

NARRARE LA MEDICINA CLINICA. PERCHÈ? COME?

M. Coltorti

Ordinario Fuori Ruolo di Clinica Medica nella Seconda Università degli Studi di Napoli, Napoli

Narration in clinical medicine: why and how?

During the years of their medical schooling, physicians ought to be trained in narration. The health care organization as a whole should be encouraged to allow narration to play a role in everyday practice. Narration is an important means to bringing clinical medicine closer to the understanding and proper care of the patient and to observance of the related ethical principles. (G Ital Nefrol 2008; 25: 665-72)

Conflict of interest: None

KEY WORDS:

Understanding patients, Clinical medicine, Narration, Care, Ethical principles

PAROLE CHIAVE:

Comprensione dei malati, Medicina clinica, Narrativa, Prendersi cura, Principi etici

✉ Indirizzo degli Autori:

Prof. Mario Coltorti
Viale dei Pini, 37
80131 Napoli
e-mail: coltort@libero.it

Il significato di questi interrogativi, affrontati da molti medici e studiosi di problemi clinici soprattutto nell'ultimo decennio (1-9) può apparire più chiaro ed incisivo, se preliminarmente si risponde a due quesiti:

- che cos'è la medicina clinica, quella che si esercita per ciascun singolo paziente, tanto a domicilio che in ambulatorio o in una corsia d'ospedale?
- che cos'è quella condizione definita "malattia"?

Al primo quesito penso che una risposta corretta possa essere così formulata: *"Medicina clinica è un "fare" (corrispondente al termine greco poiein) finalizzato a precisi scopi: diagnosi, prevenzione, cura, prognosi... più che un semplice "agire" tecnico-strumentale (corrispondente al termine greco prattein), sorretto dalla saggezza (la phronesis aristotelica) che superi una mentalità strettamente tecnicistico-scientista"* (10, 11). Un "fare" che, per essere razionale ed efficace, deve mutuare frammenti di statuti, metodi, conoscenze, tecniche da molteplici discipline:

- "esatte" o "dure" (fisica, matematica, statistica, morfologia, chimica, biologia, genetica, immunologia, ecc.);
- "umanistiche" (linguistica, semiotica, tecnica della comunicazione, filosofia, sociologia, antropologia, storia, ecc.).

Base concettuale della medicina clinica è quindi la convergenza di tre attività del pensiero, ognuna delle

quali ha derivazione etimologica affine al termine "medicina":

Meditari
Metiri
Mederi

Il primo di questi termini indica la necessità di una riflessione filosofica sul significato dell'incontro tra enti umani, ciascuno bisognoso dell'altro, in un "esserci" che, per affrancarsi almeno in parte dalla condizione esistenziale di finitudine e di sofferenza propria degli umani, deve divenire *"Mit-da Sein"* per usare la terminologia heideggeriana. Essere insieme nella partecipazione comune alla sofferenza della dimensione umana, nel riconoscimento del proprio limite, anche da parte del medico, non un demiurgo capace di superare, attraverso la tecno-scienza, i limiti del fare proprio della sua condizione umana, ma capace di assumere su di sé la responsabilità dell'altro, di fissare il suo volto, di carpire il significato del suo dramma: il *"Guaritore ferito"* evocato da Montano (12), sulla scia delle considerazioni e suggestioni prospettate da Gadamer (13). *Meditari* significa anche riflettere sul significato del fenomeno morboso come intrinsecamente connesso alle vicende degli umani, la cui comprensione non consiste nella individuazione di una casella nosografica in cui inserire un nome, bensì nel tentare di ricostruire una complessa e spesso imprevedibile sto-

ria, che si articola attraverso eventi e modalità evolutive variabili da individuo a individuo (14, 15). Significa, infine, individuare e rispettare i rapporti tra le decisioni da prendere nei singoli casi ed i principi etici per il rispetto della persona.

Metiri esprime la necessità di una giusta "misura" in ogni atto professionale, da realizzare attraverso la conoscenza e l'applicazione corretta dei criteri statistici e delle conoscenze scientifiche che razionalizzano l'itinerario diagnostico-terapeutico, tenendo sempre conto dei peculiari bisogni e delle preferenze del singolo individuo cui tali criteri vanno applicati. Significa anche valutare i limiti, le aree di incertezza e la variabilità nel tempo delle acquisizioni tecno-scientifiche su cui è basata l'esercizio della medicina clinica.

Mederi infine non può essere inteso solo come prescrivere farmaci o altri indirizzi di cura, bensì come "prendersi cura" globalmente del sofferente, al di là di quello che le modalità della terapia medica in senso stretto può offrire. Il "prendersi cura" significa quindi andare oltre la malattia, per farsi carico dell'individuo nella sua interezza possibile, attraverso la conoscenza del suo "vissuto", del suo rapporto con la società e con l'ambiente, di ciò che egli considera "bene" per lui, non necessariamente sempre sovrapponibile al concetto di "bene" della medicina scientifica e del singolo operatore sanitario. *Mederi* è quindi la sintesi delle due attività *meditari* e *metiri* in una visione etica della professione, tanto più necessaria di fronte a situazioni quali il malato cronico in guarigione, il portatore di handicap, il paziente con gravi deficit intellettivi, lo stato vegetativo cronico irreversibile, il malato terminale, in cui ai limiti della tecno-scienza possono sofferire solo le doti di abnegazione e disponibilità umana del medico.

A questo punto, emerge chiaramente che se uno statuto "scientifico" debba attribuirsi alla medicina clinica, essa potrebbe definirsi come "disciplina anomala", con indirizzi eminentemente "idiografici", anche se con aperture e sfoci "categoriali" e connessioni in senso "nomotetico" (16, 17). In questo senso si era espresso già due secoli fa Cabanis (1757-1808) (18), uno dei protagonisti del rinnovamento clinico della medicina durante la Rivoluzione Francese: "...con una specie di empatia che si instaura tra medico e malato, il medico supera il suo sapere teorico e si affida al sapere pratico, riposto in una specie d'istinto perfezionato dall'abitudine. In questo modo, identificandosi così con il malato, associandosi alla sua sofferenza con la prontezza di una sensibile immaginazione, il medico coglie con un colpo d'occhio la malattia e riesce ad afferrarne tutti in una volta gli elementi". Tale affermazione può essere sottoscritta anche oggi, dopo due secoli di scoperte scientifiche che, pur avendo consentito fondamentali applicazioni pratiche, hanno però a volte oscurato il senso umano dell'esercizio della

medicina clinica. Ciò a tal punto che, come puntualizza un medico dei nostri tempi (19): "I medici trovano difficile capire questo paradosso: riveriti quando erano relativamente inefficaci, essi si trovano sempre più soggetti a critiche oggi, quando per la prima volta sono capaci di cambiare il decorso di tante malattie fatali o inabilitanti".

Al secondo quesito "che cos'è la malattia", al di là di definizioni che fanno riferimento a devianza dalla "normatività" propria della specie umana o ad alterazioni della "omeostasi" che consente adattamento alle variazioni ambientali, le quali tendono soprattutto ad individuare i confini biologici tra stato di salute e stato patologico (20-23), confini peraltro non sempre ben definibili e dipendenti da fattori molteplici (etnici, sociali, culturali, ambientali, ecc.), ritengo preferibile la seguente interpretazione che, oltre i fini e i limiti della medicina come è più tradizionalmente intesa, comprende anche gli aspetti complessi inerenti alla vita dell'individuo malato ed ai suoi rapporti con la società e con l'ambiente in cui vive (24): "evento esistenziale multifattoriale che, inserendosi nella vita del singolo individuo con vario livello sia di responsabilità dei vari fattori causali sia di conseguenze, coinvolge:

- l'equilibrio somatico e psichico;
- la capacità di sopravvivenza e/o di riproduzione;
- le relazioni interpersonali, gli aspetti sociali e l'adattamento all'ambiente;
- l'ecosistema in un rapporto multidirezionale individuo-ambiente-società".

Viene così compreso il triplice aspetto della malattia: come viene definita dalle conoscenze mediche, come viene "vissuta" dal singolo malato, come interferisce nei rapporti di questo con la società e con l'ambiente, corrispondenti rispettivamente ai termini inglesi *disease*, *illness*, *sickness*. A ciò fa chiaro riferimento Gadamer (13) quando afferma: "Sarebbe degno di lode se ci si rendesse conto delle differenze che esistono tra la medicina scientifica e la vera e propria arte medica".

Anche Murri (1841-1932) (25), illustre Clinico Medico in Bologna; che alla capacità diagnostica associava fine attitudine speculativa, così esprimeva, nella valutazione del processo morboso, la necessità di riferirsi ai problemi del singolo malato: "...cercate di non abituarvi a pensare astrattamente alla malattia quale la patologia la descrive... Più saprete e più potrete. Ma non immaginatevi neppure per sogno che basti il sapere... Voi dovete abituarvi a considerare il capitolo dedicato ad una certa malattia dai patologi né più né meno che un espediente necessario per meglio intendersi, ma non come la descrizione di un'entità definita e sempre eguale a sé stessa... Come non ci sono due cose eguali, così non ci sono ammalati eguali... Laonde, anche dopo che avete fatto la diagnosi di febbre tifoide o d'altro, dovete fare la vera diagnosi speciale nel mala-

to vostro, giorno per giorno”.

Negli ultimi due decenni è stata introdotta la tendenza, sicuramente utile, di affrontare i problemi clinici, prevalentemente terapeutici, con i principi della *Evidence-Based-Medicine* (EBM), basata sui risultati di rigorose indagini controllate, valutati con precise metodologie statistiche (i c.d. *Randomized Controlled Trials*, RCT molti dei quali aggruppati poi nel procedimento statistico di meta-analisi, per una valutazione complessiva sia dell'insieme dei risultati sia della qualità dei singoli RCT). Da essi sono state elaborate Linee Guida per la razionalizzazione dei procedimenti diagnostici, preventivi e terapeutici, e per l'analisi della loro appropriatezza scientifica e pratica. Tuttavia la loro reale utilizzazione ha incontrato finora molti ostacoli e limiti, sottolineati da vari Autori, di cui cito solo alcuni (26-29). I principali sono: 1) la composizione dei campioni casistici su cui sono eseguiti i RCT non corrispondono sempre alle popolazioni su cui poi estrapolare le "evidenze" raggiunte; 2) possibili differenze tra significatività statistica e significatività clinica; 3) frequente complessità situazionale del singolo individuo (ad es. polipatologia, patologie croniche che difficilmente rispondono ai farmaci sottoposti ai *trials*, stili di vita capaci di interferire sugli effetti dei farmaci saggiati nei *trials*, *compliance*, preferenze personali, ecc.); 4) la scelta dei campioni di popolazione messi in comparazione avviene su caratteristiche dei pazienti apparentemente omogenee, ma non può tener conto di più sottili differenze individuali, a volte altrettanto importanti nei risultati terapeutici nella pratica clinica; 5) le analisi statistiche definiscono il risultato *medio* dell'individuo *medio* compreso nei RCT, per gli *endpoints* presi in considerazione, non il paziente *singolo* con le sue peculiari caratteristiche, oggetto delle decisioni del medico nella pratica quotidiana; 6) presenza di molte "aree grigie" non adeguatamente chiarite dal EBM; 7) interessi delle industrie e/o dei ricercatori che spesso possono influenzare le metodologie dei RCT (rilevanza effettiva dei *trials*, modalità di comparazioni, scelta di *endpoints*, non pubblicazione di *trials* i cui risultati non corrispondono agli interessi degli sponsors, ecc.); 8) non sempre adeguate disponibilità, anche di tempo, da parte dei medici pratici, di consultazione delle fonti della EBM; 9) il rischio che le Linee Guida derivanti dalla EBM possano divenire una sorta di "ricette di cucina" non applicate con sufficiente discernimento in rapporto alle caratteristiche dei singoli pazienti. Sackett et al. (25), Autori particolarmente esperti nei problemi inerenti alla EBM, affermano testualmente: "*The practice of evidence based medicine means integratine individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research*"; ed ancora: "*External clinical evidence can inform, but can never replace individual clinical expertise, and it is this clinical expertise that deci-*

des whether the external evidence applies to the individual patient at all". Altri eminenti studiosi (30) delle problematiche relative alla EBM sottolineano la relatività delle informazioni derivate dai RCT ai fini di chiarire i problemi eziologici, diagnostici e prognostici nella pratica clinica, mentre "*all the previously discussed issues in personal preferences, psycosocial factors, comfort, and reassurance for patients are essential elements of clinical decisions in humanistic care*". Affermazioni queste che, insieme alle considerazioni esposte precedentemente, convalidano la domanda di partenza: perché narrare in medicina? Ovviamente perché solo attraverso una narrazione esauriente, il medico può realizzare la vera conoscenza di quel singolo paziente, degli eventi esistenziali che hanno spesso partecipato nel determinismo della malattia, della sua evoluzione, del suo stato attuale, al quale adattare le "evidenze" esterne dedotte da sperimentazioni condotte con metodologie adeguate.

Superando il dualismo cartesiano, tuttora forte anche nella pratica clinica, che spesso oggettivizza il paziente impedendone la reale comprensione dei suoi problemi, è quindi necessario migliorare la qualità e valorizzare le componenti etiche del rapporto paziente-medico con una più diretta e approfondita conoscenza del profilo esistenziale dei singoli individui e dei loro peculiari problemi, affiancando alla EBM:

- MBE (*Medicine-Based-Evidence*): evidenze ed indirizzi operativi che emergono dall'esercizio della medicina di tutti i giorni, in rapporto alle caratteristiche ed alla storia umana di ciascun paziente, derivante da
- NBM (*Narrative-Based-Medicine*): la conoscenza di "quel" paziente, con il suo "vissuto", le sue caratteristiche psico-fisiche, sociali, economiche, gli eventi che hanno caratterizzato la sua esistenza, i suoi reali bisogni e ciò che egli considera "bene" o "meglio" o "meno male" per lui in quella contingenza*, attraverso la comunicazione e l'interazione dinamica con il medico, identificando così
- POEMs (*Patient Oriented Evidence that Matters*): le "evidenze" che contano sono quelle orientate verso il / derivate dal singolo paziente (quindi

* È agevolmente comprensibile che quella che "oggettivamente" si dovrebbe considerare la stessa malattia, può avere, ed ha spesso, significato, evoluzione, ripercussioni largamente differenti in pazienti con situazioni socioeconomiche, culturali, ambientali ... diverse, o in momenti differenti della propria esistenza (ad es. età, stato civile, condizioni lavorative); ed ancora per il convergere di fattori molteplici e diversificati da individuo ad individuo nel determinismo del processo morboso: concetto "fuzzy" di malattia (INUS: *Insufficiently Non redundant component of Unnecessary Sufficient complex*, Mackie J. 1965; vedi anche Vineis P. *Nel crepuscolo delle probabilità*, Einaudi 1999).

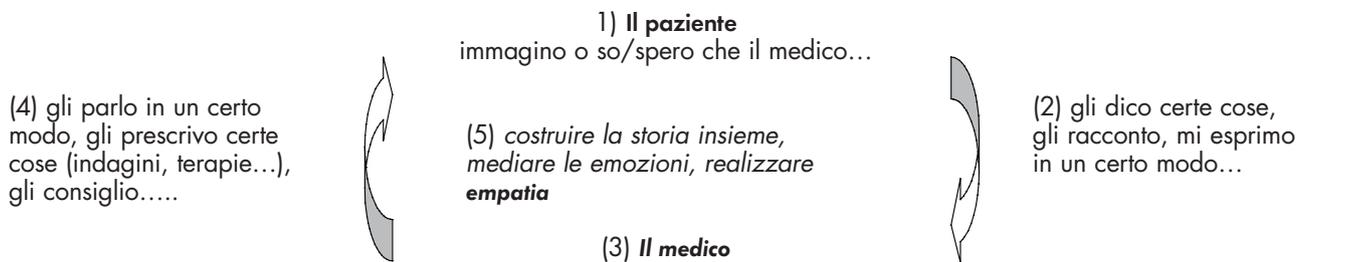
ancora: medicina clinica quale disciplina "anomala" con larga prevalenza della componente "idiografica").

Scopo della narrazione è realizzare una dimensione connessione e transpersonale fra due realtà -quella del medico e quella del paziente - per individuare il significato e i fini della relazione (diagnosi ed indirizzi di cura, anche e soprattutto, specie in molti pazienti, "prendersi cura di..." (31). Sono evidenti i rapporti fra narrazione e le ripercussioni etiche, per una precisa valutazione degli aspetti valoriali e situazionali propri dei singoli pazienti nell'applicazione dei principi etici nelle decisioni mediche (32).

Prescindendo dalle teorie bioetiche generali, su basi filosofiche o teologiche (liberali-utilitariste, deontologiche, neokantiane, su base metafisico-trascendentale o

non), in un mondo pluralista in cui si è largamente affermata la centralità del rispetto della persona nei rapporti interumani, è fondamentale in medicina la necessità di applicare i principi etici generali alle situazioni individuali, per la salvaguardia della autonomia della singola persona, del suo personale concetto di beneficenza o non maleficenza, di giustizia individuale per lui come per gli altri (33, 34). Pertanto è la ricostruzione precisa attraverso la narrazione che può consentire l'applicazione di principi generali al singolo paziente ed alla sua particolare condizione esistenziale.

La relazione che si instaura attraverso la narrazione, innesca un percorso circolare di connessione transpersonale con progressiva influenza ed interdipendenza, da cui scaturisce condivisione di valori, sentimenti, intenti, che può così sintetizzarsi:



Empatia: processo di interazione e di identificazione, al limite tra conscio ed inconscio, con il mondo e l'esperienza dell'altro; sintonia emozionale; adesione al vissuto e ai bisogni dell'altro. Si possono identificare i seguenti momenti del processo:



effetto "terapeutico" della narrazione (parlata o/e scritta), specie in pazienti cronici, inguaribili e con disordini funzionali, spesso associati o sovrapposti a patologia organica (35-39).

In questo processo possono comunque verificarsi problemi, difficoltà, rischi:

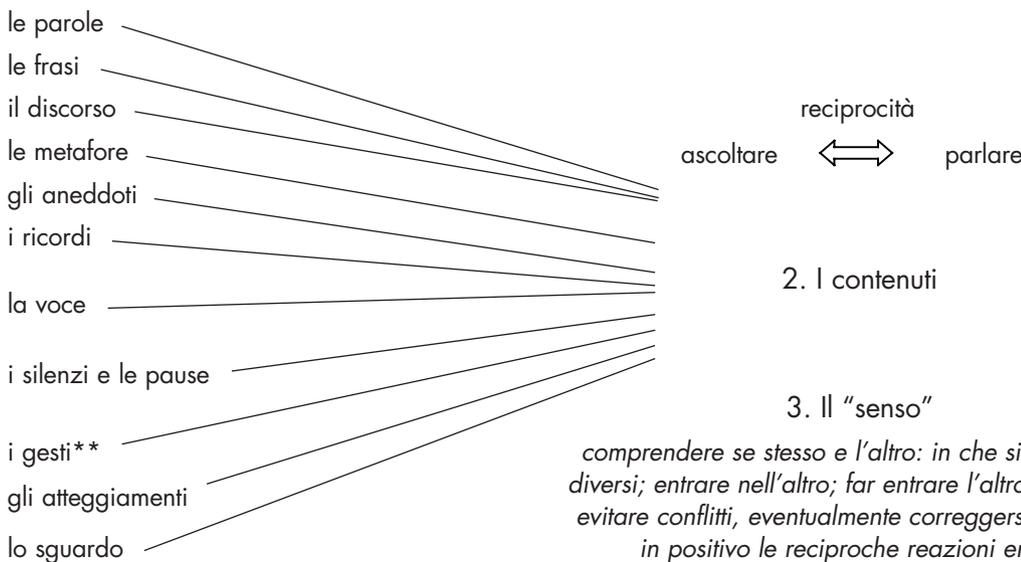
- capacità nella scelta di adatte modalità di comunicazione, per evitare contrasti, incomprensioni ed ostacoli nella gestione del rapporto;
- opportunità distinguere ed utilizzare nel momento adatto i vari tipi di rapporto comunicativo: narrativo-informativo (*locutorio*), prescrittivi in senso positivo o negativo (*illocutorio*), persuasivo-influenzante (*perlocutorio*);
- esercizio di "potere" e di plagio sul paziente;
- dipendenza-strumentalizzazione del paziente da

- parte del medico (o anche viceversa);
- proiezione sul paziente di problemi irrisolti del medico.

Questi problemi dipendono in larga parte anche da inadeguata formazione di molti medici circa: tecnica della comunicazione, approccio psicologico nel rapporto con i pazienti, interpretazione corretta e modulazione nell'espletamento di questo rapporto (40). Inoltre la disponibilità di tempo e le modalità di organizzazione del lavoro (in ambulatorio o in corsia di ospedale) ne rendono ancora più difficile la soluzione.

Per un efficace rapporto narrativo-comunicativo è fondamentale l'attitudine del medico ad utilizzare la varietà degli strumenti o "codici semiologici" (41) oltre la parola parlata (vedi schema) e l'apprendimento dei principi e l'applicazione del "counselling" (42).

1. I "codici semiologici"



2. I contenuti

3. Il "senso"

comprendere se stesso e l'altro: in che siamo simili e diversi; entrare nell'altro; far entrare l'altro in se stesso; evitare conflitti, eventualmente correggersi; modulare in positivo le reciproche reazioni emotive (metacomunicazione)

Per realizzare questi obiettivi è importante interiorizzare ed applicare i principi del *counselling*:

- ascoltare prima di dire e fare;
- nel processo narrativo attivare gli strumenti verbali e non verbali;
- essere disposti a credere che ciò che dice l'altro può avere un senso;
- non convincersi troppo presto di aver compreso tutto;
- non dare mai nulla per scontato;
- non assumere atteggiamenti di contrapposizione;

- non dare giudizi di valore;

- non interrompere troppo spesso.

Applicando questi principi, la modalità di comunicazione/relazione con il paziente si svolge lungo i seguenti itinerari:

- Chi è il paziente, la sua vita, il suo passato, il suo presente, il suo presumibile futuro.
- Quale/i il suo/i problema/i espresso/i e inespresso/i.
- Come il paziente considera se stesso.
- Come il paziente interpreta il suo stato, e per quali motivi.
- Che cosa si proporrebbe di voler (o non voler) fare e che sia fatto.
- Che cosa io ritengo sia meglio poter fare (o non

** comprese le modalità di esecuzione delle manovre semeiologiche dell'esame fisico.

La necessità di affiancare la narrazione ai risultati, peraltro spesso incerti e contingenti, della tecnoscienza e ai suggerimenti derivanti dalla EBM, è chiaramente espressa dal pensiero di due noti studiosi; a conclusione del suo libro dedicato a questi temi Jenicek (47), ricercatore con profonde competenze epidemiologiche, afferma: *“Gli studi e le descrizioni di casi clinici sono parte integrante ed indispensabile della ricerca, del progresso e dell’esperienza in medicina. Inoltre, contribuiscono a mantenere l’aspetto umano della medicina e della ricerca medica. Pur essendo al corrente di tutti gli aspetti numerici, delle probabilità, dei rischi e delle possibilità del loro caso, i pazienti continueranno a chiedere ai loro medici: « Ed io?». Un tasso di mortalità del 50% può essere un dato di fatto, ma il paziente è o vivo o morto. In altri termini, in caso rimane un caso ed un paziente un paziente sia nella pratica che nella ricerca. La casistica deve occuparsi di ogni caso come se fosse un’esperienza unica e una parte più ampia della conoscenza e dell’esperienza medica e del sapere generale”*.

Callahan (48), uno dei fondatori del Centro Hastings, che affronta specificamente i rapporti tra scienza medica, economia ed etica, così si esprime: *“La medicina moderna è stata la beneficiaria della fede nel progresso e della volontà di perdonare i danni della tecnologia, forse perché abbiamo lasciato che la*

nostra fede e la nostra speranza si allontanassero dal senso comune. È ancora tempo di fermarsi e di capire che siamo ancora creature finite e limitate”.

Abituare i medici a sviluppare la narrazione fin dalla loro formazione pre-laurea e stimolare l’organizzazione della Sanità perché consenta che la narrazione abbia un ruolo importante nelle attività di tutti i giorni, è una via importante per realizzare una migliore aderenza della medicina clinica alla comprensione ed alla cura dei malati ed al rispetto dei principi etici che ne sono alla base.

RIASSUNTO

Abituare i medici a sviluppare la narrazione fin dalla loro formazione pre-laurea e stimolare l’Organizzazione della Sanità perché consenta che la narrazione abbia un ruolo importante nell’attività di tutti i giorni, è una via importante per realizzare una migliore aderenza della medicina clinica alla comprensione ed alla cura dei malati ed al rispetto dei principi etici che ne sono alla base.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

L’Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Donnelly WJ. The language of medical case histories. *Ann Intern Med* 1997; 127: 1045-8.
2. Greenhalgh T, Hurwitz B. *Narrative Based Medicine: dialogue and discourse in clinical practice*. BMJ Books 1998.
3. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: why study narrative? *BMJ* 1999; 318: 48-50.
4. Hurwitz B. Narrative and the practice of medicine. *Lancet* 2000; 356: 2086-9.
5. Charon R. Narrative medicine: form, function, and ethics. *Ann Intern Med* 2001; 134: 83-7.
6. Charon R. The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA* 2001; 286: 1897-907.
7. Donnelly WJ. Patients’ stories as narrative. *JAMA* 2002; 287: 447; author reply 448.
8. Charon R. Narrative and medicine. *N Engl J Med* 2004; 350: 862-4.
9. DasGupta S, Charon R. Personal illness narratives: using reflective writing to teach empathy. *Acad Med* 2004; 79: 351-6.
10. Berardinelli S. Tecnologia e azione morale. *La Medicina Internazionale Nuova serie* 1994; 7: 15 (fascicolo dedicato a: la Medicina contemporanea fra Scienza della Natura e Scienze Umane, a cura di O. Visioli).
11. Morra G. La medicina: tecnologia o sapienza? *Ibid.* pag. 31.
12. Montano A. *Il Guaritore ferito*. Bibliopolis 2004.
13. Gadamer HG. *Dove si nasconde la salute*. Cortina 1994.
14. Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. *Filosofia della medicina*. Cortina 1995.
15. Voltaggio F. *La medicina come scienza filosofica*. Laterza 1998.
16. Federspil G. *I fondamenti del metodo in medicina clinica e sperimentale*. Piccin 1980.
17. Scandellari C. *La strategia della diagnosi*. Piccin 1981.
18. Cabanis PJG. *Du degré de la certitude de la médecine, 1798. La certezza della medicina (ed. italiana)*. Laterza 1974.
19. Silverman WA. Doctoring: from art to engineering. *Control Clin Trials* 1992; 13: 97-9.
20. Canguilhem G. *Le normale et le pathologique*. Presses Universitaires de France 1966; ediz. italiana: *Il normale e il patologico*, Einaudi 1998.
21. Campbell EJ, Scadding JG, Roberts RS. The concept of disease. *Br Med J* 1979; 2: 757-62.
22. Azzone CF. *L’eziopatogenesi delle malattie e il ruolo del caso: La Medicina Internazionale, Nuova serie* 1994; 7: 47. (Fascicolo su *La Medicina Contemporanea fra Scienze della Natura e Scienze Umane*).
23. Federspil G. *La malattia come evento biologico*. *Minerva Med* 1990; 81: 845.
24. Coltorti M. *Riflessioni sul concetto di malattia e sulla sua*

- evoluzione. *Medic* 1998; 6: 162.
25. Murri A. *Lezioni di Clinica Medica*; Società Editrice Libraria 1920 (ristampa).
 26. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: was it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-2.
 27. Mant D. Can randomised trials inform clinical decisions about individual patients? *Lancet* 1999; 353: 743-6.
 28. Dickinson D, Vineis P, Der Meulen R. Questioni etiche nella Medicina Basata sull'evidenza. *Decidere in Medicina* 2001; 3: 3.
 29. Pagliaro L. Medicina basata sulle evidenze centrata sul paziente (in particolare pag. 171 e segg.). *Il Pensiero Scientifico* 2006.
 30. Feinstein AR, Horwitz RI. Problems in the "evidence" of "evidence-based medicine". *Am J Med* 1997; 103: 529-35.
 31. Masini V. *Medicina narrativa*. F. Angeli 2005.
 32. Charon R, Montello M. *Stories Matter. The role of Narrative in Medical Ethics*. Routledge, NewYork-London 2002.
 33. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, 4^a ediz. 1994; trad. ital.: *Principi di etica biomedica*. Le Lettere. Milano 1999.
 34. Pellegrino ED, Thomasma DC. *Par il bene del paziente*. Ediz. Paoline 1992.
 35. Suchman AL, Mathews DA. What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care. *Ann Intern Med* 1988; 108: 125-30.
 36. Mathews DA, Suchman AL, Branch WT Jr. Making "connections": enhancing the therapeutic potential of patient-clinician relationships. *Ann Intern Med* 1993; 118: 973-7.
 37. Novack DH, Suchman AL, Clark W, Epstein RM, Najberg E, Kaplan C. Calibrating the physician. Personal awareness and effective patient care. Working Group on Promoting Physician Personal Awareness, American Academy on Physician and Patient. *JAMA* 1997; 278: 502-9.
 38. Smyth JM, Stone AA, Hurewitz A, Kaell A. Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis: a randomized trial. *JAMA* 1999; 281: 1304-9.
 39. Little P, Everitt H, Williamson I, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001; 323: 908-11.
 40. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267: 2221-6.
 41. De Mauro T. *Guida all'uso delle parole*. Editori Riuniti 2004: *Minisemantica dei linguaggi non verbali e delle lingue*. Laterza 1992.
 42. Bert G, Quadrino S. *Parole di Medici, Parole di Pazienti. Counselling e Narrativa in Medicina: Il Pensiero Scientifico* 2002.
 43. Coulehan JL, Block MR. *The Medical Interview: a Primer to students of the Art*, cit da Connelly (1).
 44. Verghese A. The physician as storyteller. *Ann Intern Med* 2001; 135: 1012-7.
 45. Jones AH. Literature and medicine: narrative ethics. *Lancet* 1997; 349: 1243-6.
 46. Cagli V. *Malattie come racconti*. Armando 2004.
 47. Jenicek M. *Casi clinici ed Evidence-Based Medicine*. Il Pensiero Scientifico 2001.
 48. Callahan D. *La medicina impossibile*. Baldini e Castaldi 2000.