

L'intervista narrativa, utilizzata con una triangolazione paziente, tirocinante e medico, in Medicina Generale per riflettere sui vissuti di malattia cronica e disabilitante. Potenzialità e limiti per lo studente del corso di laurea in Medicina e Chirurgia e per il Medico Generale Tutor.

La storia di malattia scritta e riletta a tre: l'apprendimento riflessivo per il tirocinante, il paziente ed il medico

M. Milano, L. Garrino, G. Ventriglia

INTRODUZIONE

Nella funzione di tutor in Medicina Generale, ho ripetutamente osservato una grande difficoltà da parte degli studenti ad approcciare in modo olistico il paziente. I tirocinanti spesso mi hanno riferito che nell'esperienza di tirocinio in Medicina Generale, per la prima volta sono entrati così in contatto con il paziente e forse, hanno bisogno semplicemente di più tempo. La criticità maggiore sembra essere legata alla capacità di coniugare quanto appreso in un saper fare ed essere mai affrontato: molto ancorati ad un sapere parcellare che vede il corpo scisso in patologie di organo, devono nella pratica ricomporre il puzzle, inserirlo in un corpo unico pensante ed emozionalmente sofferente che si muove all'interno di un sistema di vita condizionante, devono poi imparare a rapportarsi a questa persona come medici e non più come studenti, comunicare entrando in empatia, senza rimanere emotivamente travolti. Mi sono chiesta: qual è il modello di training

che può metterli in condizioni di cimentarsi in questo ambito, con quale metodologia? Comuniciamo con gli altri attraverso l'utilizzo di "storie" (Good 1999 e 2005). La narrazione della storia nell'incontro diagnostico è la forma in cui il paziente esprime la propria esperienza di salute, incoraggia l'empatia e permette la costruzione di senso. Nel processo di cura, la narrazione è essa stessa un'ulteriore opzione terapeutica. Sia nell'educazione dei pazienti che dei professionisti, le storie stimolano la riflessione (Greenhalgh 1998). L'attività riflessiva che si genera, è secondo Donald Schön (1999), fondamentale per i professionisti per lo sviluppo della professione stessa e per l'apprendimento situato nella pratica. Cogliendo la sfida lanciata da Rita Charon (2004) *"Narrative skills that are important to medical practice have been identified, and methods of teaching them have been developed"*, per portare lo studente a praticare in modo professionale (quindi da medico e non da studente) l'approccio olistico

al paziente abbiamo pensato di sperimentare l'intervista narrativa cogliendo i diversi punti di vista del paziente, del tirocinante e del medico. L'approccio fenomenologico (Carpenter e Jenks, 2005) e la metodologia della triangolazione dei soggetti consentono di descrivere ed esplorare più approfonditamente le esperienze dei soggetti (Silverman 2002, Speciali e Carpenter 2005). Lo strumento scelto è stato quindi, l'intervista narrativa: *"quando raccontiamo una storia incrementiamo la conoscenza di noi stessi, in quanto scopriamo significati profondi nella nostra vita: raccontare è riappropriarsi dell'esperienza vissuta e, in qualche caso perduta"* (Atkinson, 2002). L'apprendimento non vale solo per il paziente: *"è dai racconti autobiografici che veniamo a sapere chi è veramente il nostro interlocutore, quale importanza e quale significato rivestono gli eventi nella sua vita e per la sua vita"* (Atkinson, 2002) inoltre *"iniziare gli studenti all'approccio narrativo, già dal primo anno, consente di consolidare la motivazione e l'interesse nei confronti dei pazienti, attraverso la conoscenza delle loro storie; le prime esperienze di tirocinio sono, infatti, le più incisive e persistenti nella memoria"* (Garrino, 2010).

OBIETTIVI

Questo studio si propone di:

1. Esplorare le potenzialità dell'intervista narrativa, utilizzata con una triangolazione paziente, tirocinante e medico, in medicina generale per riflettere sui vissuti di malattia cronica e disabilitante
2. Verificare se l'impiego dell'intervista narrativa in triangolazione sia un metodo didattico in grado di:
 - a. sostenere il tirocinante del VI anno del corso di Medicina per l'acquisizione di un approccio olistico (piano formativo),
 - b. aiutare il paziente incoraggiando l'empowerment (piano terapeutico, ma an-

che didattico per il tirocinante presente),
c. aiutare il medico nella sua attività terapeutica (supporto per cambio del punto di vista e feedback dal paziente) e didattica (feedback sull'efficacia formativa).

DISEGNO DELLO STUDIO

Si tratta di una ricerca qualitativa, che sperimenta un dispositivo formativo innovativo: la triangolazione, paziente, tirocinante e medico di un'intervista narrativa.

MATERIALI E METODI

E' prevista un'azione contemporanea che coinvolge il tirocinante in formazione, il medico tutor ed il paziente: hanno partecipato alcuni pazienti in grado di comunicare, linguisticamente ed emotivamente, i propri vissuti di malattia, un gruppo di studenti del VI anno di Medicina a fine tirocinio in Medicina Generale presso uno studio dell'aerea torinese e un Medico di Medicina Generale autore di questa tesi. Lo strumento utilizzato è stato un'intervista narrativa, in cui ognuno dei tre attori ha risposto alle stesse sette domande aperte (I step). E' seguita una triangolazione (II step), con due debriefing audio-registrati, per realizzare una lettura condivisa con la costruzione comune di significati per quella storia: il primo incontro (a tre) in cui la riflessione era centrata sul paziente; il secondo incontro si è svolto tra medico e la tirocinante ed ha avuto finalità esclusivamente di tipo formativo. Sono state analizzate sia le interviste narrative sia gli scritti derivati in modo fedele dalle audio-registrazioni. L'analisi delle narrazioni è stata condotta con l'approccio qualitativo della content analysis (convenzionale) (Hsieh e Shannon 2005, Graneheim e Lundman, 2004, Tong, Sainsbury e Craig, 2007) in triangolazione con un collega, un ricercatore esperto in ricerca qualitativa in ambito sanitario ha fatto da supervisore.

re all'intero processo. Abbiamo applicato una triangolazione multipla: di dati (combinando le sotto tipologie tempo e persone) e ricercatori. (Speciale, Carpenter, 2003). E' stata posta estrema attenzione ai criteri enunciati in tema di attendibilità di una ricerca qualitativa, in particolare all'applicazione dei concetti di credibilità, affidabilità e trasferibilità (Graneheim e Lundman, 2003, Coté, 2005, Dimonte e Garrino in Polit, 2013). Tutte le categorie emerse dalle storie sono state prese in esame sequenzialmente e confrontate all'interno di ogni step e sottotema utilizzando i criteri di similitudine, divergenza e ricorrenza nella ricerca di significati generalizzabili. Siamo stati molto accorti nella triangolazione dei dati tra i partecipanti (paziente/tirocinante e medico) e nel tempo (step I e II) (Dimonte e Garrino in Polit, 2013), e nella triangolazione nell'analisi tra i ricercatori e ancora ci siamo confrontati con un esperto in ricerca qualitativa, ottenendo un pieno consenso rispetto sia alle similitudini che soprattutto

alle divergenti prospettive che sono emerse. Le narrazioni sono state, prima, strumento di raccolta dati, poi, oggetto di studio (meta-riflessione sul senso dell'utilizzo dello strumento stesso).

CONSIDERAZIONI ETICHE

Lo studio si è svolto nel rispetto dei principi del consenso informato (confidenzialità, beneficenza, non maleficenza, rispetto e giustizia). E' stato raccolto il consenso scritto sia per l'utilizzo dei materiali prodotti e che per la citazione del proprio nome di battesimo, sia per i pazienti sia per i tirocinanti.

RISULTATI

Sono stati coinvolti 5 pazienti (Michela, Lillo, Annunziata, Vittorio e Carla), 5 studenti (Valeria, Ilaria, Dario, Marco, Andrea) e un Medico di Medicina Generale loro tutor.

Sono state rispettate tutte le tappe di lavoro previste senza incorrere in criticità alcuna. Nell'analisi dei testi liberi sono stati indivi-

TABELLA 1. STEP I: SOTTO-TEMI PREDEFINITI E TRIANGOLAZIONE

Step I: elaborazione dell'intervista scritta sul TEMA vissuto di malattia			
	Paziente	Tirocinante	Medico
SOTTOTEMA	I vissuti di malattia	I vissuti di malattia	I vissuti di malattia
	La comunicazione della diagnosi	La comunicazione della diagnosi	La comunicazione della diagnosi
	La vita dopo la diagnosi	La vita dopo la diagnosi	La vita dopo la diagnosi
	Convivere con la terapia	Convivere con la terapia	Convivere con la terapia
	Analisi delle criticità	Analisi delle criticità	Analisi delle criticità
	Progettare il futuro	Progettare il futuro	Progettare il futuro
	Ricerca soluzioni praticabili	Ricerca soluzioni praticabili	Ricerca soluzioni praticabili

TABELLA 2. STEP II: SOTTO-TEMI PREDEFINITI E TRIANGOLAZIONE

Step II: Debriefing audioregistrato sul TEMA vissuto di malattia		
	Paziente	Tirocinante
SOTTOTEMA	I vissuti di malattia	I vissuti di malattia
	La comunicazione della diagnosi	La comunicazione della diagnosi
	La vita dopo la diagnosi	La vita dopo la diagnosi
	Convivere con la terapia	Convivere con la terapia
	Analisi delle criticità	Analisi delle criticità
	Progettare il futuro	Progettare il futuro
	Ricerca soluzioni praticabili	Ricerca soluzioni praticabili

duati temi e sotto temi per lo step I e per lo step II (rispettivamente descritti nelle tabelle 1 e 2) che riprendono il rationale delle domande poste nelle interviste ai pazienti, ai tirocinanti e al medico stesso (triangolazione di dati, tipologia persone) (Carpenter e Jenks, 2005). Per ogni sottotema, sono state confrontate le interviste scritte dai pazienti, dai tirocinanti e dai medici.

Dopo, sempre per ogni sottotema, sono state analizzate le differenze fra quanto emerso nelle interviste scritte e quanto dichiarato nelle audio-registrazioni.

Qualche esempio espressivo delle categorie e meaning unit emerse durante lo Step I è rappresentato nella tabella 3 relativa all'analisi delle interviste dei tirocinanti. Il lavoro completo e dettagliato è contenuto nella tesi di cui questo lavoro rappresenta una sintesi.

Il primo debriefing audio-registrato è stato realizzato a tre, paziente, tirocinante e medico: l'obiettivo è prevalentemente terapeutico finalizzato all'empowerment del paziente. La presenza del tirocinante rende l'incon-

tro anche didattico su contenuti comunicativi. Vi è una netta differenza tra quanto scritto e quanto narrato dai pazienti (in tutti tranne che per Michela) sicuramente nella forma: forse per titubanza a mettere per scritto i propri vissuti, forse per non dimestichezza con la penna, ma le interviste scritte risultano estremamente concise, essenziali, quasi asettiche o con poche sfumature emotive. Le espressioni verbali dei debriefing, a quanto emerge dalle audio-registrazioni risultano ricche di dettagli, di sfumature, di riflessioni, a volte anche dense di emozioni (Addolorata ha pianto a più riprese) e comunque sempre decisamente prolisse. In alcuni casi (Addolorata e Vittorio) vi sono differenze anche nei contenuti: emergono, infatti, contraddizioni tra quanto scritto e quanto dichiarato in seguito. Fa eccezione Michela, probabilmente avvezzata a scrivere e con un background da laureata in lingue: "... *credo che i pensieri alla lunga producono azioni, e se sono pensieri negativi si trasformano in malattie. Quindi, quando io scrivo, mettendo questi pensieri sulla carta, li faccio uscire dalla mia testa e me ne*

TABELLA 3: ESEMPIO DI CATEGORIE E MEANING UNIT EMERSE DALLE INTERVISTE NARRATIVE DEI TIROCINANTI.

Temi Intervistati (categorie e meaning unit)	I vissuti di malattia	La conoscenza della diagnosi	La vita dopo la diagnosi	Convivere con la terapia	Analisi delle criticità	Progettare il futuro	Ricerca di soluzioni praticabili condivise
Tirocinanti	Interpretazioni (per tutti): "... lo smarrimento per paura di non poter accudire i propri cari" (Valeria) o "il dolore di Lillo è la paura della malattia" (Maria)	L'arresa integrale ripetuta e articolata (con riflessioni tecniche, relazionali, legali, etiche e morali) è Come si comunica la diagnosi : "La preparazione del paziente ad ogni ipotesi è talora fondamentale per permettere al soggetto (e dargli la libertà di cui ha DOROTTO) di elaborare i propri pensieri e le proprie preoccupazioni ... <i>credo debba essere</i> " (Dario)	Ricerca di senso (tutti) che giustifica le opinioni e i comportamenti: "come per affrontare ad un compito serio e serio: <i>coerenza delle proprie abitudini</i> " (Maria).	Se prima giocavano alla Trasposizione di ruolo (5-5), immedesimandosi con il paziente ma ancora dalla prospettiva dello studente, di qui in avanti cominciano a vedere e pensare come medici: "Terapia a scarto leggero per scarsi effetti collaterali" (Valeria).	Analisi oggettiva delle criticità (5): "Conciliare ricostruire l'immagine di se" (Valeria), Risonanza emotiva (1): "Mi fa colpo il fatto che lei stesso dubiti in parte riguardo l'origine del suo dolore (dove pensa? Quali sono le cause davvero?)" (Maria).	Reperire (5/5): "Non ho percepito la situazione malattia come un capitolo che si è aperto e chiudo (5 anni fa, ma lo sento tutt'ora presente ed insistentemente nel suo futuro" (Maria nei confronti di Lillo).	Soluzioni : "Questa è per me la domanda più complicata" (Maria)

libero, quasi sempre, anche se ci lavoro di continuo a questa filosofia di vita".

A fine debriefing, a tutti i pazienti è stato chiesto se ritenevano che questa esperienza potesse essere stata loro d'aiuto e se, in particolare lo strumento dell'intervista narrativa, si era dimostrato efficace nell'esplorare e metabolizzare i vissuti di malattia: le risposte sono riportate nella tabella 4.

Lo step I e la prima parte dello step II (debriefing del paziente) sono corollari e premesse al cuore della tesi: il debriefing del tirocinante.

DEBRIEFING TIROCINANTE

Si è trattato di un incontro Medico-studente, successivo al debriefing con il paziente: l'obiettivo è formativo e il focus è centrato sul tirocinante. Nella tabella 5 vengono evidenziate le categorie ricorrenti e le meaning unit più significative. Alla fine del debriefing è stato chiesto a tutti un feedback sull'esperienza didattica proposta: le risposte sono riportate nella tabella 6.

RISULTATI CONSEGUITI DAL MEDICO

Il medico aveva due obiettivi che vengono ripresi nella tabella 7.

CONCLUSIONI E DISCUSSIONE

Lo studio ha consentito di esplorare le potenzialità dell'intervista narrativa, attraverso una triangolazione paziente, tirocinante e medico, in un setting di medicina generale ed ha stimolato la riflessione sui vissuti di malattia cronica e disabilitante. Attraverso la narrazione, i tirocinanti hanno sviluppato l'apprendimento finalizzato all'acquisizione di un approccio olistico nei confronti del paziente. I pazienti che hanno narrato, sono stati incoraggiati dal punto di vista dell'empowerment, nei confronti del loro percorso assistenziale. Il medico ha ricevuto un supporto nella sua attività terapeutica attraverso la rivisitazione del punto di vista e del feedback da parte dei pazienti. Sia per il tirocinante sia per il medico, l'utilizzo della narrazione ha consentito uno sviluppo della quali-

TABELLA 4: FEEDBACK DEL PAZIENTE RISPETTO ALL'EFFICACIA DELL'INTERVISTA PROPOSTA

Medico	<i>"Le è servita questa esperienza? Pensa che l'intervista narrativa possa essere un buono strumento per esplorare e metabolizzare i vissuti di malattia?"</i>
Michela	<i>"molto utile: è il mio modo di far uscire angosce o ansia, scrivo e le sbatto fuori, poi le rileggo e vi rifletto".</i>
Lillo	<i>"E' stato un aiuto a esternare quello che c'è dentro e non si riesce a dire neanche a se stessi"</i>
Addolorata	<i>"io non lo so, pensavo che parlandone, piangendo, prima o poi passa, ma non passa! Forse, non ancora. Però sto meglio. Ora vorrei pensarci ancora un po' da sola"</i>
Vittorio	<i>"Penso di sì: scrivendo e rileggendo si riflette di più e si fa un lavoro di selezione e di ordine valoriale, che diventa più vero e forte se fatto con il proprio medico"</i>
Carla	<i>"Rileggendolo bene altorché: si riflette bene. Io ero passiva, metterci la pomata, le infiltrazioni. Ora l'ho capita, ... già la settimana scorsa dal mio amico".</i>

TABELLA 5: CATEGORIE E MEANING UNIT PIÙ SIGNIFICATIVE DURANTE IL DEBRIEFING CON IL TIROCINANTE

Temi De-briefing (categorie e meaning unit)	I vissuti di malattia	La comunicazione della diagnosi	La vita dopo la diagnosi
De-briefing II	La trasposizione di ruolo (5/5) <i>“Mi sono immaginata lei il suo viso, le parole, le espressioni, cercando di mettermi al suo posto”, (Valeria).</i> La consapevolezza del proprio ruolo: <i>“importanza della conoscenza della persona, del contesto e della rete” (Ilaria).</i> La ricerca di senso: <i>“il paziente va ovunque per assumere senso e significati: sceglie attivamente lo specialista ma poi viene comunque dal MMG per averne conferma” (Andrea)</i> ma anche riflessioni su di se <i>“io non ho colto le sue strategie positive, io, inizialmente, mi sono focalizzata sui problemi clinici: mi è servito riparlare insieme a tre” (Ilaria).</i>	La trasposizione di ruolo: (5/5) <i>“il modo in cui si deve comunicare una diagnosi: quali le sfaccettature, come, quando e dove; ho immaginato come vorrei che venisse fatto a me” (Valeria).</i> Le modalità di comunicazione: <i>“genericamente la comunicazione della diagnosi è uno scambio di informazioni: guardarsi negli occhi in modo onesto, etico, dare strumenti proporzionati al problema e alla cultura del paziente per metterlo in condizione di gestire al meglio la propria vita” (Marco).</i> Le proprie risonanze emotive: <i>“fai le domande quando sei in grado di accettare le risposte” (Dario).</i>	Meta-riflessioni sul senso (4/5) è <i>“Le domande non fatte: meglio il dubbio che la conferma alle proprie paure” (Lillo) o “L'uso delle parole: esplicitazione del problema, il detto e il non detto” (Medico rispetto a Lillo).</i>

Convivere con la terapia	Analisi delle criticità	Progettare il futuro	Ricerca di soluzioni praticabili condivise
Negoziiazione ed empowerment (3/5): <i>"La giusta cura bilanciata per la persona che hai davanti, fargli autogestire è stato l'unico modo per fargli accettare questa terapia"</i> (Medico rispetto a Vittorio).	La trasposizione di ruolo (5/5): <i>"semi-inconsapevole uso del tuo vissuto personale"</i>, (Medico verso Valeria)	Empowerment e contesto	Trovare la giusta distanza (5/5): <i>"in condizione riconoscibile da parte del paziente, ma ho cercato di mimarne le caratteristiche"</i> (Valeria), La "risonanza emotiva" (4/5) per Ilaria: <i>"Direi che questa è una domanda complicata, perché rispondevo sia da medico che da paziente: facevo fatica poi a tornare nel ruolo di medico"</i>. Dario <i>"non sapevo se potevo proporre l'adozione, poi ho pensato di portare la paziente nei miei panni... a noi uomini non è concesso, mai. Non per questo mi sentirò meno padre di mio figlio. Essere padre o madre non è dato dai 9 mesi di gestazione, che è l'unica cosa a cui è costretta a rinunciare, ma da tutto il percorso di vita che segue"</i>.

TABELLA 6 FEEDBACK DEGLI STUDENTI RISPETTO ALL'ESPERIENZA DIDATTICA PROPOSTA.

Medico	<i>Cosa pensi di questa esperienza? Ritieni che possa essere uno strumento utile per sperimentare l'approccio olistico sui vissuti di malattia cronica o invalidante?</i>
Valeria	<i>"Utilissimo! Dipende dalla reattività di chi hai di fronte. A me è servito, l'ho anche raccontato ai miei compagni di studi".</i>
Ilaria	<i>"Utile per me: non pensavo che affrontare da 3 punti di vista diversi la stessa cosa permettesse di tirar fuori tante cose. Ho capito che si possono fare più domande e andare più a fondo e non dare mai nulla per scontato. Sì anche per il paziente: era contento di poterne parlare, perché si è sentito privilegiato, ha avuto più spiegazioni. Forse talmente utile che sarebbe bello per tutti, ma no, no, è troppo impegnativo!"</i>
Dario	<i>"Mi è servito per approfondire l'aspetto umano, perché nel dialogo medico/paziente affronti la storia ma non le emozioni, quelle dell'altro che ti scoppia a piangere mentre racconta il suo mondo interiore e quelle tue che accolgono quelle lacrime. Assolutamente sì, credo anche per il paziente che ha un momento dedicato e qualcuno che vi si dedica. Poco praticabile su tutti, selettivo".</i>
Marcio	<i>"Sì, anche se non si inserisce nella nostra università. Uno o ti mette del suo o non ha strumenti perché non ci vengono dati. La riflessione personale: in questo tirocinio è la prima volta che ho un rapporto così diretto con i pazienti, in ospedale non è possibile, siamo tanti, il paziente ha meno disponibilità e più diffidenza e timore a comunicare con uno studente. E' la prima volta che mi tocca arginare l'eloquio di un paziente. Immagino si potrebbe fare anche in modo strutturato e focalizzando i problemi, ripetibile in maniera didattica anziché con pazienti diversi con lo stesso autore, mi piacerebbe questo all'università".</i>
Andrea	<i>"Ti permette di approfondire i vissuti dandoti un tempo e uno strumento che non avresti in una visita normale. Maggiore ascolto del punto di vista della paziente e contro prova nel confronto. Non applicabile sempre: è piuttosto complesso".</i>

ta della didattica attraverso il feedback sull'efficacia formativa: *"La malattia diventa così una rete di prospettive, consentendo l'incontro e un dialogo che fanno diventare le "storie di malattia" "storie di cura" a costruzione congiunta dell'assistenza sanitaria"* (Charon, 2001 in Marcadelli, 2010).

I temi emersi, sia nelle interviste sia nei debriefing, sono: i vissuti di malattia, la comunicazione della diagnosi, la vita dopo la diagnosi, convivere con la terapia, analisi delle criticità, progettare il futuro e ricerca di soluzioni condivise praticabili.

Le categorie più rappresentate in tutti i temi sono state la trasposizione di ruolo (che ha consentito di vedere con gli occhi dell'altro), la ricerca di senso e la risonanza emotiva. Nel gioco di ruolo, dopo il passaggio da studente a paziente, il rientro nel proprio ruolo vede l'ingaggio della funzione professionale medica e contemporaneamente dell'ap-

proccio olistico alla persona. Tale fenomeno diventa particolarmente evidente nell'ultimo sottotema (ricerca di soluzioni praticabili) e nei debriefing, dove vengono perse le titubanze iniziali.

I pazienti hanno condotto una profonda riflessione sulla propria esperienza dando un ritorno in termini di consapevolezza e accettazione. Il medico ha ricevuto un feedback positivo da tutti i partecipanti e ha cambiato punto di vista, trovando a volte, interpretazioni inaspettate

Questo lavoro presenta numerosi limiti, legati alla scelta numerica dei partecipanti, pure con vissuti di malattia molto diversi, che non ha consentito sempre il raggiungimento della saturazione delle categorie. Lo strumento narrativo ha presentato diversi gradi di fruibilità da parte dei pazienti: le peculiari competenze emotive e letterarie individuali danno conto delle marcate differenze emerse tra

TABELLA 7. RISULTATI CONSEGUITI DAL MEDICO

Obiettivo	<i>Cosa ho imparato di nuovo verso il paziente?</i>	Obiettivo	<i>Che tipo di feedback ho avuto dal tirocinante?</i>
Michela	Nulla di nuovo, ma la maggiore condivisione ha permesso una relazione più partecipata.	Valeria	Feedback positivo sui contenuti proposti durante il tirocinio (negoiazione, relazione medico paziente, importanza del setting, ingerenza dei contesti di vita sulla compliance, comunicazione: elementi di counselling e PNL). E' riuscita a giocare alla trasposizione dei ruoli, a immedesimarsi nel paziente, a tornare in ruolo e a fare il salto da studente a medico.
Lillo	Ho scoperto un lato oscuro del paziente. C'è molto di più di quello che le persone dicono, conferma che non basta interpretare gli altri in base ai propri vissuti: bisogna chiedere e imparare ad ascoltare.	Ilaria	Stessa cosa. In più Ilaria ha osservato le sue emozioni in risonanza con quelle del paziente: "Mi ha colpita il fatto che lui stesso dubiti in parte riguardo l'origine del suo dolore ("sarà paura? O mi vien male davvero?"). Ha scoperto la potenza delle emozioni sulla percezione della realtà e più che colpita, direi forse intimorita, si pone domande di senso e di prognosi.
Addolorata	Si può rendere più tollerabile alla paziente la notizia. Non era consapevole di qual è il vero problema.	Dario	Dario aveva annunciato prima di iniziare che lui si rapportava male con le persone, era a disagio perché non amava farsi carico delle emozioni altrui e spendere troppe parole. E' stato invece fantastico: è riuscito più che ad ascoltare a <i>sentire</i> , a restituire così bene che Addolorata leggendo la sua intervista si è messa a piangere e ha dichiarato "Piango per commozione, grazie dottore lei mi ha proprio capita, ha scritto quello che sento e che io non riuscivo neanche a dire" il tutto in modo delicato e al contempo incisivo, in un fiume di parole composte e tutte appropriate: è stato come vedere sbocciare un fiore meraviglioso.
Vittorio	Bravo Vittorio, ma poi basta! E' sempre difficile contenere un istrione che trova il suo palcoscenico.	Marco	Anche per Marco valgono le osservazioni fatte per Valeria. Ci siamo lasciati con la sua richiesta di tornare al di fuori del tirocinio.
Carla	Non c'è più sordo di chi non vuol sentire. Forse dovrei inventarmi ancora una nuova modalità di interazione.	Andrea	Andrea è caratterialmente introverso, di poche parole e trovarsi con una paziente come Carla non è stato un fattore favorente nell'interazione con lei. Nel debriefing sono poi emerse le sue riflessioni positive su quanto fatto insieme. Ha dichiarato che questa esperienza gli ha confermato la sua intenzione di guardare a specializzazioni chirurgiche "la relazione medico-paziente e la comunicazione professionale possono essere estenuanti, non fanno per me"

le narrazioni scritte e quelle orali. Anche se il numero dei tirocinanti è stato limitato, il messaggio finale è giunto all'unisono: ogni giovane medico combatte con la paura delle malattie che studia, con il dolore e le emozioni altrui e va guidato perché non si perda (Hatem e Ferrara, 2001). Infine, un altro limite è dato dalla presenza del punto di vista di un unico medico intervistato.

Nella prospettiva di tutor, possiamo affermare che l'utilizzo dell'intervista narrativa in triangolazione paziente/tirocinante/medico probabilmente può essere un potente strumento didattico anche in altri contesti come in questa sperimentazione, dove ha indotto tutti a un gioco di trasposizione di ruoli in cui il paziente ha acquisito orecchie e il medico/tirocinante occhi che non avevano prima. Non abbiamo trovato esperienze didattiche d'impiego dell'intervista narrativa in Medicina Generale in triangolazione paziente/tirocinante/medico contemporanea: abbiamo rintracciato esperienze di Medicina Narrativa, sia tramite utilizzo d'interviste (Wilcock, 2003) sia di storie autobiografiche (Piana, 2010) con pazienti con malattie croniche o verso studenti (Bagnato, 2013) ma non in Medicina Generale (Jurate A. Sakalys, 2003, Cipriani, 2003). Trisha Greenhalgh (1998), interpellata su questo aspetto, ci ha risposto in questi termini: *"I think the only time we attempted this, we ended up with very few 'matched pairs' for all sorts of practical reasons. In*

the end we got one sample of GPs and another of patients, but not matched to the same consultation. You may have better luck. There was a Swiss group with whom I was in touch a few years ago who did almost exactly what you are planning but I have failed to identify who they were! GOOD LUCK." Possiamo quindi affermare di aver apportato un'esperienza senz'altro innovativa, e da implementare, nel settore degli strumenti e delle metodologie utilizzate nella didattica in Medicina Generale.

TAKE HOME MESSAGES

Questo strumento si è rilevato adeguato per il tirocinante per favorire l'approccio olistico al paziente, ma è fondamentale selezionare molto bene quest'ultimo, che deve possedere buone competenze emotive e letterarie e deve essere né troppo prolisso, né troppo conciso e con vissuti di malattia emotivamente coinvolgenti ma non travolgenti.

E' un approccio funzionale al paziente con vissuti non sufficientemente elaborati di malattia che vive più intensamente la presa in carico ed è posto in condizione di rivedersi secondo visioni diverse.

E' un approccio utile per il Medico quando percepisce vissuti non elaborati e ha bisogno di cambiare punto di vista: la presenza di un terzo elemento modifica l'omeostasi del sistema medico/paziente consentendo altre prospettive.

Bibliografia

Atkinson R., *L'intervista narrativa. Raccontare la storia di sé nella ricerca formativa, organizzativa e sociale*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002

Bagnato S., Dimonte V., Garrino L., *The reflective journal: a tool for enhancing experience-based learning in nursing students in clinical practice*, *Journal of Nursing Education and Practice*, 2013; 3: 102-111

Bonetti L., Destrebecq A., Nucchi M., *Relazione tra mentore e neofita: indagine fenomenologica sulla socializzazione del novizio infermiere in area critica*, *Prof. Inferm.* 2008, giu-set 61 (3): 149-57

Bonezzi C., *Liberi dal dolore. La sofferenza fisica e le nuove terapie per curarla*, Mondadori, Milano, 2002

Carpenter D.R., Jenks J.M., *La triangolazione come strategia di ricerca qualitativa*, in Streubert Speziale H.J., Carpenter D.R., *La ricerca qualitativa: un imperativo umanistico*, edizione italiana a cura di M. Matarese, Idelson-Gnocchi Editore, Napoli, 2005

Charon R., *Narrative and Medicine*, *N Engl J Med* 2004, 350:9, 862-4

Cipriani A., Barbui C., *Dalle revisioni narrative a quelle sistemiche e alle metanalisi, per un approccio moderno alla valutazione dei trattamenti farmacologici in psichiatria*. *Noos*, 2003; 3: 221- 234.

Coté L., Turgeon J., *Appraising qualitative research articles in medicine and medical education*, *Medical Teacher*, 2005; 27: 71-75

Dimonte V. Garrino L., *Attendibilità e integrità nella ricerca qualitativa*, capitolo 17 in Polit D.F., Tatano Beck C., *Essentials of nursing research. Appraising evidence for nursing practice*. Lippincott W Ed, traduzione italiana in corso di stampa

Finiguerra I., Garrino L., Picco E. et al., *Narrare la malattia rara. Esperienze e vissuti delle persone assistite e degli operatori*. C. G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2012.

Fowler J.L., O'Gorman J.G., *Mentoring Functions: a contemporary view of the perceptions of Mentees and Mentors*. *British Journal of Management*; 2005;16: 51-57,

Garrino L., *La medicina narrativa nei luoghi di formazione e cura*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2010.

Giarelli G., Good B.J., Del Vecchio, et al., *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile*, Franco Angeli, Milano, 2005

Good B.J., *Narrare la malattia*, Edizioni di Comunità, Torino, 1999

.....

Graneheim U.H., Lundman B., *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*, *Nurse Education Today* 2004; 24: 105-112

.....

Greenhalgh T., Hurwitz B, *Narrative Based Medicine*, BMJ Books, 1998

.....

Hatem D., Ferrara E., *Becoming a doctor: fostering humane caregivers through creative writing*, *Patient Education and Counseling* 2001; 45: 13-22, Elsevier.

.....

Hsieh H.F., Shannon S.E, *Three approaches to Qualitative Content Analysis*, *Qualitative Health Research*, vol. 15 No 9, Novembre 2005, 1277-1288

.....

Jordon J. Section one-Teaching learners in clinical practice. Unit 4 Mentorship and Precetorship. Homerton College, Cambridge, School of Health Studies, novembre 2006, da <http://www.julianjordon.co.uk/examples/tla-cambs.pdf>

.....

Jurate A. Sakalys, *Restoring the Patient's Voice: the therapeutics of Illness Narratives*, American Holistic Nurses Association, 2003, settembre 1, 2003

.....

Launer J., *Narrative-based medicine: a passing fad or a giant leap for general practice?*, *British Journal of General Practice*, February, 2003, 91-93

.....

Marcadelli S, Artioli, G., *Nursing Narrativo: un approccio innovativo per l'assistenza*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2010

.....

Piana N., Maldonato A et al., *The narrative-autobiographical approach in the group education of adolescents with diabetes: a qualitative research on its effects.*, *Patient Education and Counseling*, Elsevier, 2010; 80: 56-63

.....

Silverman D., *Come fare ricerca qualitativa*. Ed. Italiana a cura di Gobo G., Carrocci Editore, Roma, 2002

.....

Streubert Speziale H.J., Carpenter D.R., *La ricerca qualitativa: un imperativo umanistico*, edizione italiana a cura di M.Matarese, Idelson-Gnocchi Editore, Napoli, 2005

.....

Tong A, Sainsbury P, Craig J. *Criteri consolidati per la segnalazione di ricerca qualitativa (COREQ): A 32-voci della check list per le interviste e focus group* *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357 Volume 19, Numero 6: pp 349-357

.....

Wilcock P. M., Brown G.C. S. et al., *Using patient stories to inspire quality improvement within the NHS* 2003, *Journal of Clinical Nursing*, 2003; 12: 422-430

.....

L'intervista narrativa, utilizzata con una triangolazione paziente, tirocinante e medico, come strumento per la comprensione del contesto di cura in Medicina Generale. Una esperienza con studenti di Medicina e tirocinanti del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

Come l'uso della narrazione e la co-costruzione della storia della malattia possono modificare l'evoluzione del processo di cura: il significato della patologia di contesto nella didattica per la MG

M. Martinetti, L. Garrino, G. Ventriglia

PREMESSA

Trentotto anni di professione nel mondo reale della medicina di famiglia hanno consolidato la certezza che le patologie studiate e acquisite durante il corso di laurea, ritrovate e affrontate sul territorio sono come la visione di un film dopo averne letto il libro. Molto diverse da ciò che si era immaginato; nella fattispecie diverse sia nella tattica di approccio che nei percorsi diagnostico-terapeutici, a causa degli stravolgimenti scientifici che marciano a velocità sostenuta e alle teorie fisiopatologiche e le problematiche terapeutiche che si modificano frequentemente e continuamente. Ma per quanto si possa star dietro a tutte le "novità" mediche, si rischia di fallire l'obiettivo se non si riesce a inquadrare le patologie all'interno del vissuto del paziente.

INTRODUZIONE

Il problema è, dunque, non unicamente clinico, legato ai fatti biomedici, quanto relazionale ed emotivo. Se il medico riuscirà a indirizzare l'analisi anche verso il vissuto del paziente e il suo contesto di vita, riuscirà ad essere più efficace sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico. L'affiorare del costruito delle storie di malattia nelle pratiche sanitarie suggerisce di superare l'idea che esiste un soggetto narrante che racconta la sua esperienza (il paziente) ed un altro che semplicemente la raccoglie (il medico) (Garrino, 2010). Chi ascolta davvero una storia di malattia e risponde narrativamente a essa non può essere passivo, ma un soggetto che partecipa attivamente nella costruzione del racconto dell'esperienza di malattia. Per co-costruire una storia di

malattia è necessaria la capacità di immergersi in essa e svolgere il complicato esercizio di immaginazione della situazione dell'altro/a, di comprensione del suo punto di vista e del significato dell'esperienza di malattia (Zannini, 2009). Il medico in tal modo può facilitare il soggetto narrante nell'espressione di significati attribuiti alla sua esperienza e, dall'altro, aiutarlo a far emergere le "storie nascoste", implicite nel suo racconto, facendo attenzione a non assumere un atteggiamento indagatore. Il medico, nella raccolta della storia di malattia del paziente, deve continuamente far attenzione a non ricondurla a schemi predefiniti ma al contempo deve esercitare un'azione di contenimento, permettendo tanto al paziente di focalizzare la narrazione, quanto a se stesso di gestire in modo efficiente la relazione terapeutica. E' fondamentale dunque porre domande esplorative piuttosto che indagatrici, ascoltare il paziente aiutandolo a riordinare le sue ipotesi e a trovare una chiave di lettura (Atkinson, 2002). Un aspetto che questo lavoro intende porre in evidenza è la cosiddetta "patologia del contesto", intendendo con tale accezione tutti quei fattori ambientali e sistemici che, se non vengono riconosciuti e affrontati, possono aggravare patologie esistenti o tenerne nascoste altre che, smascherate, potrebbero essere trattate con successo. L'altro aspetto, quello prevalente, è guidare il tirocinante verso la percezione dell'esistenza di tale contesto. Cogliendo la sfida lanciata da Rita Charon (2004) "*Narrative skills that are important to medical practice have been identified, and methods of teaching them have been developed*", si è pensato di sperimentare l'intervista narrativa, cogliendo i diversi punti di vista del paziente, del tirocinante e del medico, secondo la metodologia della triangolazione dei soggetti (Silverman 2002, Speziali e Carpenter 2005).

OBIETTIVI

Esplorare le potenzialità della narrazione e della co-costruzione della storia di malattia riflettendo sulla loro utilità in termini didattici. Aiutare il tirocinante a sviluppare le competenze di analisi contestuale, che consentano di adottare un approccio diagnostico-terapeutico allargato con un'attenzione globale ai problemi del paziente.

DISEGNO DELLO STUDIO

Si tratta di una ricerca qualitativa "narrative inquiry", che utilizza l'approccio fenomenologico e sperimenta un dispositivo formativo innovativo: la triangolazione a tre, paziente, tirocinante e medico di un intervista narrativa.

MATERIALI E METODI

Setting: Studio di Medicina Generale sito in Carbonia facente parte di una medicina di gruppo con altri tre colleghi, tutti con oltre 1300 pazienti, dotato di servizio di segreteria per la richiesta delle prescrizioni e per la registrazione dei referti su un Software collegato al Server Nazionale della SIMG per la raccolta dati e che opera con la rete regionale Medir.

Partecipanti: E' prevista una azione contemporanea che coinvolge il tirocinante/medico in formazione, il medico tutor e il paziente. Criteri di eleggibilità: pazienti, scelti tra quelli in grado di esprimersi comprensibilmente e in grado di trasporre per iscritto le proprie sensazioni. Tirocinanti che accettano di partecipare.

Criteri di esclusione: pazienti reticenti a causa di riservatezza su fatti che essi potrebbero giudicare troppo personali.

Strumenti: Viene proposto a tutti i partecipanti di produrre una narrazione su un evento patologico della vita di un pazien-

te al quale è stata fatta una intervista semi-strutturata con domande aperte. L'indagine è stata condotta dal medico e al tirocinante è stato chiesto di prendere appunti sui quali è stato dato un mandato narrativo. Al termine della consultazione anche al paziente è stato richiesto uno scritto con l'invito a narrare le sue impressioni/considerazioni al termine dell'incontro; se non volesse produrlo perché non all'altezza gli è stato chiesto di confermare la registrazione audio o di modificarla in ogni momento a suo piacimento. Uno scritto è stato prodotto anche dal medico che ha condotto la consultazione.

PROCEDIMENTO

Si convocano i pazienti e si spiegano loro le finalità e le modalità di svolgimento della ricerca, si comunica la presenza del tirocinante e si chiede che venga sottoscritto il consenso informato che viene conservato dal medico che conduce l'intervista.

Si convocano i tirocinanti ai quali, informati sul metodo e sulle finalità della consultazione (si raccoglie anche il loro consenso informato scritto), si chiederà di annotare le fasi del colloquio per produrre uno scritto (narrazione) in cui esprimere gli aspetti clinici ed emozionali, sia quelli personali che quelli espressi, secondo il loro punto di vista, dal paziente. Il colloquio è articolato in due parti; nella prima (primo step), che raccoglierà tutti i dati clinici tipici di una anamnesi classica, si concedono al paziente i tempi necessari per una esposizione ampia dei suoi problemi di salute. Quindi, durante un briefing, vengono consegnate, al tirocinante, le domande del primo step su cui egli dovrà svolgere la sua prima narrazione. Mentre il tirocinante, in sede separata, ordina i suoi appunti, il medico spiega al paziente i contenuti del secondo step nel quale si esplorano gli aspetti del contesto ambientale e

di vita del paziente. Al paziente e al tirocinante si chiede di mettere per iscritto le differenze percepite tra la prima e la seconda parte. Anche il medico scrive in una narrazione il percepito dell'atteggiamento del paziente e del tirocinante. Tutta l'intervista viene audio registrata.

INTERVISTE E RAZIONALE:

Le domande sono suddivise in due blocchi, uno per il paziente e uno per il tirocinante/medico in formazione, e per ciascuno dei due intervistati, in due gruppi riferite al primo e al secondo step.

(n.b.: per ciascuna domanda, in corsivo inclinato e puntato, l'obiettivo che si cerca di raggiungere)

1° Step: la co-costruzione della storia

Domande per il paziente:

a. Può descrivere l'inizio dei suoi sintomi di malattia?

Stimolare nel paziente la memoria della sua malattia per inserirla in una dimensione temporale

b. Può descrivere quali difficoltà ha generato, nella sua routine quotidiana, questa malattia?

Far percepire al paziente le implicazioni inevitabili legate alla malattia per cercare di fargliela affrontare consapevolmente

Domande per il tirocinante:

a. Cerca di estrapolare da ciò che ha detto il paziente gli aspetti clinici importanti per orientarti verso una diagnosi logica

Abituare il tirocinante a creare un sospetto diagnostico secondo standard clinici, base di confronto per la successiva analisi di tipo narrativo

b. Prova a costruire un percorso diagnostico terapeutico sulla base dei dati raccolti nell'anamnesi

Abituare il tirocinante a costruire un'ipote-

si di percorso diagnostico terapeutico sulla base di una anamnesi classica.

- c. Analizza tutta l'anamnesi ed elenca le cose dette che ritieni fondamentali e quelle che non sono state, secondo te, indagate a sufficienza**

Abituare il tirocinante a fare un'analisi critica di una raccolta anamnestica fatta da terzi e creare un percorso anamnestico personalizzato.

Obiettivi per il medico nei confronti del paziente (momento terapeutico): rivalutazione dei vissuti del paziente: di malattia e/o di contesto.

2° Step: la patologia del contesto che modifica l'evoluzione del processo di cura

Domande per il paziente

- a. In che modo i suoi familiari hanno accolto la sua malattia?**

Abituare il paziente a prendere in considerazione anche gli altri attori del suo vissuto di malattia e a considerarli risorse per una gestione migliore.

- b. Quali altre risorse potrebbero aiutarla a stare meglio? E in che modo?**

Cercare di creare nel paziente la consapevolezza che l'utilizzo di eventuali "strumenti" a sua disposizione è una risorsa da non sottovalutare e suggerire anche le modalità di utilizzo di tali risorse.

- c. Ci sono elementi nel suo contesto di vita che modificano in meglio o in peggio la sua patologia?**

Far fare al paziente una analisi degli elementi che, a suo giudizio, possono essere utilizzati o rimossi per migliorare la gestione del suo problema.

- d. Ha notato differenze tra le due parti del colloquio, e cosa ha provato?**

Indagare sul percepito di una analisi più attenta dei suoi vissuti.

Domande per il tirocinante:

- a. Puoi definire cosa intendi per contesto di malattia?**

Indagare sulla presenza, nel bagaglio culturale del tirocinante, del concetto di contesto ambientale di un paziente.

- b. Cerca di estrapolare da ciò che dirà il paziente quali elementi del contesto hanno maggiormente condizionato, se lo hanno fatto, il decorso della malattia.**

Cercare di inserire il concetto di contesto nel bagaglio culturale del tirocinante, provando a scomporlo nelle sue varie componenti.

- c. Ci sono elementi che, secondo te, nel colloquio non sono stati esplorati e come valuti il peso della loro influenza sulla globalità della patologia?**

Cercare di esplodere le componenti di un contesto attribuendo a ciascuna il diverso peso nella vicenda di malattia.

Obiettivi per il medico nei confronti del tirocinante (momento didattico): feedback su quanto emerso

Modalità di analisi dei dati: L'analisi complessiva delle narrazioni è stata condotta con l'approccio qualitativo della content analysis convenzionale (Hsieh e Shannon 2005, Graneheim e Lundman, 2004, Tong, Sainsbury e Craig, 2007). Sono stati definiti a priori i temi e sottotemi principali; dalla lettura dei testi, poi, sono state individuate le categorie emergenti. Tutte le categorie emerse dalle storie sono state prese in esame sequenzialmente e confrontate all'interno dei temi e sottotemi utilizzando i criteri di similitudine, divergenza, ricorrenza nella ricerca di significati generalizzabili. Sono stati analizzati i materiali narrativi attraverso un processo di confronto in triangolazione (Speziale e Carpenter, 2005) con un

collega di pari grado (*la D.ssa Maria Milano di Pianezza (TO)*), con gli stessi obiettivi (peer to peer), gli stessi metodi e gli stessi strumenti. Un ricercatore esperto in ricerca qualitativa in ambito sanitario ha fatto da supervisore all'intero processo.

RISULTATI

Sono stati intervistati cinque pazienti le cui caratteristiche sono esplicitate nella tabella 1 e tre tirocinanti descritti nella tabella 2 che hanno manifestato interesse per l'iniziativa (i veri nomi sono stati sostituiti con altri di fantasia per salvaguardare la privacy).

La differenza di collocazione "professionale" dei tre tirocinanti ha comportato interpretazioni diverse in rapporto alle loro differenti esperienze, ma ha aumentato la valenza della sperimentazione per l'emergere

di categorie simili, fondamentali per la loro formazione nel setting della medicina generale.

Sia il medico che ha condotto l'intervista che quello che ha collaborato all'analisi sono MMG di esperienza pluridecennale ed entrambi si occupano da tempo di formazione e di ricerca.

La prima fase (Step I) era indirizzata alla "co-costruzione della storia" e propedeutica per la seconda fase (Step II) "La patologia del contesto che modifica l'evoluzione del processo di cura".

Dalla lettura dei testi sono state individuate e considerate diversamente le categorie emerse nel 1° e nel 2° Step, perchè nel primo il fine era far acquisire al paziente la consapevolezza dei propri vissuti di malattia e aiutarne la lettura critica (co-costruzione

TABELLA 1

Giovanni	80 anni, vedovo con un aneurisma aortico e una fibrillazione atriale.
Stefania	33 anni, nubile ma convivente con un compagno che la protegge.
Gian Luigi	70 anni, professore di scuola superiore in pensione, depresso cronico con familiarità per tale patologia.
Vanessa	14 anni studentessa, figlia unica con il problema della bassa statura.
Irene	64 anni casalinga, madre di una figlia modello e di un figlio alcolista e "incapace", a detta del marito, di far bene qualsiasi cosa.

TABELLA 2

Simona	Giovane collega all'ultimo anno della scuola di formazione per la Medicina Generale con esperienze di sostituzioni di altri MMG e di guardia medica
Gian Luca	Collega al primo anno della scuola di formazione per la Medicina Generale con esperienza di sostituzioni, guardia medica e di casa di riposo per anziani
Stefano	Giovane studente del 6° anno del corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

della storia), e verificare le competenze del tirocinante sulle procedure e sulla costruzione di normali PDT. Nel secondo l'obiettivo era sensibilizzare il paziente a utilizzare le risorse del suo contesto (persone o situazioni favorevoli), e di fargli percepire il loro peso nel determinismo della sua patologia, e al tirocinante far percepire l'esistenza del contesto, fargli acquisire la capacità di analizzarlo e di attribuire le giuste valenze agli elementi presenti in esso.

Step 1 (Tema I): la Co-costruzione della Storia. Dalla analisi è emersa la buona capacità dei pazienti di esporre le storie e di raccontare i propri vissuti: tutti sono in grado di raccontarle con sufficiente precisione, alcuni tendono a confondere e sovrapporre i racconti, mentre nei vissuti non sempre si crea una relazione tra storia e significato della stessa. E' perciò quasi impossibile inserire in categorie comuni vissuti così diversi per clima familiare, età, tipologia del problema, sensibilità personale, caratteristiche culturali di base. Anche patologie simili, come una depressione reattiva, riscontrata in più casi,

hanno riscontri differenti da caso a caso per cui, essendo ogni "vissuto" unico, la stessa patologia è diversa in pazienti diversi.

I tirocinanti hanno dato il giusto rilievo agli avvenimenti, hanno colto e ordinato gli elementi clinici, creato percorsi diagnostici logici legandoli ai problemi emersi dai racconti. Talvolta è risultata valida anche la proposta terapeutica e i loro interventi si sono dimostrati adeguati al caso, e in linea con la personalità del paziente.

Tale omogeneità di vedute facilita il compito di confrontare l'operato dei tirocinanti raffrontando i loro elaborati. E' così emersa la loro consapevolezza sull'importanza di "dare ascolto" al paziente più attentamente di quanto si faccia all'università, nelle cliniche o ospedali e nella gran parte degli studi medici in genere. Questa fase del percorso è essenziale e porterà alla presa di coscienza dell'esistenza del contesto e della sua importanza nelle decisioni sul processo di cura da intraprendere. Anche il medico, rileggendo i "narrati" scopre realtà non evidenziate prima e rivaluta il suo comportamen-

TABELLA 3

TEMA I: la co-costruzione della storia			
SOTTOTEMA	Intervista paziente	Intervista tirocinante	Intervista medico nei confronti del pz
	Memoria di malattia e dimensione temporale	Gli aspetti clinici dalla narrazione del pz	Rivalutazione vissuti di malattia
	Vissuti di malattia	Il percorso diagnostico terapeutico	Rivalutazione vissuti di contesto
		Raccolta critica prioritaria dei dati anamnestici	

TABELLA 4

TEMA II: la patologia del contesto che modifica l'evoluzione del processo di cura			
SOTTOTEMA	Intervista paziente	Intervista tirocinante	Intervista medico nei confronti del tirocinante
	Valorizzazione delle risorse umane attive nel suo contesto	Presa d'atto del rilievo del contesto	feedback su quanto emerso
	Esplorazione di altre risorse e modalità di utilizzo	Analisi dettagliata del contesto	
	Acquisizione di consapevolezza dell'influsso del contesto sul percorso di cura	Attribuzione di una valenza alle componenti del contesto sul percorso di cura	

to, rimettendo in discussione sia la prima diagnosi che la terapia assegnata. Ciò sottolinea la necessità di rivalutare saltuariamente ogni cartella clinica. Questo concetto dovrebbe essere inserito nel bagaglio culturale di ogni medico come principio generale, da trasferire ai medici più giovani in generale e ai tirocinanti in particolare.

Step II (Tema II): la patologia del contesto che modifica l'evoluzione del processo di cura. Questo step è certamente il core della ricerca in cui gli aspetti riguardanti il paziente e il tirocinante e gli obiettivi prefissati sono differenti ma importanti per la crescita nel senso della consapevolezza per il primo e didattico per il secondo. Qui i pazienti percepiscono che la presenza di altre persone può condizionare, in senso negativo o positivo i propri vissuti. Che la possibilità di vivere con persone e/o in situazioni utili per affrontare i problemi può modificare il loro percorso di cura.

Spesso gli aspetti negativi sono prevalenti rispetto ai positivi, specialmente quando coinvolgono persone care, in quanto restano più impresse le offese ricevute e appare più amara la delusione delle attese. Non è chiaro se ciò sia più dovuto alle personalità dei pazienti, condizionate dalle situazioni sfavorevoli, o alla incapacità dei curanti di indirizzare i pazienti verso una lettura degli eventi più favorevole o rasserenante, per quanto possibile. I tirocinanti si sorprendono degli aspetti nuovi riguardanti i risvolti meno indagati che costituiscono il contesto di vita del paziente, (luoghi, situazioni familiari, conviventi, amici, disponibilità finanziarie, caratteristiche culturali, ecc.), ne prendono coscienza e percepiscono l'importanza del suo esistere. Un elemento tanto importante come il contesto obbliga a una analisi di ciò che esso rappresenta e della relazione fra cronologia degli eventi e significato dei

comportamenti derivanti, impone l'attribuzione di una valenza agli elementi che lo costituiscono ed evidenzia quanto possa essere importante valutare con un diverso occhio critico la storia del paziente.

Lo strumento è di non facilissima applicazione ma è di grande utilità, specie se applicato a casi di una certa complessità. E' quasi improponibile in pazienti con problemi definiti "banali" o apparentemente tali.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

La primissima cosa che abbiamo fatto dopo le fasi operative (step 1 e 2) è stata confrontare i nostri risultati con altri analoghi esistenti in letteratura. Dopo una ricerca bibliografica su scala internazionale abbiamo interpellato figure di primo piano all'interno del mondo della Medicina Narrativa, ma la ricerca è stata infruttuosa in quanto pare non esistere alcuna esperienza di intervista narrativa a tre (paziente, tirocinante e medico), a parte un tentativo fatto in Svizzera da alcuni colleghi di cui non si è saputo più nulla. Abbiamo condotto le nostre interviste nel rispetto delle regole di una intervista narrativa (Garrino-Atkinson) nel rispetto dei ruoli di ciascun partecipante rendendo obiettivabile il contenuto e il significato delle analisi fatte. Attraverso una intervista semi-strutturata i pazienti hanno "narrato" un racconto che, come dice Robert Atkinson, "Mentre raccontiamo le nostre vicende autobiografiche, riveliamo delle verità personali importanti, così come le vediamo, e così facendo creiamo dei legami profondi con le persone che partecipano a questo scambio" (L'Intervista Narrativa, 2002) ha permesso al medico e al tirocinante di entrare nei vissuti del paziente, mai messi a nudo in maniera così palese. Abbiamo anche garantito la riproduzione esatta delle registrazioni dei narrati dei pazienti per evitare la manipola-

zione che avviene nel 60% dei casi (Spradley 1979). Per le domande poste, si è cercato, senza fare indagatore, di dare spazio alle memorie del paziente in maniera coordinata o permettendo le sovrapposizioni, così da consentirgli di spaziare a piacimento dentro la sua “story”, mentre per il tirocinante si è cercato, lasciando libera la sua capacità espressiva e interpretativa, di incanalare la narrazione verso un percorso clinico-assistenziale che comprendesse una attenta analisi del vissuto e del contesto del paziente. Anche se non esistono riferimenti bibliografici ci siamo avvalsi dei suggerimenti forniti da vari autori circa l'importanza della narrazione nel percorso formativo e nella didattica “La principale finalità della narrazione è infatti quella di accrescere, nei soggetti in formazione, la consapevolezza su questi temi, di sviluppare la capacità di ascoltare, narrare e ricostruire esperienze significative legate ai processi di cura” (L.Garrino: La Medicina Narrativa nei luoghi di formazione e di cura), e abbiamo cercato di instillare questo principio nell'anima del nostro tirocinante per farne uno strumento permanente del suo bagaglio professionale. Sulle categorie comuni estrapolate si può dire che la scarsa ricorrenza di quelle riferite allo scritto dei pazienti è da imputare al ridotto campione preso in considerazione e alla eterogeneità clinica dei casi presentati, mentre si può affermare che quando si studiano le categorie del medico e del tirocinante, studiando i modelli di approccio clinico alla persona, le categorie diventano più ricorrenti.

Perciò, premesso che la ricerca, come tutte, presenta dei limiti costituiti:

- a) dalla scarsa abitudine degli studenti/giovani medici a considerare la vicenda di malattia nel suo contesto e dalla mancata percezione della sua importanza,
- b) dalla scarsa disponibilità del medico tu-

tor ad indagare con umiltà e modestia il vissuto personale del paziente e di voler condividere le sue impressioni con altri.

Sulla base dei risultati ottenuti si può affermare quanto segue:

- 1) Gli elaborati dei pazienti evidenziano come essi abbiano esposto con logica i propri vissuti di malattia e come abbiano esaminato la possibilità di affrontarli con una nuova chiave di lettura sulla base delle possibilità di cui ciascuno dispone. Dimostrano anche che essi hanno preso coscienza del rapporto esistente tra la loro patologia e il proprio vissuto.
- 2) I tirocinanti hanno dimostrato di avere una buona capacità di costruzione di un percorso clinico-assistenziale e di aver scoperto il contesto di vita dei pazienti, di averne percepito l'importanza nel determinismo della/e patologia/e e di aver fatto tesoro di quanto appreso in questa esperienza

Certo è che tale metodo, che necessita di un tempo “adeguato” e di un setting “adatto”, non si può applicare indiscriminatamente a tutti i pazienti presenti in uno studio medico di Medicina Generale, ma può essere utilizzato su pazienti particolari che necessitano di una “maggior attenzione” e che abbiano i requisiti già citati in precedenza.

TAKE HOME MESSAGES

- 1) L'analisi del contesto dovrebbe essere sempre “pensata” e sviluppata nei tempi e modi giusti, almeno in presenza di problematiche complesse e difficilmente risolvibili.
- 2) Ogni tutor dovrebbe abituare il proprio tirocinante a prevedere una analisi del contesto e abituarlo a farne uso.
- 3) Lo strumento della narrazione sembra essere valido ed efficace per una indagine della “patologia del contesto”.

Si può affermare che, abituarsi a prenderlo in considerazione nei casi in cui serve e inserirlo nel proprio bagaglio culturale e professionale, sarebbe segno di un deciso passo in avanti nella crescita formativa di ogni medico. Il metodo è valido in ogni contesto

medico, quindi anche nel setting della Medicina Generale, ed è applicabile in ogni fase della formazione dei giovani medici, come il tirocinio post-laurea e nel corso di formazione specifica, ma anche nella fase pre-laurea degli studenti in Medicina e Chirurgia.

Bibliografia

Atkinson R., *L'intervista narrativa. Raccontare la storia di sé nella ricerca formativa, organizzativa e sociale*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002

Baratella P., *L'integrazione scolastica e sociale, il ruolo del contesto nell'approccio sistemico e nell'ICF*, Cantiere Aperto Vol. 12, n.3 Settembre 2013 (pp. 254-264)

Bonetti L., Destrebecq A., Nocchi M., *Relazione tra mentore e neofita: indagine fenomenologica sulla socializzazione del novizio infermiere in area critica*, Prof. Inferm. 2008, giu-set 61 (3): 149-57

Carpenter D.R., Jenks J.M., *La triangolazione come strategia di ricerca qualitativa*, in Streubert Speciale H.J., Carpenter D.R., *La ricerca qualitativa: un imperativo umanistico*, edizione italiana a cura di M.Matarese, Idelson-Gnocchi Editore, Napoli, 2005

.....

Charon R., *Narrative and Medicine*, *N Engl J Med* 2004, 350:9, 862-4

.....

Finiguerra I., Garrino L., Picco E. et al., *Narrare la malattia rara. Esperienze e vissuti delle persone assistite e degli operatori*. C. G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2012.

.....

Fowler J.L., O’Gorman J.G., *Mentoring Functions: a contemporary view of the perceptions of Mentees and Mentors*. *British Journal of Management*; 16,51-57, 2005

.....

Garrino L., *La medicina narrativa nei luoghi di formazione e cura*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2010.

.....

Graneheim U.H., Lundman B., *Qualitative conyent analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*, *Nurse Education Today* (2004) 24, 105-112

.....

Greenhalgh T., Hurwitz B, *Narrative Based Medicine*, BMJ Books, 1998

.....

Hsieh H.F., Shannon S.E, *Three approaches to Qualitative Content Analysis*, *Qualitative Health Research*, vol. 15 No 9, Novembre 2005, 1277-1288

.....

Jordon J. *Section one-Teaching learners in clinical practice. Unit 4 Mentorship and Precetorship*. Homerton College, Cambridge, School of Health Studies, novembre 2006, da <http://www.julianjordon.co.uk/examples/tla-cambs.pdf>

.....

Jurate A. Sakalys, *Restoring the Patient’s Voice: the therapeutics of Illness Narratives*, American Holistic Nurses Association, 2003, settembre 1, 2003

.....

Streubert Speziale H.J., Carpenter D.R., *La ricerca qualitativa: un imperativo umanistico, edizione italiana a cura di M.Matarese*, Idelson-Gnocchi Editore, Napoli, 2005

.....

Silverman D., *Come fare ricerca qualitativa. Ed. Italiana a cura di Gobo G.*, Carrocci Editore, Roma, 2002

.....

Williamson R.G., *Illustrating triangulation in mixed-methods nursing research*. *Nurse Researcher* 2005, 12,4.

.....

Wilcock P. M., Brown G.C. S. et al., *Using patient stories to inspire quality improvement within the NHS* 2003, *Journal of Clinical Nursing*, 2003; 12: 422-430

.....

Introdurre principi, strumenti e metodologie della Medicina Narrativa nel corso di formazione specifica in Medicina Generale richiede una fase di didattica d'aula. Gli autori riportano la descrizione di un programma didattico articolato.

La narrazione come strumento didattico nel setting del "Corso di formazione specifica" della Medicina Generale

G. Vincis, L. Garrino, G. Ventriglia

PREMESSA

Nel Master di secondo livello dell'Università di Modena "Imparare ad insegnare", ho avuto modo di conoscere e fare esperienze pratiche con diversi strumenti e metodiche didattiche, tra queste quella che mi ha interessato in modo particolare e, posso dire, mi ha fatto cambiare modo di lavorare, è la Medicina Narrativa. Sicuramente è lo strumento che, come Medici di Medicina Generale, spontaneamente usiamo, senza quasi renderci conto, in ogni nostro approccio con il paziente. È un potente mezzo di comunicazione che permette, in maniera diretta e direi sincera, di entrare in sintonia con chi ci sta davanti e ci chiede aiuto. Uno strumento che, saputo usare con metodo, fa sì che il nostro paziente ci porti quasi per mano, con i suoi modi, il suo linguaggio, i suoi tempi verso la diagnosi e ci permette di contrattare e condividere con lui il percorso di cura.

NARRAZIONE: MODELLO D'APPROCCIO IN MEDICINA GENERALE

La malattia e la sofferenza sono esperienze fondamentali della vita che coinvolgono la sfera emozionale, sociale e immaginaria della persona. "Prendersi cura" di una persona malata per il Medico di Medicina Generale, non significa solo diagnosticare e trattare la malattia, ma anche saper comprendere l'unicità, il vissuto, i bisogni espressi e inespressi.⁽¹⁸⁾ Accanto alla EBM (Evidence Based Medicine), che è fondamentale per dare risposte terapeutiche affidabili, e basate sulla verifica scientifica, esiste un altro tipo di approccio è la Medicina Narrativa o NBM (Narrative Based Medicine) ⁽¹¹⁾. L'approccio di tipo narrativo verso la persona malata, porta a nuovi livelli di conoscenza dell'impatto della malattia sulla vita del paziente, diventando uno strumento in grado di rilevare informazioni qualitative uti-

li per integrare linee guida esistenti e ridefinire la pratica clinica nel suo complesso.(19)

DISEGNO DI STUDIO E OBIETTIVI

Sperimentazione di una lezione sulla Medicina Narrativa, nell'ambito della Formazione Specifica di Cagliari. Ricerca di tipo qualitativo a partire dai materiali narrativi proposti e dalle griglie elaborate a partire dalle sollecitazione narrativa.

OBIETTIVI

Offrire un nuovo approccio attraverso la Medicina Narrativa ed uno stimolo riflessivo per rendere la relazione medico paziente più efficace, attraverso lo strumento narrativo. Analizzare l'esperienza professionale di assistenza e cura di un malato ed alla sua famiglia in una situazione domiciliare a partire da invito alla narrazione durante il corso di Formazione Specifica.

CONTESTO E PARTECIPANTI

L'esperienza formativa è svolta presso il "Corso di Formazione Specifica", in tre lezioni d'aula con discenti del primo anno e del terzo anno nell'anno 2013. Le lezioni si sono svolte nel tempo di quattro ore ciascuna, hanno partecipato 16 discenti del primo anno, e 16 del terzo anno, equamente divisi per genere, età media intorno ai 30 anni. Tutti hanno esperienza lavorativa, come medici di Guardia Medica, supplenze in studi di MMG in città e in centri rurali, alcuni seguono corsi di specializzazione.

MATERIALI E METODI

I testi narrativi espressi dai corsisti forniscono un ricco materiale di studio. Attraverso la loro analisi vengono messi in evidenza i nuclei di significato più ricorrenti e le immagini più rilevanti emerse nei racconti.

L'interpretazione fornisce elementi per riesaminare ed arricchire di nuovi significati le pratiche di formazione e di cura. Attraverso l'analisi delle narrazioni emerge come il soggetto si rappresenta le situazioni, descrivendo i tratti intrinseci o le essenze dei vissuti esperienziali, cogliendo la situazione e contemporaneamente la rappresentazione, l'interpretazione ed il significato. L'applicazione della narrazione nei corsi di formazione prevede la messa in comune delle esperienze, in un clima valutativo e di sospensione del giudizio che facilita nei partecipanti la libertà di espressione. (1)

LA LEZIONE

La lezione inizia con una domanda diretta "quanti di voi conoscono o hanno sentito parlare di "medicina narrativa".

In entrambi i gruppi solo due del terzo anno, avevano sentito parlare di M.N. ma in termini molto generici. Vista la situazione, ritengo opportuno un approccio più tradizionale che dia dei punti di riferimento per entrare nel tema della M.N., con una lezione frontale.

DEFINIZIONE

i principi base, i valori, la rilevanza nel rapporto con il paziente, approccio relazionale, condivisione, significati condivisi, ascolto reciproco.

FINALITA'

come metodo di lavoro, ma anche nella formazione delle varie figure sanitarie, valorizzare le differenze, umanizzazione, supporto alla EBM, Formazione dei Professionisti, Prendersi cura.

COMPETENZE

Saper fare Domande, capacità di ascolto attivo, saper guidare la narrazione.

EFFETTO TERAPEUTICO

La narrazione inserita nelle conoscenze e competenze, rispetto dei valori, comprensione, linguaggio semplice, partecipazione attiva.

NARRAZIONE E MMG

Approccio olistico, soggettivizzazione, analisi del contesto, condivisione dei processi di diagnosi e cura, Alleanza Terapeutica.

LA LETTURA

Si propone la lettura di un brano del libro di Tiziano Terzani "Un altro giorno di Giostra". La lettura è affidata a un discente mentre gli altri seguono su una copia del brano.

GRIGLIA DI OSSERVAZIONE

Per raccogliere le reazioni si propone una griglia di osservazione che deve essere compilata in un tempo breve, "a caldo", seguendo solo l'emotività che la lettura ha suscitato.

Rispetto alla narrazione precedente:

1. **Indica** i motivi per cui ritieni sia un episodio **particolarmente significativo**
2. **Nomina** ed **esplicita** le emozioni e i movimenti affettivi suscitati in te e negli altri partecipanti alla situazione
3. **Individua** ed **analizza** le tattiche e le strategie di comunicazione, di relazione e di cura che si sono sviluppate e che hanno promosso e sorretto l'azione o le azioni
4. **Escogita** e **proponi** una metafora, una immagine o una analogia che metta in luce l'**idea di cura** implicata nell'episodio.
5. **Condensa** in un titolo i nuclei di significato essenziali emersi dall'episodio

LA SCRITTURA

6. La fase successiva è stata la **proposta di scrittura da parte dei discenti** su un argomento specifico legato alla professione,

in un ambito domiciliare.

"Narrate individualmente per iscritto un episodio significativo relativo alla propria esperienza professionale di assistenza e cura di un malato ed alla sua famiglia in una situazione domiciliare".

Il film: IRIS

Film inglese presentato nel 2001

Regista: Richard Eyre

Cast: Kate Winslet, Judy Denech, Jim Broadbent, Hugh Boneville

Il tema è quello della Demenza Senile, narrato attraverso il progressivo decadimento psichico di una famosa scrittrice e saggista, è tratto da una vicenda vera.

RISULTATI

L'evento formativo

La durata della lezione frontale è stata di circa 20 minuti ed è stata seguita con interesse, la richiesta di chiarimenti è risultata frequente perché le modalità di approccio, di relazione con il paziente non è un argomento che viene trattato durante il corso di base e neanche nel "Corso di Formazione Specifica", soprattutto non è stato mai trattato in questi termini. La lettura è seguita con attenzione e partecipazione da tutti, in un grande silenzio, alla fine spontaneamente inizia una discussione su casi specifici in ambito professionale e di casi personali sui temi della lettura; la comunicazione della "cattiva notizia", l'impatto drammatico e il cambio di prospettiva di vita nelle malattie gravi, la difficoltà di scegliere il percorso di cura, l'atteggiamento spesso troppo tecnico e non partecipato dei medici e delle figure intorno, i problemi di comunicazione tra i vari attori della sanità, ma più di tutto la

solitudine, la frustrazione per la mancanza di umanità da parte dell'istituzione, in particolare nell'ambiente ospedaliero, che spesso valuta solo con parametri tecnici o peggio economici e non di soddisfazione del paziente, quasi mai visto come persona che soffre. Per ragioni di tempo, il film è stato ridotto, scegliendo i pezzi più significativi, a una proiezione di circa 20 minuti ma l'impatto emotivo è stato forte. Per tutti è stata una esperienza nuova, soprattutto dal punto di vista didattico, che ha dato modo di valutare, in modo diverso e interattivo, attraverso le emozioni e una "narrazione" cinematografica, il processo degenerativo della Demenza, studiato nei testi. Inizialmente vi è stata una reazione di stupore al mandato narrativo, quasi una reazione di rifiuto perché non era chiaro l'obiettivo, ma soprattutto

tutto la modalità di tale richiesta. È emersa la difficoltà a raccontare per scritto gli eventi, guardarsi dentro e cercare di individuare le situazioni che avevano lasciato un ricordo o un'emozione particolare, quindi descrivere i fatti, le circostanze, le persone, non come un resoconto tecnico ma come un racconto, una "Narrazione". Dato un tempo di trenta minuti e superato il primo momento di "imbarazzo", tutti hanno scritto con impegno. Gli scritti sono stati in generale brevi ma ricchi di situazioni particolari che fanno emergere le difficoltà di comunicazione medico paziente, la mancanza di conoscenza di tecniche comunicative, la sensazione da parte di molti della "inadeguatezza" del proprio ruolo di fronte agli eventi drammatici, quindi la necessità di guardarsi dentro, di riflettere, di cambiare.

TEST FINALE DI GRADIMENTO

Quali sono gli aspetti che mi hanno maggiormente interessato e colpito della lezione?

.....

Come posso utilizzare gli elementi di riflessione scaturiti durante la lezione?

.....

Il gradimento della lezione di oggi è stato:

1 per nulla 2 poco 3 abbastanza 4 molto 5 moltissimo

Suggerimenti che vorrei apportare

.....

Nome e cognome.....

ANALISI DELLE NARRAZIONI

Sono state raccolte 17 narrazioni. Ogni narrazione è lunga circa una pagina. Alcune sono anche più brevi. Dalle narrazioni sono emerse le seguenti aree tematiche: **Il valore del tempo, gli ambienti della cura, le azioni di cura, i vissuti dei pazienti e dei familiari.**

DISCUSSIONE

Durante l'evento formativo, da parte dei discenti è emerso il bisogno di conoscenza, di approfondimento delle tecniche di comunicazione efficaci da usare come strumento di lavoro, da affiancare al bagaglio di conoscenze specifiche, in particolare nel rapporto con i pazienti anziani, che in tante realtà periferiche rappresentano la maggior parte degli assistiti e di pazienti con malattie degenerative, nei terminali, dove è necessario un approccio che favorisca il rapporto umano più che medico in senso stretto. Attraverso l'analisi delle narrazioni emerge come il soggetto si rappresenta le situazioni, descrivendo i tratti intrinseci o le essenze dei vissuti esperienziali, cogliendo la situazione e contemporaneamente la rappresentazione, l'interpretazione ed il significato. L'applicazione della narrazione nei corsi di formazione prevede la messa in comune delle esperienze, in un clima valutativo e di sospensione del giudizio che facilita nei partecipanti la libertà di espressione. Dall'analisi degli scritti emerge, in maniera più o meno marcata, il bisogno di **"valorizzare il tempo della cura"**, non solo come impegno professionale quindi solo tecnico, ma come la necessità di coinvolgimento dei pazienti, o dei familiari. Il tempo dedicato all'ascolto, alla discussione dei problemi specifici, convincere, spiegare aiutare a decidere, arrivare ad una so-

luzione del problema nel contesto della visita domiciliare. La descrizione degli **"ambienti con i vissuti dei pazienti e dei familiari"**, presente in molti scritti, servono non solo per inquadrare la situazione strettamente logistica, ma sono uno vero e proprio spaccato di "umanità". Il più delle volte sono descrizioni semplici, quasi delicate, ma che danno l'idea delle condizioni economiche, dei modi di pensare, del carattere dei pazienti ma anche di tutto il contesto familiare. L'ambiente influisce profondamente nei comportamenti, nei risultati finali di cura ma anche nella relazione empatica.

DESCRIZIONE DELL'ATTO MEDICO

Questa parte dei racconti è quella più ricca di particolari. La partecipazione in prima persona all'evento malattia, è raccontata come fondamentale nell'ambito dell'atto medico e della relazione empatica. Visitare, "mettere le mani sul paziente" è la maniera più naturale di approccio, ma vuole anche dire partecipazione vicinanza comprensione.

RIFLESSIONE E CONSIDERAZIONI SUL PROPRIO RUOLO

Vengono descritti, insieme all'atto medico le riflessioni, le sensazioni che il medico prova. Emerge l'umanità, la partecipazione alla sofferenza dei pazienti. Una riflessione comune a diversi scritti è la soddisfazione per avere fatto bene il proprio lavoro e la soddisfazione del paziente. Emergono le riflessioni sul ruolo non solo di colui che cura, ma sui significati profondi della vita, sempre pieni di umanità e comprensione per colui che soffre.

CONCLUSIONI

PUNTI DI FORZA DELL'ESPERIENZA:

La partecipazione degli studenti è stata attiva in tutte le fasi dell'evento formativo, il gradimento della didattica "interattiva" è stato elevato. L'utilizzo in aula della letteratura e del filmato ha offerto un diverso modo di "vedere" le patologie gravi, è stato richiesto da parte dei discenti alla fine dell'evento di poter approfondire la conoscenza dell'argomento "Medicina Narrativa" o meglio lo "strumento Narrazione".

Criticità: difficoltà iniziale, nel suscitare interesse verso un argomento che può essere percepito più come di interesse letterario che medico, la carenza di docenti, almeno nella realtà di Cagliari.

Commento finale

L'interesse personale verso la Medicina Narrativa, acquisito durante il Master di Modena, ha portato a chiedermi se la narrazione, nella pratica del MMG, o meglio l'approccio narrativo per il miglioramento della relazione con il paziente, poteva essere un ar-

gomento interessante e da approfondire per i medici del Corso di Formazione. L'esperienza didattica descritta è stata molto positiva, attraverso l'ascolto, le emozioni suscitate dalla lettura o la visione del film, ha creato nei discenti curiosità e interesse per la narrazione, argomento praticamente sconosciuto, da usare come strumento che si affianca alle conoscenze cliniche. Sono poi emerse diverse problematiche legate al Corso di Formazione di Cagliari: una organizzazione delle lezioni prevalentemente frontali, poca o nulla interattività, docenti con poca conoscenza delle metodiche di comunicazione.

Sviluppi futuri: proposta di inserire nel Corso di Formazione Specifica, un percorso di conoscenza e di approfondimento sui temi della "narrazione" e della Medicina Narrativa in particolare. Eventi formativi che utilizzano varie tecniche di didattica interattiva in un contesto d'aula, come l'esperienza descritta, ma programmati nell'arco del triennio, concordato con docenti esperti.

Bibliografia

1. Lorenza Garrino, (2010) *La medicina narrativa nei luoghi di formazione e di cura*, Edi. Ermes, Milano
.....
2. I. Finiguerra, L. Garrino, E. Picco, P. Simone, (2012) *Narrare la malattia rara*. C.G, Edizioni Medico Scientifiche s.r.l. Torino
.....
3. Robert Atkinson, (2002), *L'invista narrativa*, Raffello Cortina Editore, Milano
.....
4. Sebastiano Castellano, (2008), *Pensare narrando*, Centro Scientifico Editore, Torino
.....
5. Enrico Aitini, (2002), *Anemoni di vetro*, Editrice Nuovi Autori, Milano
.....
6. Enrico Aitini, Sandro Bardi, (2007), *Caro maledetto dottore. Una lettera sul cancro*, Centro Editoriale Dehoniano, Bologna
.....
7. A. Virzi, Maria S. Signorelli, (2007), *Medicina e Narrativa, viaggio per comprendere il malato (e il suo medico)*, Franco Angeli s.r.l. Milano
.....
8. Pietro Gallo, (2011), *Insegnare nei corsi di laurea in medicina e odontoiatria*, Espress Edizioni s.r.l. Torino
.....
9. Charon R. (2006), *Narrative medicine. Honoring the stories of illness*, Oxford University Press, New York.
.....
10. A. Virzi, O. Bianchini, S. Dipasquale et al. *Medicina narrativa: cos'è?*. *Medicina Narrativa* N. 1, 2011 pagg 9-12.
.....
11. Tousijn W. *Il sistema delle occupazioni Sanitarie*. Bologna: il mulino, 2000
.....
12. Patel VL and Arocha JF. *Methods in the study of clinical reasoning*. In Higgs J and Jones MA (eds.). *Clinical Reasoning in the Health Professions*; 2 ed.. Oxford: Butterworth-Heinemann, 2000;78-91
.....
13. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. Disponibile sul sito : <http://www.ministero salute.it>
.....
14. Ginestra A, Venere A, Vignera R. *elementi di comunicazione per le professioni sanitarie*. Milani: Franco Angeli, 2008.
.....

-
15. Edwards I, Jones MA, Carr J, Braunack-Mayer A, Jensen GM. *Clinical Reasoning Strategies in Physical Therapy*. *Physical Therapy* 2004; 84(4): 312-330.
.....
16. Edwards I, *Clinical reasoning in three different fields of physiotherapy – A qualitative case study approach*. Vol. I e II. School of Physiotherapy Division of health Sciences University of South Australia sept 2000.
.....
17. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, et al. *Evidence Based Medicine: What it is and it isn't*. *BMJ* 1996; 312:71-72.
.....
19. DasGupta, S., Charon, R. (2004), "Personal illness narratives: using reflective writing to teach empathy", in *Acad. Medicine*, 79 (4), pp.351-356.
.....
20. Bert, G. (2007), *Medicina narrativa*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
.....
21. Giarelli G. Good BJ. Del Vecchio Good M. Martini M. Ruozi C. *Storie di cura. Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile*. Milano: F. Angeli 2005
.....
22. Masini, V. (2005), *Medicina narrativa. Comunicazione empatica ed interazione dinamica nella relazione medico-paziente*. F. Angeli, Milano.
.....

Conclusioni

CONCLUSIONI

Concludo con le parole di auspicio di uno dei masteristi, durante il focus group sui bisogni formativi dei medici formatori:

...gli elementi che emergeranno dal Master dovrebbero essere resi fruibili progressivamente, migliorabili e messi in rete dove tutti possono metterci un mattoncino al giorno... e dar luogo a una comunità di pratiche..."

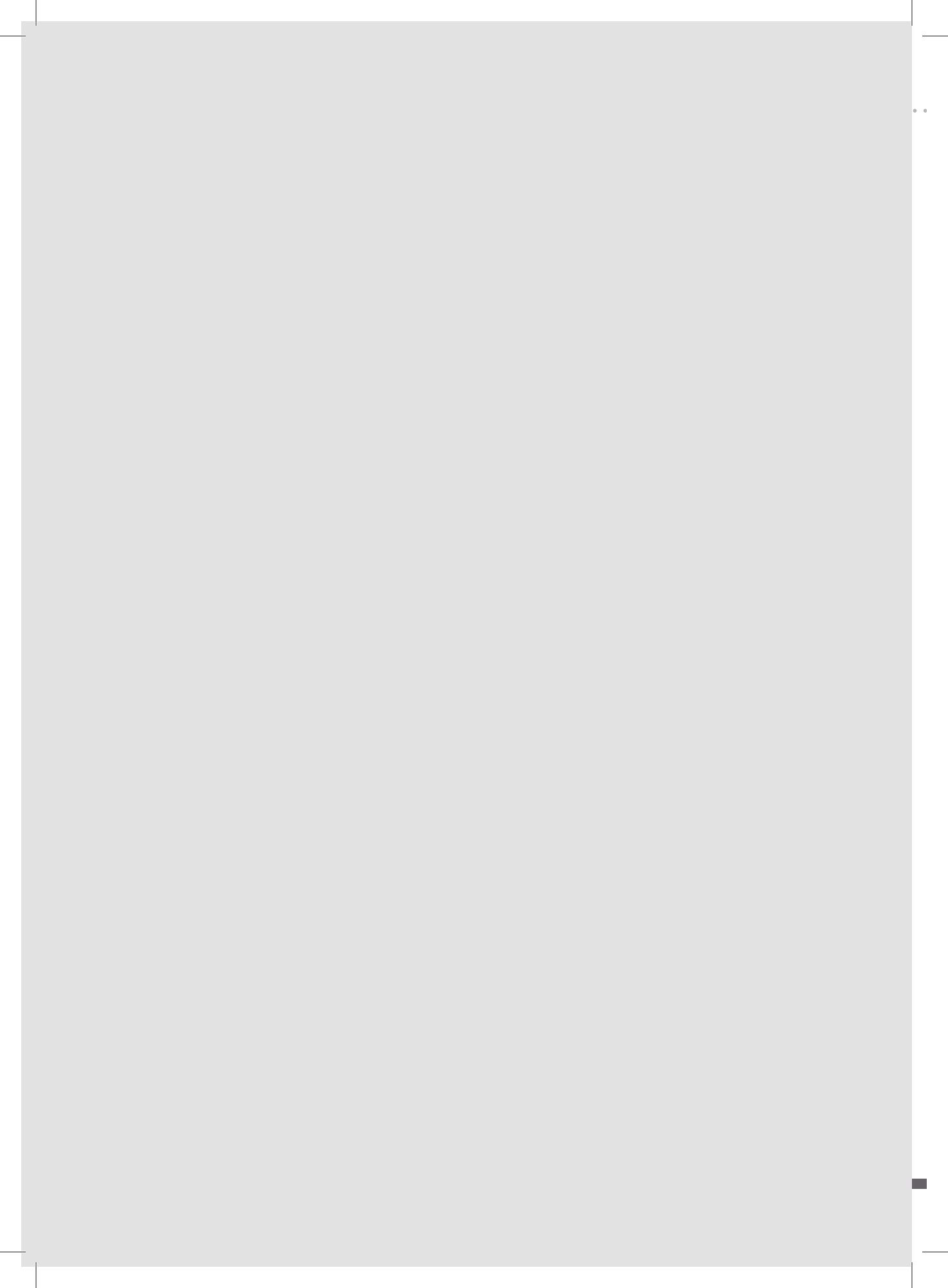
...l'esperienza del Master ha aumentato la consapevolezza che l'azione professionale, anche quella di tipo didattico o riferibile ai rispettivi processi, debba essere supportata dalla ricerca, tanto da considerare fattore prioritario la sperimentazione di modalità d'innovazione didattica nella messa a punto di corsi e/o percorsi che integrino ricerca e azione.

Il master con il suo "laboratorio" e i "medici formati per insegnare" ha gettato un seme... che per crescere ha bisogno di essere coltivato e curato per lungo tempo, continuamente e da tutti quelli che credono che il cambiamento e l'investimento nella "cura della salute" debba avvenire anche attraverso la formazione nella Medicina Generale e nelle Cure Primarie.

*se semini per un anno semina grano
se semini per dieci anni pianta alberi
se semini per cento anni pianta uomini*



Maria Stella Padula



Autori

- M. Andreoli**, MMG, allievo del Master, Modena
- M. Canta**, MMG, allievo del Master, Torino
- M.L. Cavalletti**, MMG, allieva del Master, Perugia
- O. Capelli**, Dirigente Medico per il Programma Governo Clinico, Azienda USL Modena
- L. Cerrocchi**, Professore Associato di Pedagogia Generale e Sociale, Dipartimento Educazione e Scienze Umane Università di Modena e RE
- F. Consorti**, membro del Dipartimento di Scienze Chirurgiche Università La Sapienza, Presidente SIPeM, Società Italiana di Pedagogia Medica, Docente del Master, Roma
- G. D'Ambrosio**, MMG, docente al Master, Bisceglie (BA)
- R. D'Amico**, professore di Statistica ed Epidemiologia, CdL in Medicina e Chirurgia, Università di Modena e RE
- G. Ferrari**, MMG, allievo del Master, Modena
- D. Fiume**, MMG, allievo del Master, Direttore del Centro Cochrane italiano, Lecce
- A. Gargano**, Ricercatore del CdL Scienze infermieristiche, SIPeM, Torino
- L. Garrino**, Ricercatore del CdL Scienze infermieristiche, SIPeM, Torino
- L. Gualtieri**, MMG, allieva del Master, Lecce
- D. Luppi**, MMG, allievo del Master, Modena
- L. Mantovani**, MMG, allieva del Master, Modena
- C. Marchesi**, Dirigente Medico, Direttore Sanitario, Azienda USL Modena
- M. Martinetti**, MMG, allievo del Master, Cagliari
- D. Mecugni**, Ricercatore del CdL Scienze infermieristiche, Università di Modena e RE
- A. Metrucci**, MMG, allievo del Master, Lecce
- M. Milano**, MMG, allieva del Master, Torino
- A. Nicasi Zanetti**, MMG, allievo del Master, Città di Castello (PG)
- B. Olivares**, Medico endocrinologo, docente I Master
- M.S. Padula**, MMG, docente di MG e Cure Primarie nel CdL in Medicina e Chirurgia, Università di Modena e RE, Responsabile Scientifico del Master
- P. Rista**, MMG, allieva del Master, Torino
- C. Speciale**, MMG, allieva del Master, Grosseto
- G. Ventriglia**, MMG, responsabile nazionale Simg Area della Formazione, docente al Master, Torino
- E. Verrone**, MMG, allievo del Master, Salerno
- G. Vincis**, MMG, allievo del Master, Cagliari
- P. Wallace**, FRCGP, FFPHM. Professor emeritus of Primary Care, University College London

.....

**Maria Stella Padula - Gabriella Aggazzotti
Gaetano D'Ambrosio**

COME INSEGNARE LA MEDICINA GENERALE

La Ricerca nella formazione:
progetti innovativi per l'apprendimento





SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE



Con il patrocinio

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI MODENA E REGGIO EMILIA



S.I.Pe.M.

Società Italiana di Pediatria Medica

© Athena srl 2015

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questo volume può essere riprodotta, memorizzata o trasmessa in alcuna forma e alcun mezzo, elettronico, meccanico, fotocopia, disco o in altro modo, compresi microfilm, cinema, radio e televisione senza autorizzazione scritta dell'editore.

Questo libro, in ogni sua parte, è legalmente protetto da copyright. Ogni utilizzo, commercializzazione o riproduzioni al di fuori degli stretti limiti imposti dalla legislazione vigente è illegale e passibile di ricorso giudiziario. la FOTOCOPIA non è solo un reato ma un'offesa al lavoro dell'autore e dello staff editoriale. La FOTOCOPIA mina gravemente la diffusione della cultura scientifica, in quanto interrompe con violenza il circuito finanziario che garantisce all'editore successivi investimenti editoriali in materia.

ISBN 9788886980838

Pubblicato in Italia da:

ATHENA Srl

Via Campi 284/a - 41125 Modena

Tel 059 370842 – Fax 059 372964

e-mail athena@athenamedica.com

www.athenamedica.com

Realizzazione grafica di:

Marco Bertulu

Revisione, traduzioni e correzioni da parte del dott. G. Malmusi

© All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

*Dedicato a chi raccoglierà
gli stimoli di questo testo
e le opportunità di ricerca
nella formazione, per continuare
il viaggio con noi...*

.....

Un testo fatto di esperienze

Il dubbio che insegnare sia più comodo che apprendere s'insinua periodicamente nei mie pensieri. Ho contribuito a fondare la prima scuola per medici di famiglia, forse la prima in assoluto basata sui moderni concetti dell'apprendimento attivo, e da allora tutti noi, docenti, discenti e organizzatori, ci poniamo periodicamente il medesimo problema: ciò che facciamo, i nostri metodi, le nostre capacità, le nostre qualità, sono sufficienti ad offrire una formazione soddisfacente? Molti di noi sono consapevoli che non ci possa mai essere un limite e una conclusione alla ricerca di strumenti e metodi didattici sempre migliori. In tal senso la ricerca applicata alla didattica è indispensabile. Conosco altri che sostengono il concetto che la didattica abbia bisogno di semplificazione più che di ulteriore complessità. C'è infine chi sostiene che la didattica tradizionale, in aula e residenziale, stia tramontando a causa degli alti costi e del tempo necessario a realizzarla. Hanno ragione tutti e tutti torto. A volte alcuni esperti di formazione dimenticano che il mondo moderno non vuole più i vincoli che hanno fatto dei formatori una vera e propria casta intoccabile.

In realtà oggi io trovo tutti i tutoriali di cui ho bisogno sui social e mi attrezzo a imparare e apprendere adattando alle MIE esigenze tempi, metodi e contenuti. Il paradigma della linearità della formazione si è estinto. Durante un lungo volo intercontinentale ho studiato, appreso e preparato materiali utilizzando informazioni scaricate a casa e nei trasferimenti in aeroporto. Alla fine del viaggio mi sono reso conto che mancava l'aspetto esperienziale e ho dovuto programmare una breve visita ad un sito tecnico per saperne di più. Al termine del viaggio mi sono reso conto di aver appreso molto ma imparato non a sufficienza. Dovevo attingere a risorse che s'imparano altro che in minima parte: quelle atte a ideare, creare, immaginare,

costruire, decidere. La verità è palese. Si può insegnare quello che si conosce e che altri hanno sperimentato prima di noi. Ma proprio per questo dobbiamo promuovere la capacità di sperimentare in maniera creativa. Altrimenti non c'è proprio niente da insegnare. Dobbiamo sperimentare come eliminare la noiosità di troppa formazione. Dobbiamo insegnare a impiegare meno tempo possibile. Il formatore del futuro è un organizzatore dei tempi, in grado di guidare verso un'autonomia della costruzione dei nostri bisogni rendendoli compatibili con le nostre risorse. Sperimentare significa oggi usare le telecomunicazioni i media anche sociali e non le aule. Si impara dove si può, non dove decidono di insegnare i soloni della formazione. E che dire poi di troppi docenti inadeguati alla comunicazione, con linguaggi obsoleti, chiusi nelle troppe tristezze delle loro rigidità. Di questo io farei tesoro. Sono reduce da un Congresso mondiale in cui le postazioni più affollate sono quelle di Internet decuplicate in due anni e le aule sono spesso vuote.. Dove saranno mai i ventimila partecipanti? - ho chiesto a un organizzatore. Mi ha risposto sorridendo che ai simposi partecipano solo gli sponsorizzati e i relatori. Tutti gli altri girano chiacchierano, scambiano informazioni e parlano, chiedono e si informano; in modi che spesso ci sfuggono, ma che esistono. La formazione moderna è un mix straordinario di complessità e funziona solo se è divertente. Ha concluso dicendo: noi offriamo contenitori e contenuti. I partecipanti assemblano i materiali in modi sempre più innovativi e si creano un loro percorso autonomo e libero.

Il miglior viatico a questo testo è forse questo. Uscire dagli schemi, adattare i metodi alla realtà. E soprattutto ricordare che non si può insegnare il cambiamento senza esserne parte, e che tutto ciò che non è noto deve essere sperimentato, prima di avere la presunzione di insegnarlo.

Claudio Cricelli

(Presidente SIMG, Società Italiana della Medicina Generale e delle Cure Primarie)

INDICE

I PARTE - INTRODUZIONE

1

Perché la ricerca nella formazione e perché un testo con i progetti formativi elaborati nel master.

M.S. Padula

3

Il Master “imparare ad insegnare” come laboratorio di ricerca e riflessione per la formazione dei formatori.

P. Wallace

7

La ricerca qualitativa come strumento per riflettere sull'insegnamento della Medicina Generale.

O. Capelli e C. Marchesi

11

II PARTE - VALUTAZIONE DEI BISOGNI FORMATIVI DEI MMG E DEGLI OPERATORI SANITARI DELLE CURE PRIMARIE

17

1. Quali bisogni formativi dei Medici emersi dal focus group all'inizio del percorso di formazione di formatori?

M.S. Padula

19

2. Revisione delle esperienze in campo internazionale di formazione dei formatori nel setting della medicina generale nelle cure primarie

D. Luppi, M.S. Padula, R. D'Amico

25

3. Ricerca con Focus Group sui bisogni formativi dei tirocinanti del primo anno di corso di formazione specifica - ricerca sul campo sui bisogni formativi.

L. Mantovani, L. Cerrocchi

35

4. Ricerca sulla formazione condotta nel Corso di formazione specifica in Medicina Generale nelle sedi di Modena e di Reggio Emilia.

M. Andreoli, O. Capelli

41

5. Ricerca con Focus Group per ricercare le criticità del tirocinio pratico ospedaliero nell'ambito del corso di formazione specifica in Medicina Generale in Provincia di Lecce. <i>D. Fiume, G. D'Ambrosio, F. Consorti</i>	73
---	----

6. La valutazione dell'apprendimento nel tirocinio pratico ospedaliero del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale. <i>L. Gualtieri, G. D'Ambrosio, F. Consorti</i>	81
--	----

7. Indagine sui bisogni degli allievi infermieri per proposte formative: L'integrazione operativa dell'attività di nursing nel setting delle forme organizzate della medicina generale. <i>P. Rista, D. Mecugni, B. Olivares</i>	85
--	----

8. L'analisi dei bisogni socio - assistenziali delle famiglie e dei bambini in cure palliative pediatriche nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata del Territorio provinciale di Modena. <i>N. Guaraldi, M.S. Padula, G. Ventriglia</i>	91
---	----

III PARTE - PROGETTI DI FORMAZIONE E VALUTAZIONE E PER IL MIGLIORAMENTO DELLA MG NELLE CURE PRIMARIE

Progettazione didattica e implementazione di un percorso didattico per la formazione dei tutor ospedalieri del corso di formazione specifica in medicina generale. <i>A. Metrucci, G. D'Ambrosio, F. Consorti</i>	109
---	-----

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. <i>E. Verrone, M.S. Padula, G. Ventriglia</i>	117
--	-----

Valutazione delle abilità cliniche dello studente di medicina, apprese nel setting della medicina generale attraverso lo strumento OSCE: criticità e proposte. <i>M. Canta, F. Consorti, M.S. Padula</i>	127
--	-----

Algoritmo per la valutazione oggettiva del discente. <i>A. Nicasi Zanetti, F. Consorti</i>	141
--	-----

IV PARTE - APPRENDERE E VALUTARE CON LE "NARRAZIONI"

Narrare per apprendere... non solo la malattia

151

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

M.S. Padula

153

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

157

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

C. Speciale, F. Consorti, A. Gargano

171

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

207

La storia di malattia scritta e letta a tre: l'apprendimento riflessivo per il tirocinante, il paziente ed il medico.

M. Milano, L. Garrino, Dott. G. Ventriglia

219

Come l'uso della narrazione e la co-costruzione della storia della malattia possono modificare l'evoluzione del processo di cura: il significato della patologia di contesto nella didattica per la MG.

M.Martinetti, L. Garrino, Dott. G. Ventriglia

231

La narrazione come strumento didattico nel setting del "Corso di formazione specifica" della medicina generale.

G. Vincis, L. Garrino, G. Ventriglia

241

CONCLUSIONI

M.S. Padula

249

AUTORI

253

