

La razionalità pratica della medicina

Fondamenti epistemici dell'atto medico

di Silvia Iorio e Valentina Gazzaniga

Abstract: A partire dalla necessità di una ridefinizione teorica della pratica medica l'articolo sviluppa un dialogo tra storia del metodo clinico, paradigma indiziario e dibattito contemporaneo sull'*Evidence-Based Medicine*. In questa prospettiva, la razionalità medica non può essere ridotta a mera applicazione procedurale di evidenze codificate, ma deve essere compresa come forma di razionalità pratica storicamente situata. L'inclusione della dimensione fenomenologica, della storicità delle categorie mediche e dell'influenza dei determinanti sociali della salute consente di interpretare la medicina come pratica insieme epistemica, etica e relazionale, nella quale conoscenza e responsabilità risultano inseparabili. L'incertezza non appare quindi come limite contingente o difetto del sapere, ma come elemento strutturale della razionalità medico-scientifica e della decisione clinica.

Introduzione

L'atto medico non è definito soltanto da chi lo compie o da chi ne è destinatario, ma in modo decisivo dalle conoscenze che lo rendono possibile e legittimo. Tali conoscenze non costituiscono

un semplice repertorio tecnico, ma incorporano modelli epistemologici, criteri di validazione, gerarchie di evidenza e presupposti impliciti sul rapporto tra sapere scientifico, giudizio clinico, singolarità individuale e specificità dell'architettura della cura. Chiarire quali conoscenze fondino l'atto medico significa dunque interrogare il suo statuto epistemico e, con esso, la sua dimensione storica ed etica. Negli ultimi decenni, la medicina basata sulle prove (*Evidence-Based Medicine*, *EBM*) ha rappresentato il paradigma dominante nella definizione del sapere medico legittimo. L'*EBM* ha contribuito in modo significativo a ridurre l'arbitrarietà decisionale, a rafforzare la trasparenza metodologica richiesta dal metodo sperimentale e a rendere l'atto medico maggiormente controllabile e giustificabile sul piano scientifico e organizzativo. In questo senso, essa ha svolto una funzione essenziale nel collocare l'agire medico entro uno spazio pubblico di responsabilità e riconoscibilità. Tuttavia, l'assunzione dell'*EBM* come fondamento esclusivo o privilegiato dell'atto medico solleva questioni epistemologiche ed etiche rilevanti.

1. Oltre la gerarchizzazione: pluralismo conoscitivo nella medicina contemporanea

La gerarchizzazione delle evidenze tende a privilegiare conoscenze prodotte in contesti sperimentali altamente selezionati, che non sempre restituiscono la complessità delle situazioni cliniche concrete. Inoltre, una concezione riduttiva del sapere medico come mera applicazione di protocolli rischia di oscurare dimensioni essenziali della pratica, quali il giudizio clinico, l'esperienza professionale, la comprensione narrativa del vissuto di malattia e l'interpretazione dei contesti socioculturali, economici e am-

bientali in cui è situato il paziente. La medicina sperimentale, pur essendo una componente imprescindibile del paradigma medico, non esaurisce dunque il campo delle conoscenze rilevanti per l'atto medico in sé. Come mostrato dalla riflessione storica ed epistemologica, il sapere clinico è strutturalmente congetturale, provvisorio, storicamente e socio-politicamente situato. Il metodo medico, analogamente a quello storico, non consiste nell'applicazione meccanica di certezze, ma in un processo di osservazione, interpretazione e selezione dei dati che attribuisce significato a segni, sintomi, narrazioni e contesti, in vista di decisioni sempre parzialmente indeterminate che sono da un lato rigorosamente fondate su evidenze e metodo sperimentale, dall'altro simultaneamente consapevoli del grado di potenziale indeterminazione che portano con sé.

Il medico non applica l'evidenza come un algoritmo, ma la interpreta alla luce delle condizioni individuali, delle specificità biologiche, dei valori del paziente, delle risorse disponibili, mutevolezza e limiti intrinseci del sapere scientifico. È proprio in questo spazio di straordinaria ricchezza metodologica, che accoglie però al suo interno un certo livello di incertezza epistemologica, che si manifesta la dimensione etica dell'atto medico, intesa come assunzione di responsabilità.

La riflessione storico-filosofica internazionale ha mostrato come la medicina condivida con altri saperi interpretativi un metodo fondato sull'integrazione tra dati osservabili e attribuzione di significato. Segni e sintomi, come le fonti storiche, non "parlano" da soli, ma richiedono domande, ipotesi e modelli interpretativi sempre situati in contesti socioculturali, economici e politici. L'illusione di un'oggettività assoluta, svincolata dal giudizio del medico, rischia pertanto di occultare la componente intenzionale e valutativa che concorre in modo decisivo alla costruzione del

significato clinico (Csordas 1994). Alla luce di queste considerazioni, l'atto medico può essere fondato eticamente solo su una concezione pluralista della conoscenza, che riconosca la complementarità tra evidenza scientifica, esperienza clinica, competenza empirica e comprensione storico-culturale e socioeconomica della medicina. Tale pluralismo non indebolisce il rigore scientifico dell'atto medico, ma ne rende esplicita la complessità epistemica. In questa prospettiva, il sapere medico appare non come un insieme statico di certezze, ma come un campo dinamico, fallibile e continuamente rinegoziato, in cui l'atto medico si configura come esercizio di giudizio responsabile più che come esecuzione tecnica.

2. Anatomia della definizione di atto medico

In assenza di una definizione condivisa dell'atto medico a livello internazionale, la formulazione proposta dalla Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) non nasce nel vuoto, ma si fonda su un insieme di presupposti teorici e storico-culturali profondamente radicati nella tradizione medica euro-occidentale. Comprendere tali presupposti è essenziale per chiarire il significato della definizione stessa e per valutarne limiti e potenzialità nel contesto della medicina contemporanea.

In primo luogo, la definizione UEMS si colloca esplicitamente all'interno di un orizzonte professionale europeo, più che globale. A differenza di organismi internazionali come la World Medical Association, che assumono una prospettiva etica universalistica, e la World Health Organization (WHO), la UEMS nasce come organismo di rappresentanza dei medici specialisti europei e risponde primariamente all'esigenza di tutelare e delimitare il

campo della professione medica. L'atto medico viene così pensato come espressione qualificata di una professione regolata, dotata di autonomia, competenze specifiche e responsabilità proprie. Questo orientamento spiega perché la definizione si concentri sull'identità professionale del medico e sulla titolarità dell'atto, piuttosto che su una riflessione teorica generale sull'agire medico.

In secondo luogo, la definizione UEMS riflette il modello continentale europeo di professione, in cui l'atto professionale è strettamente connesso alla responsabilità giuridica e deontologica del singolo. L'atto medico non è concepito come un gesto generico di cura, ma come un atto qualificato che produce effetti giuridici, implica una competenza certificata e non è delegabile nella sua responsabilità ultima. L'atto medico diventa così il luogo normativo in cui si concentra la responsabilità professionale del medico.

Un terzo presupposto, meno esplicito ma non meno rilevante, riguarda la concezione del sapere medico. La definizione UEMS assume implicitamente l'esistenza di un sapere scientificamente fondato, relativamente stabile e applicabile attraverso atti professionali. Tale sapere è dato per acquisito e non viene tematizzato nei suoi aspetti storici né vengono considerati o problematizzati i confini della sua possibile incertezza e il concetto stesso di rischio clinico che ne consegue. L'incertezza epistemologica, il ruolo interpretativo del giudizio clinico e la storicità delle conoscenze mediche restano sullo sfondo, come elementi impliciti ma non concettualizzati. Questa impostazione non rappresenta un limite accidentale, ma riflette un modello di medicina scientifica che tende a presentarsi come sapere consolidato, più che come pratica conoscitiva in continuo divenire.

In questo quadro, anche la dimensione etica assume una collocazione specifica. Nella definizione UEMS, infatti, il riferimento

ai valori etici e deontologici funge da cornice normativa piuttosto che da fondamento teorico dell'atto medico. L'etica non è ciò da cui l'atto medico origina, ma l'ambito entro cui esso deve essere esercitato. Questa impostazione si differenzia nettamente da quella adottata dalla World Medical Association, nei cui documenti l'agire medico è concepito primariamente come atto morale e solo secondariamente come atto professionale regolato. In UEMS, invece, l'atto professionale precede concettualmente l'esplicitazione del suo significato etico.

Un ulteriore elemento rilevante è rappresentato dall'assenza, nella definizione UEMS, di riferimenti espliciti alla prospettiva della WHO. Tale assenza non può essere interpretata come una lacuna o una dimenticanza, ma va piuttosto letta come una scelta teorica consapevole. L'Organizzazione internazionale opera, infatti, su un piano macro, occupandosi di popolazioni, sistemi sanitari, interventi di salute pubblica e organizzazione dei servizi, mentre la UEMS mantiene deliberatamente il focus sul livello micro dell'agire professionale. In questa prospettiva, l'atto medico non è considerato come un semplice nodo di un processo organizzativo o sistemico, ma come il luogo della decisione clinica individuale e della responsabilità professionale.

Nel loro insieme, questi presupposti mostrano come la definizione UEMS dell'atto medico sia il prodotto coerente di una tradizione professionale europea, solida sul piano istituzionale ma ancora parzialmente implicita su quello epistemologico ed etico. Proprio questa implicitezza rende oggi necessario un lavoro di chiarificazione concettuale e di integrazione teorica, capace di rendere espliciti i fondamenti di conoscenza, giudizio e responsabilità che strutturano l'atto medico nella medicina contemporanea.

3. Breve genealogia del sapere medico come conoscenza incorporata, interpretativa e razionale

Nell'esperienza clinica concreta, il sapere medico non si presenta come un insieme astratto di informazioni da applicare, ma come una conoscenza che prende forma a partire da innumerevoli variabili che si collocano all'interno di un processo sincretico che incrocia i modelli esplicativi del modello biomedico con quelli del paziente (Kleinman 1988). Il medico non incontra mai un dato puro, bensì un individuo che vive un'esperienza di malattia inscritta in un corpo, in un contesto di relazioni e in un ambiente. Fenomenologicamente, l'azione medica si configura dunque come un atto in cui l'osservazione clinica, l'ascolto della narrazione, la valutazione dei segni e dei sintomi e la comprensione del vissuto e del contesto concorrono a costruire ciò che, in quella situazione e da quel professionista, viene riconosciuto come rilevante dal punto di vista diagnostico e terapeutico.

In questo senso, la conoscenza che fonda l'atto medico è intrinsecamente interpretativa. Segni, sintomi ed evidenze non «parlano» da soli – «infatti di per sé sono muti se non è l'umana ragione che li interroga» diceva Augusto Murri – ma acquistano significato solo all'interno di un processo di selezione, gerarchizzazione e attribuzione di senso guidato dal giudizio clinico. Il sapere medico non consiste quindi nella semplice applicazione di regole, ma in una pratica di discernimento che integra dati oggettivabili e dimensioni non riducibili alla misurazione, come il vissuto del paziente e i vincoli posti dal contesto socioculturale ed economico in cui è inserito, nonché dal contesto istituzionale di cura e dalla soggettività del professionista. È in questo spazio interpretativo che il sapere diventa operativo e che l'atto medico prende forma come decisione situata. La competenza clinica, dunque,

non è solo capacità tecnica, ma fondamento di una responsabilità che si esercita nel momento in cui il medico interpreta, sceglie e agisce in considerazione di innumerevoli variabili e quindi in condizioni di incertezza. Questa struttura interpretativa del sapere medico non rappresenta una deviazione dal determinismo e dalla sua razionalità scientifica, ma si iscrive in un paradigma epistemologico ben riconoscibile (Pellegrino 1981). Come mostrato da Carlo Ginzburg, esiste una tradizione conoscitiva fondata sulla decifrazione di indizi, tracce e segni minimi e talvolta anche sulla loro assenza, che attraversa storicamente discipline come la medicina, la storiografia e il diritto. In questo paradigma indiziaro, l'oggetto della conoscenza non è direttamente accessibile, ma viene ricostruito attraverso elementi parziali e apparentemente marginali, che acquistano significato solo all'interno di una pratica interpretativa situata (Ginzburg 1986). La medicina, in quanto sapere semeiologico, condivide strutturalmente questa modalità conoscitiva: il corpo vivente e la malattia non sono mai osservabili da una prospettiva totalmente neutra, ma vengono conosciuti attraverso sintomi, racconti e segni che richiedono giudizio, esperienza e capacità di inferenza congetturale.

Il ragionamento clinico, del resto espressione suprema, quando correttamente esercitato, del metodo sperimentale, condivide con altri saperi interpretativi una natura congetturale e provvisoria: procede per ipotesi, aggiustamenti successivi e revisioni ed è sempre collocato entro un determinato orizzonte scientifico, storico, socioculturale e organizzativo. L'atto medico non si fonda dunque su certezze assolute, ma su una pratica del dubbio regolato, che riconosce la fallibilità delle conoscenze e la necessità di rinegoziarle alla luce dell'esperienza. In questa prospettiva, il sapere medico appare come una conoscenza che si costituisce nell'atto stesso di cura, attraverso l'integrazione di evidenze scientifiche,

esperienza clinica, interpretazione del vissuto e consapevolezza dei contesti. L'atto medico si configura così come un atto che produce conoscenza mentre assume responsabilità e che, proprio per questo, non può essere ridotto a una mera procedura tecnica né a una applicazione di protocolli. È in questa unità tra conoscenza, relazione e decisione che si manifesta il significato più profondo dell'azione medica nella medicina contemporanea.

Infatti, sin dalle sue origini nel paradigma medico euro-occidentale, il metodo clinico nasce come una forma di conoscenza fondata sull'osservazione diretta del malato e sulla costruzione di nessi di significato tra segni, sintomi, decorso temporale ed esiti. Nella medicina ippocratica, per esempio, la clinica si configura fin dall'origine come una pratica empirica regolata: il medico apprende attraverso ciò che ha visto e registrato nel tempo, riconosce regolarità nei fenomeni clinici e, sulla base di essi, sviluppa una capacità di previsione. La prognosi diventa così uno degli elementi distintivi del sapere medico, inteso come capacità di connettere passato, presente e futuro in una storia di malattia. In questo quadro, l'*empiria* non indica una raccolta casuale di esperienze, ma una forma di conoscenza costruita nel tempo, individuale e collettiva, che consente di ridurre l'arbitrarietà dell'agire medico e di orientare la decisione clinica.

Il sapere clinico si fonda infatti sul riconoscimento dei segni (*semeia*) e sulla loro interpretazione in relazione non solo alla loro presenza, ma anche alla loro evoluzione temporale, alla loro combinazione e al contesto in cui compaiono. La clinica si configura così come una pratica di lettura del tempo e di costruzione di una narrazione significativa della malattia. Fin dall'antichità, tuttavia, la medicina non viene pensata come pura empiria, ma come *techne*, ossia come sapere capace di rendere conto delle proprie azioni. In questo senso, l'esperienza non è sufficiente se non

è integrata da una conoscenza teorica della natura del corpo, dei rimedi e delle loro relazioni.

Con lo sviluppo del metodo sperimentale, il ragionamento clinico viene progressivamente accostato al ragionamento scientifico ipotetico-deduttivo. Tuttavia, anche nei modelli più sperimentalisti, la clinica non si riduce mai completamente all'applicazione di protocolli o di leggi generali: la formulazione di ipotesi diagnostiche, la selezione dei dati rilevanti, la valutazione dei segni e la riformulazione delle ipotesi alla luce dell'evoluzione del caso mostrano come il metodo clinico mantenga una struttura congetturale e mutevole, esposta alla revisione. Nel metodo sperimentale, infatti, lo sperimentatore «fa atto di umiltà negando l'autorità personale perché egli dubita anche delle proprie idee e sottomette l'autorità degli uomini a quella dell'esperimento» (Federspil, Giaretta, Moriggi 2008, p. 230).

Una storia accurata del metodo clinico, che non è il caso di riportare qui integralmente, mette in evidenza una continuità di lunga durata in cui l'atto clinico non consiste nel riconoscimento meccanico di *pattern* né nella mera applicazione di conoscenze generali, ma in un processo di attribuzione di significato a segni e sintomi all'interno di una situazione concreta. È in questo senso che appare come una forma di razionalità complessa, che combina teoria, empiria, interpretazione e responsabilità e che trova nell'atto medico il suo momento di sintesi.

Come mostrato dalla riflessione fenomenologica e storico-antropologica sulla medicina, l'osservazione clinica non è mai neutra: è sempre mediata da cornici teoriche, modelli interpretativi e pratiche consolidate e mutevoli (Kleinman 1988). Il medico, nel suo agire, opera costantemente una selezione tra ciò che appare significativo e ciò che viene escluso come marginale o irrilevante, in questo, continuando a omaggiare l'idea antica della diagnosi

come selezione tra ciò che è significativo nel contesto e ciò che non lo è; tra segni e sintomi, tra dato biologico e vissuto soggettivo, tra ciò che è misurabile e ciò che è narrabile. Questa selezione non è arbitraria, ma sempre scientificamente indirizzata.

4. La gestione della complessità come fondamento della pratica medica

La riflessione contemporanea sulla medicina basata sulle evidenze consente di rendere esplicita una tensione che attraversa l'intera storia della medicina: quella tra aspirazione all'oggettività e consapevolezza dell'incertezza. Quando William Osler definiva la medicina come «una scienza dell'incertezza e un'arte della probabilità» (Osler 1959, p. 125), non descriveva un limite contingente della pratica medica, ma ne coglieva una struttura permanente. Il consolidarsi di questo paradigma nei primi anni Novanta, con il programma di Gordon Guyatt alla McMaster University, non ha abolito la struttura definita da Osler; piuttosto, ha cercato di disciplinarla, introducendo strumenti per rendere più esplicito e trasparente il rapporto tra ricerca e decisione clinica. Essa nasce infatti come critica all'argomento di autorità: non vi è più un affidamento esclusivo al manuale, al senior locale o alla tradizione, bensì un ricorso sistematico alla letteratura scientifica, alla valutazione critica degli studi e all'applicazione dei risultati al caso clinico. In pochi decenni, questa impostazione è diventata parte integrante della formazione e dell'accreditamento medico, trasformando radicalmente l'accesso e l'uso delle evidenze. Tuttavia, già nelle sue definizioni più mature, l'*EBM* è stata intesa come integrazione tra le migliori evidenze di ricerca, l'esperienza clinica e il vissuto del pa-

ziente, riconoscendo implicitamente che l'evidenza, da sola, non decide. Proprio qui emerge il nodo filosofico dell'incertezza che del resto già le fonti di evo moderno avevano evidenziato: basti pensare a Lionardo di Capua (1681, p. 13) e alla sua definizione di medicina come cammino «per torti e involuppati sentieri». La proliferazione delle prove non elimina la necessità dell'interpretazione: gli studi possono essere metodologicamente solidi ma clinicamente poco generalizzabili; possono essere soggetti a *bias* sistematici; possono essere successivamente smentiti o «invertiti», come mostrano le riflessioni sulle *medical reversals*. L'idea che l'accumulo di dati conduca automaticamente alla certezza ignora ciò che Dammann definisce la duplice struttura dell'incertezza: da un lato l'incertezza aleatoria, propria della variabilità intrinseca dei processi biologici; dall'altro l'incertezza epistemica, legata ai limiti cognitivi e metodologici con cui tali processi vengono conosciuti e formalizzati. La *wobbliness* del reale non è un errore, ma l'espressione della natura probabilistica dei fenomeni biologici. I dati non eliminano questa variabilità; la organizzano. Ed è attraverso strumenti quali inferenza, spiegazione e valutazione causale che la medicina tenta di trasformare dati in conoscenza affidabile. Tuttavia, nessuno «strumento incontrovertibile delle cause» può sostituire la decisione clinica: stabilire quando un'associazione sia «sufficientemente causale» resta una responsabilità del decisore (Dammann 2025). Quando l'evidenza viene assunta come criterio esclusivo, rischia di irrigidire la pratica clinica, trasformando l'atto medico in applicazione procedurale di raccomandazioni codificate. Quando invece è integrata con la competenza clinica, con la deliberazione condivisa e con l'attenzione al contesto e ai determinanti sociali e individuali, essa diventa un arricchimento, capace di rendere più riflessivo e giustificabile l'agire medico.

L'incertezza, in questa prospettiva, non è un difetto da correggere ma una condizione strutturale del sapere clinico. Essa deriva dalla complessità biologica, dalla variabilità individuale, dai limiti metodologici della ricerca, dalla storicità delle categorie diagnostiche, dall'influenza di fattori socioeconomici, culturali e ambientali; negarla produce un'immagine illusoria di controllo totale; riconoscerla, invece, apre lo spazio della responsabilità (Cassirer 1944). L'atto medico non consiste nell'eliminare l'incertezza, ma nel gestirla in modo argomentato e trasparente, integrando evidenze probabilistiche, giudizio interpretativo e contesto singolare. Se l'incertezza viene negata o rimossa, la medicina tende a presentarsi come dominio di oggettività piena, alimentando aspettative irrealistiche e generando frustrazione di fronte ai limiti inevitabili del sapere. Se invece viene riconosciuta come dimensione costitutiva dell'atto medico, cessa di essere percepita come una minaccia e diventa una condizione di responsabilità. L'atto medico, in questa prospettiva, non consiste nell'eliminare l'incertezza, ma nel gestirla in modo riflessivo, integrando evidenza scientifica, giudizio clinico e comprensione del contesto in cui si situa il paziente, così come l'organizzazione del sistema curativo (Rysavy 2013). L'incertezza, lungi dall'essere un difetto da eliminare, costituisce così lo spazio in cui si esercita la responsabilità etica del medico e in cui l'atto medico rivela la propria natura di pratica epistemica e morale insieme. Includere esplicitamente questa dimensione nella definizione di atto medico porta a riconoscere che la razionalità clinica è una razionalità pratica che può operare in condizioni di conoscenza incompleta. L'incertezza non si ritorce contro la clinica quando viene tematizzata; si ritorce contro di essa solo quando viene negata o ridotta a mera insufficienza tecnica (Ioannidis 2005).

Conclusioni

L'atto medico si delinea come atto epistemico, in quanto implica la selezione e l'interpretazione di segni, dati e narrazioni alla luce delle migliori evidenze disponibili in un dato momento, riconoscendone al contempo la provvisorietà e i limiti; come atto fenomenologico, poiché prende forma nell'incontro concreto con il vissuto del paziente, integrando la dimensione biologica con quella esperienziale e relazionale; come atto storico, in quanto si iscrive in tradizioni conoscitive, modelli teorici e categorie diagnostiche che si sono trasformate nel tempo e che continuano a evolvere; come atto situato politicamente e socio-economicamente, poiché si esercita entro sistemi sanitari, regimi normativi, vincoli organizzativi e dinamiche di potere che influenzano l'accesso alle cure, la produzione delle evidenze e la distribuzione delle risorse; come atto culturalmente mediato, dato che le nozioni di salute, malattia, normalità e rischio sono costruite e negoziate all'interno di specifici contesti simbolici; come atto relazionale, fondato su una dinamica fiduciaria che riconosce il paziente come soggetto portatore di singolarità, preferenze e determinanti sociali e biografici che incidono sull'esperienza di malattia e sulle scelte terapeutiche; come atto eticamente responsabile, perché la gestione dell'incertezza implica scelte che incidono sulla vita dei pazienti. In sintesi, l'atto medico comprende l'insieme delle azioni professionali, cognitive e deliberative svolte dal medico, fondate su conoscenze scientifiche, competenze cliniche ed esperienza professionale, integrate dalla comprensione della singolarità della persona e dei contesti sociali in cui è inserita, nonché degli assetti organizzativi della cura. L'atto si configura come un processo di decisione responsabile, esercitabile anche in condizioni di incertezza epistemica, orientato alla promozione della salute, alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione di in-

dividui e comunità, nel rispetto dei valori etici, deontologici e dei diritti delle persone.

Riferimenti bibliografici

- Canguilhem G. (1988), *Le statut épistémologique de la médecine*, in «History and Philosophy of Life Sciences», 10, pp. 15-29.
- Cassirer E. (1944), *An Essay on Man: An Introduction to a Philosophy of Human Culture*, Yale University Press, New Haven, CT.
- Csordas T.J. (ed.) (1994), *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Dammann O. (2025), *Uncertainty in Medicine and Health Sciences: Concepts, Sources, and Implications*, Springer, Cham.
- Di Capua L. (1681), *Parere del signor Lionardo di Capoa divisato in otto ragionamenti*, Antonio Bulifon, Napoli.
- Federspil G., Giaretta P., Moriggi S. (2008), *Filosofia della Medicina*, Raffaello Cortina, Milano.
- Foucault M. (1963), *Naissance de la clinique*, PUF, Paris.
- Ginzburg C. (1986), *Radici di un paradigma indiziario*, in Id., *Miti, emblemi, spie*, Einaudi, Torino, pp. 158-193.
- Ioannidis J.P.A. (2005), *Why most published research findings are false*, in «PLoS Medicine», 2, 8, p. e124.
- Kleinman A. (1988), *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*, Basic Books, New York.
- Osler W. (1950) *Sir William Osler: Aphorisms from his Bedside Teachings and Writings*, a cura di Bean R.B., Bean W.B., Henry Schuman, New York.
- Pellegrino E.D., Thomasma D.C. (1981), *A Philosophical Basis of Medical Practice*, Oxford University Press, Oxford.
- Rysavy M.A. (2013), *Evidence-based medicine: a science of uncertainty and an art of probability*, in «American Medical Association Journal of Ethics», 15, 1, pp. 4-8.