerhard, A., Schmidt, F., Eder, J., Salvermoser, L., Dimitriadis, K., Fischer, M.R. (2019). Thinking outside the box: students positive about visionary elective curricula in medical school. *GMS Journal for Medical Education*, 38(7): 8-17. doi: 10.3205/zma001515.
- Rosenhan, D.L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, (179):4070: 250-8. doi: 10.1126/science.179.4070.250.
- Sacks, O. (2010). *L'occhio della mente*. Milano: Adelphi.
- Samy, A., Kaohsiung, A. (2008). Use of portfolios by medical students: significance of critical thinking. *Med. Sci.*, 24: 361-6. doi: [https://doi.org/10.1016/S1607-551X\(08\)70133-5](https://doi.org/10.1016/S1607-551X(08)70133-5).
- Scardicchio A.C. (2012a). *Logica & Fantastica. Altre parole nella formazione*. Pisa: ETS.

- Scardicchio A.C. (2012b). *Adulti in gioco*. Bari: Edizioni Stilo.
- Scardicchio, A.C. (2019). *Curare, guardare. Epistemologia ed estetica nella professione medica*. Milano: FrancoAngeli.
- Scardicchio, A.C. (2023). Life professional Skills and “Slow Thinking Portfolio” in medical education. *Giornale Italiano di Educazione alla Salute, Sport e Didattica*, in press.
- Schön, D.A. (1993). *Il professionista riflessivo*. Bari: Dedalo.
- Schön, D.A., Striano, M., Capperucci, D. (2006). *Formare il professionista riflessivo: per una nuova prospettiva della formazione e dell'apprendimento nelle professioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Siegel, D.J. (2001). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Song, P., Stewart, R. (2012). Reflective writing in medical education. *Med Teach.*, 34(11): 955-6. doi: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.716552>.
- Striano, M. (2000). *Educare al pensare. Percorsi e prospettive*. Lecce: Pensa Multimedia.
- Striano, M. (2006). Processi conoscitivi e agire professionale. Narrazione e sviluppo nei contesti di pratica. *Pedagogika*, 10(5): 24-27.
- Striano, M., Melacarne, C. (2004). Per un approccio narrativo e critico riflessivo allo studio delle epistemologie professionali degli insegnanti. Coordinate teoriche e metodologiche. *Studi sulla formazione*, VII: 46-63.
- Taylor, E.W., Cranton, P. (a cura di). (2012). *The Handbook of Transformative Learning: Theory, Research, and Practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Thomson, A., Dwight, H., Cave, M., Clandinin, J. (2013). The enhancement of medical student performance through narrative reflective practice: a pilot project. *Canadian Medical Education Journal*, 4(1): 69-74.
- Ulivieri Stiozzi S. (2021). *La cura dello sguardo. Linguaggio degli affetti e lavoro educativo*. Milano: FrancoAngeli.
- Wald, H.S., Davis, S.W., Reis, S.P., Monroe, A.D., Borkan, J.M. (2009). Reflecting on reflections: Enhancement of medical education curriculum with structured field notes and guided feedback. *Academic Medicine*, 84(7): 830-837. Doi: 10.1097/ACM.0b013e3181a8592f.
- Wear, D., Zarconi, J., Garden, R., Jones, T. (2012). Reflection in/and writing: pedagogy and practice in medical education. *Academic Medicine*, 87: 603-609. Doi: 10.1097/ACM.0b013e31824d22e9.
- Zannini, L. (2003a). Il sapere medico. In Bertolini, G., Massa, R. (a cura di), *Clinica della formazione medica*. Milano: FrancoAngeli.
- Zannini, L. (2003b). *Salute, malattia e cura. Teoria e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari*. Milano: FrancoAngeli.
- Zannini, L. (2008). *Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Milano: Cortina Raffaello.
- Zeki, S. (2003). *La visione dall'interno. Arte e cervello*. Torino: Bollati Boringhieri.