

Nuovi modelli di apprendimento nelle scienze della salute per rispondere alla complessità delle cure.

Patrizia de Mennato

Rimini, 23 Febbraio 2008

Nel costruire questa relazione – e di questa occasione ringrazio gli organizzatori ed i colleghi - ho scelto di attuare io stessa un'operazione di “ complessificazione” del problema, in modo da rendere più evidenti gli indizi della complessità presenti nei nuovi modelli di apprendimento nelle scienze della salute, senza indulgere in tentazioni descrittive.

Pensare la cura rispettandone la complessità vuol dire accedere ad una particolare cultura della cura che cambi il tenore delle domande che dobbiamo imparare a porci.

Ma siamo sicuri che il sapere medico diffuso “voglia riconoscere” nel metaparadigma della complessità le matrici delle azioni di cura? Siamo sicuri che l'ostacolo ad accettare la complessità nelle cure non sia radicato proprio nei macrosistemi formativi e nelle organizzazioni?

L'esercizio alla pratica riflessiva nell'apprendimento, d'altronde, ha luogo prevalentemente all'interno di comunità di pratiche e nella crescita di singole sensibilità professionali. Queste – soprattutto - accettano la sfida che la complessità ha lanciato all'apprendimento ed alla formazione. In queste troviamo il picco dell'esperienza riflessiva e su queste proviamo a ragionare.

Tuttavia, le grandi trasformazioni camminano sempre sulle gambe degli uomini.

Siamo stati educati, da troppo tempo - ed in forma pervasiva - a pensare che i requisiti di scientificità siano riconducibili all'oggettività, alla costanza, alla misurazione di variabili, per imparare a pensare -con facilità - che esista una scientificità plurale, un pensiero regolato a partire da concetti costruiti, da punti-di-vista prescelti; una scientificità plurale che ha messo in discussione i caratteri di unicità, linearità e cumulatività dello sviluppo delle conoscenze.

La complessità, chiariamoci, è un modo di interpretare la realtà che presuppone principi e concetti costitutivi non confondibili con le pericolose dichiarazioni di senso comune; insegna ad osservare la realtà attraverso rigorosi sistemi di nessi e relazioni che legano sempre la realtà al suo osservatore. La scoperta della complessità riguarda l'intera tradizione epistemologica occidentale. Rimanda ad un clima complessivo denso di inquietudine, ad un *ethos*, [direbbe Amsterdamski] all'interno del quale la storia del nostro pensiero scientifico si sviluppa; rimanda alla messa in discussione dell'unicità epistemologica e della dominanza delle cosiddette scienze dure. Rimanda [dicono Bocchi e Ceruti, p 20] ad “un nuovo modo di pensare (.....) che riconosca il reale e il possibile non come dati immutabili, ma come costruzioni mai definitive e dipendenti anche dalle nostre scelte; [un nuovo modo di pensare] che tratti l'incertezza non come il peggior nemico, ma come il migliore alleato”.

È indubbiamente questo un salto, una frattura, uno sconvolgimento delle carte in gioco.

Il pensiero complesso aiuta a muoversi proprio in questa frattura.

La complessità offre un nuovo sguardo sulle cose che osserviamo e che manipoliamo; [come dice uno studente citato da Lucia Zannini] è lo “sforzo di leggere in profondità (.....) di cercare ciò che sta sotto”.

Questa è un'affermazione non banale. La complessità non si riduce ad attribuire la categoria di complesso agli oggetti, ai fenomeni che osserviamo, alle cose, alla realtà - e potrei continuare ancora per molto. Ci insegna ad osservare la realtà attraverso le proprietà del pensiero complesso.

Apprendere lo sguardo della complessità diventa, allora, il nostro sguardo sulle professioni di cura.

Apprendere può voler significare “conoscere cose”, conservare nozioni, stabilizzare competenze, ma può significare – e di questo ho scelto di occuparmi – un costante processo di trasformazione della propria capacità di “comprendere” la realtà, interpretandola [direbbe von Foerster] come una *macchina non banale* ed imparare ad agire in essa. Parlo di un agire sapiente, consapevole e capace di riflettere sulle proprie interpretazioni, sulle azioni di cura, riconoscendone le matrici intellettuali, scientifiche ed operative; sensibile alle sollecitazioni che l'esperienza vitale della cura affida alla sua riflessione.

E' – dunque – nella complessità la discriminante forte che si oppone al fatto che si possa “conoscere” la pratica medica, ma che non si sappia “agire” nei confronti del malato.

Ora, “quel che ci interessa [dice Isabel Stengers, pag 106] non è sapere chi è il medico, ma che cosa significa essere medico da quando la nostra medicina è moderna: che cosa significa avere a che fare con un corpo sofferente e averci a che fare nel quadro di una pratica che si vuole razionale”

Ci interessa sostituire alla razionalità tecnica - che produce “intelligenze cieche” ed arroccate in strategie difensive [dice Morin] - il pensiero complesso che coinvolge il suo osservatore, che non si costruisce nel vuoto, ma attraverso scambi e negoziazioni significative con se stessi e col mondo. Un “vedere” marcato dalla complessità che sappia entrare in contatto con le modalità implicite e personali del pensiero e che sappia muoversi nell'incertezza grazie proprio all'esercizio della razionalità riflessiva.

La complessità, come appare evidente, non è una parola “soluzione”, bensì una parola “problema”, che sfida il modo di pensare tradizionale della cura. Richiede di imparare a ragionare per relazioni, cosciente che sia possibile costruire diversi ordini del discorso, singoli e plurali insieme, a partire da diversi ed irriducibili punti-di-vista.

Questa sfida formativa - sia se è ignorata sia se è raccolta come tale - costituisce un ingrediente dirimente del nostro sapere di cura. Abbiamo bisogno, per costruire una identità professionale della cura, di decidere se collocarsi dalla parte della “semplificazione” o dalla parte della “complessificazione” del nostro pensiero. E soprattutto esserne consapevoli.

Non esiste un pensiero semplice della complessità, semmai una sua “semplificazione”.

“La malattia viene affidata all'osservazione di uno sguardo, quello medico, ... è uno sguardo che sottrae al corpo quella ambivalenza simbolica che la malattia esalta, per collocarla in quella bivalenza polare che conosce solo la disgiunzione tra normale e patologico [dice Galimberti, riferendosi alle idee portanti del novecento, e continua]... Nell'apparenza del dialogo c'è in realtà il monologo della scienza con se stessa che, sotto la specie dell'organismo, si impossessa per intero del nostro corpo ... Questo scarto tra corpo e organismo è quanto dovremmo imparare per sopravvivere alla scienza medica che ci destina alla quantità della vita e non alla sua qualità”

Molto più consuetudinario, infatti, è fare riferimento ad un apprendimento della cura che riconosca e valuti i propri esiti in ragione di criteri di efficacia, di accumulo di conoscenze, di rimozione delle cause delle malattie e di riduzione del loro potenziale patogeno.

Ma questo è un apprendimento – suggerisce la complessità – impoverito, inadeguato ad interagire anche con la propria incertezza, con la variabilità repentina della situazione clinica, con “le emergenze” che il nostro intervento ha contribuito a sollecitare. Incapace, cioè, di riconoscere le forme di “cecità” che sono prodotte proprio dallo “sguardo medico [che] non incontra il malato, ma la sua malattia e nel suo corpo non legge una biografia, ma una patologia, (continua Galimberti). La soggettività del paziente scompare dietro l’oggettività di segni sintomatici che non rinviano a un ambiente, a un modo di vivere, a una serie di abitudini contratte, ma ad un quadro clinico dove le differenze individuali che si ripercuotono nell’evoluzione della malattia scompaiono in quella grammatica dei sintomi con cui il medico classifica le entità morbose come un botanico le piante”

Questi esercizi di semplificazione diventano, allora, stili sotterranei del pensiero che – a dispetto delle dichiarazioni critiche pubbliche di molti professionisti - permangono nel privato delle azioni di cura.

Pensate a quella “fame di tecnica” che caratterizza in modo così forte gli allievi delle professioni [dice opportunamente Schon] e che non credo sia prodotta in modo autonomo, ma imparato dal loro quotidiano “guardarsi attorno”.

Morin arriva a chiamare ancora nel 2001 le Università come “scuole del lutto” “dove è impossibile costruirsi una visione dell’uomo e del mondo insieme dove i neofiti dovranno dedicare tutta la loro intelligenza ad accrescere un sapere determinato, dove vengono inseriti in una equipe specializzata e il termine sottolineato è *specializzata* e non *equipe*”.

Certo, le conoscenze scientifico-professionali formano un’ “intelligenza specifica” ed una “attrezzatura strumentale” che sono indispensabili alla professione, ma la razionalità riflessiva le considera sempre - anche - come selettive, filtrate e riformulate dalla visione personale che il professionista ha della cura e del proprio compito; Sono il risultato di strategie mentali costruttive, riflessive, narrative, autobiografiche, che intervengono delineando una identità ed una “filosofia personale” che agisce per “creare” il mondo, indicandogli interpretazioni e scelte alle quali affidarsi. Che agiscono, quindi, con un “reale valore epistemico”.

La complessità delle azioni di cura non può ridursi, allora, all’esclusivo uso dei requisiti di scientificità sperimentale ed osservativa di fatti e di dati di realtà.

Non ci pensiamo mai, ma anche la fiducia senza riserve nella sola scientificità sperimentale è, di fatto una “filosofia personale” che ci porta a vedere la realtà in ragione di ciò che ci aspettiamo da essa.

La complessità delle azioni di cura deve insegnarci che è possibile mettere a nudo ai nostri occhi gli atti costruttivi del pensiero, non solo il *cosa*, ma il *come* e *perché* abbiamo scelto quei sistemi di accreditamento ai quali abbiamo attribuito fiducia [come afferma Polanyi].

La complessità legittima, allora, un “discorso in prima persona” che dia valore conoscitivo e calore alla propria epistemologia professionale; che dia a se stessi il potere di riconoscere, di trasformare e rivedere le proprie costruzioni in rapporto ad un “mondo reale”, discontinuo e disomogeneo, marcato dalla singolarità, dalla complessità e dall’esistenza di più strade possibili; accettando l’incertezza ed il disordine che ne consegue.

Alla formazione si impone, dunque, di offrire strumenti adeguati di crescita apprenditiva che riconoscano la dinamica complessa del rapporto tra il costruttore e l’unicità delle sue costruzioni; di combinare nella pratica riflessiva le “qualità intelligenti” di comprensione dell’esperienza professionale e le “critiche” che noi stessi facciamo ad essa.

Si impone, cioè, di attivare un reale “apprendistato all’incertezza” [come lo chiama Morin] che sostituisca ad un apprendimento meccanico, segmentato, unidimensionale, un *apprendimento*

trasformativo che sappia rispondere in modo strategico – come ci insegna la complessità - agli interrogativi posti dalla situazione di cura permettendo di percepire il cambiamento.

La pratica riflessiva sull'esperienza personale e vitale della cura, interroga il professionista sulla criticità del suo compito. Lo rende un osservatore “coinvolto” e “smaliziato”, insieme.

Coinvolto perché gli permette di dialogare con il proprio modo di rappresentare l'idea di cura, di corpo, di malattia, di malessere che traspaiono nella concretezza delle organizzazioni e nella qualità delle cure. Smaliziato perché capace di riflettere su se stesso, sulle proprie conoscenze, sulle proprie emozioni nel confronto con la malattia e sul modo in cui esse influiscono sulle percezioni e sulla pratica clinica. Spesso, però, afferma Schon con grande acutezza, molti restano “chiusi nell'idea di essere degli esperti tecnici, non trovano alcunché nel contesto della pratica che sia occasione di riflessione, diventano esperti di tecniche di disattenzione selettiva”, correndo il rischio di svalutare l'intuizione, la sensibilità clinica, il giudizio non sistematico, l'ascolto delle informazioni prodotte dal vissuto di cura.

La complessità ha di fatto cambiato l'idea dell'apprendimento ed i suoi modelli. Nonostante ciò, abbiamo ancora difficoltà a ritrovare - in forma diffusa - il pensiero complesso nella formazione e nella quotidianità della pratica sanitaria.

La crescita personale di un "professionista riflessivo" si muove, noi crediamo, proprio grazie alla progressiva complessificazione del suo modo di pensare, che - riconoscendo il potere costruttivo del proprio pensiero sul proprio apprendimento - lo apre alla circolarità ricorsiva autoriflessiva del conoscere e dell'agire – come ci suggerisce proprio la complessità -

Allora, non possiamo sfuggire dal prendere posizione.

Penso ai curricula universitari, che salvo alcune eccezioni restano ancorati ad una epistemologia riduzionista.

Penso alla dimensione ed alla posizione entrambe residuali delle competenze metacognitive, riflessive, relazionali e –aggiungo- pedagogiche a cui viene riservata una presenza solo finale nel percorso formativo e spesso extracurriculare (Master, Perfezionamenti ed altro). E vorrei esprimere qualche sommersa riserva anche sui nuovi DM per l'ordinamento delle professioni sanitarie che tendono ad uniformare i percorsi formativi, configurandoli tutti secondo il prevalere dell'expertise tecnico.

Mentre in altre esperienze formative europee e statunitensi (ed alcune, poche, anche italiane) la pratica riflessiva è costitutiva dei curricula universitari, centrando sull'epistemologia costruttivista l'esperienza di formazione ad un sapere riflessivo condiviso e co-costruito in reali setting di apprendimento.

Se consideriamo la complessità ed il costruttivismo come matrici di un modo di pensare la professione al punto da attribuirvi un valore “iniziativo” ad uno stile personale della cura, la responsabilità della coscienza delle interpretazioni (vogliamo chiamarle con i loro nomi: la responsabilità delle conoscenze ritenute significative, della presa in carico, della diagnosi, della terapia, della relazione di cura) deve risiedere nella consuetudine del ragionamento clinico. Deve diventare un tratto deontologico della formazione nelle professioni di cura e non costituire un orpello, una sensibilità intellettuale di pochi, “un lusso per filosofi”

La complessità ci insegna che ogni conoscenza parte da un osservatore ed è significativa in ragione non solo di quello che gli fa vedere, dunque, ma anche in ragione di quello che nasconde o che gli impedisce di vedere. Solo la coscienza di questa collocazione ci permette di osservare il

cambiamento [Ceruti]. Il punto-di-vista, quindi, non è mai una relativizzazione arbitraria, ma un potente strumento percettivo della realtà. “Uno sguardo che ascolta e uno sguardo che parla sono infatti altra cosa da uno sguardo che osserva” [dice acutamente Galimberti].

Uno sguardo che sia capace di comprendere il significato della salute da un punto di vista qualitativo ed esistenziale, che riguardi la “qualità della vita percepita” da quella persona e non da un’altra, dal suo mondo di relazioni e non da un altro.

Questa costituisce un’altra sfida che la complessità lancia all’apprendimento; educarsi alla intersoggettività della diagnosi e della cura non è solo un dialogo con “la compagnia dei grandi scienziati a cui diamo il nostro riconoscimento” [come dice Polanyi], ma comporta una relazione costruttiva che riconosca allo spazio della cura la dimensione del “noi”; che riconosca il valore conoscitivo ed interpretativo dei soggetti coinvolti, mettendo a confronto forme di razionalità non sempre coincidenti.

Allora, riprendiamo le fila del nostro discorso.

L’azione di cura non è il risultato di un apprendimento di sequenze lineari prodotte da spiegazioni semplici e da mansioni; è un sapere che si costruisce con il suo farsi, esprime una dimensione reticolare, autorale, poetica, dove la coscienza costruttiva sul proprio pensiero e sulle proprie azioni va molto al di là dell’*expertise* tecnico necessario per svolgere un ruolo ed una funzione. Abbiamo a che fare sempre con una *conoscenza situata* – anche questa è una sfida della complessità – che non avviene in astratto, ma in rapporto ad un sentire concreto, in una “conversazione” con la pratica di cura all’interno di contesti e di comunità: è la nostra pratica.

L’apprendimento del sapere di cura riconosce, dunque, nel nostro pensiero i principi dell’auto-interrogazione [E.Morin]. E questi costituiscono l’asse trasversale presente in tutti i modelli dell’apprendimento trasformativo che concentrano nella dimensione costruttiva, riflessiva, narrativa, biografica le esperienze di formazione alla pratica della cura. [Su queste metodologie sono costruiti molti degli interventi di educazione alla salute, di pedagogia narrativa, la clinica della formazione, gli esercizi di scrittura biografica, i progetti di manutenzione cognitiva del sapere professionale, gli archivi di buone pratiche professionali – anche se non sono diffusissimi nella formazione sanitaria iniziale e nell’aggiornamento in servizio].

L’apprendimento trasformativo non può - chiariamolo subito - essere affidato ad un talento spontaneo e all’improvvisazione; è prima di tutto il frutto di un personale convincimento [di un punto-di-vista, appunto] che indirizza verso la pratica riflessiva la storia professionale e la sua formazione.

Come fare, allora, per attivare i percorsi virtuosi del pensiero complesso nella formazione alle professioni della cura; come rispettare i tratti distintivi di una epistemologia costruttivista nei processi dell’apprendimento, e – capirete che questo mi sta molto a cuore – come imparare a riconoscere che tutte – proprio tutte - le professioni della cura mostrano una intima identità educativa perché riguardano la capacità di accompagnare le trasformazioni di un soggetto in difficoltà sia nella costruzione di un consapevole progetto di vita (pensate alla medicina di base e del territorio ed alle professioni sanitarie e della prevenzione) sia di innescare un processo di elaborazione e di riscrittura della sua storia personale, aiutandolo a riconfigurare l’idea di sé in situazioni di sofferenza.

Non intendo indulgere in alcun modo in un atteggiamento “altruistico”. Questa posizione riguarda proprio la coerenza osservativa del pensiero.

L'apprendimento riflessivo è costruito sul rigore delle proprie interpretazioni, sull'impegno ad imparare dalla "conversazione" con l'esperienza e con i processi impliciti presenti nella pratica reale – con "i significati più nascosti ed intricati" [li chiamava Riccardo Massa]. Processi – chiariamoci - che intervengono nella stessa costruzione dell'*expertise* tecnico, insegnandoci a destrutturarlo, a riconoscerne le forti coloriture identitarie, non razionali ed esistenziali. Sapere che il nostro *expertise* è costruito anche dalle forme inconsapevoli del pensiero [chiamiamole pure le appartenenza a scuole o a comunità di pratiche] ci aiuta a capire che sono queste a guidarci nell'osservazione di specifiche facce della realtà, mentre inevitabilmente ne mettono in ombra le altre.

L'apprendimento riflessivo è, dunque, imparare a svelare le trappole della nostra mente, dell'abitudine, della routine, delle gerarchie dei ruoli introiettate nel nostro modo di agire; le trappole prodotte dalla ricerca di sicurezze, di conferme, di consenso - rendendo disponibili strade inedite e orizzonti di possibilità.

E allora, la formazione al pensiero riflessivo parte dalla riconoscenza della collocazione; dal riconoscimento dei vincoli e delle limitazioni che sono prodotti proprio dalla nostra visione della cura, per imparare a svelarne le strategie costruttive, le preferenze, gli abiti mentali e le azioni abituali; cioè è imparare a vedersi pensare.

Tutto questo, però, non può essere insegnato minuziosamente né specificato nei dettagli. E' un percorso formativo che insegna a riconoscere una identità di cura mai "spersonalizzata", neanche quando crede di esserlo.

Un "medico sincero" [come lo chiama Illich nello "scomodo" quanto duro *panflet* sulla medicina contemporanea] non può restare sordo alla domanda carica di valore che risuona nella mente del paziente. Può decidere, tuttavia – per abitudine, per difficoltà a gestire la sofferenza, per ansia di inadeguatezza al compito e per mille altre giustificazioni sotterranee - di agire da "osservatore scientifico" neutrale e trascurare ogni richiesta di coinvolgimento esistenziale presente nella cura.

La scelta del pensiero complesso e della pratica riflessiva pone, dunque, il senso della cura di fronte "al suo legittimo autore", come dice Demetrio; lo radica nelle modalità assolutamente personali in base alle quali egli agisce nella concretezza quotidiana. Pone il senso di una coscienza biografica segnata dall'idea che sia possibile – e direi doveroso – costruire, accanto alla conoscenza delle forme consolidate del sapere – che certamente bisogna possedere e che, altrettanto certamente, è chiamato ad incrementare - una epistemologia della cura che incorpori le condizioni di problematicità, di incompiutezza, di singolarità - senza sentirsene annientato.

La formazione alla capacità riflessiva sul proprio sapere e sulle proprie azioni di cura diventa – ripeto - un elemento costitutivo della deontologia professionale.

La conoscenza personale, abbiamo detto, è situata, fluida, flessibile, si muove in una realtà vivendola, ma nello stesso tempo, – suggerisce ancora la complessità – distanziandosene per interpretarla e per conferirle significato; ha una forte coloritura posizionale ed epistemica, risponde del come il professionista vive il proprio sapere nella quotidiana conversazione con l'azione. Risponde della personale visione, dello stile professionale, dell'abito mentale, della *forma mentis* che lo aiutano a vedere quanto c'è di straordinario nella quotidianità.

I modelli dell'*apprendimento trasformativo*, dunque, ci chiedono di pensare la formazione nei termini della razionalità riflessiva costruita nel corso dell'azione, attuandone le metodologie per comprendere e cambiare la nostra sensibilità di cura.

Indicano nelle strategie metacognitive la via per costruirne una epistemologia consapevole e capace di problematizzare la propria conoscenza e la relazione nella quale si è impegnati; richiedono un automonitoraggio grazie al quale è possibile domandare a se stessi “dove sto andando, come lo sto facendo e se ho lavorato bene” (dice Antonella Lotti). Accentuano il valore formativo del confronto tra le inevitabili e “sane” dissonanze cognitive presenti all’interno di contesti e di campi di azione e, soprattutto, all’interno di setting formativi, piccoli gruppi di lavoro, tutorati riflessivi.

Ragioniamo su un sapere che non si costruisce “prima”, “al di sopra” ed “a prescindere” dalla situazione; è un sapere che dialoga e che reagisce alle “risposte impertinenti” dell’esperienza [sempre per citare Schon], invitandoci a riflettere nel corso dell’azione. Un sapere che assume ad oggetto proprio lo stile personale della cura, la biografia professionale narrata attraverso un inventario di pratiche - di buone pratiche come di insuccessi -.

La resistenza da superare, secondo me, è nell’accettare che il pensiero non è assoluto. Agisce a partire da costruzioni, relazioni e confronti, dal fatto apparentemente contraddittorio che da una parte riconosciamo l’irriducibilità del punto-di-vista adottato dalle nostre interpretazioni – come suggerisce ancora la complessità – e dall’altra dobbiamo imparare a rinunciare all’affermazione prepotente di esso per costruire una logica dell’alleanza, una logica del “noi”. Il gioco delle reciproche responsabilità costruttive della relazione di cura rende possibile una dialettica ologrammatica che disegna - insieme - la consapevolezza del valore costruttivo delle proprie interpretazioni e la rinuncia all’affermazione di queste come totalizzanti. Perché ciò avvenga, è necessaria una convivenza tra «diversi» che vinca la paura della «dissoluzione» e prenda coscienza che punti-di-vista irriducibili possono convivere nello stesso tempo vitale e nello stesso contesto di relazione.

Dice Lucia Zannini, “il successo di ogni intervento terapeutico risiede nella capacità dell’operatore di costruire un progetto con l’altro e di motivarlo al cambiamento”.

Le visioni di cura hanno, dunque, carattere dialogico, possono assumere significati esistenziali differenti e proprio in questo è iscritta la dimensione inquietante della cura. La responsabilità di chi cura, per ciò, riguarda l’impegno a rendere comprensibili all’altro le interpretazioni che mette in gioco – anche qui la complessità ci ricorda che le nostre interpretazioni sono parziali e rispondono della nostra collocazione – e che la direzione delle azioni da noi intraprese va offerta alla rielaborazione dell’altro. La responsabilità risiede proprio nella diversa posizione dei soggetti nella relazione e nella capacità di agire senza perdere il dialogo cognitivo ed emozionale del “patto di cura”.

Responsabilità e consapevolezza non sono, dunque, parole logore [come dice la Contini]. Sono azioni capaci di imprimere una profondità conoscitiva ed una direzione esistenziale all’alleanza terapeutica; di dividerne i confini, di discuterne le limitazioni, di rivisitarne la prospettiva. È la costruzione di un “contratto riflessivo” che sancisce l’identità del professionista della cura ed – insieme - l’indipendenza dell’interlocutore, come soggetti in comunicazione reciproca e non come due individualità contrapposte.

La responsabilità del professionista è, dunque, anche nella capacità di modulare l’interazione, “abbassando il volume della propria soggettività” - per aprirsi alle aspettative dell’altro, per riconoscere la legittimità del suo punto di vista senza pregiudizi – e, insieme, “aumentando il potenziale interpretativo della propria soggettività” – attrezzando, cioè, il proprio sapere a riconoscere le “restituzioni” che la relazione di cura gli rinvia.

Un intervento di cura che favorisca nell’altro l’autocomprensione è basato proprio, mi si scusi il bisticcio, sull’autocomprensione dell’operatore.

La sua capacità di collocarsi all'interno di una relazione, ma contemporaneamente anche di osservarla, di agire metacognitivamente e metacomunicativamente su di essa gli permette di calibrare la distanza dall'interlocutore; gli insegna a narrare il suo agire in una condizione complessa e fluida "dove le distanze mutano in continuazione, le differenze si ricompongono quotidianamente, [dove] c'è ampio spazio per l'errore, per l'evento non atteso, per l'emozione e per il cambiamento stesso" (M. Tomisich, E. Confalonieri).

E' per questo che la narrazione – nelle diverse forme di storie di vita e di autobiografia - non è una strategia aggiuntiva, sovrapposta ad un apparato di conoscenze di tipo prevalentemente biomedico. E' una strategia rielaborativa che aiuta a conoscere qualcosa di più dei fatti isolati, qualcosa di più delle evidenze mediche.

"L'atto della rievocazione risulta dunque un atto *pregnante*" (dice Bruner). Rende la realtà né indifferente né neutrale. Costruisce una "metastoria" che ingloba la dimensione viva e concreta del dialogo. Il paziente che parla della propria salute costruisce una informazione scientifica pregnante e rielaborativa. Una informazione non convertibile immediatamente in un linguaggio biomedico, ma che offre - ad un osservatore attento - quella che Gadamer chiama la "cronaca" di una patologia che risiede nella costellazione delle esperienze che il paziente "porta" all'interno della relazione diagnostica e terapeutica.

L'*apprendimento trasformativo* si costruisce proprio grazie queste necessarie discontinuità tra modi di intendere. Ci aiuta a prendere coscienza e a riconfigurare la realtà secondo nuovi punti di fuoco che possono essere del tutto difforni da quelli esercitati nella pratica consuetudinaria. Ci insegna a riconoscere che la complessificazione del nostro pensare è un potente strumento cognitivo per comprendere le azioni di cura. Ci insegna che "la comprensione si fa compromissione affettiva" [dice ancora Galimberti].

La complessità ci lancia, allora, un'altra sfida, invitandoci ad imparare a manipolare proprio i "dati deboli" dei nostri vissuti. Dati deboli, densi di narrazioni, di sensazioni, di visioni del mondo grazie ai quali prende corpo l'esperienza di cura. Ma, come dicono Connelly e Clandinin, "per usare dati deboli ci vuole coraggio". Il coraggio di scrivere la propria storia professionale in prima persona, "di affrontare [suggeriva Donata Fabbri all'inizio degli anni '90] ciò che c'è di più profondo e di più doloroso in noi, cioè il nostro modo di ragionare e di conoscere".

E in questo non c'è niente di descrittivo.