

PARTE III

Progetti di formazione
e valutazione per
il miglioramento della
Medicina Generale
nelle Cure Primarie

Nonostante la frequenza dei reparti ospedalieri rappresenti per i MMG in formazione una importante occasione per l'apprendimento di abilità pratiche, il tutor ospedaliero è rimasto una figura di secondo piano nell'impianto didattico del corso di formazione specifica. In particolare, egli, a differenza del tutor di Medicina Generale, non riceve alcuna formazione alla didattica tutoriale. Gli autori riportano i risultati di un originale lavoro di progettazione, implementazione e valutazione di un corso di formazione alla didattica tutoriale destinato ai tutor ospedalieri.

Progettazione didattica e implementazione di un percorso didattico per la formazione dei tutor ospedalieri del corso di formazione specifica in Medicina Generale

A. Metrucci, G. D'Ambrosio, F. Consorti

INTRODUZIONE

L'accesso alla professione di Medico di Medicina Generale in Italia richiede che si sia conseguito l'attestato di formazione in Medicina Generale frequentando un corso pratico triennale organizzato e gestito a livello regionale. Una componente rilevante del percorso formativo dei futuri Medici di Famiglia è rappresentato dal tirocinio pratico ospedaliero, un periodo di ben diciotto mesi durante il quale i tirocinanti frequentano i principali reparti di un ospedale allo scopo di migliorare le proprie competenze nella gestione delle principali patologie, acquisire alcune abilità pratiche, comprendere le complesse dinamiche assistenziali che

si realizzano al confine tra ospedale e territorio. Si tratta, quindi, di una fase formativa di estremo interesse per un futuro Medico di Medicina Generale, ciò nonostante, essa viene spesso descritta dai tirocinanti come una esperienza di scarso interesse che delude le loro aspettative.

Sulla base di tali premesse è emersa l'esigenza di avviare un percorso formativo destinato agli specialisti ospedalieri con l'obiettivo di motivarli ad esercitare il ruolo di tutor nei confronti dei tirocinanti del corso di formazione specifica e, soprattutto, per far loro acquisire competenze didattiche di base relative alla didattica dell'adulto e alla didattica tutoriale.

MATERIALI E METODI

E' stato progettato un corso di durata relativamente breve, di circa dodici ore (8 + 4), in due giorni consecutivi, in cui trattare gli aspetti generali della tutorship dell'adulto e le principali metodologie dell'apprendimento attivo dell'adulto in riferimento in particolare ai medici di medicina generale in formazione. Il programma del corso è riportato in appendice.

Obiettivo formativo generale del corso

Al termine del corso i discenti, medici ospedalieri, avranno acquisito le conoscenze e le competenze di base necessarie per:

- individuare le competenze che caratterizzano il ruolo professionale del MMG;
- identificare le metodologie didattiche da applicare per farle acquisire ai Tirocinanti.
- Alla fine del corso i discenti dovranno dimostrare di aver acquisito le componenti cognitive di tali obiettivi mediante un questionario a risposte aperte.

Obiettivi formativi specifici:

- descrivere le linee generali della teorie dell'apprendimento dell'adulto ed il concetto di tutorship;
- identificare gli obiettivi di apprendimento;
- scegliere le tecniche tutoriali coerenti con tali obiettivi, nel rispetto del paziente;
- attivare strategie tutoriali diversificate nei diversi scenari formativi;
- individuare e valorizzare le potenzialità e le risorse del tirocinante;
- valutare il percorso formativo del tirocinante.

Dei 30 medici ospedalieri aspiranti tutor invitati a partecipare al corso, hanno aderito 25.

Valutazione del profilo di ingresso dei partecipanti

E' stata effettuata somministrando tre questionari:

- questionario di soddisfazione rispetto alla funzione di tutor,
- questionario di valore assegnato alla funzione di tutor,
- questionario di autovalutazione della preparazione alla funzione di tutor.

Si tratta di questionari validati caratterizzati da indici di validità e affidabilità ottimali. La valutazione è stata condotta effettuando la misurazione di due variabili di tipo psicologico: la soddisfazione e il senso di empowerment psicologico rispetto al lavoro di tutor.

L'ipotesi sottesa era, infatti, che, se da un lato la funzione di tutor è fondamentale per garantire la continuità tra le conoscenze teoriche e la pratica, quindi per garantire una assistenza competente, ciò che sostiene e alimenta l'impegno quotidiano dei tutor sono risorse di tipo personale, che hanno a che fare soprattutto con la motivazione e con l'identità professionale, piuttosto che con incentivi di carattere economico o di carriera. Per questo si è deciso di andare a misurare anche la soddisfazione degli intervistati rispetto alla loro funzione di tutor, considerandola come indicatore indiretto della motivazione, e l'empowerment psicologico, un costrutto multidimensionale che esprime le potenzialità percepite dal soggetto nello svolgimento delle proprie attività, una sorta di "serbatoio" delle risorse personali da cui il soggetto attinge per affrontare al meglio il proprio ruolo.

La media complessiva dei punteggi ottenuti misura l'empowerment percepito.

Un ulteriore strumento di valutazione della situazione di ingresso è stato ottenuto me-

dianche la traduzione e adattamento delle domande e della griglia ad aggettivi accoppiati proposta da Henry et al (Henry 2006) per l'auto-valutazione delle proprie competenze di insegnamento e tutorship.

RISULTATI

Il corso si è svolto il 10 e 11 dicembre a Lecce in tre sessioni ciascuna della durata di circa quattro ore.

È stato condotto da tre Colleghi partecipanti al Master di Modena con il contributo essenziale di tre esperti di metodologie formative. Hanno partecipato 25 Colleghi in servizio presso il presidio ospedaliero "Vito Fazzi" di Lecce provenienti dalle unità operative di medicina interna, pediatria, ginecologia, chirurgia, urologia, ortopedia, neurologia, reumatologia, nefrologia, servizio di ADI, pronto soccorso.

Le attività didattiche si sono svolte secondo quanto previsto dal programma in un clima d'aula disteso e collaborativo. I lavori in piccolo gruppo relativi alla definizione degli obiettivi educativi e alla scelta degli strumenti didattici più appropriati per conseguirli sono risultati di particolare interesse per i colleghi che hanno rivolto la loro attenzione prevalentemente alle problematiche correlate alla acquisizione di abilità pragmatiche (eseguire una esplorazione rettale, sottoporre il paziente a spirometria, ecc.).

Hanno riscosso molto interesse anche i filmati relativi alla relazione medico - paziente - tirocinante in occasione di una visita specialistica ambulatoriale. In tale contesto, infatti, a differenza che durante la visita in corsia, si realizzano delle dinamiche relazionali simili a quelle che caratterizzano l'ambulatorio di Medicina Generale e che possono essere sensibilmente influenzate dalla presenza del tirocinante.

Le stesse lezioni hanno avuto la caratteristica della interattività con la partecipazione di tutti i medici.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Nel corso di formazione specifica in Medicina Generale i tutor ospedalieri svolgono un ruolo fondamentale, che richiede abilità didattiche e valutative che non è possibile improvvisare. Una peculiare difficoltà deriva nel fatto che, a differenza del tutor di Medicina Generale che deve facilitare l'apprendimento di abilità cliniche e relazionali coincidenti con il proprio ruolo professionale, il tutor ospedaliero deve contribuire alla formazione di una figura professionale diversa dalla propria, perseguendo obiettivi educativi che solo parzialmente si correlano con le attività e i compiti che egli svolge quotidianamente. Perché la sua attività didattica sia efficace, quindi, il tutor ospedaliero deve essere dotato di precisi e ben formulati obiettivi educativi ed essere in grado di selezionare ed utilizzare strumenti didattici appropriati.

I punteggi relativi al questionario di soddisfazione rispetto alla funzione di tutor rispecchiano un processo di auto-valutazione effettuato prima del corso da Colleghi che mai avevano avuto la possibilità di riflettere e di confrontarsi sulla funzione tutoriale. Essi ritengono che il ruolo di docente contribuisca a valorizzare il proprio profilo professionale, auto-valutano positivamente le proprie performance didattiche pur non avendo modelli di riferimento ma sono meno soddisfatti del riconoscimento che viene attribuito al loro lavoro. Quest'ultima valutazione è ampiamente giustificata dalla totale assenza di riconoscimento formale nell'ambito del corso di formazione specifica nei confronti dei colleghi ospedalieri.

Anche il questionario sul valore assegnato al-

la funzione di tutor riporta dei punteggi mediamente piuttosto elevati.

Non é un caso, infatti, che i punteggi più bassi siano stati attribuiti al questionario di auto-valutazione della preparazione alla funzione di tutor che esplora il grado di fiducia dei colleghi nella pianificazione, realizzazione e valutazione della esperienza didattica. I punteggi relativi all'entusiasmo, alla soddisfazione e alla motivazione sono sensibilmente più elevati rispetto a quelli attribuiti agli item che esplorano la competenza, la sicurezza e l'organizzazione.

Il questionario di gradimento ha dimostrato che i Colleghi hanno molto apprezzato il corso in tutti i suoi aspetti.

Anche sulla base di pareri individuali raccolti in modo informale nei giorni successivi al corso, possiamo confermare che i colleghi hanno vissuto in modo molto positivo un processo di "conversione" che li ha portati a riformulare la propria visione della tutorship da un ruolo ancora sostanzialmente clinico, di semplice "guida" nel proprio ambito professionale, ad un profilo autenticamente didattico. Lo si desume dalla volontà, espressa esplicitamente, di mettersi al più presto alla prova nello sperimentare le competenze appena acquisite nell'ambito della definizione degli obiettivi educativi e dell'utilizzo di specifiche tecniche didattiche e valutative.

Sarebbe, inoltre, molto utile ed interessante verificare l'impatto che la formazione ha avuto sulla percezione che i colleghi hanno del loro ruolo di tutor e sulla qualità della didattica tutoriale. A tale scopo, a distanza di 3 e 12 mesi contiamo di somministrare nuovamente i questionari utilizzati prima del corso e ripetere i focus group con i medici e con i tirocinanti.

Dopo questa esperienza d'aula i colleghi possono considerarsi come "tutor in formazione" e dovranno completare il loro percorso attraverso una fase di formazione sul campo e, in prospettiva, con momenti di formazione continua. A tal proposito, per quanto i colleghi abbiano esplicitamente dichiarato la propria disponibilità a rivedersi per approfondire ed ampliare le proprie conoscenze nell'ambito della didattica tutoriale, la maggiore difficoltà potrebbe derivare dalla scarsa disponibilità di tempo dei colleghi ospedalieri che devono aggiungere l'impegno nella didattica ad una attività clinica generalmente molto gravosa. Una soluzione potrebbe essere quella di organizzare dei brevi (90 minuti) incontri focalizzati su temi specifici (didattica al letto del malato, supervisione e feedback efficaci, apprendimento di manovre semeiologiche ed attività pratiche, analisi della letteratura scientifica ed allenamento al ragionamento clinico) e realizzati in sedi molto vicine se non all'interno dell'ambiente clinico, come proposto da colleghi australiani (Foster K, Laurent R, 2013).

In conclusione, sulla base della mia esperienza posso affermare che un percorso di formazione alla tutorship è non solo auspicabile ma necessario per affrontare alcune rilevanti criticità operative del corso di formazione specifica in Medicina Generale. Un breve corso di circa 12 ore è fattibile e sicuramente gradito dai colleghi ospedalieri i quali hanno una alta considerazione dell'importanza del loro ruolo di tutor e dell'elevato valore professionale della loro attività didattica ma sono consapevoli dei limiti che derivano dalla assenza di un riconoscimento istituzionale e dalla mancanza di solide basi teoriche.

Bibliografia

V. Ghetti: *Introduzione alla pedagogia medica*. Fondazione Smith Kline, Milano

ABC of learning and teaching in medicine. *Learning and teaching in the clinical environment*. BMJ 2003; 326:291

How we make good doctors into good teachers: A short course to support busy clinicians to improve their teaching skills - Kirsty Foster & Rodger Laurent University of Sydney, Australia
Guilbert J.J. *Guida pedagogica per il personale sanitario*. Edizioni dal Sud, Bari, 2002.

Zanini L. *La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico*. Guerini Scientifica, Milano, 2005.

Gallini G., *Schola Medici, La Nuova Scuola Scientifica*, Roma 1991

Knowles M, *Quando l'adulto impara*, Franco Angeli 1993

Ventriglia G., Turbil E., *Educazione continua in medicina. Progettare e costruire un evento formativo*. Masson, Milano 2003.

A. Santullo "Le scale di valutazione in sanità" McGraw-hill, 2009, p.475.

L'insegnamento universitario della medicina generale – Manuale per il medico generale tutor: a cura di Maria Stella Padula e Aldo Tomasi – Athena Audiovisuals

Programma del corso

Corso di formazione dei tutor ospedalieri del corso di formazione Specifica in Medicina Generale

Prima giornata

9.00 -10.00 – Lezione e discussione in grande gruppo.

Presentazione dei risultati dei focus-group di recente condotti su tutor, aspiranti tutor e tirocinanti del corso di formazione specifica di Lecce

10.00 - 10.20 - Lezione: Obiettivi, contenuti e quadro normativo del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

Obiettivo della lezione: Far conoscere il quadro normativo e organizzativo del corso di formazione specifica focalizzando l'attenzione sulle abilità da apprendere da parte dei tirocinanti del corso secondo le linee guida del programma della regione Puglia

10.20 - 10.40 - Lezione: gli obiettivi di apprendimento (cenni introduttivi al lavoro di gruppo)
Obiettivo della lezione: Definire le caratteristiche generali di un obiettivo educativo.

10.40 - 12.00 - Lavoro in piccolo gruppo: Formulare alcuni obiettivi di apprendimento per i MMG (40' + 40' di presentazione dei risultati lavori e relativa discussione).

Obiettivo del lavoro in piccolo gruppo: Formulare alcuni obiettivi di apprendimento specifici relativi ai compiti professionali del medico di medicina generale.

12.00 - 12.20 – Lezione: come apprende un professionista: l'andragogia nel settore sanitario (20' + 15' discussione)

Obiettivo della lezione: Evidenziare le modalità di apprendimento dell'adulto.

12.25 - 13.00 - Lezione: metodologie didattiche per le professioni sanitarie. (20' + 15' discussione)

Obiettivo della lezione: Far conoscere alcune tecniche didattiche utili per l'apprendimento dei tirocinanti nell'ambito dell'attività di tutoring.

14.00 - 15.20 – Lavoro in piccolo gruppo: Le metodologie nella didattica tutoriale in ospedale secondo gli obiettivi di apprendimento

Obiettivo del lavoro di gruppo: Fare associare le tecniche didattiche più idonee per implementare gli obiettivi di apprendimento indicati nel precedente lavoro di gruppo.

15.20 – 15.40 – Lezione di sintesi didattica

Obiettivo della lezione: Riprendere i concetti principali discussi con restituzione finale.

15.40 – 16.30 – Dimostrazione pratica con video: esempio di tutoring non corretto in ambito ospedaliero. (10' + 40' discussione in plenaria).

Obiettivo di questa “dimostrazione”: Evidenziare le cose da fare e quelle da evitare durante l'at-

tività ambulatoriale in un rapporto 1:1 tutor – tirocinante (discutere degli aspetti relazionali nella fase rossa, introdurre i concetti del briefing e del debriefing)

16.30 - 17.05 – Lezione: Il Contratto formativo (20' + 15')

Obiettivo della lezione: Far conoscere il contratto formativo tra tutor tirocinante; stigmatizzare la sua utilità e le modalità di applicazione.

17.15 - 17.50 - Lezione: il briefing ed il debriefing (20' + 15')

Obiettivo della lezione: Far conoscere il briefing ed il debriefing; stigmatizzare la loro utilità nella didattica tutoriale e le diverse modalità di applicazione.

17.50 – 18.10 - Lezione. Il ruolo del Tutor nella formazione medica

Obiettivo della lezione: Sintetizzare, alla luce degli argomenti trattati, le caratteristiche tutoriali nella formazione dei medici.

Seconda giornata

9.00 - 9.50 – Dimostrazione pratica con video: gestione da parte di un tirocinante della visita di un paziente con otalgia - Utilizzo delle griglie di osservazione ai fini della valutazione formativa. (10' + 40' di discussione in plenaria)

Obiettivo della lezione: Introdurre il concetto della valutazione formativa in ambito tutoriale

09.50 - 10.25 – Lezione: La valutazione del tirocinante in medicina generale da parte del tutor ospedaliero - strumenti e metodi (20' + 15')

Obiettivo della lezione: Far conoscere modalità e strumenti della valutazione in ambito tutoriale

10.25 - 11.45 – Lavoro di piccolo gruppo: Individuare gli obiettivi formativi dei seminari teorici integrativi (40' + 40' di presentazione dei risultati lavori e relativa discussione)

Obiettivo del lavoro di piccolo gruppo: discutere degli obiettivi relativi ai seminari teorici integrativi alla luce delle linee guida del programma di formazione specifica della regione Puglia.

11.45 – 12.05 – Lezione interattiva: metodi per facilitare l'apprendimento dei tirocinanti

Obiettivo della lezione: Far conoscere metodologia di facilitazione dell'apprendimento in ambito tutoriale

12.05 – 12.30 - Discussione in seduta plenaria: punti di forza e di debolezza del corso di tutor ospedaliero con indicazioni per ulteriori sviluppi di tipo didattico (analisi SWOT).

Obiettivo della sessione: Far emergere gli elementi positivi e negativi del corso con l'indicazione delle possibili modalità migliorative

12.30 -13.00 - Questionario di valutazione del corso con domande a risposte aperte

Una esauriente rassegna delle innumerevoli possibilità offerte dal web per la formazione e l'aggiornamento in campo medico.

WEB 2.0 e social media nella formazione e nell'aggiornamento del medico di medicina generale: Analisi ragionata su potenzialità e limiti di alcuni strumenti web 2.0 e possibili scenari futuri

E. Verrone, M.S. Padula, G. Ventriglia

L'esplosione di Internet con la diffusione dei Social Network e dei Social Software del web 2.0 (1), attraverso nuovi strumenti e piattaforme che non solo facilitano l'accesso alle risorse e ai servizi offerti dalla rete, ma favoriscono anche la collaborazione (creazione di comunità virtuali di apprendimento), sta orientando anche i medici verso nuove forme di apprendimento, molto più partecipative e orientate ai bisogni, alle potenzialità e alle aspettative personali, con la possibilità di gestire in modo flessibile percorsi, ambienti e strumenti.

Le applicazioni del web 2.0, grazie alla loro semplicità d'uso (amplificata anche dalla disponibilità di app per dispositivi mobili, quali tablet e smartphone) e alla rapidità con la quale si stanno diffondendo, sono da considerare strumenti innovativi con concrete potenzialità per la formazione e l'aggiornamento di medici e operatori sanitari

(2). Organizzazioni istituzionali, riviste mediche e società scientifiche hanno iniziato a sperimentarli come nuovi canali di comunicazione.

Secondo una recente survey (3) dell'Osservatorio ICT su 1064 Medici di Medicina Generale, condotta in collaborazione con Doxapharma e la Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale, i Medici di Famiglia accedono a Internet per scopi professionali (ricerca di informazioni sanitarie, scambi di email con i pazienti, forum, blog, chat, ecc.) più volte al giorno (nel 57% dei casi) o almeno una volta al giorno (28%), senza considerare le attività certificative o quelle per condividere database del Sistema Sanitario Nazionale. Risulta essere ampiamente utilizzata l'email come mezzo di comunicazione digitale nello svolgimento della professione (96% dei rispondenti), seguita da strumenti 2.0 come forum e mailing

list (42%), instant messaging (25%) e social network (25%). In molti casi, tuttavia, gli strumenti più innovativi registrano un basso livello di soddisfazione.

MATERIALI E METODI

Il presente lavoro è stato condotto attraverso una raccolta non sistematica di articoli scientifici e risultati di ricerche, editoriali, comprese lettere ed opinioni di esperti sia italiani che stranieri, pubblicate sul web, selezionate in base al titolo e all'attinenza al tema oggetto di indagine con il solo obiettivo di analizzarne i contenuti e di offrire una descrizione sintetica degli strumenti web 2.0 e dei social media attualmente più utilizzati e innovativi, cercando nel contempo di evidenziare come questo complesso mondo, che sta rivoluzionando il paradigma della comunicazione e le sue regole di base, stia inevitabilmente trasformando anche la formazione e l'aggiornamento del medico.

A tale proposito, particolare attenzione è stata rivolta soprattutto a quegli strumenti che hanno già trovato o che con tutta probabilità potranno avere una sistematica applicazione nella formazione e all'aggiornamento del medico di famiglia. Di seguito i risultati vengono presentati e sintetizzati sulla base dei temi che erano stati posti come obiettivi.

RISULTATI

Dai dati raccolti è emerso che tra i numerosi strumenti della famiglia del web 2.0 alcuni hanno già trovato una sistematica applicazione tra i servizi o applicazioni rivolte alla formazione e/o all'aggiornamento della classe medica, richiamando l'attenzione della comunità scientifica grazie al livello di interazione consentito, alla elevata partecipazione nella creazione di conoscenza e alla semplicità di utilizzo (1-3). Si tratta più

specificamente dei feed, dei blog, delle piattaforme di social networking professionale, dei siti di social bookmarking, dei wiki e dei podcast, il cui uso, dopo una fase di impiego "sperimentale" (adottata dalle principali riviste biomediche), si è immediatamente diffuso ai più importanti portali scientifici nazionali e internazionali.

Feed RSS

Un aspetto che caratterizza il web 2.0 consiste nella possibilità di ricevere e organizzare automaticamente i contenuti web che interessano. Ciò è reso possibile dal fatto che i siti web producono dei file in particolari formati (feed rss). I feed rss (Really Simple Syndication) costituiscono un sistema che permette in modo semplice e intuitivo di essere costantemente aggiornati sui nuovi articoli pubblicati sui nostri siti Internet preferiti. Grazie ai feed RSS è possibile, infatti, raccogliere contenuti provenienti da più siti web, senza dover necessariamente recarsi su ognuno di essi per verificare se sono state inserite nuove notizie. Tecnicamente un feed RSS è un file con un formato particolare (XML) che viene aggiornato automaticamente quando cambiano i contenuti del sito. I feed RSS possono essere letti attraverso un apposito reader (lettore) o aggregatore, strumenti che consentono di 'isciversi' ai vari siti che interessano e visionarne, praticamente in tempo reale, tutte le nuove pubblicazioni.

In ambito medico, tale servizio è sfruttato da riviste, portali scientifici, organizzazioni istituzionali, e per automatizzare ricerche pre-impostate.

Si va dai feed RSS più semplici per distribuire le news più recenti, a una distribuzione che sfrutta i tanti canali messi a disposizione dal WEB 2.0 per comunicare con l'utente finale in modo integrato e omogeneo, co-

me accade sul sito sviluppato dalla Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) denominato Progetto ASCO (Aggiornamento Scientifico Continuo Online) (4), dove ad ogni area medica è associato uno specifico feed RSS.

Attualmente la tecnologia RSS e i feed RSS sono considerati non solo validi strumenti per l'aggiornamento professionale, ma anche mezzi con potenzialità da poter sfruttare nel campo della comunicazione (soprattutto scientifica) e della ricerca medica (5).

Podcast

Un podcast è un file audio o video che può essere scaricato manualmente o automaticamente da un server presente in Internet da chiunque si abboni ad un particolare servizio di distribuzione periodica (6).

Grayson Wheatley, un cardiocirurgo statunitense è stato il primo, nel 2006, a proporre di utilizzare la tecnologia podcast in sanità (7). Attualmente numerose riviste biomediche distribuiscono con regolarità podcast audio e alcune di queste per renderne più agevole l'ascolto, ne offrono anche la trascrizione. Recentemente anche la Cochrane Library (8) distribuisce la sintesi audio di una selezione di revisioni sistematiche pubblicate trimestralmente attraverso i podcast.

Inoltre, servizi di podcasting vengono al momento offerti anche da diverse società scientifiche per la fruizione di eventi congressuali in questa forma. Nell'ambito della medicina generale italiana, anche SIMG ha attivato un canale in podcasting attraverso youtube mediante il quale è possibile seguire l'annuale congresso nazionale.

Social bookmarking

Wikipedia definisce il social bookmarking come un servizio basato sul web, dove vengono resi disponibili elenchi di segnalibri

(bookmark), creati dagli utenti. Tali elenchi sono liberamente consultabili e condivisibili con gli altri utenti appartenenti alla stessa comunità virtuale. I siti di social bookmarking organizzano il loro contenuto tramite l'uso di tag (etichette, categorie). In un sistema di social bookmarking gli utenti segnalano un catalogo di risorse Internet ritenute, a vario titolo, utili e stimolanti. Sovente questi elenchi sono pubblicamente accessibili e altre persone con analoghi interessi possono consultarli o condividerli. E' una metodologia di condivisione sociale della conoscenza con l'ausilio di servizi web dedicati, dei quali il più conosciuto è sicuramente delicious.com.

In ambito medico, collegamenti a servizi di bookmarking vengono utilizzati da numerose riviste e portali scientifici, anche se bastano dei semplici plugin (programmi non autonomi ma capaci di interagire con altri), disponibili per tutti i più comuni browser (per l'esplorazione del web) e una sottoscrizione al provider per poter taggare ogni pagina visitata e definire il tag come "personale" o "sociale".

Blog

Il blog è un particolare tipo di sito web in cui i contenuti vengono visualizzati in forma cronologica. In genere un blog è gestito da uno o più blogger che pubblicano, più o meno periodicamente, contenuti multimediali, in forma testuale o in forma di post, ovvero un messaggio testuale, con funzione di opinione o commento (9). Può includere video (anche da Youtube), diapositive (da Slideshare) e immagini (da Flickr). Il blog viene attualmente considerato lo strumento più semplice e veloce per condividere informazioni, esperienze e opinioni online. Generalmente integra anche strumenti di propagazione verso altri blog, siti web, social

network dei post e dei commenti pubblicati (10). Tra i tanti blog nati in ambito medico negli ultimi anni, in particolare vanno segnalati quelli pubblicati da riviste scientifiche autorevoli, quali British Medical Journal e Lancet, in cui si discute di varie tematiche con la possibilità per i lettori di commentare e discutere di contenuti (11). Particolarmente interessati sono inoltre il blog di Kevin MD (12), che si occupa di medicina generale ed è considerato tra i più autorevoli e visitati della rete, ed il blog inserito all'interno di Webicina (13) e Science-roll (14); entrambi si occupano specificatamente dell'evoluzione della medicina veicolata dagli strumenti web 2.0. Per quanto riguarda l'Italia, sono nati molti (piccoli) blog amatoriali che non sono riusciti del tutto a decollare. A Parma, 286 MMG (singoli o appartenenti a nuclei di cure primarie, NCP) hanno trovato sul Blog www.dcpfidenza.wordpress.com (certificato HONCode) un confronto su due progetti inerenti l'appropriatezza in campo clinico e farmacologico (15). Il Blog ha consentito un'operatività e un confronto tra NCP distanti centinaia di km relativamente a progetti in essere. Si è creata una community che si è applicata su due lavori (riduzione della Variabilità Prescrittiva e Profili di Nucleo) e si confronta mettendo in chiaro i risultati in tempo reale. Secondo gli autori della pubblicazione si tratta di un nuovo linguaggio trasversale ai dipartimenti di cure primarie in una rete di sanità dove c'è confronto, condivisione di metodo e ricerca di risultati all'interno di una mission condivisa tra MMG e dirigenza aziendale (15).

Wiki

Il wiki è un sito web che permette ai propri utenti di aggiungere, modificare o cancellare contenuti attraverso un browser web,

in genere utilizzando un editor di testo online. Si tratta in altre parole di una raccolta di documenti ipertestuali che viene aggiornata dai suoi stessi utilizzatori e i cui contenuti sono sviluppati in collaborazione da tutti coloro che vi hanno accesso, memorizzati normalmente su un database o un repository. I wiki sono più complessi dei blog e meno facili da gestire, ma sono anche i più sottoposti a controlli da parte della comunità (peer reviewer) e molto spesso le informazioni che divulgano seguono un modello rigoroso che incoraggia la collaborazione, l'interdisciplinarietà e la trasparenza (16). Le applicazioni dei "wiki" in ambito medico stanno diventando abbastanza comuni. Wikipedia è lo strumento wiki più conosciuto e pur essendo generalista, rappresentata con le migliaia di voci dedicate alla medicina uno dei wiki più completi in ambito medico. Secondo i risultati di uno studio pubblicato su Nature nel 2005 le voci scientifiche di Wikipedia erano comparabili in accuratezza a quelle presenti nell'Enciclopedia Britannica (sull'edizione inglese di Wikipedia furono riscontrati una media di 4 errori per voce contro i 3 della Britannica) (17).

Una delle iniziative wiki più interessanti è sicuramente Ganfyd (18). Nata nel 2005, ha una struttura tipo wikipedia, ma le migliaia di voci sono scritte e aggiornate soprattutto da medici o studenti in medicina registrati. La filosofia che sottende l'iniziativa è quella secondo cui un medico che trova risposta a un quesito dovrebbe renderla disponibile ai suoi colleghi pubblicandola sul web, se qui non è ancora apparsa, contribuendo così a quella "intelligenza collettiva" che caratterizza il web 2.0. Premesse simili caratterizzano WikiDoc (19), un'enciclopedia medica curata da medici e contenente oltre 70.000 voci gestite in un ambiente che ospita an-

che strumenti di social networking, blog e forum.

In Italia, nel giugno 2011, l'ASL di Ravenna ha aperto uno spazio web interattivo (wiki) dedicato allo sviluppo di programmi integrati di assistenza, nei quali medici di famiglia, pediatri di libera scelta, infermieri dell'assistenza domiciliare, operatori dei consultori famigliari e pediatrici, assistenti sociali, educatori ed altri professionisti del territorio, medici e infermieri ospedalieri cooperano a vari livelli. Attualmente sono aperti tre spazi interattivi nei quali si stanno conducendo azioni di ricerca, di formazione e di analisi dei bisogni di salute della popolazione, per la ri-progettazione organizzativa e la valutazione della qualità dell'assistenza, con riferimento a tre popolazioni target: persone con esperienza di tumore, giovani generazioni, persone con esperienza di malattia/disagio mentale (15).

Social network professionali

I social network professionali sono piattaforme online create appositamente per i professionisti che permettono l'aggregazione, la creazione di reti di contatti e la condivisione di notizie e informazioni in più formati: testi, immagini, materiali audio e video. Con questi strumenti l'utente può creare un profilo professionale, corredato di curriculum vitae, organizzare una rete di contatti, con cui condivide informazioni, materiali, pubblicazioni e discute problemi rilevanti per la propria comunità scientifica (16). L'unica differenza tra i social network professionali e quelli squisitamente "sociali" consiste nel fatto che nei primi i contatti vengono coltivati a scopo di lavoro, mentre nei secondi solo a scopo amicale o per condividere interessi.

I social network professionali rappresentano un fenomeno in continua crescita, di

cui è difficile ottenere una mappa aggiornata. Considerando la varietà delle piattaforme e dei servizi esistenti, è possibile a grandi linee distinguere due caratteristiche salienti, ovvero le finalità e il grado di apertura delle varie piattaforme. Riguardo alle finalità, vi sono social network prevalentemente orientati alla condivisione di informazioni e conoscenze, mentre altri sono rivolti soprattutto a favorire scambio di beni e servizi. Riguardo al grado di apertura, è possibile distinguere social network generalisti che permettono la costruzione di legami trasversali tra settori e figure professionali diverse e social network di nicchia che limitano l'interazione a persone che svolgono lo stesso ruolo.

I principali social network professionali rivolti ai medici si rifanno alla filosofia di social network come luogo nel quale condividere casi clinici, elaborare ipotesi, chiedere suggerimenti per formulare diagnosi e discutere delle novità scientifiche. Capostipite di questo genere è senza dubbio Sermo (20), una community americana, creata nel 2006 dai medici per i medici, dove circa 120.000 medici si scambiano informazioni scientifiche e collaborano su casi clinici.

L'esempio di Sermo è stato immediatamente seguito da altre iniziative, come Medscape Physician Connect (21), un social network attivato dal noto portale medico internazionale che annovera circa 100.000 medici. Numerose organizzazioni istituzionali (tra cui la Food and Drug Administration, i Centers for Disease Control and Prevention di Atlanta, l'American Medical Association, la Mayo Clinic dell'Arizona) hanno stretto accordi con Sermo per usare la comunità dei medici al fine di monitorare il profilo di sicurezza dei dispositivi medici, attivare indagini, monitorare il profilo prescrittivo della comunità stessa di medici, generare

discussioni su temi e casi clinici. Altri social network professionali rivolti ai medici si richiamano invece al concetto di “contest sharing”, cioè di condivisione di contenuti, soprattutto in formato video.

La stessa filosofia di YouTube (per i filmati) e Flickr (per le immagini) dai quali tali applicazioni ereditano il modello di pubblicazione e gli strumenti di interazione adeguandoli alle esigenze della classe medica. Un tipico esempio di tale filosofia è MEDTING (22), uno speciale social network rivolto ai medici per la discussione di casi clinici e per la richiesta di un secondo parere medico, ma anche per archiviare e/o condividere immagini e video clinici. Altrettanto interessante è l'esperienza di Ozmosis (23), una società americana impegnata fin dal 2006 nello sviluppo di sistemi di social networking volti ad aggregare medici e permettere loro una più facile e produttiva collaborazione.

Ozmosis ha di recente stretto un accordo con un altro social network americano chiamato Doctor's Channel (24), un portale specializzato nella distribuzione di video. In base all'accordo stipulato, gli utenti Doctoc's Channel hanno la possibilità di usare gli strumenti di social networking e la rete di “relazioni” forniti da Ozmosis per scambiarsi informazioni e conoscenze, mentre gli utenti di Ozmosis possono contare sul supporto video messo a disposizione da Doctor's Channel e dal suo ampio catalogo. Infine, va sottolineato che anche Facebook, pur non essendo social network professionale, offre al medico numerose opportunità per aggiornarsi, dal momento che numerose riviste, società scientifiche (es.SIMG), università, organizzazioni istituzionali nel campo della salute diffondono sempre più i loro contenuti attraverso la pagina di FaceBook.

CONCLUSIONI

Il Web 2.0 sta cambiando il modo in cui l'informazione viene diffusa e utilizzata. La rete, da sistema costituito da siti web statici, è divenuta una piattaforma costituita prevalentemente da siti web dinamici che nascono dalla collaborazione degli utenti che possono produrre e pubblicare contenuti online e da siti che aggregano contenuti provenienti da fonti diverse per creare a loro volta nuovi servizi online (mashup) (25) come, ad esempio, HealthMap (<http://healthmap.org/en>), sito che mostra la diffusione delle epidemie ed emergenze sanitarie a livello globale utilizzando informazioni raccolte da fonti autorevoli (World Health Organization, Centers for Disease Control and Preservation, e altre), che vengono poi mappate geograficamente attraverso GoogleMaps. Nonostante le loro potenzialità, gli strumenti del web 2.0 e i social media sono tuttavia ancora poco conosciuti e utilizzati dalla classe medica.

Alcuni strumenti, quali feed RSS e podcast, anche se ormai utilizzati da quasi tutti i portali delle riviste mediche e società scientifiche, rimangono in gran parte sconosciuti. Addirittura strumenti quali Facebook vengono utilizzati quasi esclusivamente a fini personali e non a scopo formativo e di aggiornamento (3). Secondo uno dei maggiori esperti italiani del settore (26), ciò che manca in questo momento sono interventi formativi capaci di illustrare le potenzialità di questi strumenti dal punto di vista della formazione e dell'aggiornamento professionale. Al fine di raggiungere questo obiettivo è altresì auspicabile disporre di formatori esperti nella conoscenza e nella gestione delle funzioni del Web 2.0 secondo un modello collaborativo, basato sui software sociali, al fine di facilitare la creazione e la condivisione di risorse on-line, la comuni-

cazione mediata dalla rete e la creazione di comunità di pratica.

Nelle comunità di pratica, infatti, professionisti approfondiscono e scambiano conoscenze a partire dalla riflessione sulle proprie pratiche lavorative, affinano la capacità di definire i problemi, le competenze dialettiche ed argomentative nonché la capacità di pianificare e progettare azioni di miglioramento.

La diffusione delle nuove tecnologie del web 2.0 e dei social media costituisce l'infrastruttura sociale che facilita sia l'interazione sincrona (slide e collegamenti video), che l'interazione asincrona (e-mail, discussion boards, mailing lists, wikis e blogs) che l'accesso alle informazioni immagazzinate (file sharing, depositi di documenti etc..) nonché differenti modi di comunicare ed interagire (parlare, scrivere, ascoltare) (27).

Bibliografia

D. Gentili, A. Barbaro. *Web 2.0 e ricerca scientifica*. *Not Ist Super Sanità* 2010; 23 (2): 11-13

Per una definizione puntuale di web 2.0 si rimanda al sito http://it.wikipedia.org/wiki/Web_2.0, dove sono disponibili vari articoli, compreso quello dell'inventore del termine (Tim O' Reilly): <http://www.awaredesign.eu/articles/14-Cos-Web-2-0>

Quotidiano online di informazione sanitaria consultato in data 03.01.14. Disponibile all'indirizzo: http://www.quotidianosanita.it/allegati/create_pdf.php?all=4443792.pdf

<http://www.progettoasco.it/> e <https://www.facebook.com/progettoasco>

Maged NK Boulos, Inocencio Maramba, Steve Wheeler. *Wikis, blogs and podcasts: a new generation of Web-based tools for virtual collaborative clinical practice and education*. *BMC Medical Education* 2006, 6:4. <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/6/41>

Rick McLean, Brian H Richards and Janet I Wardman. *The effect of Web 2.0 on the future of medical practice and education: Darwinkinian evolution or folksonomic revolution?* *Med J Aust* 2007; 187 (3): 174-177

<http://it.wikipedia.org/wiki/Podcasting>

Intervista a Grayson Wheatley disponibile all'indirizzo: <http://jdc.jefferson.edu/rpp/14/>

<http://www.cochrane.org/multimedia/podcasts>

Pinilla S, Weckbach L T., Alig S.K., Bauer H, Noerenberg D, Singer K, Tiedt S. *Blogging Medical Students: A Qualitative Analysis*. *GMS Z Med Ausbild.* 2013; 30(1): Doc9. Published online Feb 21, 2013. doi: 10.3205/zma000852

<http://blogs.bmj.com/> e <http://globalhealth.thelancet.com/>

<http://www.kevinmd.com/blog/>

<http://www.webicina.com/perssonalized/?lang=12>

<http://sciencereoll.com/>

Information Technology a sostegno dell'innovazione. Documento presente sul portale sanitario regionale dell'Emilia Romagna all'indirizzo: http://www.saluter.it/documentazione/convegni-e-seminari/percorsi-di-innovazione-nelle-cure-primarie-parma-21-22-ottobre-2011/2_abstract%20ICT.pdf

Santoro E. Web 2.0 e medicina. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2009.

<http://www.nature.com/nature/journal/v438/n7070/full/438900a.html>

http://www.ganfyd.org/index.php?title=Main_Page

http://www.wikidoc.org/index.php/Main_Page

<https://www.sermo.com/>

<http://www.medscape.com/connect>

<http://medting.com/>

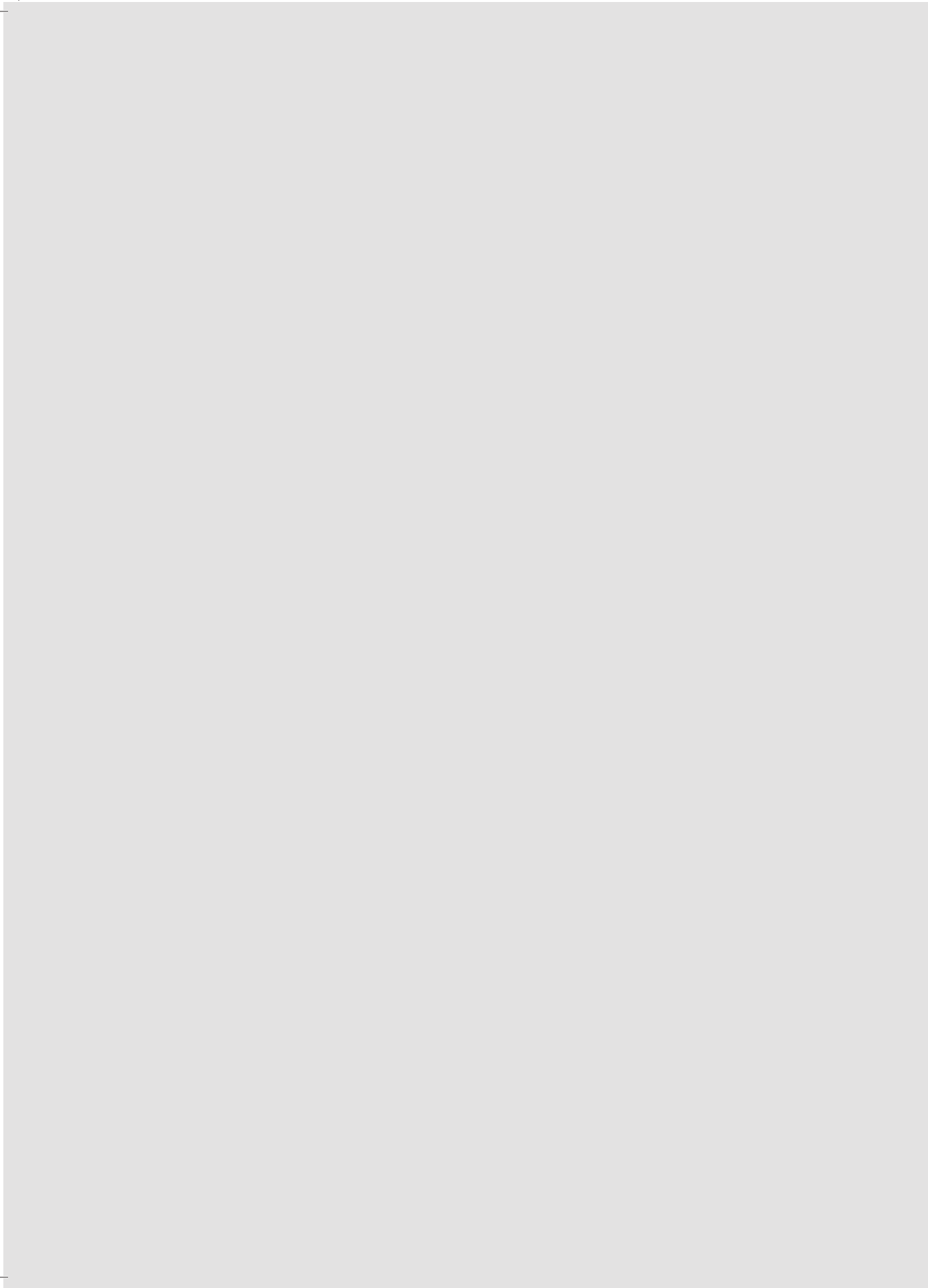
<https://ozmosis.org/home>

<http://www.thedoctorschannel.com/>

[http://it.wikipedia.org/wiki/Mash-up_\(informatica\)](http://it.wikipedia.org/wiki/Mash-up_(informatica))

L'evoluzione di Internet per assistenza, formazione e ricerca. Potenzialità e limiti del web 2.0, secondo Eugenio Santoro. GIMBEnews 2010;4:1-2. Consultato online in data 03.01.14. Disponibile all'indirizzo: <http://www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/278/levoluzione-di-internet-per-assistenza-formazione-e-ricerca-p/articolo>

Alastra V, Presutti M. Atti del convegno "Promuovere e sviluppare comunità di pratica e di apprendimento nelle organizzazioni sanitarie", Torino, 2009. Consultato online in data 03.01.14. Documento disponibile online all'indirizzo: <http://www.psychomedia.it/pm-proc/regione-piemonte09/regione-piemonte-atti.pdf>



La valutazione nella formazione medica non può limitarsi ad esplorare l'ambito delle conoscenze teoriche. Gli autori discutono potenzialità e limiti di una tecnica valutativa articolata e complessa che consente di esplorare abilità pratiche e competenze relazionali.

Valutazione delle abilità cliniche dello studente di medicina, apprese nel setting della medicina generale attraverso lo strumento OSCE: criticità e proposte

M. Canta, F. Consorti, M.S. Padula

INTRODUZIONE

La valutazione delle competenze professionali è un atto fondamentale e finale del percorso di formazione di uno studente in medicina: le peculiarità della medicina del territorio, che richiedono al professionista impegnato in essa competenze relazionali, tecnico-professionali e gestionali volte alla presa in carico delle persone con patologie complesse e croniche, con disabilità e/o in fase terminale, necessitano di strumenti di valutazione della formazione differenti da quelli classici sino ad ora utilizzati nella maggioranza dei corsi di laurea in medicina e caratteristici dell'insegnamento specialistico/ospedaliero, volti più alla valutazione dell'apprendimento di "nozioni e contenuti". Come accennato in precedenza, le "competenze mediche" sono caratterizzate da una

commistione inscindibile di conoscenze teoriche, di abilità pratiche, relazionali e organizzative, applicate in un contesto professionale: la scelta degli strumenti appropriati per misurarne l'apprendimento e la capacità applicativa è pertanto momento fondamentale. Le tecniche di valutazione appaiono avere impatto sulle strategie di studio(1) e influiscono sul rendimento degli studenti(2-3); la corretta scelta del metodo di valutazione può migliorare le prestazioni degli studenti, metodi difettosi o imperfetti di valutazione possono portare a decisioni scorrette come passare o fallire in una determinata area, che possono essere deleterie per l'attività futura dello studente e per il bene della comunità(4).

Alla luce di quanto esposto si evince come gli strumenti di valutazione debbano esse-

re progettati per determinare se il discente sappia “fare le cose” piuttosto che semplicemente ricordare, parlare e scrivere su di loro. Il “fare” in questione è agire professionale complesso e non semplicemente abilità pratica relativa a gesti tecnici: secondo la definizione data nel Manifesto Epistemico della SIPeM (Società Italiana di Pedagogia Medica), tradotta da Epstein(5), è “l’abitudine all’uso giudizioso di conoscenze, ragionamento clinico, abilità tecniche, emozioni e valori da ripensare continuamente nella pratica quotidiana, per il beneficio dell’individuo e della comunità di cui ci si occupa”. Qualsiasi strumento di valutazione, usato da solo, non è in grado di stimare questa mescolanza di conoscenze, abilità e comportamenti, per cui è indispensabile l’uso di una combinazione di strumenti di valutazione per misurare i diversi ambiti di apprendimento.

Occorre perciò usare ciò che di solito viene indicato come una “batteria di test”.

Nel 1975 Harden ed i suoi colleghi(9) introdussero l’“Objective Structured Clinical Examination” (OSCE) sostenendo che esso soddisfa tutti i criteri di un metodo ideale di valutazione delle competenze cliniche

L’OSCE fu definito da Harden stesso come “L’approccio alla valutazione della competenza clinica in cui i componenti sono valutati in modo pianificato e strutturato, con attenzione particolare all’obiettività della valutazione”(10).

Basata su varie descrizioni presenti in letteratura, la definizione che meglio si adatta a descrivere l’OSCE può essere la seguente: “Uno strumento di valutazione basato su principi di obiettività e standardizzazione, nel quale il candidato si sposta attraverso una serie di stazioni a tempo limitato in un circuito il cui proposito è la valutazione di performances professionali in un ambiente

simulato”. Ad ogni stazione i candidati sono valutati e classificati attraverso schede di punteggio standardizzate da valutatori qualificati”(11).

L’OSCE è stato progettato per testare le abilità e le competenze in ambito sanitario quali la comunicazione, l’esame clinico, le procedure e le prescrizioni mediche, la valutazione e l’interpretazione di accertamenti: l’OSCE richiede ad ogni studente di dimostrare abilità e comportamenti specifici in un ambiente di lavoro simulato.

Un OSCE di solito comprende un circuito di breve durata, con stazioni in cui ogni candidato viene esaminato da uno o due esaminatori imparziali in una relazione one-to-one con pazienti reali o simulati (attori o manichini elettronici); ogni stazione ha un esaminatore diverso, in contrasto con il metodo tradizionale di esami clinici in cui un candidato sarebbe stato assegnato a un esaminatore per l’intero esame. I candidati ruotano attraverso le stazioni, completando tutte le stazioni sul loro circuito: in questo modo, tutti i candidati affrontano le stesse stazioni.

OBIETTIVO DELLA TESI

Sperimentare lo strumento OSCE per stimarne l’adeguatezza nella valutazione della formazione degli studenti; ipotizzarne l’utilizzo futuro per la valutazione dell’acquisizione delle abilità specifiche relative alla medicina del territorio: gestione dei pazienti complessi, anamnesi mirata, sintesi clinica, appropriatezza prescrittiva, capacità relazionali, integrazione con le altre figure professionali ed integrazione ospedale/territorio.

Obiettivo secondario:

Identificare le caratteristiche dei soggetti ai quali affidare la valutazione delle stazioni dell’OSCE, attraverso l’esperienza dei discenti del Master nel ruolo di valutatori.

MATERIALI E METODI

Il progetto

L'analisi della valutazione della formazione e la ricerca degli strumenti più adeguati per agirla è stato argomento fondamentale dei contenuti didattici del percorso formativo del Master di II livello presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia: "Metodi e strumenti per l'insegnamento clinico della medicina generale nelle cure primarie". Una sessione di valutazione di un gruppo di studenti volontari del SISM (Segretariato Italiano Studenti di Medicina) è stata sperimentata al fine di collaudare e analizzare l'OSCE quale strumento di valutazione sempre più utilizzato in tutto il mondo sia in ambienti universitari che per esami post-laurea. Ciò ha permesso ai discenti del Master di rilevare la validità e la fattibilità unitamente alle criticità di tutti gli elementi costitutivi dello strumento stesso, ponendo attenzione alle difficoltà nella progettazione, momento fondamentale per conferirgli affidabilità. E' stata poi condotta una valutazione qualitativa dell'esperienza attraverso un brain-storming successivo alla conduzione dell'esame: a questa discussione hanno partecipato gli studenti coinvolti, i discenti e i docenti del master.

L'organizzazione

Utilizzando l'Ambulatorio, appositamente attrezzato per lo scopo, di un Medico di Medicina Generale di Modena durante l'orario di chiusura al pubblico, sono state allestite 7 stazioni valutative proposte a 10 studenti giunti al termine del corso di studi; il ruolo di paziente simulato è stato affidato in tre casi ad attori ed in due casi a medici addestrati; i discenti del Master fungevano da valutatori attraverso una griglia di valutazione precostituita; al fine di documentare a scopo didattico e di analizzare successivamente

le performances dei vari ruoli, alcune delle stazioni sono state videoregistrate.

E' stata realizzata una preliminare seduta di briefing per illustrare la prova di esame, seguita dalla prova pratica con le simulazioni, con osservazione e valutazione da parte dei discenti del Master; al termine di questa è stato condotto un de-briefing breve per raccogliere impressioni immediate e dare alcuni feed-back rapidi sulle performance attese; il giorno successivo è stato effettuato un incontro collettivo con discussione dell'evento. Ha partecipato come regista e conduttore dell'esperienza, dalla progettazione e conduzione alla discussione nel debriefing, il Professor M. Pringle, GP professore emerito di MG in UK, esperto del metodo. Dagli studenti sono state affrontate sette stazioni, in un ambito ambulatoriale, relative alle seguenti abilità professionali (in appendice 1 sono riportati i mandati utilizzati in ciascuna stazione):

1. **Raccogliere un'anamnesi mirata al problema** in un caso di dolore toracico non traumatico transitorio, con paziente standardizzato.
2. **Interpretare i sintomi**, dopo aver raccolto l'anamnesi, ed **identificare il problema formulando ipotesi diagnostiche** in un paziente con dolore addominale non traumatico, con paziente standardizzato.
3. **Misurare la pressione arteriosa e rilevazione del polso (tecnica per abilità specifiche)** su pari.
4. **Eseguire l'esame obiettivo** in un caso di lombalgia acuta, con paziente standardizzato.
5. **Comunicare, spiegare e ricercare la compliance per le scelte terapeutiche** in un paziente con cefalea, con paziente standardizzato.
6. **Interpretare un ECG**, con analisi dei

vari elementi costitutivi per giungere ad ipotesi diagnostiche.

7. **Interpretare una batteria di esami di laboratorio** per giungere ad ipotesi diagnostiche, **impostare un piano di gestione specifica e compilare una ricetta** per il farmaco prescritto.

Le prime cinque stazioni prevedevano la partecipazione, con l'incarico di paziente, di una persona appositamente istruita.

Le schede di valutazione per ogni stazione prevedevano 5 voci per la valutazione del rendimento con una scala valutativa per ogni voce graduata da 1 a 5 per indicare il raggiungimento dell'obiettivo: 1 = non raggiunto, 3 = parzialmente raggiunto, 5 = pienamente raggiunto. In Appendice 2, come esempio, viene riportata la scheda di valutazione della prima stazione affrontata dagli esaminandi; le schede valutative delle altre stazioni sono sovrapponibili, con gli obiettivi specificati nel mandato.

Sono state raccolte le schede di valutazione per una analisi postuma delle stesse; sono stati revisionati i filmati delle registrazioni delle prove e raccolte le impressioni dei partecipanti attraverso un incontro plenario che ha fatto seguito all'esperienza al fine di cogliere elementi qualificanti, difficoltà e criticità.

RISULTATI

L'ambiente

Il collocamento delle stazioni in una ambientazione specifica caratteristica dell'attività medica ha creato l'ambiente peculiare ed il clima distintivo idonei allo scopo.

Nella peculiarità della nostra esperienza, l'ambiente utilizzato è parso adeguato in relazione al numero limitato di stazioni e di esaminandi; in un eventuale utilizzo di questa tipologia di valutazione, in particolar modo se certificativa, applicata ad un più

numeroso gruppo di esaminandi e con la necessità, al fine di incrementare la validità dell'esame, di aumentare il numero di stazioni, si rende necessario individuare strutture maggiormente atte allo scopo.

Il mandato

Dall'analisi delle schede contenenti la storia del paziente simulato e le istruzioni relative al compito affidato all'esaminando e da quanto emerso dalla discussione breve immediatamente seguita all'esperienza, si rileva come a volte vi sia una incertezza da parte del candidato nel cogliere appieno il contesto narrato e soprattutto nell'identificare la prestazione professionale richiesta: ne deriva la fondamentale importanza della precisa descrizione degli elementi contenuti nel mandato al fine di non ingenerare confusione. A tal fine sarà necessario esplicitare chiaramente il compito che sarà valutato e fornire tutti gli elementi utili allo scopo.

Gli attori

Dal riesame delle videoregistrazioni emerge l'ottima interpretazione delle persone arruolate come attori per simulare il paziente che si rivolge al medico: sono riuscite a ricreare le situazioni reali che quotidianamente si affrontano nella pratica professionale; una considerazione rilevante riguarda la loro esperienza in tale ruolo: l'addestramento, la preparazione e l'esercizio specifico pregressi hanno contribuito notevolmente alla riuscita della loro rappresentazione.

Discorso diverso nella valutazione dei pazienti simulati interpretati da medici: ancorché istruiti allo scopo, le conoscenze specifiche e la pratica professionale tendono inconsapevolmente ad orientare il colloquio e ad indirizzare, attraverso i sintomi specifici, verso la diagnosi. La prestazione degli studenti appare caratterizzata da un impe-

gno costruttivo, solo in parte condizionata dalla presenza di un pubblico con il mandato di osservarli e giudicarli, forse perché molto coinvolti emotivamente dalla simulazione; come da loro stessi asserito durante la discussione, si sono sentiti calati nella funzione di medico e da questo ruolo assorbiti. I valutatori sono apparsi forse i più smarriti: la mancanza di preparazione specifica, la scarsa consuetudine nel ruolo di giudice, l'imperfezione delle schede di valutazione hanno avuto come conseguenza una eccessiva variabilità dei giudizi espressi.

La valutazione delle performance

Elemento di particolare criticità, la scheda di valutazione è parsa poco dettagliata per permettere la massima oggettività ai singoli valutatori: un maggior dettaglio avrebbe permesso di ridurre la soggettività del valutatore; le stesse scale graduate per esprimere il giudizio su un comportamento rischiano di evidenziare valutazioni individuali piuttosto che oggettive.

Sono state analizzate le schede utilizzate per la valutazione delle singole stazioni, connotate con il nome dello studente e con l'evidenziazione del valutatore.

La discussione finale sull'evento

Una volta terminato l'esame, è stato organizzato un incontro al quale hanno partecipato gli studenti coinvolti nell'esperienza, i discenti ed i docenti del Master, con lo scopo, attraverso la raccolta delle impressioni e la discussione, di condurre una valutazione qualitativa dell'esperienza.

Dalla valutazione condotta sono emersi elementi di valore e di criticità dell'OSCE.

Gli elementi positivi emersi nella discussione sono molteplici ma si possono ricondurre a tre categorie principali: il valore formativo dell'esame, l'emergere di fattori emoti-

vi peculiari, la maggiore aderenza alla complessità delle situazioni reali.

E' stata unanimemente riconosciuta la capacità valutativa dell'OSCE, sia come strumento certificativo sia, forse ancora di più, come strumento formativo, in grado cioè di fornire indicazioni preziose al discente circa la sua effettiva capacità di affrontare situazioni realistiche professionali, in particolare perché le stazioni focalizzano in maniera precisa singole abilità.

Molti degli studenti partecipanti hanno evidenziato il contenuto emotivo dell'esperienza vissuta, diverso da quello abitualmente percepito durante le prove di esame di altro tipo.

In considerazione del fatto che l'esame cui hanno partecipato in questa specifica esperienza era parte di una sperimentazione volontaria, senza valenza certificativa e che l'esito della valutazione individuale sarebbe stato tenuto riservato e comunicato ad ognuno in maniera personale, i partecipanti si sono percepiti comunque esposti ad una valutazione.

Nell'OSCE le emozioni entrano maggiormente in gioco perché i compiti sono contestualizzati a situazioni professionali, specie quando la stazione prevede l'interazione con un paziente standardizzato.

Ciò è stato considerato positivamente, come elemento che caratterizza in modo ancora più professionale la valutazione.

Da ultimo, l'OSCE è stato ritenuto in grado di produrre in misura più fedele la complessità che caratterizza l'attività clinica reale: la molteplicità di stazioni e la riproduzione di situazioni realistiche sono elementi che immergono il candidato in una situazione complessa, adeguata ad una valutazione della competenza professionale.

Dalla discussione seguita alla sperimentazione dell'OSCE sono emersi anche elemen-

ti di criticità che possono essere ricondotti a tre temi principali: l'organizzazione dell'OSCE, la competenza del valutatore, la coerenza fra modalità e contenuti dell'OSCE e modalità dell'insegnamento impartito.

Il tempo concesso per le stazioni a contenuto relazionale è stato ritenuto troppo breve e il compito non sempre è stato espresso in maniera chiara. Queste osservazioni confermano quanto già scritto in precedenza circa le regole di organizzazione di un OSCE, basata su molti dettagli ai quali va posta la massima attenzione, pena l'inaffidabilità di tutta la prova.

Da ultimo molti dei partecipanti, proiettando l'OSCE nella situazione concreta del corso di laurea che seguono o in cui insegnano, hanno ritenuto che questa modalità di valutazione non sia attualmente coerente con l'insegnamento impartito. "Non si può valutare ciò che non si è insegnato" è il commento lapidario che esprime la preoccupazione relativa ad una possibile adozione dell'OSCE come valutazione certificativa, specie alla fine del percorso curriculare.

Il "ritorno" dagli studenti

Gli studenti del SISM che hanno partecipato all'OSCE proposto al Master, hanno poi condotto tra di loro una valutazione qualitativa sull'esperienza vissuta strutturata su tre domande aperte volte ad indagare le aspettative iniziali, a valutare l'andamento dell'evento ed infine ad individuare suggerimenti utili. Dal rapporto riassuntivo emerge come la maggior parte degli studenti abbia espresso la curiosità di mettersi in gioco e di dare al proprio percorso di studi una valutazione sugli aspetti meno indagati dai nostri attuali sistemi valutativi, ovvero il Saper Essere ed il Saper Fare.

Tutti gli studenti hanno valutato l'evento in maniera più che positiva: innanzitutto l'al-

ta valenza formativa dell'esperienza, ribadita nelle riflessioni autovalutative su ciò che dovevano migliorare nel loro bagaglio professionale; in secondo luogo l'appropriatezza delle prove scelte, volte a dare una valutazione a 360 gradi molto aderente ai compiti richiesti al compito professionale.

Dalla valutazione degli studenti emergono anche alcuni suggerimenti tratti dall'esperienza condotta: innanzitutto migliorare gli "storyboard" per una più precisa definizione del caso e dei compiti; aumentare il numero delle stazioni per implementare la valutazione del "saper fare" (prove su manichino ad esempio) potrebbe migliorare la validità dell'esame stesso.

Emerge da tutti i partecipanti, forse come elemento un po' inatteso, la speranza di poter replicare questa esperienza, diffondendola territorialmente ed in occasioni diverse per estendere ad altri la possibilità di partecipare a questo genere di evento per il suo valore formativo, arrivando ad ipotizzarne l'inserimento strutturato nel percorso di laurea quale monitoraggio della crescita degli studenti.

DISCUSSIONE

L'OSCE può essere utilizzato per valutare le capacità di un discente in termini di pratica professionale in un ambiente simulato, anche se il più realistico possibile; se volessimo quindi collocare l'OSCE nella piramide di Miller(12), che esprime i livelli progressivi delle conoscenze e abilità valutate, potremmo dire che l'OSCE valuta il "mostra come si fa" in ambiente simulato.

Questa tipologia di valutazione si presta sia ad esami certificativi sia come strumento formativo, con valore di feed-back all'interno di percorsi formativi; affinché questo sistema possa essere adottato come parte dell'esame di abilitazione, come già in uso

da anni in alcuni paesi quali Gran Bretagna, USA e Canada, sarà necessario inserirlo nel percorso formativo degli studenti, sarà inoltre necessario introdurre l'uso di pazienti standardizzati o simulati nella routine della didattica ordinaria dei corsi di laurea. La gamma di abilità valutabili è molto ampia ed è esemplificata, anche se in maniera non esaustiva, dal seguente elenco:

- raccolta dell'anamnesi (su pazienti standardizzati)
- esecuzione dell'esame obiettivo (su pazienti standardizzati, su pari, su manichino)
- esecuzione di manovre tecniche come misura di parametri vitali, venipuntura, sutura, ... (su pazienti standardizzati, su pari, su manichino)
- interpretazione di batterie di esami di laboratorio, di esami e di referti diagnostici (come ad esempio esami ematochimici, ECG, imaging radiologica)
- colloqui di educazione, counselling o prescrizione di terapie (con pazienti standardizzati)

L'OSCE è uno strumento potente, che tenta di superare le difficoltà degli altri metodi di valutazione, ma come qualunque tipologia di esame può non essere in grado, se utilizzato da solo, di garantire una valutazione completa e complessiva della preparazione di uno studente; si sottolinea inoltre che anche questa tecnica non è scevra da possibili errori: sarà fondamentale porre la massima attenzione alla progettazione per mantenere un elevato livello di validità e di obiettività, con attenzione alla fattibilità e realizzabilità del progetto.

In particolare la progettazione di un OSCE dovrà prendere il via dall'identificazione delle competenze specifiche, teoriche ed applicative, richieste agli esaminandi; ogni sta-

zione dovrà essere centrata su un compito molto preciso, il mandato per il quale dovrà essere dettagliatamente descritto; particolare attenzione si dovrà porre nell'addestramento degli attori nella parte del paziente, per i quali altrettanto importanti saranno le istruzioni per il ruolo specifico.

L'adeguatezza del luogo e l'organizzazione dello stesso, la pianificazione dei tempi previsti e la gestione della rotazione fra le varie stazioni permetteranno poi di realizzare senza confusione l'esame. Nella nostra esperienza, la collocazione delle stazioni è stata negli studi medici e nella sala di attesa di un ambulatorio di medicina generale; poiché l'accesso all'ambiente era unico e non era quindi possibile evitare che chi terminava il circuito incontrasse chi attendeva di iniziare, gli studenti partecipanti sono stati divisi in due gruppi, convocati ad orari diversi. Non disponendo di un sufficiente numero di attori incaricati di interpretare il ruolo di paziente, è stato affidato tale incarico ad alcuni Medici. Abbiamo osservato come gli studenti abbiano individuato quali dei pazienti standardizzati fossero interpretati da medici e quali invece fossero laici (nelle tre stazioni concernenti il dolore toracico, la cefalea e la misurazione della pressione arteriosa): i medici inconsapevolmente tendono a suggerire o anticipare le risposte corrette e ad indirizzare l'esame obiettivo: questo indica l'importanza di addestrare simulatori laici per le stazioni OSCE. Molte osservazioni sono state fatte circa l'attendibilità della valutazione, soprattutto per quanto riguarda la coerenza fra diversi valutatori: è emersa quindi una forte preoccupazione circa la competenza del valutatore e la modalità di progettazione delle schede di valutazione. Risulta fondamentale, per una uniformità di applicazione di criteri e metodi valutativi, la scelta, la formazione e la preparazione dei

valutatori, i quali devono aver molto chiaro il compito, devono aver dimestichezza con le schede di valutazione e precisa conoscenza dell'abilità da valutare in quella determinata situazione.

In merito alle schede di valutazione, alcune considerazioni sono degne di attenzione: Il primo elemento utile è il fatto che alcune stazioni ed alcuni studenti sono stati valutati contemporaneamente da due discendenti del Master nel ruolo di valutatori ed è stato quindi possibile un confronto qualitativo sull'esito della votazione per valutarne la concordanza e la coerenza;

il secondo elemento, non previsto, è stata l'annotazione da parte dei valutatori sulle schede di valutazione di alcuni commenti relativi all'attesa performance dello studente. In merito al confronto fra valutazioni comuni, a sottolineare la possibile soggettività del giudizio, se non opportunamente guidato, appaiono a volte alcune divergenze sulla votazione espressa; in alcune circostanze, a margine del voto, appaiono brevi commenti sull'atteso e non riscontrato.

Questo ribadisce ancora una volta l'importanza della costruzione della scheda di valutazione, la quale deve prevedere, secondo noi, la rilevazione di elementi precisi e dettagliati, analitici, possibilmente segnalati con un tutto/nulla, piuttosto che con una scala graduata che può risultare soggettiva. Fondamentale importanza rivestono la preparazione dei valutatori e le configurazione

delle schede e la definizione delle regole di valutazione: maggiore sarà il dettaglio delle singole abilità valutate, minore sarà la valutazione lasciata alla soggettività del valutatore.

CONCLUSIONI

L'OCSE si è dimostrato uno strumento molto utile nella valutazione complessiva delle abilità che un futuro medico dovrebbe padroneggiare; a differenza di altri strumenti di valutazione meglio riesce a sondare quelle competenze che sono un costrutto complesso multidimensionale dove, alle conoscenze teoriche si affiancano abilità tecniche, relazionali e gestionali.

Attualmente in Italia l'utilizzo di questa tipologia di esame non pare essere frequente come in altri paesi; l'efficacia di questo strumento ne suggerisce una maggiore diffusione, sia come strumento valutativo ma soprattutto come strumento formativo durante il corso di Laurea e durante la Formazione Specifica in Medicina Generale, scegliendo le abilità peculiari della stessa da valutare e su cui costruire i casi per le stazioni da organizzare, con caratteristiche e diverso grado di difficoltà a seconda del target: Studenti del Corso di Laurea in Medicina o Specializzandi in Medicina Generale.

Particolare attenzione andrà posta nella progettazione: la validità dell'esame dipende da molteplici fattori da valutare con attenzione in fase di programmazione.

Bibliografia

Marton F, Saljo R. *On qualitative differences in learning: II—Outcomes as a function of the learner's conception of the task.* *Br J Educ Psychol* 1976, 46: 115-27.

Petrusa ER, Blackwell TA, Rogers LP, Saydjari C, Parcel S, Guckian JC. *An objective measure of clinical performance.* *Am J Med* 1987, 83, 34-42.

Newble DI, Entwistle NJ. *Learning styles and approaches: implications for medical education.* *Med Educ* 1986, 20: 162-75.

Newble DI. *Assessing clinical competence at the undergraduate level.* *Med Educ* 1992, 26: 504-11.

Epstein RM. *Assessment in Medical Education.* *New Eng J Med* 2007, 356(4): 387-96.

Ponnamperuma GG, Karunathilake IM, McAleer S, Davis MH. *The long case and its modifications: a literature review.* *Med Educ.* 2009 Oct; 43(10): 936-41.

Simpson MA. *Medical education: a critical approach.* London: Butterworths, 1972: 118-57.

Newble DI, Baxter A, Elmslie RG. *A comparison of multiple-choice tests and free-response test in examinations of clinical competence.* *Med Educ* 1979, 13: 263-8.

Harden RM, Stevenson M, Downie WW, Wilson GM. *Assessment of clinical Competence using objective structured examination.* *Br Med J* 1975 Feb 22; 1(5955): 447-51.

Harden RM. *What is an OSCE?* *Med Teach.* 1988; 10(1):19-22.

Khan KZ, Ramachandran S, Gaunt K, Pushkar P. *The Objective Structured Clinical Examination (OSCE): AMEE Guide No. 81. Part I: an historical and theoretical perspective.* *Med Teach.* 2013 Sep; 35(9):1437-46

Miller GE. *The assessment of clinical skills/competence/performance.* *Acad Med* 1990 Sep; 65 (9 Suppl): S63-7

Imparare a Insegnare la Medicina Generale nelle Cure Primarie. "La cassetta degli attrezzi" per la Formazione dei Formatori. M.S. Padula e G. Aggazzotti, et al. (in corso di pubblicazione)

APPENDICE 1: MANDATI DELLE SINGOLE STAZIONI

1. DOLORE TORACICO

Medico	Paziente	Valutatore
Stai sostituendo un Medico di Medicina Generale ed entra una paziente che non conosci. Accoglila e raccogli l'anamnesi, quindi formula un elenco di ipotesi diagnostiche e discutile con la paziente.	Sei una paziente di 55 anni che un mese fa ha avvertito un dolore gravativo precordiale piuttosto intenso durante uno sforzo (camminavi in salita con alcune borse della spesa), durato pochi minuti e passato con la sosta. Da allora hai avuto altri due episodi simili, ma l'ultimo, ieri, è durato un po' di più e dopo uno sforzo ancora più modesto. Fumi, non bevi alcolici, tua madre è morta di infarto, non assumi farmaci. L'azione consiste con il colloquio con il Medico, che si conclude senza fare domande su cosa devi fare dopo.	Qualità della comunicazione con la paziente Fa domande complete sul dolore Fa domande sui fattori di rischio e sui farmaci assunti Formula ipotesi coerenti Esplora le idee della paziente e condivide con lei le sue ipotesi

2. DOLORE ADDOMINALE

Medico	Paziente	Valutatore
Stai sostituendo un Medico di Medicina Generale ed entra un paziente che non conosci. Accoglila e raccogli l'anamnesi, quindi formula un elenco di ipotesi diagnostiche e discutile con la paziente.	Sei un uomo di 65 anni. Da ieri hai cominciato ad avere dolore addominale, come una punta, iniziato in fossa iliaca sinistra e che è aumentato gradualmente. Ora va e viene ma tende a diffondersi anche ai quadranti inferiori. Hai fatto solo aria e l'addome è un po' aumentato di volume. Hai anche un po' di nausea, per cui ieri sera hai preso solo un po' di camomilla, ma non hai vomitato. Hai disturbi ad urinare (poco e spesso). Non pensi di aver avuto febbre. E' la prima volta che hai questo dolore, sei stitico da sempre (due-tre evacuazioni a settimana) ma non prendi nulla per aiutarti.	Qualità della comunicazione con la paziente Fa domande complete sul dolore Fa domande sui sintomi associati Formula ipotesi coerenti Esplora le idee del paziente e condivide con lui le sue ipotesi

3. MONONUCLEOSI

Medico	Paziente	Valutatore
Mononucleosi, donna di 26 anni, diplomata in ragioneria, impiego part-time in un call center. Visita in ambulatorio dal medico per la prima volta. Dopo aver fatto l'anamnesi e aver iniziato la visita, hai riscontrato linfonodi ingrossati. Hai deciso, a questo punto, che il paziente ha la mononucleosi. Misura la pressione arteriosa del paziente, prendi il polso e misura la temperatura.	Hai mal di gola e linfonodi ingrossati. Il medico ti ha visitato e ti ha detto che ritiene tu abbia la mononucleosi. Lui ti misurerà la pressione arteriosa, ti prenderà il polso e ti misurerà la temperatura.	Comunicazione con il paziente Rispetto per il paziente Tecnica della misurazione della pressione arteriosa Tecnica per prendere il polso Tecnica nel misurare la temperatura

4. LOMBALGIA

Medico	Paziente	Valutatore
Ha chiesto al paziente come sta, dopo che il paziente era già stato da lui una settimana prima per un mal di schiena. Il paziente ha risposto che sta bene e che vuole tornare al lavoro (un paziente di 50 anni che fa il metalmeccanico). A questo punto il medico deve fargli l'esame della schiena.	Metalmeccanico di 50 anni, è stato una settimana fa dal medico per un mal di schiena e ora va dal medico per verificare il suo stato di salute. E' ansioso per l'esame, e non vuole che il medico la solleci troppo per non peggiorare la sua situazione.	Comunicazione con il paziente Rispetto Osservazione della schiena Libertà nei movimenti Manovra di Lasegue e riflessi arti inferiori

5. CEFALEA

Medico	Paziente	Valutatore
Donna di 35 anni che viene in ambulatorio per cefalea intensa; in precedenza per questo motivo si è rivolta ad altri medici, è la prima volta che tu la visiti. Hai realizzato l'anamnesi e, dopo averla visitata, hai stabilito che si tratta di emicrania comune senz'aura. Hai a disposizione 6 minuti per esplicitare al paziente le tue scelte di gestione.	Cefalea a crisi, da 2 a 3 volte al mese dai 15 anni. Hai detto come stai al medico; Il medico ha raccolto la tua anamnesi, ti ha visitato e ti ha comunicato che hai una emicrania comune senz'aura. Il medico ora ti spiegherà le sue opzioni per la terapia, e devi fargli delle domande per comprendere la situazione.	Capacità comunicative con il paziente Rispetto per il paziente e le sue scelte Conoscenza delle scelte per il trattamento dell'emicrania comune senz'aura Informazioni accurate per ogni scelta Consenso sul piano di gestione

6. ECG

Medico	Paziente	Valutatore
L'infermiera entra con un ECG di una donna di 70 anni che ha sofferto di difficoltà respiratorie, caviglie gonfie e affaticabilità. Per favore guardi questo ECG e dille cosa vedi di normale e non normale per arrivare ad una diagnosi o a una lista di ipotesi diagnostiche.		Analisi del tracciato, riconoscimento del tipo di esame Ritmo Frequenza Ricerca degli elementi del complesso elettrico Ipotesi diagnostiche

7. ESAMI DI LABORATORIO

Medico	Paziente	Valutatore
Il tuo paziente ha fatto questo esame del sangue e ha portato i risultati alla tua segretaria. E' un uomo di 60 anni, pesa 93 Kg, è alto 1,70 m. e la sua circonferenza vita è 108 cm. Commenta l'esame del sangue e formula una diagnosi. Indica i punti principali del tuo piano di gestione, che metterai in atto quando arriverà il paziente. Scrivi una ricetta per il farmaco che prescriveresti.		Lettura dei risultati dell'esame Calcolo del BMI Formulazione della diagnosi Punti principali del piano di gestione Prescrizione del farmaco

APPENDICE 2: ESEMPIO DI SCHEDA DI VALUTAZIONE

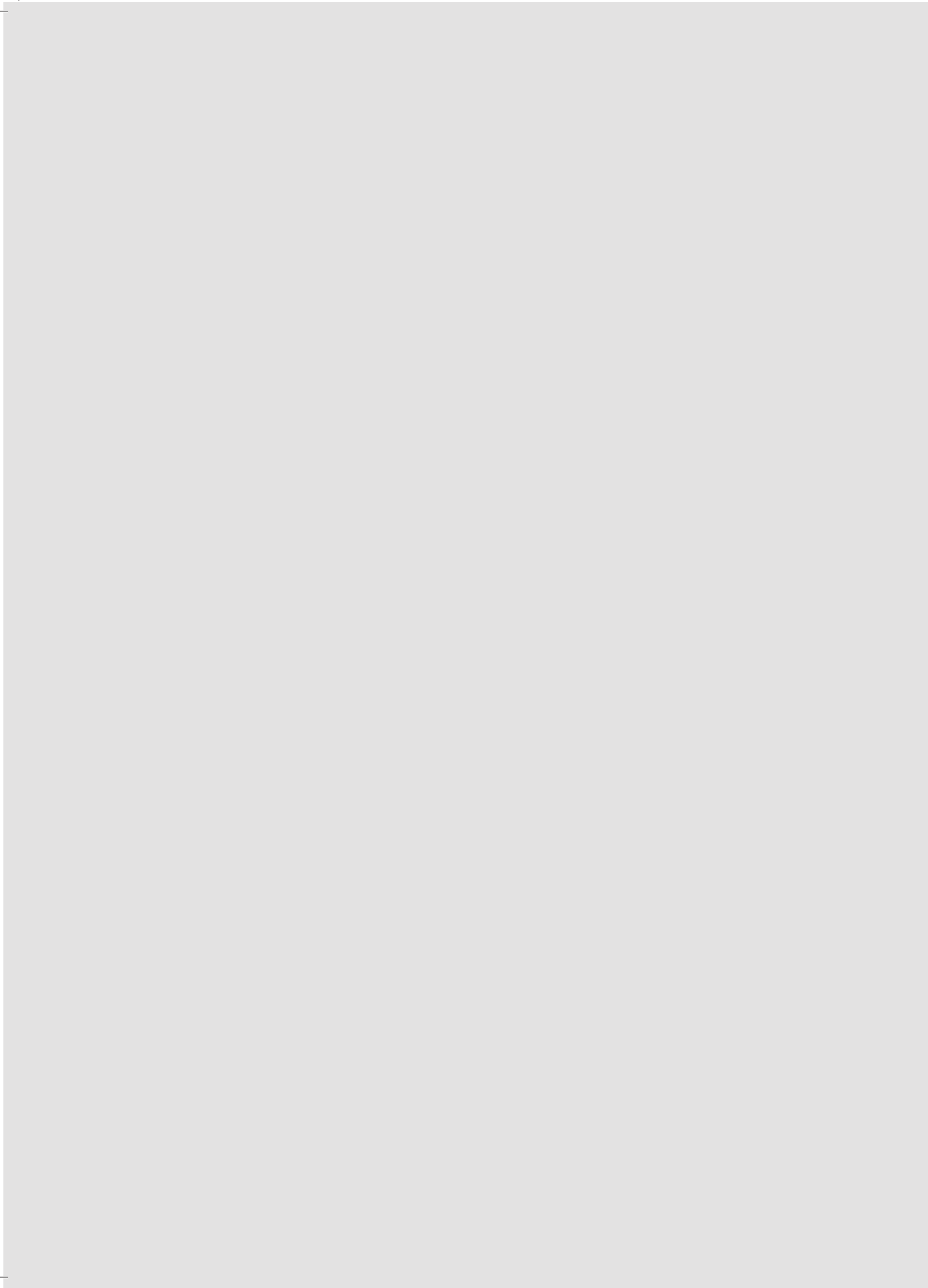
Simulazione Master MMG Imparare a Insegnare, Modena

Nome del valutatore: _____

Nome del Candidato: _____

Caso numero: 1 – Dolore toracico

Punteggio		0 = Nessun risultato 1 = Quasi nulla 5 = Del tutto
1	Comunicazione con la paziente	0 1 2 3 4 5
2	Fa domande complete sul dolore	0 1 2 3 4 5
3	Fa domande sui fattori di rischio e sui farmaci assunti	0 1 2 3 4 5
4	Formula ipotesi coerenti	0 1 2 3 4 5
5	Esplora le idee della paziente e condivide con lei le sue ipotesi	0 1 2 3 4 5
Totale		



La valutazione è un processo complesso che può generare enormi quantità di dati. Gli autori descrivono un algoritmo di carattere generale per la valutazione oggettiva adattabile a qualsiasi contesto.

Algoritmo per la valutazione oggettiva del discente

A. Nicasi Zanetti, F. Consorti

MOTIVAZIONI ED OBIETTIVI DELLA TESI

L'intento di questa tesi è stato quello di revisionare i principi espressi nella letteratura circa la valutazione delle competenze e di identificare un metodo per la costruzione di prove oggettive, basato su tali principi. La domanda da cui questo lavoro di tesi ha preso le mosse è quindi di carattere molto generale e non ci si è proposti di formulare elementi specifici di valutazione né le varie procedure a cascata di eventi particolareggiati che conducono dal riconoscimento dell'esaminando fino alla produzione del giudizio. L'obiettivo principale di questa idea progettuale è quello di mostrare la possibilità e l'utilità di un modello informativo in cui competenze, obiettivi formativi, metodi di valutazione e criteri di misura siano integrati e descritti con un formalismo tale che consenta un'agevole implementazione automatizzata del processo di valutazione. Il naturale sviluppo ed utilizzo dei risultati di questa tesi è quindi nella progettazione di sistemi integrati di formazione e valutazione, in cui un unico insieme di informazioni supporta sia la descrizione degli obiettivi formativi che la realizzazione materia-

le delle prove valutative. Queste ultime sono così direttamente referenziate alle competenze o alle conoscenze contributive che intendono valutare.

LA VALUTAZIONE

La valutazione è "un atto (che implica nei casi di maggiore complessità, raccolta di informazioni, analisi e riflessione) tendente alla formulazione di giudizi di valore su un oggetto, su una situazione o su un evento" (Lipari 1995). Questo implica che vi siano dei criteri socialmente e culturalmente condivisi e che il soggetto valutante sia in possesso di un'autorità e di una legittimazione tale da essere riconosciuta da parte del valutato. "La valutazione deve poter avere conseguenze nella realtà. Non è quindi solo produzione di un giudizio, ma produzione di un giudizio che consenta di fare" (Bisio 2002). Focalizzeremo la nostra proposta sulla misura dell'efficacia di un corso, cioè sulla modalità con cui esprimere il rapporto fra obiettivi formativi e risultati di apprendimento, usando un metodo che permetta di minimizzare l'effetto della soggettività del valutatore. Ci collocheremo quindi all'interno di un approccio oggettivizzante, orienta-

to agli obiettivi, pur rimanendo consapevoli che ogni sistema di misura, come ricordato in premessa, è parziale, limitativo e riduttivo.

COMPETENZA E COMPETENZE PROFESSIONALI

Da più di un decennio la progettazione delle attività formative per le professioni sanitarie non è più orientata ai programmi disciplinari o a sistemi di obiettivi ma identifica lo sviluppo delle competenze professionali come meta finale del percorso, sia per quanto riguarda la formazione pre-laurea che quella post-laurea e continua. Il concetto di “competenza” è presente da molti anni nella letteratura pedagogica ed ha rappresentato una pietra miliare per le conseguenze che ha avuto nel ripensare la progettazione e la conduzione delle attività formative. Si riportano a solo titolo documentale, due definizioni di letteratura del concetto di competenza, senza discuterle nel dettaglio: Nello specifico ambito delle professioni di cura, la SIPeM ha definito la competenza come *“l’abitudine all’uso giudizioso di conoscenze, ragionamento clinico, abilità tecniche, capacità comunicative, emozioni e valori da ripensare continuamente nella pratica quotidiana per il beneficio dell’individuo e della comunità di cui ci si occupa”* (dal Manifesto di intenti della SIPeM).

Epstein (Epstein 2007) ha proposto uno schema sintetico riassuntivo degli oggetti e dei metodi della valutazione, che riportiamo anche come riferimento alla proposta contenuta in questa tesi.

OBIETTIVI DELLA VALUTAZIONE

- Fornire direzione e motivazione per l’apprendimento, relativamente a conoscenze, competenze e professionalità

- Proteggere il pubblico mantenendo alti standard professionali e di individuare tirocinanti e medici con competenze insufficienti
- Soddisfare le aspettative di autoregolamentazione da parte del pubblico
- Selezionare i candidati per la formazione specialistica

COSA VALUTARE

- Attitudini mentali e del comportamento
- Acquisizione e applicazione delle conoscenze e delle abilità
- Capacità di comunicazione
- Professionalismo
- Ragionamento clinico e giudizio in situazioni di incertezza
- Lavoro di squadra
- Apprendimento basato sulla pratica e il miglioramento

COME VALUTARE

- Usare più metodi e una varietà di ambienti e contesti di acquisizione dei dati per poter osservare diversi aspetti delle prestazioni
- Organizzare le valutazioni in programmi di attività ripetute, continue, contestuale e progressive
- Bilanciare l’uso di situazioni complesse e ambigue di vita reale che richiedano ragionamento e giudizio con valutazioni mirate, strutturate e semplificate di conoscenze, abilità e comportamenti
- Includere l’osservazione diretta del comportamento
- Utilizzare esperti per verificare il giudizio degli esperti
- Utilizzare norme pass-fail che riflettano livelli adeguati di performance
- Fornire un feedback tempestivo e supporto ai discenti

AVVERTENZE PER I VALUTATORI

- Essere consapevoli degli effetti indesiderati dei test
- Evitare di punire i medici esperti che usano scorciatoie
- Non dare per scontato che i dati quantitativi siano più affidabili, validi o utili dei dati qualitativi

Seguendo alcune intuizioni nate durante la frequenza al master post universitario “Imparare ad Insegnare” tenuto presso l’Università di Modena nel 2012-2013, ho cercato di sviluppare un **algoritmo valutativo complesso**, come fondamento di base per singoli atti valutativi. Per la sua generalizzabilità, tale metodo dovrebbe raggiungere l’obiettivo di essere utilizzabile a tutti i livelli della catena valutativa e potrebbe essere utilizzato anche per la valutazione dei valutatori.

Come già ricordato, i principi della valutazione prevedono che essa sia:

- fondata su una raccolta sistematica di dati, relativi alle performance del discente
- espressione dell’insieme di osservazioni ripetute, in contesti diversi, con metodi diversi
- omogenea quanto al comportamento dei valutatori
- standardizzata quanto alle soglie di performance minima attesa

La presenza di più valutatori ancora di più richiede una metodica univoca che permetta di standardizzare i comportamenti di tutti i valutatori. Visto che un algoritmo altro non è che un metodo matematico, informatizzabile, assolutamente riproducibile e matematicamente stabile, ho pensato di progettare uno che potesse servire all’uopo e potesse essere riprodotto su ampia scala, per

avere una regola assolutamente oggettiva sulla valutazione di un discente escludendo, per il più possibile, la soggettività di giudizio propria del metodo usato fino ad oggi.

UNIFORMITÀ E OGGETTIVITÀ DI GIUDIZIO, STRUTTURE DATI

L’algoritmo viene strutturato sulla base di una griglia complessa che si fonda su uno schema padre-figlio a cascata discendente di domande a risposta chiusa con criterio di selezione decrescente con valutazione numerica. Si tratta di scomporre i fattori di valutazione in sotto-fattori, considerando la combinazione delle valutazioni fatte per ogni elemento e sotto-elemento da un singolo valutatore o da valutatori diversi. Il risultato della combinazione può restituire un risultato di concordanza o di discordanza. In quest’ultimo caso andrà valutata la presenza di errori metodologici nella valutazione o di altri fattori di confondimento della correttezza della valutazione, fino all’estremo di comportamenti illeciti. Se si adotta una visione sistemica della valutazione, quale quella proposta in questa tesi, la disponibilità di strutture di dati è fondamentale. Infatti un’attività di valutazione ripetuta, multi-fattoriale e multi-valutatore è destinata a produrre una grande quantità di informazione.

LA PROCEDURA DI VALUTAZIONE

Attraverso il Modello Logico¹ si può descrivere il funzionamento della procedura di gestione dell’applicativo esemplificativo che abbiamo chiamato “Valutazione Medici”.

Vale la pena qui di ricordare che l’algoritmo nella sua fase attuale di sviluppo non è indirizzato ad una classe particolare di discenti

¹ Il Modello Logico è un formalismo di rappresentazione di concetti e relazioni fra concetti. Nella figura proposta, i rettangoli rappresentano concetti o classi, mentre la linea verticale sottostante raggruppa gli elementi di informazione che descrivono ogni concetto o classe

(studenti, specializzandi, discenti dei corsi di formazione specifica,...) ma potrebbe essere anche utilizzato per valutare i docenti stessi. I moduli principali dell'applicazione sono:

- - Gestione Candidati (giallo)
- - Gestione Esaminatori (verde)
- - Sessioni / Somministrazione questionari (azzurro)

Il modulo Gestione Candidati consente di gestire l'anagrafica dei candidati con i titoli accademici/culturali valutabili al fine del sistema di valutazione (tabella Titoli).

Il modulo Gestione Esaminatori consente di gestire l'anagrafica degli Esaminatori in modo da costituire le Commissioni d'esame.

Nel modulo Gestione Sessioni attraverso la

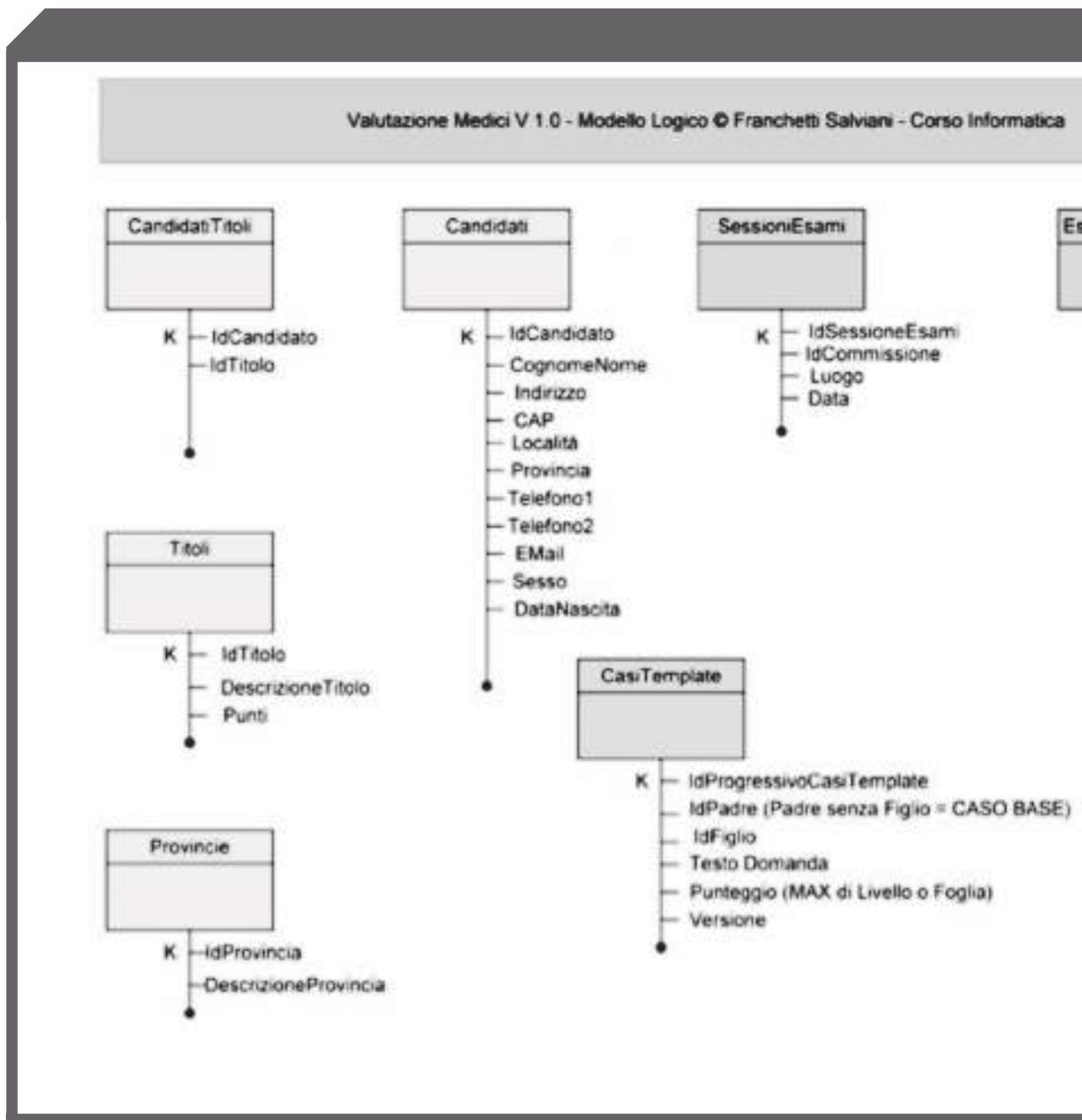


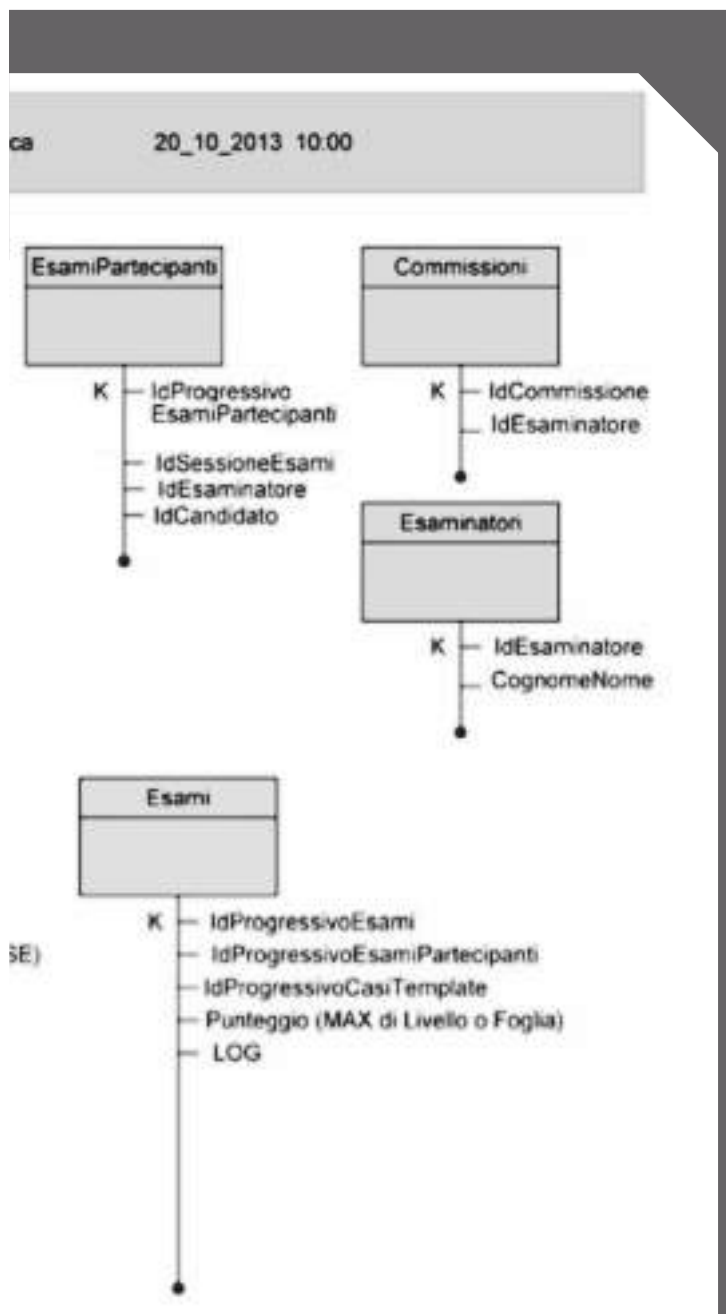
tabella Sessioni Esame è consentito di costituire ogni specifica sessione d'esame indicando la Commissione e quindi i suoi componenti e la data e il luogo. Nella Tabella Esami-Partecipanti, si associano i singoli candidati, con le loro anagrafiche e punteggi, alla sessione d'esame precedentemente costituita. I tre moduli sopra descritti sono essenzialmen-

te moduli di supporto all'applicativo e in fase di analisi sono stati trattati in modo sommario e potrebbero essere maggiormente specificati tenendo conto delle esigenze specifiche dell'ente che gestisce il sistema di valutazione. Il modulo Somministrazione questionari rappresenta l'elemento caratterizzante la soluzione indicata.

La tabella CasiTemplate rappresenta la struttura master dell'applicazione. In questa tabella sono registrati secondo la struttura gerarchica precedentemente descritta tutti i possibili casi che costituiscono prova d'esame. L'attributo IdPadre e IdFiglio descrive il legame tra una voce, la sua sovra-ordinata (padre) e le voci subordinate (figlio). L'attributo punteggio, se riferito ad una voce con figli (padre) rappresenta il punteggio massimo che si può raggiungere con quella voce, se si riferisce ad elementi che non hanno più figli (foglie) rappresenta il punteggio da assegnare a quella singola voce. Questo valore potrebbe anche essere anche negativo e il suo valore massimo coincide con il valore indicato nella struttura alla voce padre.

L'attributo Versione permette di gestire, all'interno del sistema di valutazione, revisioni ai contenuti mantenendo invariata la situazione per i candidati già valutati con un questionario di versione diversa.

Al momento dell'erogazione dell'esame, al candidato verranno proposte domande secondo la struttura presente nella tabella master relativa al caso a lui assegnato. Le risposte del candidato verranno invece riportate nella tabella Esami registrando IdProgressivo-Esami-Partecipanti (candidato X, alla sessione Y, esaminato dall'esaminatore Z) per la domanda IdProgressivo-CasiTemplate (domanda presa dalla tabella delle domande) e il punteggio associato alla domanda. Al termine della valutazione il punteggio della sessione d'esame verrà calcolato sommando al-



gebricamente i punteggi per ogni IdProgressivo-Esami-Partecipanti.

La valutazione finale dovrà tenere conto di questo risultato e dei titoli inseriti precedentemente nella tabella Candidati-Titoli.

Qui sotto è riportato un estratto dalla tabella successiva, per illustrare un esempio di gerarchia di elementi.

1.1 Capacità di lettura dei risultati dell'esame

1.1.1 lettura dati fegato (espressione sintetica per intendere una batteria di esami di funzionalità epatica. Nell'esempio illustrato ne vengono considerati per brevità solo due), a cui è assegnato un punteggio massimo di 6 punti, che deriva dalla somma di

1.1.1.1 Gamma GT: 3 punti

1.1.1.2 GOT: 3 punti

Gli elementi subordinati da 1.1.1.1.1 a 1.1.1.1.4 specificano che i punti vanno attribuiti in funzione della performance del discente secondo la logica di una scala likert a 4 gradi, da 0 a 3.

La performance di interpretazione dei valo-

ri può essere una stazione OSCE isolata o inserita nel contesto di una simulazione clinica più ampia, di cui questa abilità specifica è parte, contribuendo a formare il punteggio complessivo finale della prova di competenza clinica.

A somiglianza di questo esempio è possibile strutturare una serie di altre prove, di diversa natura (capacità di interpretazione, di comunicazione, di esecuzione di attività pratiche, di decisione clinica, ...) combinandole in vario modo. Lo schema gerarchico complessivo permette di ricondurre ogni singolo item al suo contesto più generale e – in ultima istanza – alla competenza di alto livello per cui è pertinente.

CONCLUSIONE

L'esercizio di modellizzazione della struttura delle informazioni necessarie a descrivere la cascata delle competenze e degli obiettivi specifici ha dimostrato che è possibile rappresentare questa complessa mole di dati in maniera ordinata e con un formalismo tale da rendere il processo facilmente assistibile

Id	IdPadre	IdFiglio	Punteggio Max	Testo	Versione
1	1			Esame del Sangue	1.0
2	1	1.1		Letture dei risultati dell'esame	1.0
3	1	1.2		Calcolo BMI	1.0
4	1	1.3		Formulazione della diagnosi	1.0
5	1	1.4		Punti principali del piano di gestione	1.0
6	1	1.5		Prescrizione del farmaco	1.0
7	1.1	1.1.1	6	Letture dati fegato	1.0
8	1.1	1.1.2		Letture dati globuli bianchi	1.0
9	1.1	1.1.3		Letture dati globuli rossi	1.0
10	1.1.1	1.1.1.1	3	Gamma GT	1.0
11	1.1.1	1.1.1.2	3	GOT	1.0
12	1.1.1.1	1.1.1.1.1	0	Nessuno	1.0
13	1.1.1.1	1.1.1.1.2	1	Quasi	1.0
14	1.1.1.1	1.1.1.1.3	2	Del tutto	1.0
15	1.1.1.1	1.1.1.1.4	3	Ottimo	1.0
16	1.1.1.2	1.1.1.2.1	0	Nessuno	1.0
17	1.1.1.2	1.1.1.2.2	1	Quasi	1.0
18	1.1.1.2	1.1.1.2.3	2	Del tutto	1.0
19	1.1.1.2	1.1.1.2.4	3	Ottimo	1.0
					1.0

dalla tecnologia.

Le principali lezioni apprese possono essere riassunte come segue:

la valutazione è un'attività complessa, centrale nel processo di formazione, basata su valori, multidimensionale essa deve essere fortemente agganciata al sistema di competenze e di obiettivi specifici considerati da ogni progetto educativo la realizzazione di un sistema automatizzato basato su

di un modello gerarchico di dati può aiutare nel mantenere la coerenza tra competenze, obiettivi e atti valutativi l'oggettività della valutazione è aumentata dall'utilizzo di criteri semplificati e predefiniti, nonché dalla moltiplicazione degli atti valutativi e dalla ridondanza dei valutatori un sistema automatizzato di gestione dei dati di valutazione sembra indispensabile per gestire la mole di informazioni derivante dal processo così come è stato delineato in questa tesi.

Bibliografia

Attree M. *Evaluating healthcare education: issues and methods*. Nurse Educ Today. 2006;26(8):640-6

Bisio C. (a cura di), *Valutare in formazione. Azioni, significati e valori*, Angeli-AIV, Milano, 2002

Eisner, E.W., "Educational objectives: help or hindrance?" *School review*, vol.75, 1967

Epstein RM. *Assessment in medical education*. N Engl J Med. 2007 25;356(4):387-96.

Fracaroli F., Vergani A., *Valutare gli interventi formativi*, Carocci-Le Bussole, Roma, 2004

Goldie J. AMEE Education Guide no. 29: *evaluating educational programmes*. Med Teach. 2006 May;28(3):210-24

Khan KZ, Ramachandran S, Gaunt K, Pushkar P. *The Objective Structured Clinical Examination (OSCE): AMEE Guide No. 81. Part I: an historical and theoretical perspective*. Med Teach. 2013 Sep;35(9):e1437-46.

Lipari D. *Progettazione e valutazione nei processi formativi*, Edizioni Lavoro, Roma, 1995

Milani L. *Competenza pedagogica e progettualità educativa*. Brescia, Editrice La scuola, 2000

Morrison J. *ABC of learning and teaching in medicine: Evaluation*. BMJ. 2003; 326(7385):385-7

Pellerey M, *Le competenze individuali e il portfolio*, Scandicci, La Nuova Italia, 2004.

R. Tyler "Basic Principles of Curriculum and Instruction" University of Chicago Press, 1949.

Rossi, P., Lipsey, M., Freeman, H., 2004. *Evaluation: a systematic approach*, seventh ed. Sage, Thousand Oaks, CA. (citato in Attree 2006)

Schuwirth LW, van der Vleuten CP. *General overview of the theories used in assessment: AMEE Guide No. 57*. Med Teach. 2011;33(10):783-97.

Schuwirth LW, van der Vleuten CP. *Programmatic assessment and Kane's validity perspective*. Med Educ. 2012 Jan;46(1):38-48.

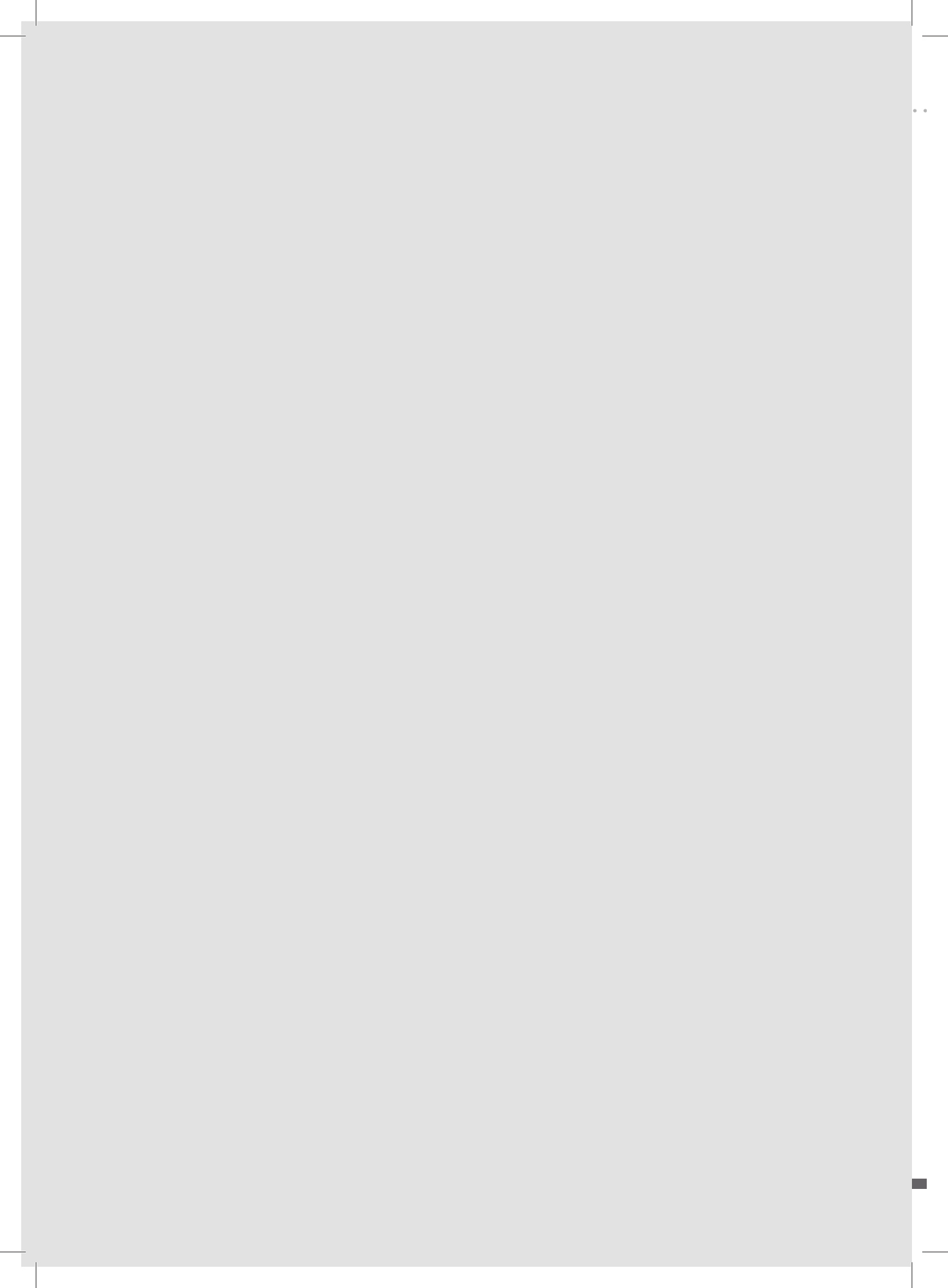
SIPeM Manifesto di intenti: www.pedagogiamedica.it

van der Vleuten CP, Dannefer EF. Towards a systems approach to assessment. *Med Teach*. 2012;34(3):185-6.

van der Vleuten CP, Schuwirth LW, Driessen EW, Dijkstra J, Tigelaar D, Baartman LK, van Tartwijk J. A model for programmatic assessment fit for purpose. *Med Teach*. 2012;34(3):205-14.

PARTE IV

Apprendere e Valutare
con le “narrazioni”.
*Narrare per apprendere...
non solo la malattia.*



Perché inserire le "narrazioni" come strumenti *innovativi* per l'apprendimento e la valutazione in Medicina Generale?

M.S. Padula

Per rispondere alle domande si può risalire alla storia della fondatrice della Medicina Narrativa Rita Charon.

Rita Charon è una pioniera e ormai un'autorità internazionale nel campo della letteratura e della medicina. Ha descritto e documentato estensivamente l'importanza della letteratura nella pratica medica, così come della relazione tra medico e paziente e dell'empatia.

Formatasi inizialmente come medico internista, Rita Charon ha intuito dopo pochi anni di pratica perché, come medico, il compito che le era richiesto era quello di ascoltare attentamente e premurosamente le straordinarie e complicate narrazioni dei suoi pazienti - fatte di parole, gesti, silenzi, immagini e analisi mediche - e di mettere in relazione tutte queste storie dando loro un senso, qualunque esso fosse.

Con questa consapevolezza, decide nel 1999 di intraprendere un dottorato di ricerca in letteratura inglese alla Columbia University, focalizzando i suoi studi sul ruolo della letteratura in ambito medico. L'esperienza, molto positiva, la aiuta a capire i meccanismi con cui le storie dei suoi pazienti erano costruite, raccontate e percepite. Lei stessa

dirà: "Ho capito che le capacità narrative attraverso i miei studi di letteratura mi hanno reso un medico migliore. Posso ascoltare quello che i miei pazienti mi dicono con una migliore abilità nel seguire il filo delle loro storie, riconoscendo metafore, adottando il punto di vista dei pazienti o dei loro familiari, identificando il significato sottinteso presente nei racconti, e interpretando una storia alla luce delle altre già raccontate dallo stesso paziente. Più riuscivo a leggere quello che il paziente mi diceva, più profondamente mi avvicinavo alla loro situazione difficile, rendendomi più disponibile verso chi cercavo di aiutare".

Consapevole dell'importanza che pensieri e sensazioni dei pazienti e dei loro curanti posso-



no avere se sono scritti, perché frutto di trasferimento e rielaborazione dall'esperienza, dal ricordo alle parole scritte. Rita Charon inizia a scrivere dei suoi pazienti. Riporta su carta i loro racconti per poi mostrarglieli in prima persona, chiedendo loro la conferma che quanto da lei scritto fosse giusto e completo. La risposta dei pazienti è positiva: sono grati per l'attenzione che lei gli riserva e la situazione apre a nuove possibilità di dialogo e confronto, offrendo ai pazienti la possibilità di riflettere sulle storie e aggiungere altri dettagli, dimenticati in prima battuta.

Sempre più convinta dell'utilità della narrazione, Charon coinvolge anche i suoi colleghi e i suoi studenti di medicina, invitandoli a scrivere in modo riflessivo sulle loro pratiche mediche, allo scopo di capire meglio quello che i loro pazienti stavano attraversando e in cui loro stessi si trovavano, di riflesso, a vivere. Chiede ai suoi studenti di tenere quella che lei definisce *Parallel Chart*, una cartella clinica parallela dei loro pazienti: *"Conosciamo tutti quello che è scritto nella documentazione medica e ospedaliera, tuttavia ci sono certi importanti aspetti significativi nella cura del paziente che non trovano posto in questa documentazione ospedaliera ma che, ho realizzato, devono essere scritti da qualche parte. Nella Parallel Chart, studenti di medicina e medici scrivono a proposito dell'angoscia da loro provata nella cura dei pazienti, così come del senso di vittoria vissuto quando le cose vanno bene e della loro rabbia, del cordoglio e dei loro timori, della paura di sbagliare, dell'incapacità di sapere cosa fare, del senso di perdita quando il paziente peggiora nonostante quello che fanno. E quando gli studenti e i medici leggevano agli altri quello che avevano scritto, si rendevano conto che non erano soli nella loro tristezza e nelle loro paure, il senso di isolamen-*

to diminuiva e loro si sentivano accompagnati dai colleghi nel loro viaggio quotidiano".

Da questa esperienza, Charon comprende come la pratica medica sia profondamente trasferibile e appresa attraverso pratiche narrative, e quanto sia importante conoscere i meccanismi per interpretare e comprendere queste pratiche.

La medicina Narrativa offre una serie di strumenti e di quadri concettuali provenienti per lo più da studi di letteratura, che aiutano il personale medico a rapportarsi in un modo diverso, più profondo, nei confronti dei pazienti. Con l'obiettivo di formare figure professionali capaci di ascoltare e capire le narrazioni dei pazienti, Charon inaugura il primo programma universitario di Medicina Narrativa nel 2000, offrendo workshop, seminari e spazi di confronto sulla nuova materia. Nel 2009 inaugurerà anche il primo Master al mondo in Medicina Narrativa, sempre alla Columbia University. Oggi, Rita Charon prosegue nella sua attività d'insegnamento e ricerca. Il suo lavoro è stato riconosciuto dalle principali associazioni mediche americane, tra cui l'Association of American Medical Colleges, l'American College of Physicians, l'American Academy on Communication in Healthcare e la Society of General Internal Medicine.

A Modena l'apprendimento della metodologia di approccio peculiare ai problemi in Medicina Generale è stato affrontato soprattutto con la Medicina Narrativa. Far scrivere allo studente una narrazione, per descrivere quanto osservato durante la visita, in studio e a domicilio, è diventato la norma di studio di quanto avviene. La narrazione serve per discutere, nel debriefing con il tutor, alla fine della visita o del periodo di Tirocinio, le problematiche osservate, per rielabo-

rare e assimilare le conoscenze nuove, non in modo casuale e confuso, ma in maniera guidata, ordinata e sistematica, per farle entrare nel bagaglio di conoscenze e abilità cliniche ed esperienziali di ciascuno studente, nell'ambito della Disciplina Medicina Generale. Le narrazioni di un anno di corso sono entrate a fare parte di un libro, *"Di casa in casa – in viaggio con il medico per apprendere e curare"* (M.S. Padula, ed. Athena Audiovisual, 2010) per non perdere il contributo degli studenti che raccontano le scoperte nelle case dei pazienti.

Qui non si parla di malattie, ma di malati. Qui chi scrive non è il Professor Tale, scrivono gli studenti. E ancora Qui si non si spiegano le malattie, ma si intravedono i vissuti di malattia. Questa non è la scienza che esce dall'ospedale: è la cura che entra nelle case.

Il metodo narrativo per l'apprendimento della MG a Modena è stato via via più strutturato e consolidato, tanto da sentire la necessità, da parte mia, di dare istruzioni scritte agli studenti, come una sorta di "linea guida" come riportato in seguito.

ISTRUZIONI

Descrivere in stile narrativo, una situazione / una persona che mi ha colpito; che mi ha permesso di apprendere dei contenuti o delle abilità peculiari nell'ambito della Medicina Generale (*ho imparato che... la cosa che più mi ha colpito... una mi persona mi ha colpito... perché... ho potuto dare risposta a un quesito...*)

"Linea guida" per costruire una narrazione:

1. Dare sempre un titolo
2. Scrivere una "storia", in cui ci sia
 - Uno scenario, perché ogni storia è inserita in contesto, familiare/sociale, domiciliare

o ambulatoriale

- Un protagonista/protagonisti, non la malattia, con i dati anamnestici clinici e strumentali ma la persona (il malato, la famiglia, il medico, il vicino di casa, l'infermiere, la segretaria dello studio...)
- Il vissuto della persona
- le sue caratteristiche: tipo di personalità, stile, carattere, lavoro, e il suo modo di porre il problema.
- I problema o problemi di salute (qualche dato anamnestico, clinico e strumentale)
- Eventuali problemi socio-familiari
- Trattamenti farmacologici e aderenza o meno al trattamento
- Le priorità del medico e le priorità del paziente, se sono diverse o se coincidono
- le eventuali emozioni provate durante l'incontro e il confronto con quella storia e quella malattia
- Ci sono quesiti non risolti nel caso? e le possibili risposte, se foste stati voi il medico.

Fare una Sintesi finale e riflessione: se fossi io il medico di quel paziente, dove concentrerei il mio intervento?

- Lunghezza del testo da 800 a 1000 parole

Il "caso" scritto va discusso con il proprio tutor, per verificare la corretta interpretazione e avere riconosciuta l'idoneità di tirocinio, e affrontare poi l'esame orale.

La stessa storia viene poi letta dal tutor, a scopo di riflessione e verifica della comprensione da parte dello studente della situazione e dei problemi di quel paziente, al di là del quadro strettamente legato ai sintomi e segni della malattia, anche alla luce di una griglia di osservazione del caso, riportata successivamente.

GRIGLIA DI OSSERVAZIONE/NARRAZIONE PER LO STUDENTE
LA VALUTAZIONE DEL CASO: ELEMENTI CHIAVE OSSERVATI NEI 3 ATTORI

Elementi da osservare e riportare	Il paziente	il medico	La famiglia
Il problema prioritario			
Altro problema importante			
Sintomo/disagio prevalente			
Il vissuto: emozioni, paure, sintomi di disagio			
La relazione terapeutica: (medico come farmaco, relazione M-P, parola chiave)			
Punti di forza			
Punti di debolezza/criticità			
Proposte di soluzione (nei panni del medico di famiglia, del paziente e del familiare): farmaci, consigli, supporto non farmacologico...			
La cosa che più ti ha colpito e perché			
Aspetto/elemento appreso dalla storia			

La Medicina Narrativa come strumento didattico per la formazione di base e la formazione specifica. Una esperienza nel particolare contesto dell'Ospedale di Distretto. Infatti attraverso questa ricerca si è voluto riportare come apprendere l'applicazione dello strumento narrativo, e come cambia attraverso la narrazione delle "storie" rispetto alla raccolta dell'anamnesi con il metodo clinico tradizionale, l'apprendimento dell'approccio alle cure.

La Medicina Narrativa come metodo di approccio alle cure nell'Ospedale di Distretto di Marsciano (Perugia), modello di Assistenza Domiciliare Integrata nell'ambito della Casa della Salute

M. L. Cavalletti, M.S. Padula, A. Gargano

MOTIVAZIONI DEL LAVORO

Dal 2000 è presente a Marsciano (Perugia) una struttura per le cure domiciliari denominata "Ospedale di Distretto" (OD), dapprima nell'Ospedale di Zona e, dal 2012, inglobata nella "Casa della Salute" dopo il trasferimento dell'attività ospedaliera presso il nuovo nosocomio di Pantalla di Todi.

Questa struttura residenziale territoriale, in altre realtà denominata Ospedale di Comunità, è destinata a pazienti affetti da patologie che non necessitano terapie intensive o di rilevante impegno tecnologico, in particolare se in condizioni di solitudine od in presenza di condizioni abitative-ambientali inadeguate che non necessitano del ricovero ospedaliero ma non possono essere se-

guiti a domicilio.

Nella Casa della Salute è presente una Medicina di Gruppo con 6 Medici di Medicina Generale (MMG), tre dei quali sono anche tutor. Poiché sono presenti contemporaneamente più tirocinanti nella Medicina di Gruppo, si è pensato di realizzare una sperimentazione comune, con la partecipazione di quelli presenti in un semestre, scegliendo come tecnica la Medicina Narrativa poiché sconosciuta al 100% dei partecipanti.

OBIETTIVI DEL LAVORO

Obiettivo primario: Sperimentare e valutare l'efficacia formativa della Medicina Narrativa (MN), rispetto alla raccolta dell'anamnesi con il metodo clinico tradizio-

nale, per apprendere l'approccio alle cure nell'OD, durante l'attività di tirocinio dei medici del Corso di Formazione Specifica in MG, dei medici in preparazione all'Esame di Stato e degli studenti in Medicina e Chirurgia presso la Medicina di Gruppo operante nella Casa della Salute di Marsciano,

Obiettivo secondario: cogliere le differenze di approccio fra la medicina ospedaliera e quella territoriale in un setting organizzativo dell'assistenza come quello della Casa della Salute e dell'OD in particolare.

METODOLOGIA SEGUITA

Durante il semestre Giugno- Novembre 2013 la Medicina di Gruppo presente nella Casa della Salute ha registrato la presenza di 8 tirocinanti così rappresentati:

- n. 1 studente del V° anno del Corso di Laurea
- n. 2 studenti del VI° anno del Corso di Laurea
- n. 4 medici per il tirocinio dell'Esame di Stato
- n. 1 medico del Corso di Formazione Spe-

cifica in MG.

Nella prima fase del lavoro ciascun tirocinante si è recato con il proprio tutor presso l'OD (in accessi separati, in rapporto 1:1 tutor-tirocinante) prendendo in carico un solo paziente, diverso per ciascun tirocinante. Dopo le prime visite effettuate con il tutor, il tirocinante poteva recarsi in maniera indipendente presso il paziente.

In seguito, dopo un periodo variabile (da 10 a 30 giorni) il MMG invitava il tirocinante a descrivere la storia del paziente con una breve narrazione facendo riferimento al particolare contesto dell'OD. Tutte le narrazioni sono state poi raccolte per poterne discutere durante il meeting previsto successivamente e del quale i tirocinanti erano stati informati preventivamente.

Alla fine del semestre è stato organizzato un incontro formativo con i tirocinanti sulla MN per illustrarne le peculiarità, fornire informazioni sulle caratteristiche delle narrazione e sulla modalità di raccogliere le sto-

TAB.I- GRIGLIA DI RIFLESSIONE DOPO LA PRIMA NARRAZIONE

Quale potrebbe essere secondo te la definizione di "medicina narrativa"? (sono possibili più definizioni)	1 _____ 2 _____ 3 _____
Nel caso clinico da te descritto elenca in ordine di priorità gli attori:	• Paziente • Medico • Malattia • Personale paramedico • Famiglia • Esami diagnostici • Contesto sociale
La tua narrazione sarebbe stata la stessa per un paziente ospedaliero (avresti analizzato gli stessi parametri)? Se no elenca le differenze	• Ospedale • OD
Cosa è stato più utile nella stesura del racconto?	• la raccolta dell'anamnesi dal paziente • la lettura della cartella clinica
Se pensi che potrebbe essere solo una perdita di tempo esponi i motivi	

rie. Prima di tale appuntamento è stata consegnata una Griglia di Riflessione (Tab. I) i cui risultati sono stati mostrati durante il meeting.

Al termine dell'incontro si invitavano i tirocinanti a redigere delle nuove narrazioni dopo l'acquisita conoscenza della MN. La scadenza della nuova narrazione è stata posta ad un mese per consentire la lettura della bibliografia fornita. I tirocinanti sono stati convocati nuovamente in plenaria per una condivisione delle narrazioni. Anche in questo caso è stata somministrata preventivamente una Griglia di Riflessione (Tab.II) i cui risultati sono stati oggetto di discussione durante il secondo meeting.

RISULTATI

L'analisi dei risultati di questa esperienza è stata realizzata con la lettura delle Griglie consegnate ai tirocinanti.

La MN è stata descritta, nella prima griglia, quale *"racconto medico", "descrizione di caso clinico", "analisi del decorso della malattia"* ma qualcuno ha anche ipotizzato *"medicina che si serve della narrazione come strumento medico" oppure "approccio al paziente ponendo al centro non solo la storia clinica ma anche la sua vita sociale"*.

La definizione si è arricchita di numerosi significati nella seconda riflessione dove i tirocinanti hanno evidenziato: *"attenzione centrata sulla persona e non sulla patologia", "ruolo attivo del paziente nella sua malattia", "approccio olistico alla persona sofferente", "riscoperta degli aspetti psico-cognitivi della medicina", "importanza dell'alleanza medico-paziente per costruire un percorso condiviso"*.

Era prevedibile invece il cambio di prospettiva nel rispondere al quesito riguardante gli "attori" del caso clinico, nelle due narrazioni. Dopo la prima narrazione i tirocinanti

TAB.II- GRIGLIA DI RIFLESSIONE DOPO LA SECONDA NARRAZIONE

Dopo la conoscenza della Medicina Narrativa quali delle sue caratteristiche ti hanno maggiormente colpito?	1 _____ 2 _____ 3 _____
Nella seconda narrazione elenca in ordine di priorità gli attori:	• Paziente • Medico • Malattia • Personale paramedico • Famiglia • Esami diagnostici • Contesto sociale
Ritieni possibile la sua applicazione sia nell'attività ospedaliera che nella MG e con quali modalità?	• Ospedale • MG (compreso OD)
Nella realtà analizzata, cioè l'OD, potrebbe avere applicazioni per la comunicazione interprofessionale? (fai degli esempi)	
Potrebbe avere utilità nella didattica ?	• No (perché?) • Sì, in tal caso pre- o post-laurea?

attribuiscono per il 50% il ruolo principale al paziente, per il restante 50% alla malattia. Nella seconda narrazione il paziente diviene invece protagonista nel 100% dei casi.

Destini variabili subiscono le altre figure analizzate. Gli esami diagnostici, tenuti in grande considerazione nella prima narrazione, cadono inesorabilmente all'ultimo posto nella seconda.

Il medico non sembra rivestire un ruolo fondamentale nella storia del paziente, o almeno, nel condizionarne lo sviluppo. Non c'è univocità in entrambe le narrazioni: nella prima forse se ne riconosce maggiormente il ruolo di conduttore del caso (2/3 dei tirocinanti), nella seconda se ne riconosce il ruolo di co-conduttore insieme al paziente e ai familiari, nonché agli altri operatori sanitari. L'analisi del contesto sociale è stata per molti tirocinanti una scoperta legata alla conoscenza della MN (il 50% la poneva all'ultimo posto nella prima narrazione, per salire al secondo posto nel 75% dei tirocinanti nella seconda narrazione).

Per quanto concerne l'utilizzo della cartella clinica nella narrazione, è importante tenere conto dei diversi tirocinanti di cui si disponeva in questo progetto. Per i 4 studenti del Corso di laurea (sono al V° e VI° anno e quindi ancora a livelli molto teorici) risulta più comodo l'analisi della cartella per indagare tutte le diagnosi e quadri di presentazione clinica. Per i medici pre-abilitazione e, ancor di più, per il tirocinante del Corso di Formazione Specifica è fondamentale la raccolta dell'anamnesi dal paziente, anche nella prima narrazione.

Già nella prima griglia i tirocinanti esprimono la possibilità di differenze tra una narrazione da effettuare in ambiente ospedaliero, rispetto a quella dell'OD che appare una condizione gestita in modo del tutto simile all'ambiente domiciliare. Uno di es-

si valuta la differenza nel parlare di un paziente acuto (quindi con maggiore interesse all'evolversi del problema incipiente) rispetto al narrare di un paziente cronicamente sottoposto alla malattia e quindi con problemi nell'aspetto socio-comportamentale. Un altro osserva come l'esperienza dell'OD offra la possibilità di *“parlare con i pazienti in prima persona e instaurare con loro un rapporto di fiducia, aspetto mai sperimentato nei tirocini ospedalieri”*.

I tirocinanti osservano come la MN consenta di *“spostare l'attenzione sulla persona e non esclusivamente sulla patologia, quindi sui suoi bisogni e le sue difficoltà legati alla sua esistenza”, pertanto permette al paziente di avere un “ruolo attivo nel narrare la sua storia di malattia”*.

Questa condivisione del vissuto favorisce *“maggiore adesione ai piani terapeutici e rinforza il rapporto medico-paziente basato sulla fiducia e la conoscenza della sua storia, non solo della sua malattia”*.

Quasi tutti i tirocinanti hanno sottolineato come ciò sia maggiormente realizzabile nell'attività del MMG proprio per il rapporto di continuità delle cure. Un tirocinante vede proprio *“irrealizzabile la sua applicazione nell'attività ospedaliera a causa della sua trasformazione in azienda; per poterla applicare in questo contesto sarebbe necessario un intervento troppo radicale”*. Lo stesso tirocinante propone, per la MG, *“di riservare alcuni spazi dell'attività alla stesura delle narrazioni e al dialogo con i pazienti mirato a questo scopo, al fine di ricostruire con loro la storia e le prospettive future”*.

Anche per il MMG, analogamente all'ospedaliero, *“la mancanza di tempo potrebbe rendere difficile l'applicazione, anche se il MMG ha il vantaggio di conoscere molto bene i suoi pazienti, riuscendo così ad analizzare tutti quegli aspetti della loro vita che sono*

indispensabili per costruire un percorso terapeutico efficace".

Per quanto riguarda l'OD, i tirocinanti assimilano questa realtà alla MG, facendo le considerazioni già viste che sono peculiari di questo ambito. Si osserva però che *"facendo riferimento ai processi comunicativi in generale, la MN sarebbe uno strumento molto utile in ogni ambito lavorativo sanitario".* Quindi *"ogni informazione può essere utile per qualsiasi figura professionale per costruire, modificare ed accompagnare il percorso terapeutico del paziente, per trovare eventuali punti deboli nella collaborazione tra professionisti diversi".* Un tirocinante propone l'OD quale *"punto di riferimento per il dialogo e lo scambio di opinioni tra le diverse figure di assistenza: medici, infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, caregiver e famiglia".* Per la realizzazione è comunque *"necessaria la formazione del personale sulla MN in modo da capirne l'utilità e l'efficacia"..." tramite la promozione, grazie ad essa, di un approccio meno tecnicistico alle professioni sanitarie".*

Tutti i tirocinanti ritengono utile l'inserimento della MN nella didattica. Le proposte spaziano dagli studi pre-laurea nell'ambito del Corso di Semeiotica o di Medicina Generale fino alla formazione specialistica dove *"l'attenzione è eccessivamente concentrata sulle evidenze scientifiche e sui progressi tecnologici piuttosto che sulla conoscenza della persona di cui dobbiamo prenderci cura".*

"La MN ci fa capire l'importanza di curare non la malattia ma la persona (curare inteso come prendersi cura); per questo è necessario sensibilizzare lo studente o il medico in formazione su queste tematiche relegate ancora oggi ad un ruolo piuttosto marginale nel percorso di studi e purtroppo anche nello svolgimento dell'attività professionale".

DISCUSSIONE

L'adesione dei tirocinanti all'esperienza di MN è stata sicuramente favorita dalla possibilità di potersi occupare in prima persona della cura di un paziente all'OD, in situazione apparentemente molto simile alla degenza ospedaliera. I tirocinanti hanno espresso la difficoltà di poter visitare un paziente nei nosocomi universitari e, se questo avviene, l'attenzione è sicuramente più centrata sulla malattia, sulla complessità della diagnosi e sulle terapie innovative per quel particolare caso clinico.

Grazie alla MN hanno sperimentato un diverso approccio al malato, stabilendo con esso un contatto non mediato ed asettico ma partecipativo. La narrazione ha consentito la comprensione della unicità delle storie, l'impossibilità alla standardizzazione di un quadro clinico né di una terapia uguale per lo stesso tipo di diagnosi. Questa variabilità dipende dalla persona, dal suo modo di vivere la malattia, dal suo contesto familiare e sociale e, non da ultimo, dai problemi comunicativi emersi nella raccolta dell'anamnesi che il tirocinante ha potuto sperimentare in prima persona (difficoltà relazionali interfamiliari, medico-paziente e medico-familiari).

Aspetto molto apprezzato dai tirocinanti è stata la possibilità di frequentare la Medicina di Gruppo, con momenti comuni con gli altri MMG, nonché con gli altri tirocinanti, condividendo i percorsi di cura dei pazienti e particolarmente la presenza all'interno della Casa della Salute.

La MN è stata comunque apprezzata come valido metodo per approcciare alla cura della persona, particolarmente indicata nel setting della MG. La MG si riconosce come luogo preferenziale in cui ancora può realizzarsi *"la cura della persona"* e non solo della sua malattia, tenendo conto della sua fami-

glia, della sua cultura e del contesto sociale in cui è inserita. La MN può essere di valido aiuto con narrazioni non solo del medico, ma anche di altri operatori sanitari nonché degli stessi pazienti. I tirocinanti hanno però sottolineato come anche per il MMG sia penalizzante la mancanza di tempo: per questo sarebbero auspicabili momenti dedicati alla MN nella sua professione.

Per la sua peculiarità l'OD, condizione di assistenza domiciliare protetta, con facile accessibilità per gli operatori e maggiore disponibilità del paziente, rappresenta un setting favorevole alla realizzazione di un progetto di MN.

CONCLUSIONI

Considerando le numerose possibilità legate alla sperimentazione della MN, le considerazioni fatte potrebbero arricchirsi di altri aspetti, forse meglio valutabili a distanza, riflettendo ulteriormente e ripetendo sperimentazioni analoghe con altri tirocinanti, magari in collaborazione con altri servizi della Casa della Salute. Il MMG, non a caso indicato spesso con la denominazione di

medico di famiglia o di fiducia, è da sempre considerato particolarmente idoneo ad avere un quadro generale del paziente, conoscendo a fondo e comprendendo non solo la sua storia sanitaria ma, per il rapporto confidenziale che si instaura tra medico ed assistito, le condizioni familiari, le vicissitudini, i problemi economici.

Il MMG opera all'interno delle cure primarie e dovrebbe rappresentarne il principale "regista". L'Ospedale di Comunità è una delle soluzioni della MG per rispondere a particolari problemi socio-sanitari, rappresentando una forma costruttiva e produttiva di confronto fra professionalità. L'attività del MMG è stato dall'inizio uno dei setting preferiti per la MN. Nell'esperienza condotta con i tirocinanti all'Ospedale di Distretto di Marsciano, questo peculiare modello di Cure domiciliari ha rappresentato una situazione ideale per sperimentare e sviluppare competenze narrative.

NB: alcune narrazioni tratte dalla tesi sono riportate a seguire.

Bibliografia

Regolamento RSA. Delibera D.G. Regione Umbria n.990 del 6/12/2013.

L'Ospedale di Comunità: Linee guida Fimmg. Commissione Nazionale Fimmg- "Domiciliarità & Residenzialità delle cure", Roma 2003

Beltrame E, Canciani L, Munari F, Venier M. Dalle forme associative della Medicina Generale alla gestione delle strutture intermedie: l'esperienza dell'Ospedale di Comunità di Codroipo. Progetto ASCO, Rivista SIMG, 2004 Aug, 4: 42-6.

Curcetti C, Morini M, Parisini L, Rossi A, Tassinari MC, Brambilla B. La programmazione delle "Case della Salute" nella Regione Emilia Romagna. Assessorato Politiche per la Salute Regione Emilia Romagna, Report 2011.

Monin J K; Schulz R. Interpersonal effects of suffering in older adult caregiving relationships. *Psychology and Aging*, Vol 24(3), 2009 Sep, 681-695

Catania S, Bellentani M. L'Ospedale di comunità- Country Hospital in Italia- Studio della normativa nazionale e regionale. A.GE.NAS- Sezione Organizzazione dei servizi sanitari, Giugno 2009

Caruso Y. Il ruolo dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri. Atti del Convegno: "Evoluzione della organizzazione sanitaria territoriale", 10 giugno 2008 Siena.

SIMET- Sindacato Italiano Medici del Territorio. Linee Guida per un modello di Country Hospital

Arntfield SL, Slesar K, Dickson J, Charon R Narrative medicine as a means of training medical students toward residency competencies. *Patient Educ Couns*. 2013 Jun;91(3):280-6.

Charon R. Literature and medicine: contribution to clinical practice. *Ann Intern Med*, 1995;122(8):599-606

Charon R The patient-physician relationship. *Narrative Medicine: A model for empathy, reflection, profession and trust*. *JAMA*, 2001 Oct;286(15):1897-1902

Charon R. Narrative Medicine: Form, Function, and Ethics. *Ann Intern Med*. 2001;134(1):83-87

Charon R. Narrative medicine: attention, representation, affiliation. *Narrative* 2005; 13(3): 261-70.

Charon R. *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. New York, NY:Oxford University Press, 2006: 155-74.

Charon R. Narrative lights on clinical acts. *What we, like Maisie, know*. *Partial answers* 2006; 4(2): 41-58.

Charon R. What to do with stories- The Science of narrative medicine. *Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien*- Vol 53; 2007 Aug: 1265-7.

Charon R, Wyer P. NEBM Working Group. Narrative evidence based medicine. *Lancet* 2008 Jan 26; 371(9609): 396-7.

Fins J et al. Gaining insight into the care of hospitalized dying patients: An interpretative narrative analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2000; 20 (6):399-407.

.....

Zannini L. *Medical Humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura*. Raffaello Cortina Editore, Milano (2008)

.....

Di Gangi S, Naretto G, Cravero N, Livigni S. A narrative-based study on communication by family members in intensive care unit. *Journal of Critical Care*, Aug 2013 (4), 483-9.

.....

Greenhalgh T et al. Narrative based medicine: why study narrative? *MJ*, 1999- 18(7175): 48-50.

.....

Rabin S, Maoz B, Matalon A. Narrative and medicine. *Balint J* 2004 March; 5(1): 1823.

.....

Greenhalgh T et al. Story-based scales: development and validation of questionnaires to measure subjective health status and cultural adherence in British Bangladeshis with diabetes. *Psychol Health Med*, 2006; 11(4):432-48.

.....

Istituto Superiore di Sanità. *Medicina narrativa e malattie rare. Atti del convegno, Roma, 26 giugno 2009*

.....

Istituto Superiore di Sanità. *Medicina narrativa e malattie rare- 3° Convegno Nazionale Atti del convegno, Roma, 13 giugno 201*

.....

Virzi A. *Medicina e Narrativa. Un viaggio nella letteratura per comprendere il malato (e il suo medico)*. Franco Angeli Editore, Milano 2007.

.....

Parizzi F, Zannini L, Garrino L, Parisi G, Duca P, Fognini G, Barone E. *La narrazione, strumento di educazione. Atti del Congresso "L'educazione in Medicina", Genova 17-19 Novembre 2005*

.....

Gargano A, Garrino L, Lombardo S. *Le immagini della formazione: narrazioni sull'apprendimento*

.....

Bert G, Quadrino S. *Parole di medici, parole di pazienti. Counselling e narrativa in medicina*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2002.

.....

Bert G. *Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2007.

.....

Gaver A, Borkan JM, Weingarten MA. *Illness in context and families as teacher: a year-long project for medical students*. *Academic Medicine* 2005, 80:448-51.

.....

Kalitzkus V, Matthiessen PF. *Narrative- Based Medicine: Potential, Pitfalls, and Practice*. *The Permanent J*, Winter 2009; 13(1): 80-6.

.....

Padula MS. *Di casa in casa: la medicina fuori dagli ospedali*. Athena Audiovisual ed, 2010

.....

APPENDICE

il testo delle narrazioni

L.P. (Medico in preparazione all'Esame di Stato)

NARRAZIONE prima

Anamnesi patologica remota: la signora B.A. è una paziente di 85 anni, ipertesa, affetta da polimialgia reumatica, diabete mellito, un episodio di tromboflebite all'arto inferiore destro e un pregresso infarto del miocardio. Assume una terapia farmacologica molto importante: vari farmaci per trattare l'ipertensione, terapia insulinica, terapia antidolorifica con oppiacei e al bisogno dei preparati per risolvere la stipsi. Dopo l'episodio di tromboflebite ha assunto terapia anticoagulante orale per alcuni mesi, poi sospesa.

Anamnesi patologica prossima: da qualche mese la signora B.A. presentava una piccola ulcera, con scarsa tendenza alla guarigione, al piede sinistro. La lesione è stata sottoposta all'attenzione di numerosi specialisti. In particolare era stato indagato sia l'aspetto vascolare che neurologico, senza riuscire ad arrivare ad una definizione esaustiva del quadro. Durante una visita di controllo diabetologico il medico, notando la lesione, ha subito sospettato che l'ulcera fosse da imputare ad una complicanza del diabete. Pertanto sono stati prontamente attivati i chirurghi vascolari ed è stato deciso di amputare il terzo distale del piede sinistro. In considerazione delle condizioni della signora, del fatto che vive da sola, in una casa su più piani senza ascensore, è stato deciso di trasferire la paziente all'OD. Dopo venti giorni è stata necessaria una nuova amputazione (con nuovo trasferimento in ospedale a Perugia), in quanto il piede della paziente non tendeva alla guarigione ed il ri-

schio di una sovrainfezione del moncone era molto alto. Dopo la nuova amputazione la signora è tornata nell'OD.

Esame obiettivo: la paziente è vigile, parzialmente orientata nel tempo e nello spazio, collaborante. I parametri vitali sono nella norma, l'esame obiettivo polmonare e cardiologico non mostra alterazioni; è presente un lieve stato di disidratazione muco-cutanea. Il piede sinistro è fasciato e la garza presenta delle macchie sierose-ematiche a livello della faccia mediale del piede (la paziente riferisce che la medicazione è stata cambiata il giorno prima). La signora afferma di non avere dolore e di riuscire a muoversi abbastanza agevolmente con l'aiuto del personale sanitario e di ausili per la deambulazione. Riferisce che le sue condizioni di salute sono decisamente migliorate, sia rispetto al momento del ricovero che rispetto a quando era ancora a casa. Controllando la cartella clinica notiamo che anche il controllo glicemico è nettamente migliorato: a fronte delle 12 unità di insulina somministrate a domicilio, in regime di ricovero assume 4 unità giornaliere, con un ottimo controllo della glicemia; la paziente nega il cattivo controllo glicemico a domicilio (anche se l'ultima emoglobina glicata a nostra disposizione mostrava un valore di 7,5%) e nega qualsiasi cambiamento delle abitudini alimentari, affermando invece di mangiare gli stessi cibi che mangiava a casa e nelle stesse dosi.

Nonostante le sue condizioni siano stabili già da qualche tempo e nonostante gli evidenti

.....

miglioramenti la paziente non se la sente di lasciare l'OD per tornare a casa. Non pensa di essere pienamente guarita e giudica di poter tornare al proprio domicilio solo quando si sarà completamente ristabilita (inoltre afferma di trovarsi molto bene, essendo seguita giorno e notte da una equipe sanitaria competente ed attenta). In futuro però ritiene di riuscire a tornare alla vita che conduceva prima, senza dover intervenire né sulla casa (le rampe di scale non la spaventano e nella peggiore delle ipotesi vivrà in un piccolo ambiente nel sottoscale, al piano terra), né sulle sue abitudini quotidiane (non intende andare in una residenza per anziani, né assumere qualcuno che la aiuti quotidianamente in casa, in quanto si sente pienamente in possesso delle sue forze e in caso di bisogno ritiene che il figlio saprà darle una mano).

Programma terapeutico: controllo degli esami ematobiochimici e visita neurologica. Nuovo colloquio con la paziente per ulteriore chiarimento sul piano terapeutico-assistenziale futuro.

NARRAZIONE dopo

Sono nella bella sala relax dalle pareti colorate dell'OD, seduta con la mia tutor al tavolo che è quasi al centro della stanza. La dottoressa mi sta illustrando la storia di una sua paziente, ricoverata da oltre due mesi, in seguito all'amputazione della metà distale del piede sinistro. Si tratta di A. una signora di 85 anni, affetta da varie patologie croniche, tra cui ipertensione arteriosa, polimialgia reumatica, diabete mellito, una pregressa tromboflebite all'arto inferiore destro, un pregresso infarto del miocardio, in polifarmacoterapia. La storia della signora A. è iniziata circa all'inizio dell'anno, con la comparsa di una piccola ulcera, con scarsa tendenza alla guarigione, al piede sinistro. Dopo aver sottoposto la lesione all'attenzione di numerosi spe-

cialisti (indagando sia la componente vascolare che neurologica), durante una visita di controllo diabetologico il medico ha sospettato che la lesione fosse da attribuire ad una complicanza del diabete. Dopo una consulenza in chirurgia vascolare è stata presa la decisione di amputare il terzo distale del piede sinistro.

La dottoressa mi spiega che la signora A. ha sempre abitato da sola, in una casa su due piani situata nel centro storico di un piccolo paese, con delle scale molto ripide e senza ascensore. Il suo unico figlio abita a qualche chilometro di distanza da lei e non è mai stato né molto presente né particolarmente affidabile. Pertanto, viste le condizioni della signora, il fatto che vive da sola e non ha nessuno che la possa aiutare in maniera costante, dopo l'amputazione è stato deciso di trasferirla all'OD. Purtroppo però, poco dopo il ricovero, è stato necessario eseguire una nuova amputazione, in quanto il piede della paziente non tendeva alla guarigione e si prospettava il rischio di una sovrainfezione. Al termine della degenza in ospedale la signora A. è stata ricondotta all'OD e ancora oggi si trova ricoverata lì. Dopo questo rapido inquadramento della situazione io e la mia tutor ci dirigiamo verso la camera della paziente.

Troviamo A. comodamente seduta in poltrona, a guardare distrattamente un programma alla tv. Dimostra molti meno dei suoi 85 anni. Ha dei grandi occhi vispi e l'espressione di chi nella vita ne ha passate tante. Tiene il tallone sinistro (quello del piede amputato) appoggiato al margine della poltrona su cui è seduta e con il braccio cinge il ginocchio, come a voler tenere vicino a sé quella parte di corpo che ha rischiato di perdere. Appena entriamo in stanza saluta la dottoressa con un bel sorriso. La mia tutor mi presenta alla signora e ci mettiamo quindi a sedere di fronte a lei. A. dà l'impressione di essere con-

tenta di vederci e ricevere visite. Inizia a raccontarci della sua salute e sembra leggermente confusa (non si ricorda quando è stata l'ultima volta che ha visto la dottoressa, il giorno prima non ha saputo riconoscere un'altra dottoressa), ma il suo morale è buono, anche perché non ha più tutti quei dolori che l'affliggevano a casa e si sente seguita e coccolata giorno e notte da tutto il personale dell'OD. Visitiamo la paziente: i parametri vitali sono buoni, l'esame obiettivo cardio-polmonare è nella norma; è solo presente un lieve stato di disidratazione muco-cutanea. La fasciatura del piede è leggermente macchiata, ma la signora ci dice che la medicazione è stata cambiata il giorno precedente. A. afferma di riuscire a muoversi abbastanza agevolmente sia grazie all'aiuto del personale sanitario che grazie a degli ausili per la deambulazione. Visti i notevoli progressi la dottoressa si complimenta con A. ed inizia a prospettarle la possibilità di una futura dimissione, in quanto l'OD non può essere un'alternativa al domicilio; a queste parole l'atteggiamento di A. cambia, e quasi indispettita afferma: *"Bisogna stare in OD fino a quando non si sta bene!"*. In quel momento anche la compagna di stanza, che fino ad allora era stata in assoluto silenzio, sdraiata nel suo letto e con il viso rivolto verso il muro (tanto che pensavo che stesse dormendo) come risvegliata dal suo torpore, inizia a fomentare A. dandole pienamente ragione e cercando di spostare il fulcro del discorso sulla sua situazione; la signora era ricoverata per un problema al braccio e A., di fronte alle sue parole, come per voler riconquistare la nostra attenzione, esclama: *"Lei, anche se gli fa male un braccio, può camminare con le gambe. Io no"*. Sono rimasta sorpresa sia dalla reazione di A. (in fin dei conti aveva affermato lei stessa di stare molto meglio e di essere molto migliorata) sia dall'attacco simultaneo su due fronti (A. e la com-

pagna di stanza). La mia tutor ha quindi preso in mano la situazione cercando di sviare il discorso (apparentemente) su un altro argomento: ha fatto notare ad A. che da quando è ricoverata il controllo dei valori glicemici è stato ottenuto con dosi molto più basse di insulina, e le ha quindi chiesto come mai a casa i valori fossero molto più alti. A. ha risposto in modo vago, dicendo che anche a casa era molto attenta a quello che mangiava e che la sua dieta non era affatto cambiata, né per quanto riguardava il cibo, né per le quantità. La dottoressa, riconquistata l'attenzione di A., le ha quindi chiesto se a suo parere, una volta tornata a casa, sarebbe riuscita a mantenere un buon controllo glicemico e se sarebbe riuscita a fare quello che faceva prima, stando tutto il giorno da sola. A quel punto A., senza un attimo di esitazione, ha risposto: *"E perché no?"*, ed ha iniziato a dire che, anche se adesso non poteva tornare a casa in quelle condizioni, a breve sarebbe stata sicuramente in grado di tornare alla vita che faceva prima, senza l'aiuto di nessuno; la mia tutor ha prospettato ad A. l'ipotesi di andare ad abitare in una struttura per anziani, con tutti i comfort e le cure necessarie ad una signora nelle sue condizioni e, sentendo queste parole, A. non ha neanche lasciato finire la frase alla dottoressa, affermando: *"In ospizio no! Ho sentito tante storie su quei posti"*. La dottoressa ha cercato di approfondire il discorso, ma A. (sempre aiutata dalla vicina di letto), è rimasta su argomenti vaghi, continuando a tergiversare sulla parola *"tante storie"*. A quel punto la mia tutor ha paventato l'ipotesi di un aiuto in casa, 24 ore su 24, e anche in quel caso A. ha subito risposto *"No!"*. La signora ha detto che lei non aveva bisogno di nessuno e semmai avrebbe sempre potuto alzare la cornetta per chiamare suo figlio. Quando la dottoressa ha fatto notare ad A. che nei mesi precedenti il figlio non era mai stato molto

presente e partecipe A. ha prontamente negato. Ha affermato anzi che il figlio la chiamava tutti i giorni da quando era ricoverata, e una volta in cui era venuto a trovarla le aveva anche portato una piantina; suo figlio inoltre aveva già in mente una soluzione: ricavare un piccolo ambiente nel sottoscale della casa di A., aggiungendo alla stanza un bagno chimico, in maniera tale da non far fare alla madre le scale e permetterle di vivere comunque nella sua vecchia casa. Dopo altri minuti di dialogo e tentativi di rassicurazione non si è arrivati a nessuna conclusione definitiva. A. era irremovibile e convinta delle sue ragioni. Non mi sarei mai aspettata una tale caparbia e ostinazione. A. era forte delle sue decisioni e la vicina di letto le offriva un valido aiuto. Era come se le due si dessero forza a vicenda, sostenendosi in questo momento particolare della loro vita. Qualsiasi argomentazione portata sul tavolo dalla mia tutor si scontrava contro un muro irremovibile, un netto rifiuto: se la signora A. aveva delle soluzioni più o meno valide le esponeva con grande ardore e con capacità di prosa che avrebbero fatto invidia ad un oratore; se invece la signora si accorgeva che le sue argomentazioni vacillavano o non erano valide iniziava a tergiversare o a ripetere sempre le stesse parole chiave. Quando ho lasciato la stanza un senso di impotenza stava facendo capolino dentro di me: è possibile aiutare veramente una persona che non desidera essere aiutata, senza farle violenza?

E.S. (Studente al VI° anno)
NARRAZIONE prima

J.O., età 79 anni.

Anamnesi patologia remota: ipertensione arteriosa sistemica dal 2003; encefalopatia ischemica cronica con ictus ischemico emisferico sinistro del 2003 ed ictus cerebrale del circolo posteriore del 2008; grave deficit del

visus (dal 2008); nel settembre 2011 viene diagnosticato una sindrome coronarica acuta NSTEMI e una cardiopatia ischemica cronica per cui esegue PTCA e Stenting su coronaria IVA prossimale.

Inoltre, nel 2003, fu diagnosticata osteoartrosi e furono riscontrate dislipidemia mista ed iperuricemia.

Anamnesi patologica prossima: quindici gg fa la signora viene trovata a terra, presso la sua abitazione, da una vicina di casa che allerta immediatamente i soccorsi. Quindi viene condotta al Pronto Soccorso dell'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia dove esegue una TC cerebrale e del collo ed un Rx colonna e arto superiore che non mettono in evidenza né stravasi ematici né fratture. Viene trattenuta per gli accertamenti del caso, ricoverata in reparto internistico. Al momento del ricovero la paziente presenta disidratazione muco-cutanea per cui esegue fluido-terapia ev e dagli esami di laboratorio si riscontra iperglicemia (glicemia > 500 mg/dl) con Hb glicata di 14,5%: perciò viene posta diagnosi di diabete mellito tipo 2 ed iniziata la terapia con Sitagliptin 100 mg e insulina Lantus 12 UI sc la sera.

Dopo la dimissione viene trasferita presso l'OD di Marsciano per garantire un'assistenza continuativa alla signora J. che, da qualche anno, vive sola in un'abitazione non consona al suo stato di salute.

Oggi la paziente si presenta in buone condizioni generali, orientata nel tempo e nello spazio, apiretica, eupnoica, non deambulando autonomamente.

All'esame obiettivo il torace presenta murmure vescicolare apprezzabile in tutti i campi polmonari; è presente un soffio aortico sistolico (2/6); l'addome è trattabile, non dolente, presenta lieve dolorabilità e distensione addominale per la presenza di massa fecale e meteorismo intestinale, la peristalsi è va-

lida; la paziente lamenta dolore al piede sinistro verosimilmente di natura osteoartrosica. La paziente esegue la seguente terapia:
 Sitagliptin 100 mg: 1 cp ore 8,00
 Insulina Lantus: 12 UI sc ore 20,00
 Nitroglicerina TD 10 mg: dalle ore 20,00 alle ore 8,00
 Nebivololo 2,5 mg: 1 cp ore 8,00
 Furosemide 25 mg 1 cp ore 8,00
 Losartan 50 mg: 1 cp ore 21,00
 ASA 100 mg: 1 cp ore 21,00
 Omeprazolo 20 mg: 1 cp la mattina a digiuno.
 Si inizia terapia fisioterapica per riprendere la deambulazione.

NARRAZIONE dopo

Torno a trovare la Signora J. O. dopo qualche giorno dal nostro primo incontro.

Il mio intento era quello di condurre l'anamnesi completa della paziente e controllare le sue condizioni cliniche, ma subito dopo i saluti iniziali la signora mi fa capire che non era intenzionata a rispondere alle mie domande. Quindi le chiedo spiegazioni senza nascondere delusione e dispiacere per il suo atteggiamento e le sue parole decisamente più fredde, distaccate e diffidenti rispetto alla volta precedente.

La signora non ha esitato a raccontarmi che si era trovata in disaccordo con il suo medico curante e con gli infermieri riguardo alla prescrizione di una terapia antidolorifica e che, per tale ragione, non era intenzionata a continuare il nostro incontro.

Inutilmente cerco di far ragionare la signora sulla vicenda e ben presto capisco che la scelta di non collaborare era dovuta al fatto che la paziente accomunava la mia figura a quella del mio tutor, nonché suo medico di medicina generale. In quel momento ho capito a pieno quanto la fiducia sia fondamentale nel rapporto medico-paziente.

Collaborazione, disponibilità, empatia sono

alla base di ogni atto medico, di ogni relazione che si cerca di instaurare con il paziente: senza questi valori si crea una distanza incolmabile che rende in nostro operato a dir poco inefficace. Senza insistere ulteriormente saluto la signora, esco dalla struttura e chiamo la dottoressa per riferirle la vicenda, fiduciosa che il suo intervento possa essere chiarire la situazione. La stessa sera del singolare incontro con la signora J.O. avevo ricevuto una telefonata dalla mia tutor che, rassicurandomi, mi aveva informato sul chiarimento della conflittualità che si era venuta a creare con la paziente. Oggi torno a trovare J. per aggiornarmi sul suo stato di salute e tentare di nuovo un colloquio con lei. Percorrendo il tragitto in macchina verso la Casa della Salute il mio stato d'animo non era ben definibile: un misto tra curiosità e lieve imbarazzo. All'arrivo nella camera di J. il caloroso sorriso con cui mi accoglie la paziente scioglie tutti i miei timori. J. mi saluta con affetto e mi chiede scusa per come si era comportata nei miei confronti. Sembrava sinceramente dispiaciuta. Sollevata e incoraggiata dall'accoglienza della paziente, le chiedo se oggi volesse intraprendere la nostra "chiacchierata".

Quando chiedo alla signora quali sono i rapporti con suo figlio e se lo avesse visto in occasione di quest'ultimo ricovero, i suoi grandi occhi blu diventano lucidi e tristi: scopro che suo figlio vive ancora in Germania, lontano dalla madre che lo aveva abbandonato da bambino. J. mi dice di averlo sentito telefonicamente qualche giorno fa e che le aveva promesso di venire al più presto in Italia per trovarle una sistemazione adeguata.

Finiamo la nostra chiacchierata e, dopo averla salutata e incoraggiata, esco dalla sua camera pensando a quanto dovrebbe sentirsi sola e che, a più di un mese dall'accaduto, suo figlio si era interessato concretamente della sua salute solo tramite qualche colloquio te-

lefonico con la dottoressa. Mi chiedo se J. riuscirà a camminare di nuovo, quanto vorrà restare nell'OD e se troverà una sistemazione adeguata. Oggi ho ascoltato la storia di una vita difficile, travagliata, la storia una donna forte e tenace, che ha riconosciuto i suoi errori: errori che pesano come macigni, errori che portano alla solitudine.

Nonostante la mia breve esperienza, credo che il caso della signora J. sia la prova tangibile di come dalla collaborazione tra medico di medicina generale, infermieri, fisioterapisti e tutti gli operatori del settore possa nascere non solo una risposta alle necessità "cliniche" del paziente, ma soprattutto un aiuto a fronteggiare il grande nemico che tante persone devo combattere ogni giorno: la solitudine. Quindi la signora J., senza che io dovessi intervenire con troppe domande, inizia a raccontarmi la sua vita a partire dagli anni dell'adolescenza.

La signora trascorre la sua infanzia in Francia e, giovanissima, si trasferisce in Italia insieme all'uomo che diventerà suo marito. A circa 20 anni inizia la sua vita coniugale da cui nascono due figli, una con handicap grav. Dopo qualche anno J. lascia il marito e i figli e da quel momento inizia una vita difficile: cambia diverse città e abitazioni, non ha un lavoro stabile, conosce molti uomini finché trova un compagno in grado di darle una vita dignitosa. Viene a conoscenza della morte della figlia malata che si trovava in Germania, dove l'ex-marito era emigrato.

Quando J. ha ormai superato i 60 anni perde il compagno e per lei iniziano anni di solitudine e disagi.

Dopo qualche anno il primo marito di J, ormai anziano e rimasto solo (vedovo della seconda moglie e dopo la pensione rientrato in Italia), si mette sulle sue tracce: i due si ritrovano e decidono di sposarsi di nuovo per

prendersi cura l'uno dell'altro durante gli anni della vecchiaia. J. si prende carico di suo marito, gravemente malato. La loro è una relazione di continui litigi e contrasti e, quando chiedo alla signora che cosa la avesse spinta a tornare con l'uomo che lei stessa aveva lasciato molti anni prima, la risposta è stata: *"Dovevo scegliere se sopportare lui o vivere senza un tetto"*.

Ben presto anche per lei iniziano i problemi di salute a causa di un ictus nel 2003 che le lascia notevoli problemi di linguaggio, della cardiopatia ischemica cronica e di una sindrome coronarica acuta nel 2011.

Dopo avere perso qualche anno fa il marito, oggi la paziente vive da sola in una casa non adeguata alle sue necessità, con notevoli barriere architettoniche: basti pensare che la cucina è separata da una rampa di scale dal bagno e dalla camera da letto.

Arriviamo così a parlare dell'evento di qualche settimana fa: la paziente dice non ricorda molto dell'accaduto e riferisce che, uscendo dal bagno in accappatoio e ciabatte, era scivolata mentre scendeva le scale e che, non riuscendo a rialzarsi, era rimasta a terra per "parecchi giorni".

Ricostruendo la storia con i dati a mia disposizione capisco che la signora trascorre a terra circa 24 ore, in stato confusionale, senza bere e senza mangiare. Una vicina di casa che si era preoccupata del fatto che J. non rispondesse al telefono allerta i soccorsi e salva la vita della signora.

Infatti al momento del ricovero in ospedale la paziente era fortemente disidratata, con un diabete mellito in scompenso glicemico.

Dopo il trauma la paziente non ha ancora ripreso la deambulazione e ha iniziato pochi giorni fa la riabilitazione fisioterapica resa difficile dai dolori articolari diffusi.

"Nel corso del tirocinio pre-laurea in Medicina Generale gli studenti di Medicina di Modena apprendono attraverso lo strumento narrativo, raccontando e imparando dalle storie dei pazienti incontrati in studio e a domicilio, e che in questo testo vengono riportate e utilizzate".

Caratteristiche dell'apprendimento nel setting della MG: una ricerca qualitativa attraverso lo strumento narrativo

C. Speciale, F. Consorti, A. Gargano

PREMESSA

Il lavoro che presenterò si basa sulla sperimentazione della medicina narrativa come strumento didattico nell'insegnamento delle cure primarie in ambito universitario.

La scelta dell'analisi di questo specifico mezzo didattico nasce dalla perfetta corrispondenza con alcune peculiarità dell'attività quotidiana del Medico di Medicina Generale (MMG) durante la quale, più che altrove in medicina, ogni paziente "narra" la sua storia, la storia del suo problema, del suo dolore, del disagio. Inoltre dietro ogni narrazione e racconto esplicito, si nasconde il racconto di una serie di aspetti e verità che solo un medico formato a "decifrare" le narrazioni può cogliere ed utilizzare vantaggiosamente nella relazione con il paziente ma anche nel processo diagnostico-terapeutico e non meno importante per ripensare, rielaborare e rivalutare il proprio approccio al paziente, il proprio modo di lavorare ed il proprio vissuto a riguardo.

Focalizzerò la mia attenzione sulle specificità della didattica tutoriale in Medicina Generale (MG) e presenterò il progetto di ricerca qualitativa su narrazioni scritte dagli studenti del VI anno del corso di laurea in Medicina e Chirurgia dell'AA 2011/2012 dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia a cui ho dato inizio a scopo dimostrativo.

OBIETTIVI

Partendo dall'osservazione che studenti e studentesse narrano cose diverse in modo diverso, si è deciso di indagare cosa raccontano e come lo fanno analizzando i contenuti e la forma, attraverso l'uso di figure retoriche, delle loro narrazioni.

Ci si è poi chiesti se e come le differenze emerse possono essere utilizzate nella didattica tutoriale di tipo "uno a uno" tipica della MG per sfruttare la sua caratteristica principale della circolarità dell'insegnamento tra tutor e studente modificando e modellando

i contenuti e la tecnica di insegnamento sulle esigenze formative della coppia discente/tutor. Questo lavoro di ricerca è stato quindi intrapreso per far emergere le diverse occasioni e le strategie adottate durante i periodi di tirocinio e al fine di contribuire al miglioramento della qualità dell'apprendimento ed aumentare la consapevolezza sia dello studente che del tutor in qualità di facilitatore delle esperienze di apprendimento nel ruolo professionale.

MATERIALI E METODI

Nell'ambito dell'insegnamento del VI anno di corso dell'AA 2011/12, è stato dato mandato agli studenti di narrare in forma scritta un'esperienza vissuta durante il tirocinio effettuato al fianco del MMG che riguardasse un personaggio femminile, paziente o care-giver. Ad ogni narrazione è stato assegnato un codice identificativo costituito da un numero progressivo, assegnato in base all'ordine di lettura delle narrazioni, e da

una lettera, rispettivamente "D" per identificare le narrazioni scritte dalle studentesse e "U" per identificare quelle scritte dagli studenti. È stato estratto un campione di 5 narrazioni per ciascuna categoria sottoposto ad una doppia analisi: di contenuti, per cui sono stati identificati nei testi enunciati riguardanti argomenti peculiari della MG e di forma estrapolando le figure retoriche. I dati sono stati raccolti e inseriti in 2 griglie osservazionali costruite appositamente. Con la prima si è voluto indagare se l'autore scriveva a proposito della propria attività di tirocinante e di alcuni aspetti tra quelli importanti e sicuramente specifici dell'attività del MMG, come la sua diversità rispetto alla medicina ospedaliera; la peculiarità del rapporto medico/paziente rispetto a quanto avviene in altri setting ed il vissuto del paziente. In particolare sono state identificate 4 categorie di significato: **attenzione al proprio ruolo e vissuto in qualità di discente osservatore**. A questo proposito sono sta-

CONTENUTO	ENUNCIATI
Ruolo dello studente	
Aspettative	
Apprendimenti	
Importanza del ruolo del tutor	
Sentimenti	
Peculiarità della MG rispetto alla medicina ospedaliera	
riflessioni sull'operato "clinico" del MMG	
Confronto con ambiente ospedaliero	
differente relazione M/P in MG	
riflessioni sull'operato "umano" del MMG	
situazioni che indicano l'importanza e/o la peculiarità del rapporto fiduciario MMG-paziente	
vissuto del paziente/care-giver	
Sentimenti del pz/cg Desunti dallo studente	
Sentimenti del pz/cg raccontati direttamente	
Identificazione vero problema	
L'importanza del "contorno"	

ti raccolti enunciati che rispondessero ai seguenti quesiti: Esprime le proprie aspettative rispetto al tirocinio in questione? Esprime cosa ritiene di aver appreso durante il tirocinio o relativamente al caso narrato? Segnala l'importanza del ruolo del tutor (se dà importanza all'informazione preliminare, ecc)? Esprime i propri sentimenti?

La seconda sezione riguarda **l'attività del MMG e le sue peculiarità rispetto alla medicina ospedaliera**, nello specifico esplicitazione delle proprie riflessioni sull'operato "clinico" del MMG e di confronto con il setting ospedaliero.

La terza sezione della griglia osservazionale indaga la presenza di riferimenti alla **Particolarità della relazione medico-paziente che si costruisce nell'ambito della MG** ed in particolare alle proprie riflessioni sull'operato "umano" del MMG (rispetto alla relazione medico-paziente) e alle situazioni che indicano l'importanza e/o la peculiarità del rapporto fiduciario MMG-paziente.

L'ultima sezione indaga la presenza di riferimenti al **vissuto del paziente**: osservazioni sul vissuto emotivo del paziente; eventuale identificazione dell'esistenza di un eventuale "vero problema" del paziente diverso dal motivo della visita dichiarato; osservazioni circa l'importanza del contesto di vita del paziente (lavoro, famiglia, ecc). La seconda griglia osservazionale è rivolta all'analisi delle figure retoriche presenti nei testi scritti. Sono state inserite nella griglia solo le figure presenti in almeno una narrazione, quindi sono stati riportati i casi di metonimia, sinestesia, perifrasi, litote ed iperbole per le figure di significato; tra le figure retoriche di parola asindeto, polisindeto, climax, anafora, ellissi, anastrofe ed iperbato ed infine tra le figure di pensiero sono state trascritte antitesi, similitudine e preterizione.

RISULTATI

Nella categoria di contenuto **"Ruolo dello studente"** volevamo osservare se lo stu-

Categoria	Fig retorica	Es.	tot
Figure di significato	metonimia		
	Sinestesia		
	perifrasi		
	litote		
	iperbole		
Figure di parola	Asindeto		
	polisindeto		
	Climax		
	Anafora		
	Ellissi		
	Anastrofe		
	Iperbato		
Figure di pensiero	antitesi		
	Similitudine		
	preterizione		
Tot			

dente dimostra di porre attenzione alla propria posizione di tirocinante esprimendosi riguardo le proprie aspettative e sentimenti ma anche a quanto ha appreso ed al ruolo di tutor svolto dal MMG a cui è stato affiancato per cui ho cercato nei testi enunciati che facessero riferimento a comportamenti specifici della figura del tutor. Solo due studenti non hanno fatto alcun riferimento a contenuti di significato riguardanti il proprio ruolo e solo uno si è espresso per ciascuna sottocategoria. In particolare solo una studentessa ha espresso le proprie *aspettative*. Per quanto questo non sia sufficiente per un paragone di genere a causa dei numeri ridotti, mette subito in evidenza che gli studenti, probabilmente a meno di una specifica richiesta, non si esprimono a riguardo. Non è possibile conoscerne la ragione, ma qualunque essa sia, il fatto stesso pone i formatori davanti ad un primo interrogativo: perché gli studenti non ritengono importante esprimersi circa le proprie aspettative o addirittura sono così scarsamente interessati o attratti da questa esperienza didattica da non aspettarsi nulla da essa? Ruolo del formatore in questo caso, prima ancora che trasmettere contenuti specifici, è quello di comunicare l'importanza del conoscersi e dell'indagare per riconoscere le proprie emozioni perché anche e soprattutto questo riveste notevole importanza nella formazione dei professionisti di domani. Dal punto di vista didattico quindi, forse potrebbe essere utile ripensare le modalità con cui viene proposta questa attività didattica in modo da chiarire a tutti gli studenti che oltre all'obiettivo formativo principale, ossia la conoscenza dell'attività del MMG in tutte le sue sfaccettature e peculiarità, esistono altri sotto-obiettivi che mirano allo sviluppo di specifiche componenti pragmatiche e comunicativo-relazionali dell'essere Medico

proprio per mezzo della conoscenza approfondita dell'attività del MMG. È importante riuscire a far apprendere agli studenti che solo un medico capace di riconoscere e gestire le emozioni proprie e altrui può risultare credibile agli occhi del paziente stesso. Dall'analisi emerge che è relativamente più facile o forse più ovvio per gli studenti esprimere i propri *sentimenti*, infatti ben quattro studenti lo hanno fatto e forse sembra ovvio e scontato che tre di loro siano donne. Questa osservazione può offrire un altro spunto di riflessione: perché anche in questo caso gli uomini che si esprimono sono pochi? Sicuramente incide l'indole di ciascuno ma da formatori bisognerebbe lavorare su questo aspetto come il precedente.

In direzione opposta sembrerebbe invece di dover lavorare quando si tratta di dichiarare *ciò che si è appreso*. Dei sei studenti che si sono espressi a riguardo infatti, solo due sono donne. Forse un formatore dovrebbe lavorare con loro nel prendere consapevolezza anche di concetti più specificatamente razionali e con gli uomini per far emergere con più facilità ciò che provano?

Una prima risposta potrebbe venire dalla lettura di cosa esternano gli studenti.

1D *“mi sento pervasa dal tipico entusiasmo...”*

“Sono ambiguamente colpita da quella figura da una parte fanciullesca, ... , e dall'altra prepotente, ...”

“sono profondamente turbata dallo spaccato di realtà così terribilmente cruda e così visceralmente intima di cui sono stata spettatrice”

“Un'esperienza che, devo ammettere, ha suscitato in me forti emozioni e mi ha ricordato uno dei motivi per i quali ho deciso anni fa di volere intraprendere la carriera di medico”

6D *“mi sono sentita combattuta tra gli aspetti positivi e quelli negativi del fare il tirocinio in uno studio medico del proprio paese, dove,*

bene o male, si conosce il cinquanta per cento dei pazienti che si presentano ogni giorno." "Rimango perciò un po' costernata da questa esperienza".

8D "Le domande che non fece mai si insinuavano nella mia mente come un tarlo"

"Nello stesso momento in cui chiuse la porta feci un gran sospiro, quasi a voler allontanare da me tutte le emozioni che avevo provato attraverso i polmoni. Rimasi in silenzio qualche secondo per rimettere in ordine e i pensieri che si accavallavano l'uno sull'altro e per distendere i muscoli che si erano contratti durante il racconto..."

12U "mi ha stupito enormemente il rapporto che si è venuto a generare tra le due parti".

Reputo importante notare che le donne fanno riferimento a vari aspetti e considerano l'esperienza didattica di tirocinio nel suo complesso: il proprio modo di essere, il paziente, la vicenda a cui partecipano durante l'attività ambulatoriale e la realtà di vita del paziente; ciò da cui lo studente invece dichiara di essersi sentito colpito emotivamente riguarda un aspetto molto importante ma legato alla pratica lavorativa del MMG ossia il rapporto che si crea con i pazienti. Non si può fare un confronto di genere ma si può ipotizzare che verosimilmente per la sfera affettiva le donne siano maggiormente coinvolte mentre gli uomini presumibilmente sono osservatori meno attenti a certe dinamiche esterne ma anche personali e che per questo lascino poco spazio al coinvolgimento emotivo. Oppure non sanno identificare e decifrare le proprie emozioni? O lo fanno solo se esplicitamente richiesto?

Curioso è notare che solo due studentesse accennano al *ruolo del tutor* ed alla sua rilevanza nella propria formazione e comunque

solo con riferimenti generici alle attività di briefing e de briefing svolte con il tutor. Osservando questa realtà, credo che un formatore dovrebbe chiedersi se gli studenti hanno acquisito consapevolezza di questi aspetti del lavoro fatto dal e con il tutor o, se questo non è stato possibile, perché. Cosa non ha funzionato o non è stato ben organizzato o gestito? E perché gli altri studenti non hanno fatto alcun cenno a riguardo? Bisogna lavorare ulteriormente per migliorare la formazione dei formatori? O forse sulle modalità di interazione tra questi e gli studenti? Passando all'osservazione di ciò che gli studenti hanno scritto a proposito dell'operato clinico del MMG e della diversità del setting rispetto a quanto osservano in ambito ospedaliero, la situazione è ben diversa. Sull'*operato clinico del medico* si esprimono ben sette studenti equamente distribuiti tra donne e uomini e ugualmente attenti a questo aspetto infatti il numero di osservazioni è simile a parte il caso di due studenti più prolifici. Questo buon numero di osservazioni si spiega bene con la formazione prevalentemente "ospedaliera" offerta dalle nostre università agli studenti. Mi chiedo se non siano tanto abituati a questo punto di vista da riuscire spontaneamente e con molta precisione ad identificare "cosa fa" un medico anche se in un ambiente diverso dall'ospedale ma non a fare il processo inverso, cosa dimostrata dal fatto che solo due studenti (un uomo e una donna) abbiano autonomamente identificato ed espresso un confronto con quanto osservano nelle corsie dell'ospedale. A questo proposito si può constatare come anche qui l'approccio tra uomo e donna sia diverso rispetto alla stessa questione: la studentessa infatti delinea alcune specificità dell'attività del MMG lasciando solo intendere che non valgano per l'ospedaliero:

"Data la giovane età della paziente e l'assen-

za della madre durante il primo colloquio, il medico si prende tutto il tempo necessario per parlare con Sara dei problemi, fisici e psicologici, che l'affliggono, cercando in questo modo di guadagnare la piena fiducia della ragazza. In questo caso è chiaro come il ruolo del Medico di Medicina Generale non sia solo "sanitario" ma anche "sociale": il medico deve preoccuparsi non solo dello stato di salute dei propri assistiti, ma deve indagare altre problematiche di fondo che, molto spesso, possono essere proprio la causa scatenante dei disturbi del paziente. Fare una visita accurata, evidenziare i problemi principali del paziente ed impostare un corretto percorso diagnostico-valutativo, mostrarsi disponibili ad ascoltare ed aiutare il paziente e, non meno importante, guadagnarsi la fiducia dell'assistito, sono compiti non sempre facili del Medico di Medicina Generale."

Lo studente invece è più esplicito e più netto nelle sue osservazioni:

"a differenza dello specialista il medico di famiglia si occupa della salute nel suo significato più ampio"

"il medico non si limita a fare una diagnosi e a prescrivere una terapia"

Riguardo ai contenuti riguardanti situazioni che indicano l'importanza e/o la peculiarità del rapporto fiduciario MMG-paziente, è piacevole ma soprattutto importante notare non solo che tutti gli studenti hanno riportato almeno una osservazione riguardo la peculiarità del rapporto fiduciario che si crea tra il paziente ed il proprio MMG ma anche che ben sei di loro hanno fatto osservazioni anche su tutte quelle azioni e comportamenti non prettamente clinici ma che comunque sono necessari al MMG anche per ottenere risultati clinici. È evidente che alcuni hanno ben compreso e fatto proprio

questo apprendimento infatti tra le riflessioni riportate troviamo

"mi hanno fornito uno spaccato realistico della quotidianità ambulatoriale nella quale il medico non aveva in alcun modo un rapporto di superiorità verso i pazienti, quanto piuttosto di disponibilità all'ascolto e all'aiuto, di complicità e soprattutto di umiltà"

Credo che con questo lo studente intendesse sottolineare che tutte queste caratteristiche difficilmente sono contemporaneamente presenti nel rapporto tra qualunque altro specialista ed un paziente.

Un altro studente scrive:

"torna così dal medico di base per un consiglio sulla decisione da prendere."

"Questi casi clinici dimostrano come il medico di base sia chiamato a garantire la salute dei propri assistiti, sia sul piano fisico, sia su quello psicologico, poiché la salute è una condizione che può essere raggiunta solo nel momento in cui mente e corpo siano libere da condizioni di sofferenza. Ciò implica una presa in carico dei problemi del paziente a 360 gradi."

"Solo così si può consolidare negli anni il rapporto di fiducia che sta alla base della relazione medico-paziente. Ovviamente la fiducia deve essere guadagnata dal medico che quindi deve sempre operare al massimo delle sue competenze e delle sue migliori qualità personali e professionali."

Credo che queste parole chiariscano che lo studente ha appreso la particolarità del rapporto medico-paziente in MG non è attribuibile solo alla lunga durata che di solito lo connota ma a dinamiche del tutto specifiche. Appare ben compreso anche il concetto che il sentirsi umanamente molto vicini, compresi, protetti e sicuri nelle braccia del proprio medico, metaforicamente parlando,

non rende meno importante il ruolo professionale o la qualità del lavoro del medico stesso. Lo stesso apprendimento sembra raggiunto dagli studenti che scrivono:

6D *"è a questo punto che il medico, con fare paterno ma assolutamente deciso, le dice "Sappiamo tutti e due il perché di questi attacchi di panico!"*

10D *"la dottoressa si mostra molto disponibile nei confronti di Sara e la rassicura dicendo che può presentarsi in ambulatorio in qualsiasi momento, qualora ne avesse avuto bisogno, anche solo per una chiacchierata"*

"La ragazza timida e spaventata all'inizio, appare, al termine della visita, serena e sollevata."

12U *"decise di lavorare in modo tale da creare un rapporto di fiducia che andasse oltre il mero rapporto medico-assistito, senza mai pregiudicare i rispettivi ruoli"*.

L'ultima sezione di contenuti riguarda l'attenzione al vissuto del paziente intendendo non solo i sentimenti ma anche il suo contesto di vita.

Mi pare interessante notare che anche qui l'esplicitazione dei sentimenti è risultata più facile o comunque più immediata per gli studenti rispetto al riconoscimento di aspetti riguardanti l'ambiente di vita del paziente ed alla loro rilevanza nell'incontro medico-paziente narrato da ciascuno. In questa sede si può solo ipotizzare il perché di questo stato di fatto e cercare eventuali soluzioni o alternative. Probabilmente il fatto che l'ambiente in cui vive il paziente possa avere ripercussioni sulla gestione della patologia di un paziente o sulla sua aderenza alle terapie, non è ancora così ovvio e allo stesso tempo forse gli studenti non sono ancora pronti a cercare segnali provenienti da chi

gravita intorno al paziente o magari a cogliere quelle sfumature delle relazioni che si instaurano tra parenti da riconoscerli come importanti segnali inviati al medico.

Tornando alla griglia dei contenuti in cui quasi tutti hanno riportato qualche osservazione riguardo ai sentimenti che credono di aver riconosciuto nei gesti, nelle parole, negli atteggiamenti dei pazienti, si può ipotizzare che (a meno di aver avuto contatti con pazienti particolarmente espressivi) hanno voluto comunicare di aver ben recepito il messaggio del porre attenzione al linguaggio non verbale di chi siede di fronte alla scrivania. L'aspetto strano è che invece solo la metà degli studenti ha riportato frasi che facciano capire che il paziente stesso si è espresso riguardo al proprio stato d'animo. Allora forse è lecito sospettare che gli studenti abbiano frainteso e si siano inconsapevolmente lasciati trasportare dalle emozioni scatenate dalle situazioni a cui hanno assistito. Forse un tutor potrebbe indagare meglio questa sfera per offrire allo studente la possibilità di identificare meglio i propri stati d'animo distinguendoli da ciò che il paziente racconta.

A queste prime valutazioni sui contenuti, ho provato ad affiancarne alcune sulla forma delle narrazioni per cercare di capire se gli studenti riescono ad utilizzare appieno il metodo narrativo ad esempio utilizzando le figure retoriche per sottolineare ed enfatizzare i contenuti ed i concetti che avvertono come importanti. In fondo si potrebbe quasi dire che così facendo un determinato contenuto potrebbe passare in secondo piano perché lo studente dimostrerebbe di averlo fatto proprio non solo "presentandolo" (quasi come se lo stesse spiegando) ma attribuendo a quel periodo della narrazione degli attributi tali da non rendere necessaria alcuna ulteriore specifica.

L'autrice della narrazione 1D sin dalle prime parole mette in mostra il proprio intento narrativo: dà inizio alla narrazione presentando il tempo ed il luogo in cui si svolge l'azione e ne sottolinea con espressioni come *"il sole non ancora primaverile accenna un tiepido sorriso"*.

L'intento narrativo è chiarito anche dall'uso dell'io narrante presente e sottolineato da verbi coniugati al presente e in prima persona singolare. Il lettore ha così la possibilità di essere in quel luogo, in quel momento, di assistere alla scena proprio come è per il narratore.

I personaggi sono molto ben caratterizzati sia fisicamente che nei loro aspetti psicologici, spesso evidenziati con numerose figure retoriche

"senza curarsi minimamente né di me, né della dottoressa, né tantomeno della madre," "quasi ad annunciare la sua presenza" "quasi sapesse di non potere fare assolutamente nulla" "quasi si vergognasse" "una situazione critica, di difficile gestione, che la porta allo sfinimento e alla sensazione che la vita le sia completamente sfuggita di mano".

Questi polisindeti e climax permettono al lettore quasi di percepire ciò che il narrante stesso ha percepito in termini di impatto fisico e psicologico nel partecipare alla vicenda. La metafora e antitesi utilizzata per descrivere fisicamente uno dei personaggi dà quasi la possibilità di vedere quei *"segni del tempo"* ma di sentirsi rassicurati da quel viso *"rilassato e calmo"*.

Così come i personaggi, anche la vicenda è caratterizzata nei dettagli ed ancora una volta non si limita alla descrizione fisica ma viene approfondito l'aspetto emotivo-sentimentale *"realtà così terribilmente cruda e così visceralmente intima"*.

Infine lo stile chiaramente narrativo viene confermato fin nel finale squisitamente

esortativo. Lo stile narrativo della narrazione 2D è decisamente cronicistico: si può dire quasi che il brano è un susseguirsi di doppiette azione-conseguenza:

"la signora si presenta in ambulatorio... il medico vuole indagare"

"dopo aver visitato... prescrive"

"il medico invia... l'urologo propone"

"la paziente dopo aver ascoltato... si convince"

solo per citarne alcuni. Questo ne fa più un classico "caso clinico" che una narrazione in senso stretto.

In questa scelta stilistica ovviamente non c'è posto se non per un narrante impersonale, lo studente infatti descrive asetticamente ciò che succede e solo sul finale specifica la sua presenza sulla scena pur continuando a non aggiungere nulla in termini di partecipazione. Aspetto molto importante in quanto racconta tanto sullo stile comunicativo e di apprendimento di questo studente è il fatto che chiarisce, anche formalmente, creando una specifica sezione, che il "caso clinico" come lui stesso definisce il testo prodotto, è cosa ben diversa e pertanto separata dalle proprie riflessioni.

In accordo con la scelta stilistica, manca la caratterizzazione dei personaggi. La paziente in primis viene etichettata da subito come *"signora MF di 55 anni"*; successivamente come *"una storia clinica"*; *"caso clinico"* ed infine *"problema attuale"*. Da qui in poi si riferirà a lei solo come *"la paziente"* ma di lei non si saprà altro se non che pur *"non pienamente convinta, ...dopo aver ascoltato il medico si convince"*.

L'aspetto cronicistico è sottolineato dai verbi coniugati al presente che seguono, come soldati che marciano, il passo dato dagli eventi. Allo stesso scopo si prestano anche il linguaggio, volutamente molto tecnico a tratti quasi da specialista della materia,

come quando descrive tecniche chirurgiche e dispositivi.

Si intravedono tuttavia, forse in virtù dell'ambiente, dell'argomento trattato e del mandato ricevuto, 2 tentativi di cambio di rotta quando per la prima volta compaiono riferimenti a sentimenti ed atteggiamenti:

"Con pazienza, gentilezza e tranquillità, il dottore spiega in modo chiaro e semplice le modalità..."

"La paziente, dopo aver ascoltato con molta attenzione la spiegazione del medico, si convince con molta serenità ..."

È facilmente immaginabile e verificabile che le figure retoriche siano praticamente assenti e quelle poche che si possono riconoscere, piuttosto che dare risalto ai contenuti cognitivi, sottolineano momenti cruciali nel racconto della storia clinica:

"La paziente non è pienamente convinta dell'efficacia di questo trattamento e torna così dal medico di base per un consiglio sulla decisione da prendere"

"per un problema che da un po' di tempo la affligge"

"L'azione informativa del medico, in questo caso, si rivela decisiva"

La narrazione **3U** si presenta come case-report infatti troviamo subito l'indicazione della data in cui si verifica l'accesso della paziente nell'ambulatorio del MMG e la presentazione della paziente stessa con le sole iniziali e l'età. Seguono, quella che sembra un'anamnesi patologica con tanto di elenco puntato delle patologie che affliggono la paziente ed il motivo della visita. A questo punto compaiono due aspetti importanti della vicenda: vengono descritti, apparentemente in modo inconsapevole, la ricerca del vero problema che ha portato la paziente in ambulatorio ed il rapporto di conoscenza e fiducia tra MMG e paziente abbastanza particolare che si crea immancabilmente.

Non ci sono figure retoriche a dare risalto a questi contenuti, tuttavia si può notare che lo stile narrativo subisce piccole modifiche: compare un verbo che rimanda ad un contesto diverso dalla cronaca *"aveva confidato al medico"* e nel secondo caso compaiono espressioni che danno il senso del calore umano *"con molto tatto"* e *"si è lasciata andare"*. Poco dopo compare un altro tentativo di uscire dallo stile secco e asettico della cronaca in cui le espressioni *"con molta pazienza ha riprovato numerose volte"* e *"usando ogni tipo di mezzo a sua disposizione"* rimandano all'accoramento che deve aver provato il medico. Terminato il racconto, anche questo studente tiene ben distinte le sue considerazioni personali da quello che lui stesso definisce un *"caso clinico"*. Ed è proprio così che è stato scritto: in maniera impersonale e senza coinvolgimento del narrante ma anche senza alcuna caratterizzazione del paziente che ancora una volta sembra essere l'unico personaggio. Nella seconda metà della narrazione sembra assumere dignità di personaggio anche il MMG del quale comunque viene raccontato soprattutto l'operato clinico.

La narrazione **4D** si presenta in maniera ancora diversa rispetto alle precedenti. L'incipit è una vera e propria premessa che però a parer mio nasconde un dettaglio importante: la dichiarazione di aver scelto di ri-elaborare. Forse in questa scelta linguistica si può leggere quella consapevolezza che nei casi precedenti è mancata e quella dimostrazione che non si tratta solo di un racconto ma di esporre qualcosa che, proprio perché è stato rielaborato, entra a far parte dei contenuti interiorizzati dallo studente a cui facevo cenno in precedenza. Ciò detto, anche questa studentessa dà il via alla cronaca del caso clinico presentando ogni dettaglio anamnestico in un lungo flashback rispetto

al tempo iniziale della narrazione. Conformemente allo stile cronicistico dell'anamnesi, non si trovano figure retoriche di rilievo se non un paio di asindeti

"si isola, non mangia più e non accudisce ..."

"la va a trovare a casa, le parla, le spiega ..."

il primo dei quali, assumendo quasi il tono di un climax crescente, sembra voler attribuire solennità e tragicità alla situazione in cui versa la paziente. Siamo praticamente giunti al termine della narrazione e finalmente appare il narrante e con lei il medico: *"ci racconta"*. Poche righe e subito il narrante si riappropria dell'impersonalità che ha caratterizzato fino a questo momento il racconto: *"si evince"* *"sembra"*. Anche qui i verbi sono coniugati al presente, a ribadire il tono cronicistico e per quanto riguarda la caratterizzazione dei personaggi, quella della paziente viene affidata a 3 climax:

"acquista una sorta di prestigio presso i conoscenti, si sente riempita di attenzioni, accettata e valorizzata"

"si isola, non mangia più e non accudisce"

"sentire un'ansia che non riesce a spiegare, che la opprime e che non sa come gestire"

I primi 2 fanno riferimento alla condizione passata della paziente, si potrebbe dire che rappresentano ciò che la studentessa dichiara di aver appreso dal racconto fattole. L'ultimo climax invece fa riferimento alla situazione attuale della paziente quindi raccontata da lei stessa. Siamo ormai al finale e, come nell'incipit, il narrante dichiara la propria estraneità alla situazione che ha vissuto *"come uno spettatore"*.

L'autore della narrazione **5U** presenta uno stile narrativo ancora diverso, infatti pur trattandosi di un case-report, questa volta manca qualsivoglia personalizzazione del narrante (*"Si percepisce"*, *"si sente"*) e nella maggior parte dei casi anche i verbi che si riferiscono alla protagonista della narrazio-

ne sono resi impersonali come ad esempio quando scrive *"È stato molto difficile per la signora superare prima la perdita della madre"* *"con tanta paura ... la situazione è andata normalizzandosi"* *"Il forte impatto di queste tristi circostanze sulla vita della signora si è manifestato con..."* e quando invece fa un tentativo di caratterizzazione del personaggio, questo rimane tronco perchè torna subito alla descrizione del caso clinico *"la signora ha abbandonato ogni genere di attività sportiva che in gioventù praticava con risultati eccellenti anche in ambito nazionale, per far posto alla sedentarietà che ha peggiorato ulteriormente il quadro clinico. L'obesità è una patologia ..."* Solo nelle ultime righe fa la sua comparsa lo studente in quanto tale, per manifestare quelle che sono le sue convinzioni e considerazioni personali. Le pochissime figure retoriche presenti non sono state apparentemente utilizzate per far risaltare contenuti di particolare rilievo ad eccezione di quando il narrante riferisce che *"si sente quasi un senso di inferiorità"*, unico caso in cui, seppur in forma impersonale, sembra che l'autore voglia dare una certa importanza ai sentimenti della paziente. Sicuramente lo studente si mette un po' più in gioco nel finale quando impartisce quasi una lezione sulla gestione di un paziente sfruttando il coinvolgimento della famiglia e del suo ambiente di vita.

L'incipit della narrazione **6D** ci proietta direttamente nel tempo e nel luogo dove si svolge la vicenda di cui si parlerà grazie ai riferimenti personali. È subito chiaro anche il coinvolgimento della studentessa autrice della narrazione, a tratti sembra quasi che si tratti di una autobiografia. Non ci sono figure retoriche a sottolineare alcun argomento ma il tono stesso della narrazione e quell'alternarsi tra presente e passato sembrano voler enfatizzare il vissuto emo-

tivo personale sia del narrante che dei protagonisti della storia mettendo ulteriormente e continuamente in evidenza ciò che conta per l'autrice.

Nella narrazione **8D** forse più che in tutte le altre si riesce a trovare perfetto equilibrio tra lo stile narrativo, i contenuti e le figure retoriche a sottolinearli.

L'io narrante è chiaramente e dichiaratamente personale anche quando osserva semplicemente la scena senza esservi direttamente impegnato. Lo si avverte, non solo e non tanto, da espressioni come "*mi impressionò*", "*mi presentò a lei*" e "*le chiese se le andava di raccontarmi la sua storia*" che raccontano dell'effettiva presenza ma soprattutto grazie a frasi tipo "*il suo sguardo fiero ... mi sfiorò*", "*intuì ... che*" e "*notai una certa evasività nel parlare degli affetti*". Questo lungo inizio sembra quasi un balletto in cui i personaggi si alternano sulla scena ognuno per presentarsi e farsi scoprire poco a poco: la paziente entra in scena per prima e "*decisa*" si mostra in tutta la sua fisicità (*alta, snella, bionda, estremamente curata, sguardo fiero*), poi arriva il dottore, coprotagonista, "*caloroso, gentile*" quasi intimo. Ed infine lo studente, la comparsa, quello che deve osservare tutto e il più possibile e che in questo caso riesce a farlo talmente bene da portare il lettore fin dentro quell'ambulatorio. Credo che tutto questo possa essere a tutti gli effetti considerata una dimostrazione che la studentessa in questione ha ben chiaro che il rapporto medico-paziente si costruisce soprattutto sviluppando la propria capacità di leggere il linguaggio non verbale del paziente e di ascoltare ciò che non dice. Ulteriore dimostrazione è la notevole caratterizzazione del personaggio che non si focalizza su aspetti specifici e anche quando non è evidenziata da figure retoriche è narrata usando espressioni altrettanto coinvolgenti.

Quando poi nella vicenda il piano si eleva al concettuale vero e proprio, "*il dottore le chiese se le andava di raccontarmi la sua storia*", lo stile narrativo segue e si adatta perfettamente. Pur nella mera esposizione della storia clinica della paziente e della visita in corso, la studentessa riesce a non risultare scolastica: fornisce tutti i dettagli necessari senza tecnicismi mantenendo lo stile narrativo infatti nonostante il corpo della narrazione sia la parte clinica, è proprio qui che abbondano le figure retoriche: una metonimia ("*un problema come questo*"), una preterizione ("*non essersi più sentita in maniera equiparabile al periodo antecedente*"), un iperbatto ("*confrontando gli esami attuali con quelli antecedenti, diligentemente portati dalla paziente tutti in buste separate, poté constatare*") e persino una anafora ("*all'esame obiettivo ... all'esame obiettivo ... all'esame obiettivo*")! In questa narrazione assumono caratteristiche importanti dal punto di vista formale anche nel riportare il dialogo tra medico e paziente che ancora una volta viene caratterizzata grazie all'uso di sinestesie ("*la voce era tremante*" e "*l'agitazione fuoriusciva*"); il finale invece è tutto dedicato all'emozionalità della studentessa narrante che trasmette perfettamente il coinvolgimento assoluto e l'empatia di cui è stata vittima dichiarandolo apertamente ("*feci un gran sospiro, quasi a voler allontanare da me tutte le emozioni che avevo provato attraverso i polmoni*") ma anche trasmettendolo a sua volta al lettore in termini di emozioni create attraverso la scrittura: climax, similitudini e iperbati ci fanno avvertire tutto ciò che avverte "*Una donna dalla vita apparentemente perfetta e rigorosa ... Una donna dal carattere così forte ed orgoglioso*" che "*come un tarlo*" si domanda "*riuscirò mai... riuscirò mai...*" e viene assalita da "*dubbi e paure*". Anche il finale, una conclusione dal significato cogni-

tivo, mantiene il tono narrativo grazie ad un iperbato *“Per donne spaventate ... , donne con caratteri forti e poco inclini a chiedere aiuto, è il curante tramite la propria empatia a dovere interpretare la parole non dette dalle pazienti”*.

La narrazione **9U**, per quanto breve rispetto alle altre, ha un incipit decisamente narrativo, come ci comunica la metonimia *“Con un sorriso entrò nell’ambulatorio”*. Altrettanto ben fatta la caratterizzazione del personaggio e di alcuni dettagli fondamentali della storia infatti quella che *“Aveva l’aria di una semplice fasciatura ... era il sintomo di un dolore ben più profondo”*. *“Suture ai polsi”*. La caratterizzazione emotiva e psicologica riprende poi nella parte finale della narrazione con alcuni climax: *“fragile, sola, indifesa”* e *“la sua famiglia, le sue radici”*.

Anche questo studente dimostra in questo spaccato della sua narrazione di avere ben compreso l’importanza del linguaggio non parlato dei pazienti e del loro ambiente di vita per un medico: *“un campanello d’allarme, un richiamo per i famigliari, ma non solo, anche per il medico di famiglia”, “la compagna di un tossicodipendente e spacciatore”, “si trovava in Italia senza una famiglia e senza un aiuto sano”* *“lei sapeva di potersi fidare solo di lui e lui sapeva del suo disperato bisogno di essere ascoltata”*.

Dal punto di vista formale-retorico, si può notare infine la particolarità del punto di vista personale del narrante: usa sempre il “noi”, a formare un tutt’uno con il medico tutor (*“si stava confidando con noi”, “ci spiegò”, “io e il suo medico”*).

Il finale esortativo conferma la chiara scelta dello stile narrativo.

La narrazione **10D** è priva di figure retoriche ed anche lo stile ha poco di narrativo, infatti viene narrata al presente; tuttavia la protagonista della storia è molto ben deli-

neata nei suoi aspetti psicologici ed emotivi *“Sara si presenta molto timida al colloquio e restia nell’espore i problemi di salute”, “appare, al termine della visita, serena e sollevata”, “La ragazza appare molto più serena rispetto al colloquio precedente e molto più aperta nell’affrontare le proprie problematiche nel colloquio con il medico”*. Altrettanto ben presentata è tutta l’attività del medico dalla quale scaturisce la caratterizzazione del medico stesso quale personaggio della narrazione: *“il medico si prende tutto il tempo necessario per parlare con Sara”, “rassicura Sara”, “si sente in dovere di spiegare a Sara”, “confortata dalla dottoressa sul fatto che non sarebbe stata effettuata nessuna manovra invasiva o dolorosa”*.

L’ultima narrazione presa in considerazione, **12U**, è quasi satura di figure retoriche ma ha tutte le caratteristiche della cronaca piuttosto che della narrazione, infatti è scritta al presente e l’io narrante è assolutamente impersonale.

Lo studente appare nel suo ruolo di tirocinante solo alla conclusione della narrazione quando spiega apertamente che ha scelto questo specifico *“caso clinico”* perché ha *“percepito il profondo dolore psichico che la paziente vive”* e perché *“offre numerosi spunti di riflessione”*.

In conclusione troviamo un vero e proprio elogio di tutte le qualità personali e professionali del tutor. È curioso ma forse dal punto di vista didattico più importante di tutte le altre osservazioni, notare che praticamente tutti i contenuti cognitivi vengono espressi in questi ultimi periodi dove però non viene utilizzata alcuna figura retorica. Ecco forse la vera sfida per un formatore: riuscire a allenare le abilità narrative dei tirocinanti per dar loro la possibilità di comprendere meglio le narrazioni che ascoltano dai pazienti ma soprattutto di narrare meglio a

loro volta ossia, soprattutto nell'ambito della MG, dare il giusto tributo (anche linguistico) ai contenuti cognitivi pur senza sminuire quelli più pragmatici. Esempio di ciò che non dovrebbe essere è proprio questa narrazione in cui lo studente usa un linguaggio ridondante e sovrabbondante di figure retoriche per descrivere la situazione senza tuttavia riuscire a creare le emozioni e l'interesse sperato nel lettore ma non riesce o forse neppure prova a farlo con i contenuti cognitivi che lui stesso ritiene tanto importanti da essere raccolti in un paragrafo specifico. Dai risultati emersi dall'analisi del campione di narrazioni si può osservare in accordo con la letteratura che "il raccontare ed il raccontarsi consente di orientare lo sguardo su aspetti particolari dell'esperienza e sviluppare nel soggetto in formazione la capacità riflessiva. Il dispositivo narrativo permette di esplorare la dimensione cognitiva e affettiva dell'apprendimento, dell'insegnamento e del lavoro di cura, portando i partecipanti a riflettere sulla propria esperienza".

La narrazione dunque per gli studenti, costituisce un momento di riflessione sull'azione ma anche, nel momento in cui viene scritto il testo, rispondendo al mandato narrativo, richiede allo studente di ripensare alla pratica clinica e alla sua esperienza di apprendimento e di operare delle scelte su ciò che ritiene significativo in relazione alle finalità del compito.

Nel ripensare alle proprie esperienze nella pratica clinica durante lo stage, avviene un processo di attribuzione di significati, un processo quindi di riflessione e di interpretazione dei vari aspetti dell'esperienza pratica. Lo scrivere richiede di dialogare con le situazioni e i diversi significati ad esse attribuiti. Questo momento si offre quindi come occasione di riflessione nel corso dell'azione, come suggerisce Shon (Shon D.A 1993,

2006) e per questo può divenire esso stesso generatore di nuova conoscenza e di sviluppo di competenze professionali.

Più nello specifico delle narrazioni prese in esame, in base ai risultati ottenuti e qui esposti, nonostante la scarsa numerosità del campione, sono comunque emerse delle differenze di genere.

La prima, che si nota anche solo guardando la struttura dei testi, è che alcuni studenti e più frequentemente i maschi (narrazioni 2U, 3U e in qualche modo anche 12U) tendono a delimitare gli aspetti della descrizione del "caso clinico" e a separarlo dagli altri aspetti esistenziali del vissuto e dell'emozionalità del paziente e anche del contenuto esperienziale personale quasi mantenendo due contenitori separati e paralleli nella descrizione della situazione. Forse attribuendo un diverso livello di legittimazione a questo secondo campo. L'evidenziare questi aspetti potrà contribuire alla riflessione finalizzata a produrre miglioramenti nell'orientamento degli studenti rispetto alla preparazione delle future esperienze didattiche nell'ambito della Medicina Generale. In particolare, anche in base alle suggestioni offerte dall'approfondimento del metodo narrativo, nel sottolineare che entrambi i registri di lettura ed interpretazione dei vari aspetti della situazione sono pienamente legittimati, essi danno conto della complessità delle situazioni di cura e pertanto entrano a pieno diritto nell'ambito delle competenze professionali del MMG. Ma soprattutto sarà una occasione per sottolineare che la comprensione dell'esperienza del vissuto di malattia di pazienti e care-givers e degli stessi curanti è parte significativa della cura e dell'*expertise professionale*.

Altra differenza di genere che abbiamo potuto osservare riguarda lo stile narrativo e mette in evidenza come solo le donne usino

figure retoriche di pensiero.

Ma come utilizzare questi dati? Sicuramente sarebbe utile ed importante discuterne nell'ambito della formazione dei formatori ma di questo mi occuperò nel dettaglio nelle conclusioni.

CONCLUSIONI

Voglio qui riportare alcune osservazioni circa l'utilità e l'utilizzo della Medicina Narrativa nella formazione dei futuri MMG.

Nonostante il campione ridotto di narrazioni analizzate, si vede bene come gli studenti universitari siano talmente abituati ad una visione ospedalocentrica della medicina e del paziente, che danno per scontate tante cose rimanendo meravigliati davanti a situazioni che per la medicina territoriale rappresentano la quotidianità. Fondamentalmente rimangono meravigliati dal rapporto medico-paziente così diverso: è diverso il rapporto perché è diverso il lavoro del medico.

Altro risultato davvero eclatante per cui si può concludere che è un aspetto sul quale si può ancora lavorare tanto, è vedere come gli studenti siano ancora letteralmente abbagliati dall'impatto emotivo delle storie e quindi delle anamnesi, anche se loro non le riconoscono come tali, raccontate dal paziente nell'ambulatorio del MMG. Un impatto emotivo sicuramente molto diverso da quello creato dal racconto di un paziente durante il suo ricovero perché è necessariamente diverso il modo di raccontare del paziente: quest'ultimo infatti ha la possibilità di poter ripensare, rielaborare e rivivere la propria situazione emotiva in relazione alla propria patologia, il paziente che accede all'ambulatorio del medico di MG è una persona che invece continua a fare la vita di tutti i giorni e in essa deve integrare il proprio problema e la propria richiesta di salute sen-

za potersi fermare a riflettere sulla propria situazione e sulle esigenze che questa crea.

Per quanto riguarda l'obiettivo del lavoro di ricerca, seppur con tutti i limiti e le criticità già presentate (il campione ridotto, la tempistica, la distanza tra il mandato dato agli studenti e l'analisi fatta a posteriori delle loro narrazioni) che comunque allo scopo del *"dimostrare di aver appreso e di aver imparato ad usare lo strumento didattico"* non hanno tolto nulla, anzi forse hanno aggiunto, infatti dall'analisi sono emersi vari spunti di riflessione anche ulteriori rispetto a quelli che ho indagato e che avremmo pensato di trovare. Sicuramente il lavoro fatto può essere ampliato, allargando l'analisi a tutte le narrazioni disponibili o magari dando inizio ad un nuovo progetto di ricerca con la produzione di altre narrazioni scritte da altri studenti o magari altre esperienze didattiche con questi stessi studenti per poterle confrontare.

Altra conclusione che credo si possa trarre dai risultati ottenuti è che esiste la possibilità per il tutor di personalizzare l'attività didattica. Ma come? Sicuramente sottolineando l'importanza di stipulare il contratto formativo all'inizio del periodo di tirocinio e la sua rivalutazione successiva tra gli obiettivi posti e ciò che è stato appreso così da calibrare sempre meglio e sempre di più l'offerta didattica per il singolo studente.

La richiesta di un continuo feed-back da parte del tirocinante. Fondamentalmente così come si fa briefing e debriefing per far apprendere contenuti cognitivi ben precisi, anche il tutor ha bisogno di ritorno di informazioni da parte dello studente per poter raggiungere l'obiettivo della personalizzazione della didattica ed anche per poter acquisire ulteriori strumenti didattici man mano che il numero di feedback ed il numero di studenti aumenta. Tanti debriefing

da parte di tanti studenti diversi danno l'idea del tipo di formatore che sono e che i miei tirocinanti vedono in me ed in base a questo dare vita a quel circuito positivo che apre la via al miglioramento del formatore in quanto tale ma anche come medico e quindi quell'attività riflessiva che, come detto in precedenza, migliora la qualità del mio essere professionista.

A questo proposito si potrebbe rivalutare il ruolo del rapporto con lo studente nella formazione dei docenti poiché è da lì che scaturiscono le opportunità migliori per il formatore.

NB: alcune narrazioni tratte dalla tesi sono riportate a seguire.

Bibliografia

1) *Educazione e processi cognitivi*, Milano, F. Angeli, 1978, 198-199

2) P. Ricoeur, *Persona, comunità e istituzioni*, Firenze, Edizioni Cultura della Pace, 1994, 78

3) *Il quarto sapere* Piergiorgio Reggio 2011 guida all'apprendimento esperienziale Carocci

4) *Riflessioni sulla Qualità nell'Apprendimento Esperienziale*, A cura di Angelica Paci e Mario D'Agostino con il contributo attivo del team di facilitatori del progetto Grundtvig – Via Experientia: International Academy of Experiential Education.

5) *Fondimpresa, Guida alla Formazione Continua. I piani formativi nella grande impresa*, FrancoAngeli, Milano 2007

6) *Fondimpresa, Guida alla Formazione Continua. I piani formativi nelle PMI*, FrancoAngeli, Milano 2007

7) Barelli A., Scapigliati A., *Come insegnare in sanità, manuale teorico-pratico per formatori*, Carocci Faber

8) Ventriglia G., Turbil E., *Educazione continua in Medicina*, Elsevier Masson

9) (Garrino L. Gargano A., etc.... di professionista in formazione

Altri Riferimenti Bibliografici

Teorie dell'apprendimento

• Sinatti, *Teorie e modelli dell'apprendimento, Prospettive sulla formazione degli adulti all'inizio del nuovo millennio*

• Smith M.K., *L'apprendimento esperienziale di David A. Kolb: caratteristiche, problematiche e sviluppi*, trad. di Chiara Aruta, *Formazione-esperienziale.it*, marzo 2009

Medicina Narrativa

• Charon R. *Medicine, the novel, and the passage of time*. *Ann Intern Med.* 2000 Jan 4;132(1):63-8. College of Physicians & Surgeons of Columbia University, New York, New York 10032, USA.

• Elwyn G, Gwyn R. *Narrative based medicine: stories we hear and stories we tell: analysing talk in clinical practice*. *BMJ.* 1999 Jan 16;318(7177):186-8. University of Wales College of

Medicine, Cardiff CF4 4XN.

- • Virzì A., *Medicina Narrativa: cos'è?*, *Medicina Narrativa* n°1, 2011, 9-13

• • Vettore L., "Basi teoriche della Medicina Narrativa: le narrazioni nella pratica clinica", *Congresso Palmanova* 30.1.2010

- MS. Padula "Di casa in casa" Ed. Athena (2010)

Didattica

• Gadda R., "Le tecnologie didattiche per il bambino malato. Una ricerca sulla scuola in ospedale", pag1-4

• Moscato M.T., "Pensiero narrativo e uso didattico della narrazione. Un riflessione pedagogica"

• Pellery M., "Apprendere dall'esperienza"

• Consorti F, Potasso L, Toscano E., "The concept of medical professionalism of medical students: basic assessment for a cohort study", *Clin Ter.* 2012 Nov;163(6):e377-e386.
Hammer RR.

• An education that pierces what the knife cannot: a student perspective. *Anat Sci Educ.* 2010 May;3(3):151-3. College of Medicine, Mayo Medical School, Mayo Clinic, 200 First Street SW, Rochester, MN 55905, USA.

• Bertagna G., "Principi e metodi per una didattica narrativa", *Centro di Ateneo per la qualità dell'insegnamento e dell'apprendimento*

Retorica e analisi dei testi

• Knight L., Sweeney K., *Revealing implicit under standing through enthymemes: a rhetorical method for the analysis of talk*, *Medical Education* 2007; 41: 226-233

• Maneri M., *L'analisi del discorso*

• Howe A., Barrett A., Leinster S., *How medical students demonstrate their professionalism when reflecting on experience*, *Medical Education* 2009; 43: 942-951

APPENDICE

il testo delle narrazioni delle studentesse del corso di laurea di Medicina e Chirurgia di Modena utilizzate nella ricerca

NARRAZIONE 1D

È un mattina di marzo, il sole non ancora primaverile accenna un tiepido sorriso fuori dalle vetrate opacizzate dell'ambulatorio. È appena il primo di giorno di tirocinio e già mi sento pervasa dal tipico entusiasmo che sono solita avere ogni qualvolta intraprendo una nuova esperienza seppur, devo ammetterlo, velato da una lieve diffidenza. Forse perché non mi reco spesso dal mio medico di famiglia, forse perché mi aspettavo di dovere assistere a ripetitive consegne di ricette a pazienti anziani che reclamo periodicamente le loro medicine, forse perché dubitavo della validità che queste poche ore potessero avere nel mio personale percorso di futuro medico, tuttavia mi sono dovuta ricredere. Fin dal primo giorno ho visto molto più di quanto non si possa vedere in diversi giorni di ospedale, non tanto in termini di complessità della storia clinica del paziente, quanto piuttosto relativamente a tutto ciò che riguarda il "contorno" dello stesso includendo in tale definizione amici, parenti, badanti, traduttori, nonché i sentimenti del paziente stesso e il rapporto medico-paziente che gioca un ruolo basilare e imprescindibile nel contesto della medicina di base. Ero stata avvisata dalla mia tutor che avrei visto un ambiente molto diverso da quello col quale ero avvezza confrontarmi stando in corsia, ma mai avrei pensato di sentirmi a tratti addirittura come un'estranea di fronte all'intimità e alla familiarità che si veniva a creare in numerose occasioni nel corso della mattinata in quel piccolo ambulatorio.

Sono stata in particolare colpita da due casi così simili eppure così diversi tra loro, che mi hanno fornito uno spaccato realistico della quotidianità ambulatoriale nella quale il medico non aveva in alcun modo un rapporto di superiorità verso i pazienti, quanto piuttosto di disponibilità all'ascolto e all'aiuto, di complicità e soprattutto di umiltà.

Mamma Paola è una delle prime pazienti ad entrare nella piccola stanzetta dell'ambulatorio, a lei chiaramente molto familiare come si evince dai suoi gesti e dalla sua attitudine in generale; prima ancora di varcare la soglia della porta viene bruscamente scavalcata dalla figlia Alessia, affetta dalla sindrome di Down, la quale senza curarsi minimamente né di me, né della dottoressa, né tantomeno della madre, irrompe con prepotenza al centro della stanza, quasi ad annunciare la sua presenza. Sono ambigualmente colpita da quella figura da una parte fanciullesca, che nonostante i diciassette anni tiene fra le mani e a tratti in bocca un piccolo sonaglino da neonati che risuona ogni qualvolta vuole attirare l'attenzione, e dall'altra prepotente, tanto da scaraventare di colpo per terra tutto ciò che si trovava sul tavolo. Il suo era un atteggiamento di sfida verso gli altri, inclusa la madre, che subiva passivamente l'aggressività della figlia, aggressività che evidentemente costituiva l'unico modo che Alessia conosceva per potere comunicare. Paola è visibilmente in apprensione per il comportamento che la figlia assume nell'interagire col mondo intorno a lei, a tratti è imbarazzata e dal suo sguardo trapela quella che a tutti gli effetti è una richiesta di aiuto. Paola cerca allora di sedersi e contenere invano fi-

sicamente l'eccessiva esuberanza della figlia con un atteggiamento però di sconfitta, quasi sapesse di non potere fare assolutamente nulla per interrompere le digressioni di Alessia che nel frattempo si era messa a giocare per terra con le chiavi dell'ambulatorio cadute nel precedente impatto. La dottoressa guarda con compassione e premura Alessia, lasciandola giocare col suo nuovo elemento distrattivo e incoraggiando mamma Paola a non preoccuparsi per le chiavi, ma a spiegarle piuttosto il motivo della visita. Paola comincia a fatica ad elencare le richieste per le quali era venuta: la ricetta per i farmaci necessari a curare l'ipertensione del marito, l'impegnativa per i suoi esami del sangue di controllo, le numerose ricette per curare la sindrome della figlia che, sfortunatamente, soffriva anche di gravi crisi autolesionistiche e di epilessia. A un tratto, quando è il turno di elencare i suoi bisogni, il suo tono cambia bruscamente, divenendo più fiavole e più cupo, quasi non volesse farsi sentire da nessuno, quasi si vergognasse di avere anche lei dei bisogni. Dopo alcuni istanti di esitazione annuncia di volere richiedere un supporto emotivo per potere gestire la propria vita. Solo in un momento successivo la dottoressa mi spiega che erano già diversi mesi che cercava di convincerla ad accettare un supporto psicologico o per via privata o per via pubblica, nonostante le avesse più volte ripetuto i benefici che sarebbero conseguiti alla suddetta terapia. Alessia non è l'unica figlia di mamma Paola, la quale ha anche un figlio più piccolo, quasi adolescente e perfettamente sano, ma nonostante ciò rivela di percepire una forte ansia anche nei confronti di quest'ultimo, preoccupata che un giorno egli si debba assumere la responsabilità di occuparsi di Alessia, quando lei e il marito saranno vecchi e incapaci di adempiere a tale ruolo. Per lei ogni giorno si rivela come

una situazione critica, di difficile gestione, che la porta allo sfinimento e alla sensazione che la vita le sia "completamente sfuggita di mano". Ciò che emerge dal suo racconto è uno spiccato senso di inadeguatezza verso i due figli, soffocata dalla preoccupazione di non riserbare la stessa attenzione ad entrambi. In realtà Paola è una donna che evidentemente ha poca autostima di se stessa e necessita di un aiuto psicologico che la porti a ritrovare la sua integrità, la giusta prospettiva delle cose e le tolga quel senso di inadeguatezza e di continua ansia che lei percepisce, ansia che viene inevitabilmente trasferita alla figlia, inducendola poi ad approcciare tutto come una continua sfida. Paola ha un'aria stanca, affaticata, sconfitta, ha tentato per mesi di convincersi che era forte, che era capace di gestire tutto, ma anche grazie all'aiuto della dottoressa ha finalmente capito di dovere essere seguita da uno specialista. Quando Paola se ne va, sono profondamente turbata dallo spaccato di realtà così terribilmente cruda e così visceralmente intima di cui sono stata spettatrice e che mai mi sarei aspettata di vedere o che comunque potesse essere così intensa nell'ambito della realtà ambulatoriale.

Poche ore dopo Anna, mamma di Giulio, entra sorridente nella stanzetta. La dottoressa la accoglie facendola accomodare sulla sedia ed abbracciando affettuosamente Giulio, con la stessa premura con la quale aveva lasciato giocare Alessia ore prima. Inevitabilmente riaffiora subito nella mia mente il ricordo di mamma Paola, poiché Giulio è un diciannovenne autistico, la cui situazione è ben più grave di Alessia, come mi spiega la dottoressa al termine della visita. La sua corporatura è decisamente più imponente, è perfettamente in grado di capire ciò che gli viene detto, ma non parla e a volte emette degli urletti o si erode la ma-

no destra coi denti come una sorta di gesto per liberarsi della tensione e per tentare di comunicare. Risulta subito evidente come la gestione di un ragazzo come lui presenta problematiche maggiori rispetto a quella di una ragazza Down, sia dal punto di vista fisico che psicologico. Mamma Anna era venuta in ambulatorio per esporre un problema artrosico alla sua mano destra e per fare controllare sia i suoi valori della pressione sia quelli del figlio, che aveva accuratamente annotato in un piccolo quadernino da poco più di un mese, insomma una normale visita di follow-up. Ciò che però ha catturato maggiormente la mia attenzione è stato senza dubbio l'atteggiamento che Anna rivela nei confronti di Giulio. E' una mamma lavoratrice, a differenza di Paola, la quale invece si occupava tutto il giorno dei figli, quindi ha anche meno tempo da potere dedicare a se stessa e alla gestione di Giulio, in entrambe le famiglie i mariti erano presenti e intercambiabili, condividendo con le rispettive mogli le problematiche di gestioni dei figli e della routine familiare. Nonostante ciò Anna appare completamente diversa da Paola; anch'ella è una donna di mezza età, ma il suo sguardo e i suoi gesti lasciano trapezare un'infinita tranquillità, che sembra avvolgere anche Giulio seduto di fianco a lei. Il suo volto non ricorda minimamente quello della donna seduta nella stessa sedia ore prima, è un volto segnato dal tempo ma rilassato e calmo. Giulio ogni tanto si lamenta con i suoi caratteristici urletti, di fronte ai quali la madre non è spaventata o sconfitta, ma sicura e ferma, pronta a ricordare al figlio di non toccare gli oggetti dello studio. Giulio capisce e ubbidisce alla madre, tornando ad un atteggiamento di calma e serenità, viene contenuto dalla mamma Anna, senza usare la forza ma un semplice atteggiamento di fermezza, totalmente assen-

te in Paola, la quale veniva completamente ignorata dalla figlia poiché non era in grado di gestirla. Alessia aveva bisogno di qualcuno che la contenesse non solo fisicamente, ma anche e soprattutto emotivamente poiché di fronte ad una persona che le trasmette ansia, come fa inconsapevolmente la madre, lei stessa diventa più ansiosa e di difficile gestione.

Le due situazioni sono quindi profondamente diverse tra loro, pur coinvolgendo entrambe un figlio problematico, ma nonostante ciò l'aiuto del medico è stato fondamentale per potere aiutare le due famiglie ognuna in maniera diversa, ma avendo di mira il benessere della persona, il pieno rispetto verso l'altro, anche grazie all'evidente rapporto di fiducia che aveva unito non solo le mamme ma anche gli stessi figli alla dottoressa la quale, prima di essere un medico è soprattutto una persona e penso che siano proprio l'umanità e l'umiltà alla base del rapporto medico-paziente che più di ogni altra cosa ho potuto vedere e fare mie nel corso di questa breve ma preziosa esperienza. Un'esperienza che, devo ammettere, ha suscitato in me forti emozioni e mi ha ricordato uno dei motivi per i quali ho deciso anni fa di volere intraprendere la carriera di medico. Probabilmente tutti noi saremmo medici migliori in futuro se solo riflettessimo sul fatto che prima di essere medici, siamo innanzitutto esseri umani. D'altra parte, come affermò qualcuno "Non si cura una malattia, ma una persona; per fare questo chi cura non deve esimersi dal guardare negli occhi il suo paziente".

NARRAZIONE 2U

La signora M.F. di 55 anni, si presenta nell'ambulatorio del medico di medicina generale per un problema che da un po' di tempo la affligge. Riferisce infatti di accusa-

re dei dolori violenti al fianco destro, che si presentano periodicamente da circa un mese. I dolori si attenuano lievemente solo dopo l'assunzione di analgesici di media potenza come Tachidol e Contramal.

Il medico, quindi, vuole indagare l'origine di questo dolore e, dopo aver visitato la paziente, le prescrive esami ematochimici e delle urine per avere un quadro più chiaro della situazione. I risultati di tali esami non riportano segni di infezioni ma gli esami del sangue mostrano in modo evidente una riduzione della funzionalità renale (aumento della creatininemia). Il medico di base a questo punto si orienta verso una problematica urinaria e prescrive esami più approfonditi per il distretto urinario come l'eco delle logge renali e l'urografia. Gli esiti di questi esami sono chiari e la diagnosi del medico radiologo è quella di una ostruzione post-renale destra determinata da un ingocciamento dell'uretere destro.

Ripercorrendo la storia clinica della paziente, il medico ipotizza che la possibile causa di questo evento possa essere attribuita alla formazione di briglie aderenziali che hanno distorto l'uretere lungo il suo percorso. La paziente infatti nel 2001 era stata sottoposta ad un intervento di chirurgia maggiore nel distretto addominale per l'asportazione di cisti epatiche da echinococco.

Il problema attuale della paziente è perciò quello dell'ostruzione alle vie urinarie, che porterebbe inevitabilmente nell'arco di poco tempo, ad insufficienza renale e ad eventi infettivi come pieliti o pielonefriti settiche. Il medico di base, quindi, invia la paziente dallo specialista urologo per valutare questa situazione in modo approfondito. L'urologo propone in prima battuta l'applicazione di uno stent ureterale (doppio J) che garantirebbe il mantenimento della pervietà dell'uretere, lasciando secondaria l'ipotesi

di un intervento chirurgico vero e proprio. Lo stent ureterale, è uno strumento utilizzato per prevenire o risolvere rapidamente un quadro di ostruzione delle alte vie urinarie, e consentire il drenaggio dell'urina dal rene direttamente in vescica. Esistono molte tipologie di stent ureterali, ma tradizionalmente vengono usati dei dispositivi sagomati a doppio ricciolo (double J o double pigtail), che possono restare in sede fino a 6-8 mesi. I due riccioli, che rimangono uno nella pelvi renale e l'altro in vescica, assicurano il mantenimento della posizione ideale. La paziente non è pienamente convinta dell'efficacia di questo trattamento e torna così dal medico di base per un consiglio sulla decisione da prendere.

L'azione informativa del medico, in questo caso, si rivela decisiva. Con pazienza, gentilezza e tranquillità, il dottore spiega in modo chiaro e semplice le modalità di applicazione dello stent, puntando sul fatto che non sia una metodica particolarmente invasiva come può essere al contrario un intervento chirurgico addominale, poiché lo stent viene applicato per via endoscopica. Ovviamente vengono anche esposte le possibili complicanze fra cui: sanguinamento (di solito microematuria), dislocamento (raro con un doppio j), che potrebbe richiedere un riposizionamento sotto guida radiologica, infezioni e perforazione dell'uretere (gravissima complicanza). Viene poi descritto come in realtà questo stent rappresenti un presidio temporaneo, della durata massima di applicazione di sei-otto mesi dopo i quali deve essere tolto per rivalutare la situazione. Inoltre il medico spiega le conseguenze pericolose della situazione se non si interverrà tempestivamente. Il quadro infatti tenderà inevitabilmente a peggiorare, con dolori sempre più intensi e con il rischio di infezioni renali molto alto.

La paziente, dopo aver ascoltato con molta attenzione la spiegazione del medico, si convince con molta serenità che probabilmente l'applicazione del doppio J, come primo approccio alla sua patologia, è la soluzione migliore e decide così di procedere in questa direzione. L'ultimo incontro da me assistito vede la paziente riferire al medico di base di essere rimasta molto soddisfatta dall'intervento di applicazione dello stent, poiché i dolori sono scomparsi e la funzionalità renale è rientrata nella norma, come mostrato dal rientro dei valori di creatininemia nel range di normalità. Il medico, soddisfatto, propone infine dei controlli ecografici periodici.

NARRAZIONE 3U

Il giorno 24 novembre 2011 si presenta in ambulatorio del MMG la signora B. M. di 47 anni, paziente già nota in ambulatorio per svariati motivi.

La paziente in esame ha una storia clinica molto lunga alle spalle, è una forte fumatrice, è in evidente sovrappeso ed è portatrice di numerose patologie croniche, nella fattispecie:

- ipertensione, da vari anni la signora assume costantemente terapia antipertensiva
- diabete scarsamente controllato (emoglobina glicata al di sopra dei valori desiderabili)
- problemi gastrointestinali nella fattispecie frequente dispepsia e molto spesso disturbi dell'alvo
- depressione
- numerosissimi episodi di infezioni delle vie aeree (con cadenza quasi mensile) trattate con terapia antibiotica
- frequenti episodi di lombalgia trattati con farmaci antinfiammatori
- problemi di micosi ginecologica
- episodio di pubalgia
- asportazione di un polipo al livello della

cervice che le causava menometrorragie. Alla richiesta del medico di esporre qual è il problema la signora immediatamente inizia dicendo che da molti giorni il farmaco precedentemente prescritto per trattare la sua sindrome depressiva (citalopram) non era più efficace, la paziente riferisce che da tempo aveva difficoltà a dormire nella fattispecie lamentava un risveglio precoce al mattino oltre al fatto che durante la giornata si sentiva molto ansiosa con episodi di cardiopalmo.

Nella storia clinica della paziente vi sono numerosi episodi che mettono in luce delle turbe psichiche, in particolare qualche tempo prima, su consiglio del medico, dati i numerosi fattori di rischi per varie patologie cardiovascolari, aveva cercato di smettere di fumare ma in conseguenza di ciò aveva sviluppato una importante bulimia nervosa, aveva pensato di rimediare a questa astinenza cercando conforto nel cibo, in modo però del tutto sregolato e compulsivo, tale da far aumentare il suo peso di quasi 10 kg in poco meno di due mesi, motivo sufficiente secondo lei a farle riprendere l'abitudine al fumo. Inoltre in un precedente accesso in ambulatorio aveva confidato al medico che ultimamente erano insorti un bel po' di problemi coniugali tali da averla portata più volte vicina alla separazione con il coniuge. Il medico conoscendo la storia della paziente cerca quindi di capire la causa che ha scatenato questi nuovi problemi chiedendo con molto tatto se vi fosse nuovamente in famiglia qualche problema di recente insorgenza, la signora inizialmente non ha riferito problemi di sorta, ma poco dopo si è lasciata andare iniziando a parlare dello stato di salute di suo figlio. Ha raccontato quindi che a questo ragazzo di circa 13 anni è stato diagnosticato poco tempo fa il diabete di

tipo 1 ed è stato quindi costretto ad iniziare una terapia insulinica, detto ciò la donna ha iniziato a riferire l'aspetto della vicenda che più la turbava, cioè lei sostiene che è colpa sua, che è lei la responsabile di questa situazione in quanto ha trasmesso a suo figlio la malattia diabetica e per questo non si sente assolutamente in pace con se stessa, ritenendosi l'unica colpevole, la fonte del patologia del ragazzo.

Subito il medico le ha spiegato che il diabete non è una malattia trasmissibile né tantomeno ascrivibile ad una causa genetica ma la signora è apparsa fin da subito tutt'altro che convinta da queste parole continuando a sostenere che era lei la causa di tutto. Il medico allora con molta pazienza ha riprovato numerose volte a far cambiare idea all'assistita usando ogni tipo di mezzo a sua disposizione, aiutandosi con delle tavole di anatomia le ha ribadito che il suo diabete era di tutt'altro tipo rispetto a quello del ragazzo, sia come patogenesi che come approccio terapeutico, tuttavia dall'espressione della paziente i risultati sono apparsi molto modesti. Alla fine decide di sostituire il farmaco che la signora aveva assunto fino a quel momento con un altro leggermente più potente consigliando comunque alla donna di cercare di farsi una ragione relativamente a quanto accaduto ed evitando di addossarsi colpe che in realtà non hanno nessun fondamento, perchè ciò non avrebbe fatto altro che peggiorare il suo stato di salute mentale, ma anche perchè questa situazione non avrebbe consentito al ragazzo di attraversare questa delicata e particolare fase della sua crescita in un contesto familiare armonioso ed equilibrato, inoltre la invita, qualora avesse sentito il bisogno di parlare, di confidarsi con qualcuno, di ricevere un aiuto sul piano psicologico per cercare

di superare questo momento un po particolare, a rivolgersi a uno degli ambulatori di salute mentale presenti in città. Prima di congedare la signora il medico le ha rinnovato l'invito a smettere di fumare e a tenere delle sane abitudini alimentari al fine di cercare di perdere un po' di chili, ha infine rilevato poi il peso e la pressione che risultavano invariati dall'ultimo controllo.

CONSIDERAZIONI DELLA STUDENTESSA

L'aspetto che mi ha colpito di più in questo caso clinico, al di là di tutti problemi organici che la signora presentava, è l'aspetto psicologico. Questa paziente che già soffriva di un disturbo depressivo dovuto alla sua situazione familiare si trova ad affrontare questo nuovo problema della malattia del figlio, e se ne fa carico nel peggior modo possibile ovvero dichiarandosi responsabile dell'accaduto. Questo episodio le scatena quindi un netto peggioramento della sua sintomatologia. Il medico di medicina generale è costretto quindi ad assumere le vesti di uno psichiatra, ad indagare tra i problemi non solo fisici ma anche psicologici dei suoi pazienti cercando con un costruttivo colloquio di migliorare questa situazione di importante fragilità. Frequentando l'ambulatorio del MMG ho avuto la conferma del fatto che a differenza dello specialista il medico di famiglia si occupa della salute nel suo significato più ampio ovvero di stato di completo benessere fisico, si psichico e sociale e non semplice assenza di malattia.

Ho inoltre visto come il medico non si limita a fare una diagnosi e a prescrivere una terapia, ma offre al paziente varie opzioni sia farmacologiche che cliniche, accompagnandolo nella scelta di quella più efficace, al fine di stabilire un'alleanza terapeutica indispensabile per la soluzione del problema.

NARRAZIONE 4D

Il caso riguardante una donna che ho deciso di rielaborare è quello di una paziente del MMG presso il quale ho svolto il tirocinio e che chiamerò, con un nome di fantasia, Anna.

Anna è una donna di 46 anni con molti problemi; per questo, prima di incontrarla, scopro qualcosa in più su di lei. Da una breve anamnesi ottenuta dal medico e grazie alle informazioni trascritte sulla sua cartella elettronica, scopro che ha due figli adolescenti di 17 e 15 anni, ma non è sposata. Riferisce, in modo non ben precisato, di aver vissuto un'infanzia difficile; non ha un lavoro e tra le sue abitudini di vita è da segnalare un'abitudine tabagica importante (20-30 sigarette al giorno). Il suo compenso psicologico può essere definito labile, non stabile, ma continua ad accudire i figli, ricevendo assistenza, ormai da molto tempo, dai servizi sociali e dal SERT, oltre che dal suo MMG. Sono stati riferiti anche vari episodi di litigi con i vicini di casa, ma nonostante tutto, si è cercato di tenere unita la sua famiglia per amore dei figli.

Il primo episodio di scompenso si è verificato nel 2008, quando è stata coinvolta in una lite di vicinato, accusando una vicina di aver sedotto i propri figli. In seguito a questo episodio, cambia casa e trova anche un lavoro temporaneo, ritrovando così almeno in apparenza un certo equilibrio.

Nel 2009 poi, la sua storia viene segnata anche da un problema clinico rilevante: le viene diagnosticato un tumore al seno; pare che la malattia, anziché abbattere Anna, le abbia dato una forza interiore e una volontà di vivere a pieno la sua vita, fino a quel momento sconosciute. Questa nuova condizione mette Anna su un piano diverso rispetto alle altre persone, perché lei si trova a com-

battere contro una malattia pesante, difficile da accettare, ed è come se questa situazione la mettesse in luce agli occhi delle persone che la circondano e della società; Anna, così, acquista una sorta di "prestigio" presso i conoscenti, si sente riempita di attenzioni, accettata e valorizzata. Viene sottoposta all'intervento chirurgico e segue tutte le terapie, che sopporta senza problemi, ma gradualmente la situazione cambia.

Iniziano a nascere in lei pensieri ossessivi (come il timore e la convinzione di essere osservata e giudicata dai vicini) accompagnati da compulsioni; di conseguenza, Anna si isola, non mangia più e non accudisce nemmeno i figli. Pertanto, la scorsa estate, interviene l'assistente sociale, in collaborazione con il MMG. Viene intrapresa una strategia di intervento graduale, proponendo soluzioni che possano alleviare le difficoltà del momento, come la consegna di pasti, ma da parte di Anna c'è totale indifferenza. Sono quindi interpellati anche il CSM e il Centro Minori e viene presa la decisione di allontanare i figli, dandoli in affido in un'altra città, in modo da poter ricoverare Anna presso una casa di cura. Anna, però, inizialmente rifiuta, mettendo così in difficoltà tutti gli operatori che stanno cercando la soluzione migliore per lei e la sua famiglia; sarebbe possibile fare un TSO, ma si decide di aspettare. Il MMG, che la conosce ormai da molto tempo, la va a trovare a casa, le parla, le spiega i motivi della loro decisione di allontanare i figli e proporle un ricovero e, dopo un iniziale rifiuto, Anna si convince e viene ricoverata per un periodo presso una casa di cura.

Dopo essere stata dimessa, passa una fase relativamente tranquilla, durante la quale però insorgono nuovi problemi, ed è in questo momento che per la prima volta la incontro. Anna ci racconta di sentire un'an-

sia che non riesce a spiegare, che la opprime e che non sa come gestire. Le reazioni a questo stato ansioso sono diverse, infatti ha continui sbalzi del tono dell'umore e appare a volte calma, a volte agitata. Quando la incontro personalmente, è tranquilla e appare abbastanza curata nell'aspetto, ma è evidentemente provata dallo stato emotivo che vive: tiene spesso lo sguardo basso e cambia posizione sulla sedia, come a mostrare disagio. Pertanto, si evince in Anna una grande inquietudine riguardo alla propria condizione, al non riuscire a trovarvi una spiegazione e, nonostante l'ottimo rapporto di fiducia con il suo medico che la porta sfogarsi, sembra quasi far fatica ad esprimere a parole il suo stato d'animo.

Da questa sofferenza che non si risolve emerge la necessità di un nuovo ricovero in una struttura psichiatrica per cercare di stabilizzare la paziente. Ora Anna è ricoverata e questa volta non è stato necessario insistere in questa direzione, ha capito la necessità di ritrovare una stabilità emotiva per lei, per la sua salute fisica e mentale, ma anche per i suoi figli, che sono ormai lontani da lei da alcuni mesi.

Questo caso mi è sembrato esemplificativo di come, nella gestione dei pazienti a domicilio di cui si occupa un MMG, possano emergere patologie diverse che si intersecano tra loro andando a minare non solo la salute del paziente, intesa come salute fisica e mentale, ma anche la sua vita familiare e di relazione. Pertanto, il MMG diventa una figura di riferimento, dato che conosce il paziente da tempo, e può essere, com'è stato in questo caso, l'ago della bilancia in decisioni difficili per il paziente, il quale si fida del suo medico e lo ascolta. Io ho vissuto questa storia come uno spettatore esterno perché non avevo mai incontrato Anna prima di allora

e mi sono resa conto di come sia complesso interagire in modo efficace, con poco tempo a disposizione, con un paziente particolare in cui la compliance diventa fondamentale. Instaurare ogni giorno un'alleanza con il paziente diventa quindi una necessità, soprattutto nel momento in cui il quadro si complica e il medico può essere un punto di riferimento per il suo paziente.

NARRAZIONE 5U

La storia della signora L.P. inizia quando nel lontano 1986, a soli 21 anni ha perso la madre per un linfoma non Hodgkin, dopo ben 8 anni di cure con chemio – radio – interventi chirurgici per lottare contro questo male. Da questo evento la signora ne è uscita relativamente bene perché da lì a due mesi avrebbe dato alla luce il suo primogenito. Il bambino è nato e aveva gravi difficoltà respiratorie e così è stato trasferito in neonatologia. È stato tre giorni in rianimazione e poi è stato dimesso da quel reparto. È stato molto difficile per la signora superare prima la perdita della madre ed in quel momento vivere la sofferenza del figlio appena nato tant'è che questi eventi sono rimasti invariati nel loro forte significato in tutti questi anni. Per fortuna dopo una settimana il bambino ha cominciato a rispondere alle cure e lentamente, con tanta paura per gli eventuali danni ipossici cerebrali, la situazione è andata normalizzandosi. Il forte impatto di queste tristi circostanze sulla vita della signora si è manifestato con un progressivo aumento di peso, dai 59 kg iniziali fino a 90 kg per poi arrivare oggi a pesare 133 kg. Il problema dell'obesità, da tutti visto come un disagio estetico, è molto più importante di quanto si pensi. Infatti tale patologia ha comportato alla signora l'inizio di una serie di dolori articolari fino ad arrivare circa 10 anni fa ad una distorsione del

.....

ginocchio destro con lesione totale del legamento crociato anteriore, ed avrebbe dovuto subire un intervento, ma a causa della sua obesità le è stato sconsigliato. L'eccesso di peso naturalmente ha portato dei problemi sull'apparato osteo-muscolare assiale deputato al mantenimento della stazione eretta, infatti 7 anni fa, le viene diagnosticata una lombosciatalgia importante, con deficit funzionale gravi. Le venne prescritto Voltaren + Muscoril + fiale di Urbason i.m, tutto ciò senza alcuna protezione per lo stomaco. Infatti dopo un mese e mezzo sono comparsi inizialmente sintomi aspecifici quali episodi presincopali, gastroalgia, nausea, che l'hanno costretta a ricoverarsi nel policlinico presso il reparto di gastroenterologia. Gli accertamenti eseguiti sono stati Eco Addome ed gastroscopia con biopsie. Nel frattempo ha sviluppato una forte ansia ed insonnia, per questo motivo ha cominciato una terapia ansiolitica con Alprazolam e tritico per 1 settimana. Il referto della gastroscopia parlava di ulcere gastro-esofagee, inoltre alla signora è stata trovata ernia iatale e malattia da reflusso gastro-esofageo. Fu impostata questa terapia: Omeoprazen, 3 volte al dì, 10 gocce di Alprazolam e gli fu consigliato di rivolgersi ad uno psichiatra. Infatti le fu impostato anche un trattamento mirato per l'ansia ovvero: 1 cps al giorno di Cipralex, 3 volte al dì 15 gocce di Alprazolam ed in più una psicoterapia per quattro mesi con una seduta settimanale. Dopo 8 mesi di terapia finalmente la signora comincia a sentirsi meglio sia dal punto di vista gastrico che ansioso. Circa quattro anni dopo comincia a lamentare una sensazione di fatica a camminare, fiato corto e edemi declivi così decise di andare dal medico di famiglia che misurandole la pressione arteriosa constatava 165 la massima e 115 la minima. Il MMG prescrisse così un'associa-

zione di due farmaci diuretici ed ace-inibitori da prendere una pastiglia al mattino. La terapia ha funzionato e la signora ne ha tratto un grande beneficio. Purtroppo c'è stato il secondo grande dispiacere, morì il cognato di soli 43 anni per un tumore del polmone. È questo ha fatto sì, che tornasse di nuovo un po' di ansia, infatti il MMG ha subito prescritto le gocce di Alprazolam da prendere. La vita della signora è cambiata molto. Ogni cambio stagione lamenta gastralgia e cattiva digestione. Ogni malessere lo vive amplificato, appena si sente male comincia l'ansia. La perdita prematura della madre, e le complicanze importanti del primogenito ad un'età così giovane hanno inevitabilmente alterato in maniera significativa l'equilibrio psico-fisico della signora che ora mai vede qualsiasi dolore o malessere come l'inizio di una malattia incurabile, e ciò la porta a vivere in un continuo stato ansioso. Tutto ciò si riflette in un anormale tentativo di trovare riparo nel cibo. L'obesità le ha portato una serie di alterazioni che inevitabilmente le hanno cambiato la vita, infatti la signora ha abbandonato ogni genere di attività sportiva che in gioventù praticava con risultati eccellenti anche in ambito nazionale, per far posto alla sedentarietà che ha peggiorato ulteriormente il quadro clinico. L'obesità è una patologia metabolica le cui ripercussioni si fanno notare soprattutto a carico osteo-muscolare, psichico, sistemico (ipertensione, diabete ed aterosclerosi), e la signora rappresenta il prototipo del paziente obeso ovvero molto impegnativo che necessita di un approccio multidisciplinare. Queste ripercussioni dell'obesità hanno portato la signora a modificare la sua vita sociale. Si percepisce il disagio nel dialogare con le persone dovuto ad una insicurezza legata al peso eccessivo, si sente quasi un senso di inferiorità. Credo che il medico

non si debba soffermare solo su problematiche organiche della malattia, ma bisogna celare tutto quel mondo oscuro e nascosto che galleggia nell'intimo del malato perché spesso è alla base di tutti i suoi problemi. La signora ha sicuramente bisogno dell'appoggio e della comprensione di tutta la famiglia per superare le sue difficoltà, e sicuramente ad orchestrare il tutto in maniera armonica credo che sia indispensabile come direttore d'orchestra il Medico di famiglia, che a differenza di psicologi e psichiatri, è l'unico che conosce bene i componenti della famiglia nonché le dinamicità di quest'ultima.

NARRAZIONE 6D

Erano circa le 16:30 del mio penultimo giorno di tirocinio dal medico di base. Entra una ragazza... non la conosco personalmente, ma di vista sì. Per tutto il tempo del tirocinio mi sono sentita combattuta tra gli aspetti positivi e quelli negativi del fare il tirocinio in uno studio medico del proprio paese, dove, bene o male, si conosce il cinquanta per cento dei pazienti che si presentano ogni giorno. Questa ragazza la conosco dalle medie...prima di tutto perché per me è sempre stata bellissima e io ho sempre desiderato avere dei lineamenti come i suoi! Poi la conosco perché ha avuto una figlia quando era molto giovane...verso i 18 o 19 anni, e queste cose in paese si sanno subito. E terzo perché è nipote di una signora che mia madre conosce molto bene, avendo spesso assistito sua figlia, una bimba con paralisi cerebrale nata il mio stesso giorno e purtroppo morta da un po' di anni.

La riconosco subito quindi, grazie a quel suo viso inconfondibile e ancora stupendo! È con la prima figlia, che avrà circa 10 anni ormai. Di lei so anche che si è sposata, che ha avuto un altro figlio e che lavora in pizzeria.

Poiché viene per un dolore muscolare al cingolo superiore il medico la invita a sedersi sul lettino e a svestirsi...già avevo notato quanto fosse magra, ma svestita lo noto ancora di più e il mio primo pensiero è "Ma perché è così magra accidenti?!? Le basterebbe mettere su un po' di chili e sarebbe perfetta!". Trovo davvero difficile accettarlo! credo a causa dell'immagine mentale di perfezione che ho sempre attribuito a questa ragazza. Anche il medico comunque le dice che dovrebbe ingrassare un po' e lei risponde che ci prova ma non riesce.

Il dolore è un dolore muscolare di verosimile origine posturale, quindi non preoccupante... mi colpisce però che il medico le chieda come va il controllo degli attacchi di panico. Lei risponde che continua ad averli ed è a questo punto che il medico, con fare paterno ma assolutamente deciso, le dice "Sappiamo tutti e due il perché di questi attacchi di panico!" ed è così che vengo a conoscenza di un difficile rapporto in famiglia causato da una zia del marito, che ha generato molti problemi fin dal loro matrimonio, dove una grossa lite ha causato danni economici addirittura al ristorante del ricevimento. La ragazza non si sbilancia in giudizi, soprattutto per la presenza della figlia nello studio, ma lascia intendere che il problema risiede proprio in quello, dicendo, abbattuta, "Io non lo sapevo che sposando lui avrei sposato tutta la famiglia!".

La visita perciò si conclude con la prescrizione di miorilassanti e FANS per il dolore muscolare e con la continuazione della terapia per gli attacchi di panico, seguita però dal vivace consiglio del medico di risolvere questa situazione così stressante per la ragazza tentando una maggiore autonomia dalla famiglia del marito.

Rimango perciò un po' costernata da questa esperienza, dove ho visto il realizzarsi del

.....

futuro di una ragazza che anni fa consideravo destinata a una vita splendida per la sua bellezza e che invece, sebbene probabilmente realizzata nella sua vita di sposa e di madre, convive con problemi relazionali che si ripercuotono sulla sua salute.

NARRAZIONE 8D

Una donna di circa trent'anni, alta, snella, bionda ed estremamente curata che mi impressionò subito per il suo sguardo fiero, il quale mi sfiorò solo per un istante.

Il dottore la salutò calorosamente con una stretta di mano decisa e mi presentò a lei; già dalle prime battute del dialogo si intuiva una certa confidenza, indice di numerose visite da parte della donna, la cui natura non mi era ancora chiara.

Dal dialogo emerse una donna dal carattere forte, ambizioso; schiena eretta, mento alto anche se il viso lasciava trasparire un lieve e quasi impercettibile timore.

l'impiego era presso uno studio legale come avvocato, intuì inoltre che conviveva con un compagno, anche se notai una certa evasività nel parlare degli affetti.

Dopo qualche minuto di conversazione il dottore le chiese se le andava di raccontarmi la sua storia.

Il suo sguardo si spostò verso il basso e il volto cambiò radicalmente, apparendo malinconico, ma solo per un secondo, passato il quale mi guardò e cominciò a parlare con voce calma e ferma.

A. R. due anni fa, all'età di 31 anni, in seguito al riscontro di un nodulo mammario durante l'autopalpazione si era recata dal medico di medicina generale, il quale dopo la visita decise di prescriverle una mammografia. L'aspetto radiologico della lesione risultava indicativo di una forma maligna, e l'indagine biotica confermò tale ipotesi. Era la prima in tutta la sua famiglia ad ave-

re un problema come questo. Gli ulteriori accertamenti fatti in seguito fecero emergere un quadro limitato all'aggressione locale. Venne eseguito un intervento di quadrantectomia e successivamente alcuni cicli di terapia antineoplastica. I successivi controlli avevano dimostrato una guarigione completa dalla neoplasia e ad ora non vi era alcun segno di ripresa della patologia.

Rimasi impressionata dal tecnicismo e dalla scrupolosità del racconto, indice di una persona molto consapevole ed informata, pienamente conscia e parte attiva del proprio percorso diagnostico-terapeutico.

Nonostante il quadro rassicurante la paziente mi riferiva di non essersi più sentita in maniera equiparabile al periodo antecedente alla patologia; da quando le era stata diagnosticata la neoplasia riferiva astenia, cefalea, difficoltà nella concentrazione e nelle attività che richiedessero notevole impegno mentale.

Mi impressionò la prontezza con la quale precisò che aveva sopportato fino a quel momento quei disturbi che, nonostante potessero sembrare banali soprattutto rispetto a quello che aveva passato, la limitavano notevolmente nelle sue attività quotidiane, quasi a volersi giustificare di questo momento, che agli occhi della paziente poteva sembrare di debolezza.

Ora era tornata per mostrare i risultati degli esami del sangue prescritti dal medico.

“Come pensavo, hai una considerevole anemia” sentenziò il medico, che confrontando gli esami attuali con quelli antecedenti, diligentemente portati dalla paziente tutti in buste separate, poté constatare che la paziente aveva questo problema già da parecchio tempo.

Ora restava da capire il motivo di questa anemia, probabilmente insorta durante la terapia antineoplastica e mai regredita.

Nell'istante in cui il medico le chiese di accomodarsi sul lettino per la visita tentennò qualche istante; era certamente abituata ad essere visitata da medici, dunque immaginai che questa insicurezza derivasse dal trauma psicologico subito dopo l'intervento. Il risultato estetico di un intervento di quadrantectomia senza complicanze può essere definito più che soddisfacente da qualunque chirurgo, senza però considerare il trauma subito dalla parte del corpo simbolo di femminilità e maternità, e l'elaborazione di tale trauma da parte della donna che spesso dopo si sente e si vede diversa, cambiata.

All'esame obiettivo polmonare il murmure vescicolare risultò fisiologico su tutto l'ambito polmonare; all'esame obiettivo cardiologico i toni risultarono puri, le pause libere e il ritmo sinusale; all'esame obiettivo addominale l'addome risultò trattabile e non dolente, non erano apprezzabili masse né epatosplenomegalia.

La paziente riferì di non aver notato modificazioni di frequenza e quantità delle scarie alvine o del colore delle feci.

"Mi sembra che il problema non sia nel tratto gastrointestinale, tuttavia sarà meglio farvi fare un esame del sangue occulto nelle feci o magari una colonscopia. Dagli esami ematochimici potrei anche escludere un quadro di interessamento midollare. Quand'è che hai il prossimo controllo dall'oncologo?"

"Tra poco" rispose lei, che mostrava i primi segni di cedimento.

"Non devi aver paura, andrà tutto bene, la malattia non sta dando segni di ripresa"

Il resto del colloquio si svolse nel vano tentativo di tranquillizzare la paziente che cominciava a manifestare tutto il timore e l'ansia fin a quel momento tenuti distanti da sé, quasi riguardassero qualcun'altra. La voce era tremante e gli occhi mi parvero inumiditi. Pareva quasi una donna diversa da

quella entrata poco tempo prima in ambulatorio. Non fece domande, le risposte le aveva già cercate e trovate da sola. Il tutto si riduceva ad una forte agitazione associata ad altrettanta rassegnazione. Si limitò per lo più ad asserire alle rassicurazioni del medico; ma per quanto tentasse di mantenere un aspetto impassibile, a tratti l'agitazione fuoriusciva in gesti rigidi e parole dal tono più acuto, ma solo per brevi istanti. In ogni caso non pianse mai, non cedette mai.

Il colloquio si concluse poco dopo con la prescrizione di alcuni esami, mentre A. R. lentamente si ricomponeva, quasi confortata dal potere tornare al solito distacco con cui pareva affrontare la propria salute. Così la osservai mentre usciva a testa alta dall'ambulatorio.

Nello stesso momento in cui chiuse la porta feci un gran sospiro, quasi a voler allontanare da me tutte le emozioni che avevo provato attraverso i polmoni. Rimasi in silenzio qualche secondo per rimettere in ordine e i pensieri che si accavallavano l'uno sull'altro e per distendere i muscoli che si erano contratti durante il racconto.

Una donna dalla vita apparentemente perfetta e rigorosa, che improvvisamente di scontra con la totale mancanza di logica e prevedibilità: il tumore.

Una donna dal carattere così forte ed orgoglioso che si trovava ad affrontare una sfida in cui aveva speso tutte le forze che aveva, e forse si sentiva consumata. Una profonda sfiducia traspariva dai suoi occhi, attraverso quel gelo.

Le domande che non fece mai si insinuavano nella mia mente come un tarlo:

"Qual'è la probabilità che la mia malattia si manifesti di nuovo? E se succedesse quanto mi rimarrebbe da vivere?"

“Potrò mai pensare di avere sconfitto davvero la malattia? Riuscirò mai a superare la paura delle recidive?”

“Riuscirò mai ad avere un figlio dopo la terapia che ho fatto?”

Dubbi e paure che aveva affrontato da sola, quasi a volere nascondere quell'unica manifestazione di debolezza. Dubbi e paure risvegliate dal controllo oncologico che avrebbe dovuto fare di lì a breve e che, nuovamente, la metteva di fronte alle sue paure, alle sue debolezze, alle sue incertezze.

Difficile per un medico cercare di penetrare questa rigidissima corazza.

Il ruolo del curante talvolta risulta non essere limitato alla salvaguardia e tutela della salute, ma può anche essere una figura di guida attraverso il complesso labirinto di sentimenti che si manifestano associate ai dolori del corpo.

Per donne spaventate dalla perdita del controllo a fronte di una patologia, donne con caratteri forti e poco inclini a chiedere aiuto, è il curante tramite la propria empatia a dovere interpretare le parole non dette dalle pazienti. In caso contrario queste rimarranno inconsapevolmente incomprese dal loro medico che invece ha il compito di garantire e promuovere la salute fisica e mentale di ogni paziente in ogni suo aspetto.

NARRAZIONE 9U

Con un sorriso entrò nell'ambulatorio. Una ragazza giovane sulla trentina, lineamenti medio-orientali, ben coperta per il freddo, una mano fasciata. Attese la fine della telefonata del medico, poi, con un accento straniero spiegò il motivo della sua visita. Il medico la fece accomodare al lettino per controllare la fasciatura. Aveva l'aria di una semplice fasciatura di una contusione o al massimo una frattura al polso. In realtà la benda era il sintomo di un dolore ben

più profondo. Suture ai polsi. I medici legali li chiamano “tagli di prova”, tentativi di suicidio o solamente segni di una malinconia non troppo celata. Comunque un campanello d'allarme, un richiamo per i familiari, ma non solo, anche per il medico di famiglia. Il medico che doveva curarla questa volta era arrivato tardi.

Iniziò la conversazione: la giovane marocchina era la compagna di un tossicodipendente e spacciatore. Anche lei abusava di sostanze, si trovava in Italia senza una famiglia e senza un aiuto “sano”. Faceva affidamento ad un lontano parente che la andava a trovare ogni tanto, quando riusciva a liberarsi dal lavoro. Il legame che c'era tra i due era qualcosa di speciale, lei sapeva di potersi fidare solo di lui e lui sapeva del suo disperato bisogno di essere ascoltata. Inconsciamente si stava confidando anche con noi. Ci spiegò della sua indole a seguire i “mali giri” come li chiamava lei, di come fosse affascinata da quel ragazzo che l'aveva trascinato nel buio. Ci spiegò che voleva reagire, aveva smesso con le droghe, ma si sentiva fragile, sola, indifesa contro un mondo che le aveva riservato una vita non troppo facile. Tutti vedevano la sua fragilità, compresi io e il suo medico. Un percorso difficile: rimettersi in gioco e dimenticarsi degli ultimi vent'anni di vita vissuta, era questa la terapia del curante. La ragazza avanzò la proposta di un ritorno in patria, per ritrovare la sua famiglia, le sue radici e rimanere in un ambiente sicuro, confortata da quell'affetto che forse mai aveva ricevuto, e di cui mai come ora né avvertiva un disperato bisogno. Questo sembrò un inizio giusto. Il medico le sconsigliò di parlare con la famiglia delle sue lesioni e del suo passato in Italia, ma piuttosto avrebbe dovuto cercare di riallacciare i rapporti familiari per poter andare avanti, ricrearsi una vita e non sentirsi più sola. Sicuramente

l'allontanamento dai suoi problemi e dalle cattive amicizie le avrebbe fatto di certo bene. La ragazza sorrise ancora e disse di essere fiduciosa sul suo futuro. Disse che non si sentiva più tanto sola soprattutto da quando aveva scoperto di poter parlare liberamente con il suo medico, da cui non si sentiva giudicata ma aiutata e capita nonostante il suo passato che persino lei stessa avrebbe voluto cancellare.

NARRAZIONE 10D

Sara C. è una ragazza di 14 anni che si presenta, accompagnata, allo studio del proprio Medico di Medicina Generale. Sara viene accompagnata dalla sorella maggiore e dalla madre, che deve assentarsi prima della visita per tornare al lavoro essendoci ritardo nella tabella degli appuntamenti. La sorella "accompagnatrice" risulta essere figlia di madre comune ma di padre differente, deceduto due settimane prima per cause improvvise. Sara si presenta molto timida al colloquio e restia nell'espone i problemi di salute che l'hanno condotta dal Medico. La sorella, conoscendo i problemi di Sara, intercede spesso per lei. Il problema principale manifestato dalla ragazza risulta essere un'epigastralgia di ndd in trattamento con Omeprazolo da 4 gg. La dottoressa visita Sara, che manifesta dolore alla palpazione in sede epigastrica. Riferisce alvo e diuresi nella norma. Dieta invariata. La dottoressa rassicura Sara riguardo a questa problematica, consigliando degli integratori intestinali in associazione con l'Omeprazolo che, nei primi giorni di terapia, non sembra aver sortito particolare beneficio. La dottoressa consiglia a Sara di continuare comunque con la terapia perché troppo presto per valutare un eventuale inefficacia del farmaco.

[La decisione di non modificare la terapia da parte della dottoressa potrebbe esse-

re giustificata dal fatto che, molto probabilmente, l'epigastralgia di Sara potrebbe essere ricondotta alla particolare situazione psicologica ed al difficile momento familiare che la ragazza si trova ad affrontare. A questo proposito, la dottoressa aveva già consigliato, in corso di visita precedente a cui era presente anche la madre, la possibilità di far incontrare Sara con una Psicologa.]

Parlando del mancato beneficio sortito dalla terapia con Omeprazolo, la sorella interviene facendo presente che Sara, da un mese, assume la pillola estroprogestinica, pensando che questa possa interferire sull'effetto del primo farmaco. La dottoressa decide perciò di indagare anche questo secondo aspetto. Sara riferisce di aver fatto una visita al consultorio dove le è stata prescritta la pillola Kipling, a scopo contraccettivo. La dottoressa si sente in dovere di spiegare a Sara che è molto importante l'aderenza alla terapia perché il farmaco sia efficace e che tale terapia non protegge da eventuali infezioni a trasmissione sessuale. Inoltre, la dottoressa ritiene che la pillola prescritta possa non essere particolarmente adatta ad una ragazza così giovane, essendo costituita da dosi di principio attivo più alti rispetto ad altri farmaci di pari efficacia. La ragazza ha già in programma una visita ginecologica, in sede della quale farà presente questo aspetto.

Indagando altre eventuali problematiche, Sara si presenta particolarmente timida nell'espone un'ulteriore disturbo. Durante il colloquio Sara cerca spesso lo sguardo della sorella che, percependo la sua difficoltà, interviene esponendo il problema. La sorella riferisce che nell'ultima settimana Sara ha dolore durante la defecazione. La dottoressa si rivolge allora a Sara, cercando di indagare il disturbo con domande chiuse e specifiche, così da facilitare la ragazza nell'espo-

sizione del problema. Oltre al dolore viene riferita frequente presenza di sangue conseguente a piccole lacerazioni a livello anale. La dottoressa chiede a Sara di poterla visitare. La ragazza dapprima si rifiuta, ma viene convinta dalla sorella e confortata dalla dottoressa sul fatto che non sarebbe stata effettuata nessuna manovra invasiva o dolorosa, ma una semplice visita esterna per individuare il problema. All'ispezione si rilevano piccole ragadi anali per le quali la dottoressa indica l'applicazione topica di una crema. [La dottoressa decide di non inviare Sara ad una visita proctologica specialistica, avendo riscontrato numerose problematiche da parte della ragazza nell'affrontare questo tipo di disturbo. Inoltre il medico non vuole scaricare sulla paziente ulteriori preoccupazioni, dato il difficile momento che la ragazza sta attraversando. Decide perciò di rivedere Sara dopo 7 giorni per fare un resoconto di tutte le problematiche venute alla luce durante la visita.]

Al termine dell'incontro, la dottoressa si mostra molto disponibile nei confronti di Sara e la rassicura dicendole che può presentarsi in ambulatorio in qualsiasi momento, qualora ne avesse avuto bisogno, anche solo per una chiacchierata. La ragazza timida e spaventata all'inizio, appare, al termine della visita, serena e sollevata.

La settimana successiva Sara si presenta all'appuntamento accompagnata dalla madre. La ragazza appare molto più serena rispetto al colloquio precedente e molto più aperta nell'affrontare le proprie problematiche nel colloquio con il medico. La madre comunica alla dottoressa che Sara ha iniziato le sedute dalla Psicologa, come da lei consigliato, ed è la ragazza stessa a confermare di trarre grande beneficio da questi incontri. La ragazza afferma di aver notato un netto miglioramento anche degli altri sintomi, la

scomparsa dell'epigastralgia e un miglioramento della sintomatologia dolorosa durante la defecazione. Nonostante un netto miglioramento delle condizioni generali di Sara, la dottoressa dedica comunque molto tempo alla visita ed al colloquio che si conclude con il congedo della paziente, e della madre, che appaiono molto più sollevate e rasserenate.

Conclusioni: Data la giovane età della paziente e l'assenza della madre durante il primo colloquio,

il medico si prende tutto il tempo necessario per parlare con Sara dei problemi, fisici e psicologici, che l'affliggono, cercando in questo modo di guadagnare la piena fiducia della ragazza. In questo caso è chiaro come il ruolo del Medico di Medicina Generale non sia solo "sanitario" ma anche "sociale": il medico deve preoccuparsi non solo dello stato di salute dei propri assistiti, ma deve indagare altre problematiche di fondo che, molto spesso, possono essere proprio la causa scatenante dei disturbi del paziente. Fare una visita accurata, evidenziare i problemi principali del paziente ed impostare un corretto percorso diagnostico-valutativo, mostrarsi disponibili ad ascoltare ed aiutare il paziente e, non meno importante, guadagnarsi la fiducia dell'assistito, sono compiti non sempre facili del Medico di Medicina Generale.

NARRAZIONE 12U

Il fascino della medicina è senza uguali, non esistono termini di paragone da porre a confronto tale per cui è facile e spontaneo scegliere la professione medica come percorso di vita e lavorativo. Tuttavia devo anche ammettere che durante gli anni del corso accademico spicca in maniera preponderante la bellezza delle conoscenze mediche lasciando poco spazio ad altro, tanto che a

volte sembra quasi che la medicina sia una scienza pura, solo fine a se stessa e così anche sembra scivolar via, quasi in maniera impercettibile, la consapevolezza degli effetti che tal arte induce sull'animo e sulla psiche delle persone. È forse un concetto scontato, ma di innegabile rilevanza, ancor più se si considera che la Medicina è nata e si è sviluppata come scienza finalizzata ad alleviare le sofferenze umane.

Per tal motivo ho scelto di esporre un caso clinico riguardante una donna affetta da malattia psichiatrica, la cui vita è stata stravolta, corrosa e consumata dall'incoercibile paura di potersi ammalare.

A.L.R. è una donna che nasce negli anni sessanta, da una relazione extraconiugale, in un contesto sociale modenese che è profondamente bigotto e per tal motivo cresce con la sola presenza materna. Il padre rinnega la figlia ripetutamente e solo quando quest'ultima è già grande la riconosce come tale. Per gli stessi motivi che il contesto sociale impone, anche i compagni di scuola tendono ad emarginarla e così si viene a creare un legame estremamente profondo e morboso con la madre. La ragazza nonostante tutte le difficoltà riesce a reggere la forte pressione a cui è sottoposta tanto che riesce a conseguire la laurea in lettere classiche, si fida e si sposa. Inizia così una nuova vita e con il marito decidono di andar a vivere a Sud, ha un bambino e tutto apparentemente sembra andare per il verso giusto fino quando, dopo pochi di anni di vita matrimoniale esplode la malattia psichica travolgendo e sconvolgendo interamente questa donna.

La paziente improvvisamente cambia stile di vita, abbandona il figlio e il marito e ritorna a Modena dalla madre, decide di smettere di lavorare e impronta la sua vita su una spasmodica ricerca di qualche malattia, mordo o altra condizione patologica che possa cor-

rompere il suo corpo. Quotidianamente si reca dal suo medico di famiglia, in pronto soccorso o da specialisti privati presentandosi sempre con una nuova problematica ed eseguendo una quantità inaudita di esami strumentali e laboratoristici. Inizialmente non essendo conosciuta come paziente psichiatrica tutti i medici davano molto credito alle sue parole finché non si accorsero che non si trattava di una malattia o di una serie di condizioni morbose somatiche di difficile diagnosi, ma di una grave nosofobia in una paziente affetta da psicosi. Per tal motivo il suo MMG ha iniziato a non prescrivere più gli esami che ella stessa chiedeva di fare finché la paziente non cambiava medico di famiglia. Tale successione di eventi si è ripetuta diverse volte fin quanto la paziente non è stata assegnata alla mia tutor, la quale per ironia della sorte è stata una sua compagna di liceo ed essendo stata informata riguardo le condizioni di salute di questa paziente, decise comunque di farsi carico della paziente.

La dottoressa rendendosi immediatamente delle difficoltà a cui sarebbe andata incontro decise di lavorare in modo tale da creare un rapporto di fiducia che andasse oltre il mero rapporto medico-assistito, senza mai pregiudicare i rispettivi ruoli. In tal modo la mia tutor, pur non riuscendo a controllare l'ansia morbosa per l'eventuale insorgenza di patologie, riesce a limitare fortemente l'accesso della paziente a indagini di tipo strumentale e laboratoristico. Tutto ciò è tutt'altro che facile in quanto la paziente si reca nell'ambulatorio del MMG e contatta telefonicamente la dottoressa molteplici volte durante il corso della settimana e ogni qualvolta non riesce ad ottenere la prescrizione degli esami da essa ritenuti necessari tenta di aggirare l'ostacolo rivolgendosi direttamente ai vari reparti del policlinico o a

.....

specialisti privati. Dalla cartella clinica digitale presente sul pc del mio tutor si possono metter in luce diverse problematiche. In particolare nell'anamnesi remota della donna si rileva:

- un episodio di coleditiassi
- episodi di gastrite e gastro-enterite
- spalla dolorosa
- glaucoma borderline
- cistite
- mastodinia e mastopatia fibrocistica
- menorragia climaterica con revisione di cavità
- emorroidi
- psicosi
- dislipidemia mista (in terapia con simvastatina)
- tachicardia (tp: nebivololo)
- ipertensione arteriosa (tp: amlodipina, enalapril, nebivololo)
- diabete mellito (tp: metformina)

La paziente attualmente è in terapia per alcune patologie croniche: l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito e la dislipidemia mista le quali sono tutte ben controllate dalle terapie mediche.

Per quanto riguarda la problematica psichiatrica la paziente viene trattata solo al presentarsi di episodi acuti di psicosi.

In particolare ultimamente A.L.R è ossessionata dalla paura di aver un tumore all'intestino e per tanto continua a chiedere di fare una colonscopia. Ella motiva il suo timore affermando di aver forti dolori alla pancia durante le evacuazioni. Puntualmente la dottoressa con immensa pazienza le spiega che il dolore non è un sintomo del tumore all'intestino, se non in fase avanzatissima, e che il suo dolore invece deriva dalla presenza di gavoccioli emorroidari infiammati e da un eccessivo ed improprio uso di lassativi. La visita poi precede spostando l'atten-

zione su altre problematiche come la mastodinia o un eritema cutaneo o il dolore alle spalle, la tosse, il raffreddore, il dolore agli arti inferiori, il controllo della pressione arteriosa e della glicemia; poi costantemente manifesta la sua preoccupazione di esser malata in quanto pensa di esser troppo magra, di continuar a dimagrire in maniera eccessiva ed infine reimposta nuovamente la discussione all'insegna del tumore intestinale. Al termine, il paradigma dell'incontro prevede che la dottoressa stili un certificato in cui si attesta che la paziente "non è assolutamente affetta da tumore del colon".

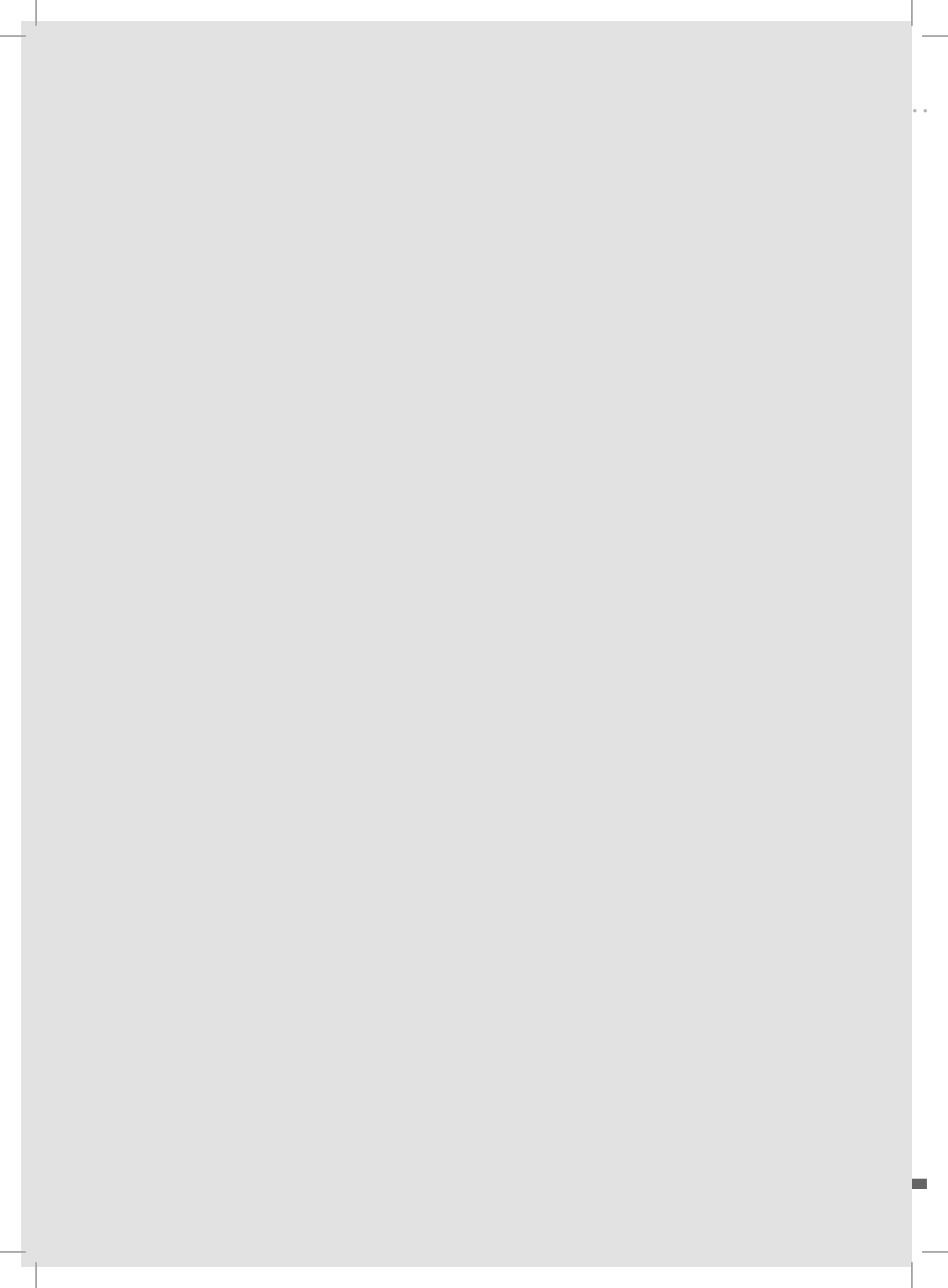
Devo ammettere che il caso clinico che ho deciso di porre alla vostra attenzione non è molto interessante da un punto di vista clinico, non si tratta di una sindrome rara o di difficile diagnosi e non è neanche un caso di grave psicosi, tuttavia la mia attenzione è ricaduta sulla signora poiché in primo luogo l'ho vista ogni qualvolta mi sono recato dal mio tutor, ma anche perché mi ha stupito enormemente il rapporto che si è venuto a generare tra le due parti e soprattutto perché mi sono reso conto che sebbene questo tipo di paziente fornisce un enorme carico di lavoro e potrebbe esser considerata una gran scocciatrice, in realtà ho percepito il profondo dolore psichico che la paziente vive.

Questo tipo di paziente a mio parere offre numerosi spunti di riflessione.

Ad esempio è pur vero che in alcuni casi il medico cede alle richieste insistenti di alcuni paziente un po' per togliersi ogni dubbio, un po' per tutelarsi legalmente ma soprattutto per evitar di ricever continuamente la stessa richiesta, tuttavia nel caso preso in considerazione non è possibile neppure far un discorso di tal genere in quanto la prescrizione di un esame diagnostico non mette a tacere le preoccupazioni della don-

na ma semplicemente fa spostare l'attenzione di quest'ultima su un altro organo o apparato e per tal motivo.

Per concludere vorrei metter in evidenza l'eccezionale pazienza ed umanità che la mia tutor ha dimostrato di possedere, che unite alla sua grande esperienza clinica e capacità di relazione le hanno reso possibile instaurare una relazione di fiducia con una paziente così problematica. Inoltre ritengo che debbano esser elogiate l'attenzione e la sensibilità profuse, durante tutti questi anni, nella comprensione della paura, dell'ansia e del timore che sconvolgono dall'interno questa donna e che rendono quest'ultima incapace di vivere a pieno, di godere della vita, destinandola invece a un'esistenza di profonda angoscia interiore.



Nessuno strumento è più potente della Medicina narrativa per scoprire quali sono le priorità del paziente attraverso i particolari che emergono dai dettagli del racconto e quali sono le emozioni che la malattia provoca al di là della sola sofferenza ...come fa emergere l'esperienza di questo studio.

La Medicina Narrativa come strumento per riflettere e sviluppare la personalizzazione delle cure e riflettere sulle emozioni nel rapporto medico-paziente nella Formazione del Medico di Medicina Generale

G.Ferrari, L. Garrino, M.S. Padula

Tra tutte le tecniche didattiche approfondite nel corso del Master di II livello *"Metodi e strumenti per l'insegnamento clinico della Medicina Generale nelle Cure Primarie"* straordinaria scoperta è stata per me la incredibile duttilità ed efficacia che offre la Medicina Narrativa.

Dopo il tecnicismo estremo che la cultura medica ha sviluppato nel XX secolo, si stanno raccogliendo oggi sempre più ampi consensi che, per una migliore adesione alle terapie e, quindi, il conseguimento di risultati più efficaci nella cura e nella prevenzione delle malattie, è essenziale che il medico, e tutti coloro che svolgono un'attività a contatto con persone malate o potenzialmente

malate, devono possedere capacità di istituire una relazione efficace con i loro utenti. Questa capacità non può essere legata a doti personali o effetto di un semplicistico "buon senso", ma deve essere conosciuta, appresa, analizzata e sviluppata nel corso di studi delle facoltà che preparano tutti i ruoli del personale sanitario.

La Medicina Narrativa rappresenta una tecnica didattica oramai riconosciuta anche a livello dei Presidi di Facoltà delle Università di Medicina e Chirurgia italiane come indica chiaramente nell'ultima versione del Manifesto degli Intenti 2011-2014(1), alla voce "Progetti", si indica chiaramente la necessità di inserire esempi "di medicina persona-

lizzata e comunicazione Medico-Paziente” e nel core curriculum della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università La Sapienza (2) di Roma si scrive espressamente: che oltre “alla graduale acquisizione del metodo scientifico è affiancata la formazione umanistica degli studenti. Essi possono in tal modo crescere dal punto di vista scientifico e sviluppare parimenti una maggiore sensibilità alle problematiche etiche e socio-economiche, che consenta di interagire con il paziente nella sua interezza di uomo ammalato, secondo la concezione della whole person medicine. In questo modo si risponde alla crescente esigenza di un riavvicinamento della figura del medico a quella dell’uomo malato, sempre più allontanati da una pratica medica univocamente tecnologica”.

La necessità di “sensibilizzare gli studentiad una migliore empatia col malato”, ad una migliore capacità “di indurre motivazioni alla cura di condizioni di difficoltà sociale associate a disabilità mentale o fisica, rinforzando l’aspetto sociale della cura medica, di indurre riflessioni sull’assistenza e la comprensione di pazienti che manifestano fragilità , insegnare il comportamento più adatto nella gestione dei pazienti fragili, acquisire capacità di comportamento sia in ambito bio-medico che in ambito psico-sociale”(2) risulta amplificata e ineludibile nelle cure primarie, laddove il Medico di Medicina Generale deve affrontare, nel lungo tempo, una relazione col paziente, tenendo conto non solo delle sue patologie, ma anche del suo vissuto di malattia e soprattutto del contesto sociale in cui tutto questo si iscrive (modello bio-psico-sociale o modello olistico di George Engel)(3). Ecco perchè, al fine di insegnare la costruzione di un rapporto medico/paziente efficace per il paziente ma anche per il medi-

co, che così possa affrontare il proprio quotidiano lavoro con maggiori soddisfazioni e minor rischio di sviluppare una Sindrome di Burn-out, ho ritenuto ricco di spunti didattici sottoporre all’attenzione dei discenti della Scuola Regionale di Formazione Specifica in Medicina Generale tre narrazioni multidimensionali raccolte direttamente nell’esperienza di un ambulatorio di Medicina Generale.

Nell’ampia letteratura(4-5-6) sia scritta che cinematografica non ho trovato infatti modelli che potessero ricalcare direttamente agli occhi dei discenti la quotidiana attività lavorativa del Medico di Medicina Generale e, di fronte alle inevitabili eccezioni dei discenti circa la teatralità di alcune situazioni ricostruite con tecniche ritenute solo artistiche, ho preferito costruire ex-novo il materiale da sottoporre ai discenti.

Ho quindi raccolto il vissuto di malattia di tre pazienti che con le loro reali capacità di espressione linguistica e senza mandato diverso da quello di potersi esprimere liberamente a raccontare “la loro storia” a medici destinati a svolgere l’attività di Medico di Medicina Generale e a queste tre testimonianze ho affiancato quella del Medico di Medicina Generale che li ha seguiti durante la malattia e quella di una figura terza che può affiancare il Medico di Medicina Generale nella relazione di cura esemplificatrice della molteplicità di rapporti che la relazione di cura nelle Cure Primarie deve saper sviluppare.

Le tre narrazioni così raccolte sono risultate ciascuna rappresentativa di un diverso tipo di cronicità perchè in un caso il paziente è affetto da una malattia cronica progressivamente invalidante e a prognosi infausta nel medio/lungo periodo ed in questo caso il medico di Medicina Generale è accompagnato da un familiare che ricopre il ruolo

di caregiver; nel secondo caso, il paziente è rappresentativo di una malattia cronica che si accompagna a tratti di personalità difficili, che rendono complesso un rapporto costruttivo tra il Medico di Medicina Generale e il paziente, sia per la continua richiesta di aiuto che il paziente rivolge al medico, sia per la apparente "inutilità" di tutte le terapie che vengono proposte e in questo caso la figura che accompagna il medico è uno specialista; nel terzo caso, la cronicità del paziente è legata ad un inadeguato stile di vita, complicato da una situazione di difficoltà culturale, familiare e sociale alla base di tutta la vita del paziente e la figura che accompagna il medico è quella di uno studente-tirocinante al VI anno del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università di Modena e Reggio Emilia.

OBIETTIVO

- 1) Esplorare le potenzialità della Medicina Narrativa come strumento didattico utile a sviluppare la relazione medico-paziente in Medicina Generale
- 2) Analizzare gli aspetti della personalizzazione delle cure e il riconoscimento delle emozioni che emergono dalle riflessioni degli studenti a partire dalle narrazioni proposte nell'ambito di una lezione della Scuola di Formazione Specifica

MATERIALI E METODI

Le narrazioni

Il fisiatra disse che dovevo fare altri accertamenti e precisamente una Risonanza Magnetica cerebrale.

"Cosa c'entra la testa con le ginocchia?" pensai. Tuttavia mi convinco: "Tanto i medici sono loro!"

Dopo l'esame di Risonanza Magnetica mi chiamarono per dirmi che "Non capisce be-

ne cosa ci sia", "Sembra ci siano 70 macchie bianche di piccola entità".

"Cosa sarà? "Iniziai a pensare: "Ci metto lo smacchiatore e vedrai che si risolverà!"

Io mi sentivo benissimo, il mio cervello non mi aveva mai dato disturbi particolari. Cominciai a pensare: "Si saranno sbagliati o forse scherzano".

Intanto era come se un fantasma mi avesse messo addosso un'ansia terribile che combattevo, ma non se ne andava.

Ero AMMALATO ?!?! IO ?!?!

Ero di fronte ad un abisso, alla disperazione più assoluta. Era qualcosa di talmente grande e di impensabile che la mia prima reazione fu di assoluta incredulità. Ogni mio pensiero che coinvolgesse la malattia, mi toglieva il respiro.

Ero arrabbiato con il mondo intero.

Mollai la mia morosa. La avevo conosciuta quattro anni prima dell'incidente, eravamo cresciuti insieme.

L'amavo moltissimo.

*Mi si era appannato il cervello, non volevo condividere un dolore così grande con la persona, cui tenevo di più al mondo. Lei doveva rimanerne fuori. Lei non si sarebbe ammala-
ta con me.*

La malattia mi ha dato un'altra vita; prima avevo il mondo, credevo di essere al centro di ogni iniziativa; ho scoperto la mia malattia all'età di 20 anni, nel momento in cui mi stavo apprestando a conquistare il mondo.

Camminare, vedere, mangiare, urinare, sono cose normali, ma quando le si fanno, non ci si accorge della bellezza di ogni azione.

La vita è bella, bisogna godersela, ma lo si scopre solo quando non si gioisce più. Poi penso alle farfalle.

Ci sono farfalle che vivono un giorno; c'è quella che muore dopo 14 ore, quella che vive solo 12 ore e quella che vola solo per 18 ore. Noi

.....

che le guardiamo dall'esterno: diciamo cosa importa quanto tempo hanno vissuto?

La cosa importante è sapere quanta bellezza ha portato nel mondo, se ha amato e se è stata amata.

Non c'è bisogno della malattia per capire che la vita è bella; TE CHE ANCORA STAI BENE GODITELA!

Devi vivere ogni giorno come se fosse l'ultimo. L'infarto, un incidente stradale ti portano via in un secondo. La mia malattia invece mi sta portando via con sé lentamente; ma devo anche ringraziarla, perché mi ha fatto capire l'importanza vera delle cose e quanto sia relativo il nostro sentire le cose quotidiane. L'idea che mi spaventa di più è l'abbandono: non voglio pensare che la mia vita finirà con dei mesi di agonia vissuti in solitudine; è vero la morte è fisiologica; siamo in 5 miliardi, se nessuno muore non ci sarà posto per i nostri figli; l'importante è morire come addormentarsi, la morte non deve essere dolore, il medico lo deve capire e lo deve alleviare, se non riesce a toglierlo.

Il medico deve considerarmi come un uomo e non come un protocollo.

DA "Vivere il presente: il punto di vista del paziente"

Frequentare quella casa fu all'inizio molto difficile per me.

Avevo seguito altri ragazzi con questa malattia ai tempi della mia scuola di specialità in Neurologia e di alcuni in particolare ho un ricordo vivissimo ancora oggi, perché, a causa di una forma di malattia molto aggressiva, li vidi passare dalla diagnosi alla morte per insufficienza ventilatoria nel volgere dei 4 anni della Scuola di Specializzazione. Ero già stata drammaticamente abituata ad affrontare le difficoltà di un malato così grave.

Ma come medico di Medicina Generale, nelle visite settimanali, vidi il coinvolgimento nella malattia di tutto il nucleo familiare. Tutti gli abitanti di quella casa in misura variabile ma obbligatoriamente erano protagonisti delle sconfitte delle terapie e dei peggioramenti della malattia: la prospettiva cambiava completamente.

Il malato non è più un caso clinico; è un caso "umano" direbbe Einstein.

Diventa fondamentale risolvergli il problema di un calazio, ma anche fornirgli il tipo di pannoloni giusti per una efficiente assistenza, che non lo umili più dell'inevitabile.

Diventa fondamentale saper ascoltare tutta la famiglia con pazienza e professionalità: perché chi lo accudisce possa più serenamente possibile svolgere il suo ruolo.

Questo aspetto è fondamentale: per il miglior benessere possibile del paziente: perché il malato non si senta un peso e continui ad affrontare giorno per giorno con coraggio la sua situazione ; ma anche per il benessere dell'assistente (care giver): perché non si senta incapace nel suo ruolo, schiacciato da una realtà pesantissima, a maggior ragione in questo caso, quando l'assistente è la mamma e quindi, per la sua serenità , è fondamentale che capisca non solo l'importanza del suo ruolo, ma anche percepisca con chiarezza che, quanto sta facendo, è veramente tutto ciò che è possibile fare per suo figlio ; e infine, per il benessere del medico e della sua professione: affinché non senta la sconfitta della terapia, come la sconfitta del suo ruolo e dia la giusta importanza alla VERA MEDICINA ,cioè alla completa presa in carico della persona malata in tutti i suoi aspetti.

Acquisire la consapevolezza e le conoscenze per riuscire a fare tutto questo è fondamentale per superare le difficoltà emotive della pro-

fessione medica propriamente detta e vincere la Sindrome del Burn-out, che non è dovuta solo al carico di lavoro, ma viene spesso dalla errata convinzione dell'inutilità di quanto viene fatto, vista l'ineluttabilità della malattia.

Accompagnare lungo questo percorso difficile un malato, rendendo dignitosa e più vivibile quotidianamente una malattia cronica, è il risultato più grande che il Medico di Medicina Generale possa raggiungere.

E quanto sia fondamentale non te lo riconosce la Scienza Medica Ufficiale con le sue ricerche, pur fondamentali, ma la gratitudine delle persone malate e delle loro famiglie, che va ben oltre la malattia, e ti accompagna nel tempo, più dell'eco di una qualunque pubblicazione scientifica.

Quando ho capito tutto questo, tutto per me è diventato più facile.

DA "Vivere il presente: il punto di vista del medico"

Faticavo ad ascoltare questa paziente: i suoi dolori erano diventati una litania che la mia mente oramai conosceva tanto bene da rifiutarsi di concentrarvi ancora.

I suoi disturbi non cambiavano, qualunque terapia medica venisse prescritta e seguita.

I suoi dolori, per me, rappresentavano la somatizzazione di un dolore profondo, psichico, che trovava le sue radici, non tanto nelle difficoltà che la vita le aveva proposto, ma piuttosto nel suo atteggiamento stesso verso la vita. Le sue scelte di vita erano così lontane e diverse dalle mie, dai miei ideali.

Personalmente mi sembravano assurde: assurdo concepire che l'importanza del compagno della tua vita sia dato dallo stipendio che porta a casa col suo lavoro; assurdo che la serenità economica di una sorella, raggiunta

con sacrifici e duro lavoro, invece che esserti di esempio, diventi un termine di paragone, invidioso; assurdo che, per una madre, diventi più importante accudire se stessa, piuttosto che la famiglia; assurdo vivere nell'ambiguità di un rapporto affettivo occasionale con un uomo sposato; assurdo far vivere i propri figli in una famiglia disgregata, di fatto, una realtà così affettivamente sterile, da insinuare nella loro mente che sia impossibile costruirsi rapporti sentimentali gratificanti.

DA "La sofferenza di vivere: il punto di vista del medico"

Teresa è una donna sensibile, segnata in età adolescenziale dal dolore per la morte prematura ed improvvisa prima del padre poi, a distanza di un anno, della madre; in seguito a questi lutti si è presa cura del fratellino più piccolo. Questi eventi traumatici hanno influenzato lo sviluppo psicologico della donna che, a 17 anni, si è ritrovata a dover "gestire" da sola (la famiglia si era appena trasferita dalle Marche in Emilia-Romagna) un dolore devastante ed allo stesso tempo "gestire" un fratello piccolo.

Un ulteriore evento negativo che ha segnato Teresa è stata la malattia del primogenito, che si è manifestata nei primi anni di vita del piccolo. Tutto ciò ha portato Teresa a considerare la vita come un percorso contraddistinto da tappe dolorose e negative, in cui i momenti di tranquillità sono sempre interrotti da eventi drammatici.

La risposta di Teresa a questa visione dell'esistenza è stata, ed è, uno "stato di preoccupazione costante", che, a suo parere, le permette di sentirsi sempre pronta a "gestire" il prossimo problema che, dal suo punto di vista, sicuramente si presenterà.

È necessario sottolineare come in questa paziente le emozioni negative, l'ansia e le preoccupazioni non trovino un'adeguata espressione.

ne: “non parla mai dei suoi problemi” e “tiene tutto dentro”: questo aspetto può aver favorito un fenomeno di somatizzazione.

Da “La sofferenza di vivere:
il parere dello specialista”

In questi anni all'università, mi hanno sempre insegnato ad essere distaccata, perché farsi coinvolgere potrebbe non giovare al lavoro del medico. Tuttavia credo che per un medico di base che segue le stesse persone per anni, questo sia quasi impossibile: bisogna solo trovare la giusta misura. Non piangere col paziente, o meglio, non compiangerlo, ma fargli sentire che gli siamo vicini. La dottoressa, medico di base, molte volte, come in questo caso è andata oltre il suo mestiere: si è dimostrata coi suoi pazienti, prima fra tutti Maddalena, disposta ad ascoltare e a consigliare. Ogni qualvolta entrava un paziente, dopo averli salutati, chiamandoli per lo più per nome, la prima domanda che rivolgeva loro era sempre una domanda aperta e accogliente: “Come va?” E se era a conoscenza di qualche problema familiare, domandava sempre come andavano le cose in specifico.

Maddalena era indubbiamente una donna sola, che aveva bisogno di un appoggio, a volte direi che cercava nella figura della dottoressa proprio quella madre che sembrava non avere mai avuto. Quando si presentava in ambulatorio molto spesso si capiva benissimo che aveva solo bisogno di parlare e di sfogarsi. In tutto questo la dottoressa non ha mai dimostrato di essere stanca o annoiata dai discorsi della paziente.

Quello che mi ha portato a scegliere questa storia è anche il fatto che rappresenti appunto il ruolo del medico di base a 360 gradi: il medico che non solo prescrive le medicine, ma anche il medico che ascolta. Infatti durante le sue visite la dottoressa non ha mai fatto molto più che ascoltarla. Durante gli attacchi di

panico le prendeva il polso e le sentiva il battito cardiaco, poi le misurava la pressione, ma niente altro. Ma questo contatto, oltre ad ottenere i parametri clinici necessari, consentiva l'instaurarsi di quella confidenza che è indispensabile fra il paziente e il medico, affinché le informazioni anamnestiche che vengono fornite siano il più possibili sincere e perché il paziente possa sentirsi il più possibile a suo agio e liberare le parole, a sfogo delle ansie che lo affliggono.

Da “Maddalena e l'alcool:
il parere dello studente”

Ho sempre cercato di avere un distacco professionale verso i miei pazienti e ritengo che questo sia l'unico vero modo per poter loro essere di aiuto ai pazienti stessi. Farti coinvolgere nelle loro problematiche affettive, sentimentali e familiari può essere controproducente nel momento in cui devi prendere delle decisioni terapeutiche anche molto importanti, ma anche molto banali. Se non fosse così, saremmo i migliori medici per i nostri familiari e chi pratica la Medicina sa che non è così.

Maddalena da sempre sentivo che cercava di coinvolgermi nella sua vita e una studentessa del VI anno del corso di Medicina, che mi aveva affiancato in ambulatorio durante il suo tirocinio, me lo aveva fatto notare. Maddalena cercava in me molto di più di un medico: Maddalena voleva i consigli di una amica, voleva il supporto di una figura familiare affidabile, che la sgridasse per i comportamenti sbagliati e sapesse gratificarla per i comportamenti giusti, insomma voleva una madre.

Ricordo che, nel momento in cui la studentessa mi aveva rivelato questo aspetto della mia relazione con Maddalena, ne ero rimasta sbigottita. Ma dopo, ripensandoci, avevo capito che ero talmente presa dal mio ruolo di medi-

co, e quindi ad istituire un buon rapporto empatico con la mia paziente, che questo aspetto relazionale con Maddalena non lo avevo mai focalizzato veramente.

Ricordo che cercai in quel periodo di riprendere le distanze da Maddalena, al fine di istituire un corretto rapporto medico-paziente e parimenti le mie attenzioni nei colloqui con Maddalena furono rivolte a evidenziare e sottolineare vieppiù il ruolo di sua madre nella sua vita.

Ricordo che mi trovai di fronte ad un muro di silenzi. E arrivò il giorno del distacco. La data era certa e fu facile per me fissare un appuntamento quel pomeriggio stesso con Maddalena in ambulatorio. Non potevo lasciarla sola. In quella occasione Maddalena fu eccezionale ai miei occhi, perché sostenne le figlie e fu tranquilla, o disperatamente tranquilla, come mi disse fra le lacrime quel pomeriggio in ambulatorio.

I tormenti di quella madre erano per me fonte di un dolore riflesso e la mia preoccupazione professionale principale fu quella di motivare Maddalena ad intraprendere il percorso di disassuefazione dall'alcool che avrebbe riportato a casa le sue figlie.

I miei pensieri più privati erano costantemente rivolti a cercare di capire perché e come fossimo arrivati ad un tal punto di sofferenza e se, opportunamente, sarebbe stato meglio intervenire prima e meglio, in questo percorso di vita, così da evitare tutto quel dolore, che ora vedevo vivere alla mia paziente. Imparare per un'altra occasione, per un'altra paziente.

Non ero certa di avere fatto realmente tutto il possibile. Mi affliggeva soprattutto il dolore della separazione. Separare una madre dai propri figli, sconvolgendo la vita di tutti, è una decisione molto difficile da affrontare, anche per un Giudice. Pensavo che fosse sempre improduttivo per tutti, una decisione de-

stinata a disgregare quel minimo di rapporto familiare, che in certe situazioni costituisce l'unico appiglio per una vita che valga la pena di essere vissuta.

Tolti gli affetti familiari, a certa gente, rimangono solo sofferenza, difficoltà e problemi.

I miei pensieri trovarono finalmente pace, quando parlai del caso con una giovane dottoressa che mi sostituiva in ambulatorio in quel periodo, nei giorni delle mie ferie. La dottoressa stava specializzandosi in Neuropsichiatria Infantile ed era molto preparata e attenta nel suo lavoro, come avevo avuto modo di constatare al mio ritorno. Ne approfittai per chiederle un parere su questo caso.

Mi colpì lo sguardo certo, acuto e dritto nei miei occhi della giovane collega, quando mi disse: "Giuliana, hai fatto bene e ha fatto bene il Giudice. Tu non sai quali sofferenze affrontano questi figli in queste famiglie e quali danni si portano addosso per tutta la vita. Il Giudice ha dato loro una chance, fidati. Tu cura la tua paziente, supportala, stalle vicino, ma vedrai che per le figlie questa separazione sarà un giovamento."

Era talmente estranea da me l'idea che un figlio possa crescere meglio in assenza dei genitori, se i genitori sono certi genitori, che i miei tormenti non riuscivano a chetarsi.

Ringraziai la collega che mi era stata di enorme conforto e ripresi il mio lavoro con slancio. Maddalena iniziò il suo tormentato percorso di disassuefazione dall'alcool, in cui è ancora oggi impegnata.

Il marito continua a comportarsi sempre allo stesso modo, in particolare continua a giocare e a spendere i soldi dello stipendio solo per se stesso. Ora più di prima.

Maddalena, ora settimanalmente, va a trovare le figlie, che sono alloggiate oramai da quattro anni presso le suore, che le seguono nel loro percorso scolastico, ma che coinvolgono la madre in tutte le occasioni in cui è pos-

sibile farlo: per le feste della Scuola, in occasione della Cresima. Il rapporto di Maddalena con sua figlia più grande è sempre difficile, ma senz'altro migliorato. Si parlano, si salutano, anche se faticano a confidarsi. Maddalena ha un ottimo rapporto con la figlia più piccola, che la adora.

Con l'aiuto delle Assistenti Sociali, ora Maddalena ha anche trovato un piccolo lavoro: aiuta nelle faccende domestiche una anziana signora sola. Ci va due volte la settimana. Guadagna poco, ma per lei è motivo di grande orgoglio. Un anno dopo il distacco dalle figlie, nel corso di uno dei nostri colloqui, che ora sono diventati più rari, Maddalena mi ha enormemente sorpresa, perché, alla mia domanda diretta circa la condizione delle figlie nell'istituto, come le avesse trovate e come ritenesse che fossero assistite, mi ha detto: "Stanno bene Dottoressa, meglio di quando vivevano con noi a casa, perché lì hanno sempre qualcuno accanto, mangiano bene, sono ingrassate e possono studiare in pace".

E' stata la conferma che le decisioni prese erano state utili; che tutti i dubbi che mi avevano assalito erano legati a preconcetti miei.

E' stata la conferma che la mia esperienza di Medico di Famiglia si intreccia inevitabilmente con il mio sentire, il mio modo di vivere la vita, la mia cultura, oltre che con il mio sapere e saper fare.

E' stata la certezza che nessuno dei miei casi clinici complessi verrà mai più riposto nel cassetto delle cartelle cliniche a lieto fine, perché la vita, nel suo continuo divenire, trascina con sé tutto il passato.

E' stata la gioia di capire che, svolgendo questo "lavoro", si continua ad imparare continuamente, giorno dopo giorno, incontro dopo incontro, caso clinico dopo caso clinico, accanto e per merito dei nostri pazienti.

Da "Maddalena e l'alcool:
il parere del medico"

Le narrazioni sono quindi state sottoposte, come testi di lettura individuale, nell'ambito delle ore di formazione personale (autoformazione) ai discenti della Scuola Regionale di Formazione Specifica in Medicina Generale della sede di Modena e analizzate autonomamente, compilando una Griglia/Guida alla Riflessione, rielaborata da quella già utilizzata durante il Corso di Medicina Generale presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia (7)

Le griglie così compilate, raccolte, sono state analizzate con un metodo di analisi qualitativa, la content analysis(8-9).

Inoltre i discenti della Scuola Regionale di Formazione Specifica in Medicina Generale sono stati chiamati a compilare per ciascuna narrazione, una Scheda di Autovalutazione della Emotività, sul modello di quella utilizzata nel Corso di Medicina Generale presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia (7).

I risultati ottenuti sono evidenti negli elaborati delle schede che i discenti della Scuola Regionale di Formazione Specifica in Medicina Generale hanno restituito.

La contest analysis ha permesso di individuare 4 temi :

- 1) il tema del rapporto con la malattia
- 2) il tema della professionalità degli operatori degli salute
- 3) il tema della relazione fra gli attori delle narrazioni
- 4) il tema della terapia della patologia cronica

In ciascun tema sono state inserite le categorie così identificate e siglate da una codice. Fra le osservazioni raccolte dagli elaborati, ne riporto alcune particolarmente esemplificative:

"Il medico percepisce questa paziente come difficile, la sente estranea ai propri valori e al

proprio modo di vivere e deve porsi nell'ottica di una sospensione del giudizio al fine di favorire un'empatia con la paziente che infatti fatica a palesarsi".

"la narrazione del medico ci rende via via sempre più partecipi della storia del paziente, così come è accaduto a lui stesso, passando da medico che vedeva sporadicamente il paziente per lo più per trascrizione di farmaci prescritti dallo specialista, a figura di riferimento fondamentale non solo per il paziente ma addirittura per tutto il nucleo familiare

, con compiti di assistenza quasi quotidiana, sia pratica che psicologica: nasce così un rapporto empatico che fa crescere la relazione di cura e permetterà in futuro anche di affrontare serenamente le cure del fine vita".

"Lo specialista si dimostra disponibile all'ascolto, soprattutto perché ha contatti solo saltuari con questa paziente. Al contrario il Medico di Medicina Generale riconosce come difficile il proprio ruolo proprio perché il suo è un contatto frequente, direi costante, con questa paziente così lamentosa e perché, dal

GRIGLIA GUIDA ALLA RIFLESSIONE	Paziente	Medico	Co-protagonista
1. Analizza gli attori della narrazione			
2. Analizza la vicenda narrata e la sua evoluzione			
3. Individua gli elementi del contesto sociale ed ambientale in cui si sviluppano gli eventi narrati			
6. Individua qual è il problema principale che descrive il narratore			
7. Descrivi quali sono le risorse che il narratore ha a disposizione			
8. Descrivi i punti di criticità che gli attori della narrazione devono affrontare e proponi un modo per affrontarli			
9. Analizza le strategie di comunicazione messe in atto dagli attori della narrazione			
10. Descrivi ciò che più ti ha colpito nella narrazione e spiega perché			

Codice	Categoria	Tema
C1	Accettazione della malattia	Rapporto con la malattia
C2	Negazione della malattia	Rapporto con la malattia
C3-C4	Coinvolgimento emotivo del medico	Professionalità
C5-C6	Empatia nella relazione medico/paziente	Relazione
C7-C8-C9-C10-C11	Collaborazione attiva fra tutti gli attori della relazione di cura al paziente cronico	Relazione
C12-C13	Il ruolo dello studente frequentatore dell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale	Relazione
C14-C15	La capacità di utilizzare le competenze dello specialista o del personale competente per la cura del paziente	Professionalità
C16-C17	Conoscere e gestire non solo la terapia farmacologica ma anche quella psicosociale nei pazienti cronici	Terapia

suo punto di vista privilegiato, conosce cose della vita privata della paziente che lo specialista non sa, se la paziente decide di tacerle. In sintesi è facile essere disponibili ad ascoltare una paziente come questa quando si hanno contatti brevi, scadenziati; è molto più difficile, gestirli quando il contatto è frequente, quasi costante, e non preordinato”.

“ Da questa narrazione ho imparato che in generale non esistono cose giuste o cose sbagliate ,in valore assoluto, ma ogni decisione deve essere messe in relazione alle persone e alle loro storie. Facendo il MMG è necessaria umanità, compartecipazione e competenza professionale e non si finisce mai di imparare anche dalle persone a noi più lontane”

“Essere amico dei pz spesso non giova, ma essere freddo internista non ci aiuta a risolvere i loro problemi. Il MMG deve essere soprattutto un “medico della famiglia”. “Ho capito che la relazione medico/paziente va al di là dell’e-

same obiettivo e della prescrizione dei farmaci e , nel caso narrato , mi ha colpito l'importanza che in certi casi ha il saper ascoltare il paziente e poter utilizzare tutte le risorse , anche sociali per potere affrontare i problemi in modo completo”.

“Il medico deve instaurare un adeguato rapporto terapeutico col malato, la famiglia e se stesso. Se in un primo tempo, può solo indirizzare il paziente allo specialista e non vive il rapporto con la famiglia e la malattia, quando viene coinvolto nella cronicità ,diventa protagonista con loro ed impara a gioire delle piccole battaglie quotidiane vinte, pur consapevole che la guerra vera è persa. Ne deriva una crescita umana e professionale, perché ci insegna che dobbiamo stare coi piedi per terra ,consapevoli dei limiti e della fallacità della scienza umana: dobbiamo imparare a vivere il dolore dei nostri pazienti con partecipazione e condivisione e non presentarci con

un atteggiamento paternalistico o peggio ancora freddo e distaccato".

"Mi ha colpito molto quando il paziente ha parlato del suo sentirsi "malato": egli dice che come malato non si sente di peso né sufficientemente considerato e reclama un'attenzione alla persona ("il medico deve considerarmi come un uomo e non come un protocollo"). Questo aspetto più di ogni altro mi ha colpita e mi è stato di insegnamento; mi fa capire che spesso, come medici, corriamo il rischio di focalizzarci eccessivamente sul lato "internistico" del nostro lavoro, probabilmente perché ci illudiamo che più interverremo sul paziente, più ci prenderemo cura di lui. Tante volte il paziente (soprattutto se vicino alla fine della vita) ci chiede tutto il contrario: ci chiede solo di essere ascoltato".

I concetti che risultano quindi appresi dai discenti in modo attivo esemplificano significativamente la potenza didattica di questa tecnica e a completamento di questo concetto sottolineo come solo 3 dei 12 discenti che hanno partecipato allo studio hanno giudicato di "scarso interesse" il lavoro proposto. Questo 25% dei discenti rappresenta però medici con una maggiore anzianità di età e di laurea, e verosimilmente scarsamente aperti ad affrontare nuovi percorsi didattici in modo costruttivo.

Parimenti segnaliamo che ben il 75% dei discenti che ha partecipato al lavoro, ha colto positivamente nelle riflessioni degli elaborati, i concetti relativi alla complessità della relazione medico/paziente e alla concreta realizzazione dell'approccio olistico al paziente proprio nell'ambito della Medicina Generale e alla fruibilità dei Servizi Socio-Assistenziali nella gestione di una relazione di cura efficace per il paziente cronico.

Questo ci permette di affermare che l'ap-

prendimento dall'analisi di un caso, descritto da una narrazione, è sicuramente un metodo con cui lo studente può attivamente imparare e/o consolidare conoscenze utili per il proprio lavoro con maggiore interesse e motivazione (10)

Nelle Schede di Autovalutazione dell'Emotività, per ciò che riguarda il controllo della emotività che i discenti nelle Griglie/Guida alla Riflessione avevano precisato essere necessario per poter ottimizzare la terapia al paziente cronico, gli stessi discenti, con autocritica, hanno evidenziato come avrebbero faticato a controllare la loro emotività in alcuni dei casi proposti.

Ora, questi discenti, compilando la Scheda di Autovalutazione dell'Emotività e condividendone poi insieme i risultati, hanno potuto sperimentare la vera strategia utile a gestire le emozioni che è quella della condivisione dell'evento emozionale(11).

Questa metodica didattica si è rivelata complessa, soprattutto nella fase di raccolta dei concetti espressi negli elaborati.

L'analisi qualitativa della contest analysis richiede molto tempo ed è fondamentale raccogliere i dati da parte del docente per restituirli ai discenti in seduta plenaria in modo da sottolineare i risultati così ottenuti.

La Medicina Narrativa si presenta quindi come una tecnica didattica utile a far apprendere in modo attivo, quindi efficace, la complessità della relazione di cura in Medicina Generale.

Usufruire di casi multidimensionali raccolti nella realtà di un ambulatorio di Medicina Generale rappresenta il metodo più analitico per descrivere ai discenti la complessa realtà della gestione del paziente cronico in Medicina Generale e aumenta la potenzialità didattica di una tecnica che già aveva rivelato la sua efficacia in altri contesti(12).

La tecnica è sicuramente riproducibile per-

.....

chè è possibile usufruire dei casi raccolti per il nostro lavoro o, ancora meglio, aprirsi alla costruzione di casi multidimensionali ana-

loghi a quelli proposti nel nostro studio e sarà interessante misurarsi sui risultati ottenuti da analoghi studi di diattica applicata.

Bibliografia

1) "Manifesto degli intenti" Triennio 2011-2014 della Conferenza Permanente del Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia: Progetti del 18 aprile 2012

.....

2) "Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia «B»: Guida dello studente" Prof. Antonio Amoroso e Prof.ssa Manuela Merli Anno accademico 2013/2014 Pag.28- 29

.....

3) Engel G.I. "The need for a new medical model: A challenge for biomedicine" Science,196,4286:129-136 (1977)

.....

4) Maria Stella Padula "Di casa in casa" Ed. Athena (2010) pag.21e pag.296

.....

5) Giarelli G., Ferrari M. "La medicina del quotidiano il vissuto della pratica clinica del medico di Medicina Generale" Ed. Bonanno;2008

.....

6) Bert G. "Medicina narrative Storie e parole nella relazione di cura" Ed. Il Pensiero Scientifico Editore; 2007

.....

7) Maria Stella Padula "Di casa in casa" Ed. Athena (2010) pag. 360-361

.....

8) Graneheim UH,Lundman B. "Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness" Nurse Education Today,2004;24(2):105-112

.....

9) Hsiu-Fang H., Shannon S.E. "Three approaches to qualitative content analysis". Qualitative Health Research, 2005; 15(9):1277-1288

.....

10) Ventriglia G. "Educazione continua in medicina.Progettare e costruire un evento formativo" Ed. Elsevier Masson, 2003

.....

11) Rimé, B., Finkenauer, C., Luminet, O., Zech, E. e Philippot, P. "Social sharing of Emotion: New evidence and new questions". European Review of Social Psychology,1998: Vol. 8,pp. 145-189)

.....

12) Garrino L. "La medicina narrativa nei luoghi di formazione e di cura" Ed. Edi.Ermes