

I test scritti di valutazione

tipologia, caratteristiche, pregi e difetti dei diversi test scritti per la valutazione dell'apprendimento della Medicina nelle cure primarie

Fabrizio Consorti

Soc. It. di Pedagogia Medica (SIPeM) e Dip. di Scienze Chirurgiche Univ. "Sapienza" di Roma.

1. INTRODUZIONE

Nel capitolo dedicato alla costruzione di questionari e griglie è stato già introdotto il concetto di costrutto, inteso come proprietà o capacità mentale o psico-fisica che non può essere misurata direttamente ma valutata solo attraverso comportamenti osservabili derivati dal costrutto stesso. In questo senso il costrutto è anche indicato come variabile latente, mentre i comportamenti osservati in risposta a stimoli e che si suppongono in correlazione col costrutto stesso costituiscono gli elementi di valutazione o di misura. La conoscenza teorica di fatti e regole, la conoscenza applicativa (cioè la capacità di usare conoscenza teorica e metodologica per risolvere problemi) e le abilità tecnico-pratiche sono tutti costrutti, in quanto esistono solo nella mente dei discenti e nelle loro strutture di coordinamento psico-fisico ed emotivo. Nel capitolo dedicato al PBL e al CBL, introducendo la nozione generale di inquiry based learning, è stato proposto il modello costruttivista della conoscenza, per cui quest'ultima non è un insieme fisso di contenuti archiviati nella memoria, ma il risultato di un processo di costruzione dinamica di significati, legati certo anche alla memorizzazione di contenuti, ma più ampio del solo "ricordare".

Questi richiami introduttivi sono molto im-

portanti, perché senza una chiara consapevolezza di quale sia il costrutto che si vuole misurare e di quale sia l'orizzonte teorico in cui ci si colloca, si rischia di produrre una grave ambiguità nel processo di formazione, proponendo attività didattiche orientate in accordo ad una certa visione, accompagnandole poi però con attività valutative a scopo formativo o – peggio ancora – certificativo che esplorano altre visioni del costrutto "conoscenza medica", o forse più correttamente bisognerebbe dire "competenza clinica". Prima di iniziare l'esame dei diversi tipi di test scritti di valutazione, proponiamo qui una definizione operativa del concetto di competenza, da cui derivare criteri di orientamento per la classificazione non solo delle prove scritte di cui ci occupiamo qui, ma anche di quelle illustrate nei capitoli successivi a questo. Intendiamo con competenza *"l'abitudine all'uso giudizioso di conoscenze, ragionamento clinico, abilità tecniche, capacità comunicative, emozioni e valori da ripensare continuamente nella pratica quotidiana per il beneficio dell'individuo e della comunità di cui ci si occupa"* (dal Manifesto di intenti della SIPeM). L'elemento principale di questa definizione è che la competenza è innanzi tutto capacità critica e consapevole di usare degli oggetti di conoscenza e delle abilità. Gli oggetti usati sono le conoscen-

ze teoriche, le abilità di ragionamento clinico, le abilità tecniche, le abilità comunicative ma anche le emozioni e i valori della professione. Tutto questo è considerato non in astratto, ma nel contesto della pratica quotidiana e finalizzato alla cura di singoli e di gruppi sociali e popolazioni.

È evidente da quanto detto fin qui che serviranno strumenti diversi per misurare i diversi costrutti componenti il costrutto complessivo di “competenza”. Vedremo in uno dei prossimi capitoli che è possibile ipotizzare anche una valutazione complessiva del costrutto complesso di competenza, ma la cosa è realizzabile solo in contesti professionali, reali o simulati in maniera realistica

2. CLASSI DI TEST SCRITTI E TIPI DI UTILIZZO

I test scritti possono essere divisi in alcune grandi classi, ognuna delle quali ha caratteristiche che la rendono idonea a valutare alcuni esiti di apprendimento.

Innanzitutto bisogna distinguere i cosiddetti test strutturati da quelli a testo libero. Si intendono per test strutturati quelli basati su prove costruite in modo standard, con risposte predefinite tra cui il discente deve scegliere e la cui valutazione non dipende

dal giudizio del valutatore. I test a testo libero invece sono le cosiddette domande a risposta aperta breve (DRAB) e i diversi tipi di componimento lungo, come temi, saggi, relazioni, riassunti.

2.1 Test strutturati

Sono essenzialmente costituiti dai diversi tipi di quiz. Data la natura eminentemente pratica di questo manuale, in questa sede analizzeremo quattro tipi di test particolarmente utili per valutare le conoscenze cliniche o quelle propedeutiche alla clinica: test vero/falso, test a scelta multipla, test ad incrocio, test delle caratteristiche principali (key feature problems).

Un problema generale dei quiz è che la risposta giusta è tra quelle proposte e può essere indovinata casualmente dal discente o può essere intuita a partire da suggerimenti involontari contenuti nella domanda.

Il primo problema viene affrontato aumentando il numero di scelte. Ad esempio, in un quiz di tipo vero/falso la probabilità di indovinare la risposta corretta anche senza conoscerla è ovviamente del 50%. Se il test viene costruito assemblando in batteria una serie di domande vero/falso relative ad uno stesso argomento, la probabilità complessi-

BOX 1 – ESEMPIO DI QUIZ VERO/FALSO SINGOLO (A) O IN BATTERIA (B)

a) Il propranololo è un farmaco beta-bloccante: vero falso
(probabilità di risposta corretta casuale = 50%)

b) Indica per ognuno dei seguenti farmaci se è un beta-bloccante:

propranololo si no

atenololo si no

indolo si no

xylitololo si no

bisoprololo si no

(probabilità di risposta corretta casuale a tutte e 5 le domande = $0.5 \times 0.5 \times 0.5 \times 0.5 \times 0.5 = 3\%$)

va di indovinarle tutte per caso è molto minore (vedi Box 1).

Il secondo problema si risolve con una formulazione molto attenta delle domande e delle risposte. Questo è particolarmente importante per le domande a scelta multipla, come verrà discusso più avanti.

a. quiz vero/falso

Sono essenzialmente quiz a scelta dicotomica e quindi sono la forma più semplice di valutazione.

Possono essere di tre tipi:

- vero/falso (o sì/no) singolo: ad es. “Il tumore di Klatskin è un carcinoma dei dotti biliari”: vero/falso?
- combinate doppie (vero/falso, entrambe vere, entrambe false): ad es. “clopidogrel e ticlopidina sono antiaggreganti” - solo clopidogrel, solo ticlopidina, entrambi, nessuna dei due
- combinate multiple: serie combinata di vero/falso, come nell'esempio del box 1

Nonostante la semplicità della loro struttura, sono più difficili da scrivere che altri tipi di quiz, perché richiedono che la risposta sia unica e non ambigua o probabilistica. Non si possono usare nella domanda espressioni come “È associata con ...”, “È utile per ...” o “Può / Non può ...” perché sono espressioni che implicano un giudizio di probabilità e dunque sono sempre vere (qualsiasi cosa POTREBBE essere associata a ..., utile ...) Non possono neanche esserci “aree grigie” come nella domanda “I bambini con fibrosi cistica di solito muoiono in età adolescenziale”. L'espressione “di solito” apre dubbi interpretativi che vanno evitati.

Questo tipo di quiz è quindi adatto a valutare la conoscenza di termini inusuali, la conoscenza di appartenenza di elementi a classi, la pertinenza di caratteristiche o fasi

insindacabili a processi patologici (ad es.: “i seguenti sintomi sono sempre presenti nella malattia x” e segue un elenco di sintomi o segni che sono sicuramente e sempre presenti o assenti) o procedurali (ad es.: “i seguenti elementi sono necessari prima dell'esecuzione di una IVG” e segue un elenco di atti richiesti dalla legge o no).

Si prestano molto male a valutare le conoscenze applicative sottese alla competenza clinica tranne che nei casi in cui la scelta sia univoca e obbligatoria.

b. Quiz a scelta multipla

Anche se sono soprattutto noti con questa espressione (Multiple choice questions – MCQs, in italiano Domande a Scelta Multipla - DSM), vengono designati anche come quiz a miglior scelta possibile (best possible answer). Quest'ultima denominazione evidenzia la caratteristica fondamentale, spesso misconosciuta: questo test richiede di indicare la “miglior risposta fra quelle elencate”, che non necessariamente è la “più giusta in assoluto”. Quest'ultima potrebbe non essere fra le risposte suggerite, perché l'interesse del compilatore è di valutare se il discente conosce le possibili alternative alla opzione migliore. Inoltre questa definizione spiega perché in questo tipo di quiz è possibile usare nelle domande le espressioni probabilistiche proibite nelle domande vero/falso. Chiedere infatti “Qual è la risposta più probabile tra quelle indicate” non comporta che la più frequente in assoluto sia indicata né un giudizio di vero/falso assoluto.

Le DSM hanno di solito 4 o 5 risposte proposte, denominate “distrattori”. Per quanto detto in premessa, con 4 distrattori la probabilità di risposta corretta casuale è del 25%, mentre con 5 si abbassa al 20%. Un numero più alto di distrattori rende tuttavia più difficile l'ideazione dei quiz. Il box 2 elenca al-

cune regole per una buona formulazione dei distrattori.

Come ricordato in precedenza, una particolare attenzione va posta nella formulazione della domanda o del testo che comunque introduce la domanda. Vanno evitate sia ambiguità, che trabocchetti logici o suggerimenti impliciti. In particolare:

- vanno evitate frasi con doppia negazione, anche implicita, perché obbligano il discente ad uno sforzo cognitivo logico supplementare: vogliamo valutare la sua capacità clinica, non la sua abilità di risolvere problemi di logica. Per quest'ultima – se pertinente – faremo dei test ad hoc di ragionamento logico. Ad es.: “Quale dei seguenti segni non è assente nella ...”; “quale dei seguenti farmaci non va sospeso in ...”; meglio sarebbe: “Quale dei seguenti segni è presente nel-

la...”; “quale dei seguenti farmaci può essere continuato”.

- bisogna evitare di esplorare più conoscenze con lo stesso quiz, ad esempio sia una competenza terminologica o tassonomica che una competenza clinica. Ad es. chiedere “Quale intervento è più indicato per un tumore di Klatskin” può produrre una risposta sbagliata perché il discente non sa quale sia l'intervento o perché non sa cosa sia quel tipo di tumore. Chiedere “Quale dei seguenti farmaci è più adatto ...” oppure “Quale delle seguenti classi di farmaci è più adatto ...” può sembrare quasi la stessa cosa, ma in realtà la prima formula richiede non solo di sapere quale classe (ad es. beta-bloccanti), ma anche di conoscere gli elementi di quella classe. Sta al docente stabilire se il quiz deve esplorare la conoscenza relativa all'indicazione ai beta-bloccanti o spe-

BOX 2 – CARATTERISTICHE DI QUALITÀ DEI DISTRATTORI

Devono essere:

- **Omogenei nel contenuto**

ad es. tutte diagnosi, tutti farmaci, tutte strutture anatomiche, se sono range numerici devono essere della stessa ampiezza, ...

- **Chiaramente sbagliati o molto meno probabili della risposta corretta, ma plausibili e attraenti per chi non sa le cose.**

ad es. evitare distrattori “comici” o chiaramente fuori contesto: il risultato è semplicemente quello di aumentare la probabilità di una risposta corretta data per caso

- **Simili alla risposta corretta nella forma e lunghezza.**

una delle condizioni più tipiche che portano ad “indovinare” la risposta è che il distruttore giusto è più lungo e più dettagliato degli altri.

- **Grammaticalmente e logicamente coerenti con la frase introduttiva.**

talora la risposta giusta può essere indovinata da concordanze grammaticali di genere o numero o dalla incoerenza di alcuni descrittori. Ad es. “Quale batteria di esami ...” e poi elencare tra i descrittori un esame singolo oppure “Quale infusione ...” e poi elencare tra i descrittori un farmaco chiaramente non somministrabile per via infusiva, come una compressa.

cificamente a quel farmaco. Peraltro una risposta corretta al primo tipo di domanda non necessariamente implica che il discente sappia che quel farmaco è un beta-bloccante.

Proponiamo qui di seguito un elenco di modelli tipici di domande utili ad esplorare le conoscenze cliniche o contributive alla clinica:

- Un (descrizione del paziente) ha un (tipo di lesione e localizzazione). Quale delle seguenti strutture è più probabilmente coinvolta?
- Un (descrizione del paziente) non è in grado di (disabilità funzionale). Quale delle seguenti strutture è stata più probabilmente danneggiata?
- Un (descrizione del paziente) ha (dati anamnestici) e sta assumendo (farmaci). Quale dei suoi farmaci è la causa più probabile di (rilievo anamnestico, dato dell'es. obbiettivo o di laboratorio)?
- Un (descrizione del paziente) ha (rilievi anormali). Quali ulteriori dati clinici aiuterebbero a discriminare fra la (diagnosi 1) e la (diagnosi 2)?
- Un (descrizione del paziente) ha (sintomi e segni). Questi dati suggeriscono che la malattia deriva dalla (assenza o presenza) di quali dei seguenti (enzimi, meccanismi)?
- Un (descrizione del paziente) segue un (regime dietetico specifico). Quale delle seguenti condizioni può realizzarsi più probabilmente?
- Un (descrizione del paziente) ha (sintomi e segni o una malattia specifica) ed è in trattamento con (farmaco o classe di farmaci). Quale delle seguenti (funzioni, processi) viene inibita dal farmaco?
- Un (descrizione del paziente) ha (rilievi anormali). Quale dei seguenti (risultati

positivi di laboratorio) ti aspetteresti?

- (un periodo di tempo) dopo un (evento come un viaggio o un pasto con certi cibi), un (paziente o gruppo di persone) mostra (sintomi e segni). Quale dei seguenti (organismi, agenti) è più probabilmente coinvolto?
- Dopo una (procedura), un (descrizione del paziente) sviluppa (sintomi e segni). Il laboratorio mostra (risultati). Quale delle seguenti è la causa più probabile?
- Un (descrizione del paziente) muore di (malattia). Quale dei seguenti è il reperto più probabile all'autopsia?
- Un paziente ha (sintomi e segni). Quale delle seguenti è la spiegazione più probabile per (reperti)?
- Un (descrizione del paziente) ha (sintomi e segni). Quale dei seguenti (agenti tossici) è la causa più probabile?
- Quale dei seguenti è il meccanismo più probabile di azione del (classe di farmaco) nei pazienti con (malattia)?
- Un paziente ha (rilievi anormali), ma (rilievi normali). Quale delle seguenti è la diagnosi più probabile?

c. Domande a incrocio semplice ed esteso

Le domande ad incrocio esplorano la capacità associativa del discente, cioè la sua capacità di accoppiare due concetti correlati, come una struttura anatomica e una regione topografica, una struttura e una funzione, una funzione e un sintomo, una malattia e un esame diagnostico e così via.

Quando si tratta di accoppiare un numero pari di elementi si parla di domanda a incrocio semplice. In questo caso, via via che si individuano le coppie, i restanti incroci sono sempre più facili perché le scelte si riducono, fino a che l'ultima coppia risulta costituita automaticamente.

Le domande a incrocio esteso viceversa so-

no strutturate nelle seguenti parti:

1. un tema
2. una lista di opzioni
3. un'affermazione di introduzione
4. la descrizione di almeno due situazioni

Il rapporto suggerito fra numero di opzioni e situazioni è minimo 2:1 (ad es. 8 opzioni per 4 situazioni). Di solito si definiscono prima il tema, l'introduzione e le opzioni, poi le descrizioni delle situazioni. Qui di seguito elenchiamo una lista di modelli tipici di domande a incrocio esteso.

- Per ognuno dei seguenti pazienti (elenca- re ad es. 3 pazienti diversi), scegli [la strut- tura, la funzione] (elenca almeno 3x2 = 6 strutture/funzioni) che più probabil- mente è [anormale, insufficiente, difetti- va, ...] Le opzioni possono includere liste di: nervi, muscoli, enzimi, ormoni, protei- ne, tipi cellulari, neurotrasmettitori, pro- cessi patologici.
- Per ognuno dei seguenti pazienti, scegli il rilievo che ci si aspetterebbe. Le opzioni possono includere liste di: risultati di la- boratorio, segni obiettivi aggiuntivi, risul- tati autoptici, referti di esami microscopi- ci di liquidi o istologici di biopsie, valo- ri ormonali.
- Per ognuno dei seguenti pazienti, scegli la causa più probabile. Le opzioni possono includere liste di: meccanismi fisiopatolo- gici di malattia, farmaci che possono dare effetti collaterali.
- Per ognuno dei seguenti pazienti, scegli [il farmaco, la sostanza] che dovrebbe essere somministrato/a. Le opzioni possono in- cludere liste di: farmaci, vitamine, amino- acidi, enzimi, ormoni, oligonutrienti.
- Per ognuno dei seguenti pazienti con [di- disturbo/problema principale], scegli la diagnosi più probabile. Le opzioni posso- no includere liste di diagnosi più spesso

considerate per un disturbo principale co- me: dolore toracico, febbre, ...

- Per ognuno dei seguenti pazienti, scegli il passo successivo più appropriato nel pro- cesso di cura. Le opzioni includono liste di terapie farmacologiche, liste di esami di laboratorio, liste di disposizioni per il paziente. L'opzione può anche contenere un insieme misto di trattamenti e indagi- ni ulteriori, per valutare se lo studente sa di avere dati sufficienti per la terapia o no.

Il box 3 presenta due esempi di domande ad incrocio esteso.

d. test delle caratteristiche principali (key feature problem - KFP)

I KFPs sono essenzialmente casi clinici in cui a sezioni narrative si alternano sezioni con domande. Le sezioni narrative espon- gono i dati del problema (anamnesi, esame obiettivo, risultati di esami diagnostici, te- rapie e loro esiti), mentre le sezioni con le domande esplorano la conoscenza che il di- scente ha delle azioni o scelte fondamen- tali da fare nella circostanza illustrata, come snodi critici del processo decisionale. Viene quindi valutata una conoscenza procedu- rale, in cui non si valuta se il discente sa "per- ché" bisogna operare quella scelta ma solo se sa "quale cosa fondamentale" deve fare a quel punto di quella storia.

Lo sviluppo di un KFP non è semplice, ma un set esteso di questo tipo di test scritti rap- presenta probabilmente uno dei più poten- ti strumenti di valutazione della competen- za clinica, pur nei limiti di una prova scrit- ta, cioè disponendo di tempo per pensare e senza le pressioni che derivano dalla presen- za del paziente e dal contesto.

La procedura di ideazione prevede:

1. la identificazione di un problema clinico preciso e circoscritto (ad es. trombosi ve-

BOX 3 – ESEMPI DI DOMANDE A INCROCIO ESTESO

Esempio 1: Per ognuno dei seguenti pazienti 5 pazienti, scegli il reperto di laboratorio più probabile all'emocromo

a. anemia	d. neutrofilia	g. policitemia
b. linfocitosi	e. neutropenia	h. reticolocitosi
c. linfopenia	f. pancitopenia	i. trombocitopenia
		j. trombocitosi

1. un paziente con mononucleosi infettiva
2. un paziente che ha appena cominciato una terapia con vit. B12 e folati per anemia megaloblastica
3. un paziente con insufficienza renale cronica
4. un paziente con insufficienza respiratoria cronica
5. un paziente con coagulazione intravascolare diffusa (CID)

Esempio 2: Associa alle 5 situazioni cliniche descritte la diagnosi più probabile. L'elemento comune a tutte è il reperto obiettivo di fegato palpabile oltre l'arco costale

a. epatite alcoolica acuta	e. sindrome di Budd Chiari	i. metastasi epatiche
B. leucemia linfocitica acuta	f. enfisema	h. mononucleosi
c. amiloidosi	g. steatosi epatica	j. colangite sclerosante
d. epatite cronica attiva autoimmune		

1. Un uomo di 55 anni viene visitato in ambulatorio a causa di un diabete fuori controllo. All'E.O. il fegato è palpabile 3 cm. sotto l'arco. Le prove di funzionalità epatica mostrano una GOT leggermente aumentata e una bilirubina e fosfatasi alcalina al doppio dei valori normali.
2. Una donna di 19 anni si lamenta di stanchezza. Ha epatosplenomegalia e molti linfonodi laterocervicali ingranditi. L'emocromo mostra linfocitosi con un 30% di cellule monocitarie atipiche. Le prove di funzionalità epatica mostrano GOT, bilirubina e fosfatasi alcalina aumentate.
3. Un uomo di 74 anni lamenta malessere lentamente ingravescente e calo ponderale da due anni. Dichiarava fumo di sigaretta (30/die) e consumo di alcool (60 unità/settimana). Il margine epatico è arrotondato, non dolente appena oltre l'arco costale. Il suo emocromo ed i suoi test di funzionalità epatica sono normali.
4. Un uomo di 42 anni viene ricoverato con una storia di 3 settimane di ittero progressivo, senza dolore. Negli ultimi 4 mesi, ha avuto diarrea intermittente. Ha una massa dura, non dolente in ipocondrio dx. Il suo emocromo mostra un'anemia ipocromica microcitica. Le prove di funzionalità epatica confermano un quadro colestatico.
5. Un uomo di 61 anni si reca dal mmg lamentando parestesie dolorose alle mani e ai piedi. Gli viene raccomandato di ridurre l'assunzione di alcool (20 unità/sett). I suoi sintomi non migliorano e l'E.O. rivela un fegato aumentato, non dolente, duro. I suoi test di funzionalità epatica e l'emocromo sono normali.

- nosa profonda - TVP).
2. l'elencazione del set minimo e fondamentale di "elementi critici" (questo significa key features) che si vuole che il discente riconosca e su cui compia decisioni. Per ogni esercizio di solito non sono più di 3 o 4 (quindi NON sono TUTTO quello che si deve sapere fare/decidere sulla TVP).
 3. la strutturazione di un caso esemplificativo del problema, con la sequenza di domande. Queste ultime possono essere a risposta aperta se la risposta attesa è costituita

da una sola parola o da un'espressione breve (ad es. una diagnosi o il nome di un farmaco) oppure essere costituite da un elenco di elementi fra operare una scelta. In questo ultimo caso il rapporto consigliato fra numero di elementi da scegliere e numero di elementi proposti è bene che sia 1:4 (quindi se si richiede di scegliere 3 elementi bisogna proporre almeno 12, di cui 4 giusti e gli altri come distrattori).

Il box 4 presenta un esempio di progettazione e sviluppo di un KFP.

BOX 4.1 – ESEMPIO DI KEY FEATURE PROBLEM (KFP)

SEZIONE 1

Una donna di 57 anni si ricovera per astenia ed aumento di volume dell'addome. Riferisce di sapere di essere affetta da epatopatia cronica B-correlata, conseguente ad una epatite contratta 15 anni fa, per la quale ha fatto solo sporadici controlli. L'esame obiettivo dimostra la presenza di abbondante versamento ascitico, con parete addominale tesa e cicatrice ombelicale estroflessa. La paziente è lucida, orientata, PA 120/85, FC 85/min, FR 25/min, apiretica.

Domanda 1

Scegli tre procedure diagnostiche da eseguire prioritariamente fra le seguenti:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> dosaggio CA125 | <input type="checkbox"/> ecografia addominale | <input type="checkbox"/> conta cellulare nell'ascite |
| <input type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> dosaggio amilasi nell'ascite | <input type="checkbox"/> TC addome |
| <input type="checkbox"/> dosaggio albumina nell'ascite | | <input type="checkbox"/> EGDS |

Domanda 2

Scegli 4 provvedimenti terapeutici per affrontare il problema dell'ascite in questo caso:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> paracentesi evacuativa | <input type="checkbox"/> restrizione dietetica di sodio | <input type="checkbox"/> dialisi peritoneale |
| <input type="checkbox"/> ciclo di infus. di albumina | <input type="checkbox"/> shunt peritoneo-giugulare | <input type="checkbox"/> ciclo di infus. di plasma |
| <input type="checkbox"/> spironolattone p.o. | <input type="checkbox"/> ciclo di infus.idro-saline | <input type="checkbox"/> mannitolo e.v |
| <input type="checkbox"/> furosemide p.o. | <input type="checkbox"/> clortalidone p.o. | <input type="checkbox"/> idroclorotiazide p.o. |

Bibliografia

Constructing Written Test Questions For the Basic and Clinical Sciences. National Board of Medical Examiners. Philadelphia 2002. Scaricabile liberamente da

<http://www.nbme.org/publications/item-writing-manual.html>

Page G., Bordage G., Allen T. (1995), Developing key-feature problems and examinations to assess clinical decision-making skills, Acad Med, Mar;70(3):194-201.

La valutazione delle competenze cliniche: l'Objective Structured Clinical Examination (OSCE)

Un'esperienza italiana

Un'introduzione al problema generale della valutazione delle competenze cliniche come quadro di riferimento per l'analisi dell'OSCE come strumento specifico

Fabrizio Consorti

Soc. It. di Pedagogia Medica (SIPeM) e Dip. di Scienze Chirurgiche Univ. "Sapienza" di Roma.

INTRODUZIONE: IL PROBLEMA DELLA VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE

La valutazione delle competenze cliniche è uno degli argomenti di maggior importanza nella formazione medica. La "competenza" – già definita nel capitolo dedicato ai test scritti - è tipicamente un costrutto multidimensionale, commistione quasi inscindibile di conoscenze teoriche, di abilità pratiche, relazionali e organizzative, applicate in un contesto professionale. Perciò la scelta degli strumenti appropriati per misurarne lo sviluppo è un argomento critico. Tali strumenti devono essere progettati per determinare se il discente sappia "fare le cose" piuttosto che semplicemente ricordare, parlare e scrivere su di loro. Il "fare" in questione è agire professionale complesso e non semplicemente abilità pratica relativa a gesti tecnici. Qualsiasi strumento di valutazione, usato da solo, non è in grado di valutare questa mescolanza di conoscenze, abilità e comportamenti, per cui è indispensabile l'uso di una combinazione di strumenti di valu-

tazione per misurare i diversi ambiti di apprendimento. Occorre perciò usare ciò che di solito viene indicato come un batteria di test. L'Objective Structured Clinical Examination (OSCE) svolge esattamente questo importante ruolo in quanto batteria di test per la valutazione delle competenze professionali in ambiente simulato.

In Italia, prima dell'introduzione dell'esame di stato a quiz, per molti anni l'esame di abilitazione per la certificazione finale della competenza professionale è stato svolto con una tecnica che in letteratura internazionale si indica come "long case". I candidati incontravano un paziente, raccoglievano l'anamnesi ed eseguivano l'esame obiettivo, compilavano una cartella clinica, discutendo poi con la commissione di esame il loro orientamento diagnostico e terapeutico. L'esame era orale e il colloquio il più delle volte mirava a esplorare le conoscenze teoriche sottese al caso, più che la capacità di gestione clinica di quel paziente specifico. Poiché il candidato non incontrava il paziente alla presenza di valutatori, non cè-

ra alcun controllo sulla correttezza di esecuzione dell'anamnesi – anche dal punto di vista comunicativo-relazionale – né che l'esame obiettivo fosse stato condotto senza errori. Questo metodo aveva ovvie limitazioni anche sul piano teorico: l'esame orale è la forma meno affidabile di valutazione, essendo fortemente influenzata non solo dalle effettive abilità o conoscenze che si vogliono valutare nel candidato ma anche dal suo stile comunicativo. Un altro limite è nella mancanza di chiare regole di misura, affidato com'è al giudizio soggettivo dell'esaminatore. Inoltre vengono valutate quasi solo conoscenze teoriche, anche se di livello clinico. Il "long case" ha l'indubbio pregio di esporre il candidato al contatto con una situazione molto realistica per la presenza del paziente, il quale però sa che si tratta di una prova di esame e spesso non si comporta da "paziente" ma da alleato del candidato o viceversa in maniera renitente. Soprattutto, il caso incontrato è uno solo e la valutazione della competenza è quindi ristretta a quella dimostrabile in quel caso specifico, scarsamente generalizzabile esposta com'è all'aleatorietà di incontrare un caso "facile e tipico" o invece un caso "raro e complicato". Infine questa modalità di esame presenta notevoli problemi organizzativi, specie quando il numero di candidati è molto elevato. Richiede almeno 2-3 ore di tempo a candidato e la disponibilità di un adeguato numero di pazienti collaboranti.

Il passaggio all'esame di stato con prova scritta basata su domande a scelta multipla (DSM o MCQs) ha eliminato il problema della soggettività della valutazione ma ha accentuato la mono-dimensionalità della valutazione stessa. Con le DSM si possono valutare principalmente conoscenze teoriche di base legate alla definizione di fatti, agli elementi costitutivi di sistemi e pro-

cessi. Come illustrato nel capitolo dedicato ai test scritti si possono valutare in qualche misura anche le abilità decisionali cliniche, limitatamente però a scelte singole in situazioni ben definite. Sicuramente siamo molto lontani dalla possibilità di usare questo tipo di test come strumento unico per valutare la competenza clinica.

2 – L'OSCE: STORIA E FONDAMENTI TEORICI

2.1 Definizione

L'OSCE è stato proposto per la prima volta da Harden a fine anni '70 e poi compiutamente descritto nel 1988. Fu definito come "Un approccio alla valutazione della competenza clinica in cui i componenti sono valutati in modo pianificata e strutturato, con attenzione particolare all'obiettività della valutazione" [Harden 1988].

Sulla base delle varie descrizioni di dell'OSCE nella letteratura, una definizione consolidata dell'OSCE potrebbe essere: "Uno strumento di valutazione basato sui principi di obiettività e standardizzazione, nel quale i candidati si muovono in un circuito attraverso una serie di stazioni, per una durata di tempo limitata, ai fini della valutazione delle prestazioni professionali in un ambiente simulato. Ad ogni stazione i candidati vengono valutati attraverso schede di punteggio standardizzate da parte di valutatori qualificati" [Khan 2013]

2.2 Principi di base dell'OSCE

Oggettività e struttura

I due principi basilari dell'OSCE sono l'oggettività e la struttura. L'oggettività dipende prevalentemente dalle schede di valutazione, dalle regole standardizzate di punteggio e dal fatto che uno stesso esaminatore specificamente addestrato chieda le stes-

se domande o compia le stesse osservazioni su ogni candidato. Una stazione OSCE ben strutturata invece risulta da un processo di progettazione standardizzato che la porta a valutare un compito clinico specifico, che abbia un chiaro ed esplicito riferimento al curriculum. Un OSCE ben progettato ha un alto livello di validità, e ciò in termini semplici significa che l'OSCE valuta proprio e solo quello che è stato progettato per valutare (e non l'abilità dialettica e retorica come ad esempio nel caso dell'esame orale).

Allo stesso tempo, un OSCE ben progettato ha anche un elevato grado di affidabilità, vale a dire che i risultati dell'esame sono riproducibili con differenze minime se lo stesso candidato affronta la stessa prova con esaminatori diversi (inter-rater reliability) o affronta due volte la stessa prova in giorni diversi (test-retest reliability).

La validità di un test dipende soprattutto dall'accuratezza del processo di progettazione, mentre l'affidabilità è influenzata da molti elementi più tecnici, inerenti la struttura del test stesso. Nel caso dell'OSCE questi elementi sono:

a. Numero di stazioni

Valutare i candidati con un ampio campione di casi clinici massimizza l'affidabilità, quindi in linea di principio un OSCE dovrebbe essere composto da un numero di stazioni il più elevato possibile, compatibilmente con l'esigenza di salvaguardare la fattibilità. Abitualmente il numero di stazioni oscilla tra le 10 e le 20.

b. Schede e regole standardizzate di punteggio
Assicurano che gli esaminatori assegnino i punteggi ai candidati usando gli stessi criteri e migliorano così la coerenza tra performance dei candidati e giudizio degli esaminatori.

c. Utilizzo di esaminatori qualificati

La formazione specifica di un esaminato-

re al suo ruolo è diversa dalla sua competenza professionale: si può essere ottimi chirurghi ma occorre essersi addestrati all'uso delle schede di valutazione per essere valutatori affidabili e coerenti ad una stazione OSCE in cui si valuti l'abilità di applicare punti di sutura su un manichino.

d. Prestazioni dei pazienti standardizzati

Soggetti che agiscano da pazienti standardizzati senza un'adeguata preparazione e che varino le loro prestazioni tra un candidato e un altro possono ridurre l'affidabilità dell'esame

Fattibilità

La fattibilità può essere definita come il grado di praticità di un intervento di valutazione. Rispetto ad altri metodi di valutazioni, l'OSCE sicuramente impegna più risorse e più tempo. Per questo motivo è importante utilizzare l'OSCE in modo ottimale, quindi sviluppare stazioni OSCE solo per la valutazione di prestazioni che richiedano convenientemente questo formato e avvalersi invece di altri metodi - come i test scritti - per la valutazione della conoscenza teorica e di fatti. L'organizzazione di un OSCE deve anche essere coerente con la disponibilità locale di risorse, pena l'inaffidabilità. Ad esempio in mancanza di spazi adeguati, è meglio ridurre di un po' il numero di stazioni in funzione degli spazi disponibili, piuttosto che consentire che gli studenti in attesa di affrontare la prova incontrino e parlino con coloro che l'hanno appena affrontata.

2.3 Gli usi comuni dell'OSCE

Come si è detto in precedenza, una batteria di stazioni OSCE può essere usata per valutare la capacità di un discente di "fare le cose" in un ambiente simulato, anche se il più realistico possibile. Se volessimo quindi col-

locare l'OSCE nella piramide di Miller, che esprime i livelli progressivi delle conoscenze e abilità valutate, potremmo dire che l'OSCE valuta il "mostra come" in ambiente simulato. (Figura 1). La gamma di abilità valutabili è molto ampia ed è esemplificata in maniera non esaustiva dal seguente elenco:

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

Negli ultimi tre decenni, l'OSCE è sempre più utilizzato in tutto il mondo, sia in ambienti universitari che per esami post-laurea. In particolare l'OSCE è utilizzato come parte degli esami di abilitazione in molti paesi, come Canada, Gran Bretagna e USA. Infine è usato con valore formativo come strumento di feedback all'interno di percorsi curriculari. L'esperienza maturata in eventi certificativi ufficiali come la US Medical Licensing Examination (USMLE) ha dimostrato la possibilità di condurre centinaia di esami al giorno, salvaguardando l'attendibilità attraverso un attento studio dei percorsi di ingresso/uscita nel circuito di stazioni [USMLE step 2 CS]. Naturalmente è necessario disporre di spazi adatti e di un adeguato numero di esaminatori e pazienti standardizzati addestrati. Perché questo sistema possa essere adottato come parte dell'esame di abilitazione è necessario inoltre che l'u-

FIGURA 1 – PIRAMIDE DI MILLER DEI LIVELLI DELLA VALUTAZIONE E POSIZIONE RELATIVE DELL'OSCE



so di pazienti standardizzati o simulati sia introdotto nella routine della didattica ordinaria dei corsi di laurea (per la differenza fra pazienti standardizzati e simulati si veda il capitolo dedicato a questi temi).

2.4 Limiti dell'OSCE

Come qualsiasi strumento di misura, anche l'OSCE in quanto batteria di test indirizzati a specifiche abilità ha i suoi limiti. Al di là dei problemi pratici di fattibilità e della necessità di addestrare valutatori e pazienti standardizzati, cui si è già accennato, esiste un limite teorico intrinseco legato alla standardizzazione delle stazioni, caratteristica che per altri versi è il pregio fondamentale di questo esame. Più ci si allontana da ambiti puramente tecnici - in cui la standardizzazione è facilmente perseguibile - e ci si indirizza alla gestione di situazioni complesse in cui le caratteristiche di professionalismo siano accentuate, più si rischia di banalizzare la risposta attesa e di indurre nei discenti comportamenti di adeguamento a ruoli stereotipati, che però non entrano a far parte del loro bagaglio culturale professionale, ma sono esibiti al solo scopo di superare l'esame. A titolo di esempio si riporta l'osservazione di Hodges [Hodges 2003] che riferisce di aver visto una studentessa musulmana, velata in abito tradizionale, che in una stazione OSCE, obbediente al ruolo atteso, spiegava ad un attore che interpretava il ruolo di un farmacista, perché dovesse lecitamente vendere ad una giovane donna una "pillola del giorno dopo". Commenta Hodges come fosse altamente improbabile che nella sua pratica clinica quella dottoressa avrebbe mai fatto una cosa del genere, contraria ai suoi principi. L'uso di stazioni OSCE in cui valutare elementi di professionalismo come le abilità di comunicazione o doti umane di empatia, sostegno al paziente

o capacità organizzative va riservato a situazioni semplici, in cui non siano in gioco elementi di natura socio-culturale che rendano relativo il comportamento "giusto" atteso. È viceversa possibile valutare la sensibilità di un candidato ai temi socio-culturali, espressa come abilità nel raccogliere un'anamnesi orientata a tali elementi. È altresì possibile valutare la competenza comunicativa espressa come aderenza ad alcuni principi di base della buona comunicazione clinica. Più in generale è necessario ricordare che - come detto all'inizio del capitolo - la competenza è un costrutto complesso, multi-dimensionale e che anche l'OSCE non è in grado di coglierne tutta la ricchezza.

3 – COME PROGETTARE E ORGANIZZARE UN OSCE

3.1 Progettare le singole stazioni

Come già ricordato in precedenza, la progettazione di un OSCE prende le mosse dall'identificazione di un insieme di abilità comportamentali, tecniche o interpretative coerenti con gli obiettivi del curriculum in oggetto. Per ogni stazione andrà identificato un compito molto ben definito, espresso con un'istruzione che verrà letta dal candidato o dichiarata dal valutatore della stazione stessa. Non devono esserci margini di incertezza o indeterminazione nel compito richiesto. Tutto il materiale necessario all'esecuzione del compito sarà elencato con cura. Nel caso di ricorso a pazienti standardizzati, andranno scritti sia il copione del paziente che le regole di possibile reazione dell'attore alla performance del candidato. Ogni stazione andrà collaudata con un gruppo di studenti volontari per evidenziare ambiguità nell'enunciazione del compito o nel materiale, errori di progettazione e per determinare il tempo medio di esecuzione del com-

pito. A questo ultimo proposito, è evidente che il tempo concesso sarà quello della prova risultata più lunga al momento del collaudo e comunque è opportuno che il tempo atteso di esecuzione delle diverse prove non sia troppo dissimile, per evitare che i candidati debbano stazionare molto tempo dopo aver terminato il compito di una stazione solo perché devono aspettare che venga ultimata la stazione più lunga. I tempi concessi di solito variano dai 5' per circuiti composti da stazioni molto tecniche a 15' per circuiti le cui stazioni richiedano compiti più complessi (raccolgere anamnesi, spiegare norme terapeutiche, ottenere il consenso informato, ...). Una fase fondamentale della progettazione è la creazione della scheda e del-

le regole di valutazione. In linea di massima esistono due formati per le schede o griglie: valutazione a due o tre gradi dell'esecuzione di un elenco di azioni singole (check list "si/no" o "si/parzialmente/no"), valutazione globale di tutto o di parti definite del compito attraverso scale graduate tipo likert. Il box 1 riporta un esempio di check list e uno di valutazione globale. Il punteggio della prova viene calcolato come somma dei punti acquisiti con le azioni singole correttamente eseguite o dei gradi ottenuti ad ogni scala.

3.2 Conduzione dell'esame

La conduzione di un OSCE obbedisce al-

BOX 1 – ESEMPI DI ELEMENTI DI UNA CHECK LIST E DI VALUTAZIONE GLOBALE DI PERFORMANCE DI UN OSCE PER LA VALUTAZIONE DELL'ABILITÀ DI GESTIONE DI PROBLEMI ALCOOL CORRELATI [KAHAN 2003]

Lo studio ha comparato i risultati di studenti che avevano seguito un corso sulla gestione dei problemi di dipendenza dall'alcool con quelli di studenti che avevano seguito un corso sulla depressione. L'OSCE prevedeva 4 stazioni specifiche sui problemi alcool-correlati e 4 stazioni di controllo su problemi di depressione, tutte con pazienti standardizzati. Gli studenti non sapevano quanti e quali pazienti avessero uno dei due problemi. La check list conteneva elementi relativi alle domande fatte e ai consigli e raccomandazioni impartite. Inoltre i singoli elementi erano marcati come appropriati (cioè era positivo aver eseguito quel comportamento) o inappropriate (cioè era negativo aver eseguito quel comportamento). La scala di punteggio globale valutava in 5 gradi la qualità della comunicazione verbale e non verbale, l'atteggiamento empatico e l'impressione complessiva ricavata dal valutatore circa l'incontro con il paziente standardizzato.

A. ESEMPI DI ELEMENTI DI CHECK LIST (SI/NO)

Ha indagato i sintomi da astinenza
Ha chiesto al paziente di concordare obiettivi quotidiani e settimanali di assunzione
Ha discusso col paziente per identificare le situazioni scatenanti il bere
Ha proposto strategie terapeutiche: in ricovero, ambulatoriale, domiciliare con disulfiram
Ha prescritto benzodiazepine per l'insonnia (inappropriato)
Ha spiegato la correlazione tra consumo di alcool e pressione arteriosa
Ha spiegato la correlazione fra consumo di alcool e risultati dei test di laboratorio
Ha esplicitamente espresso la propria preoccupazione per la condizione del paziente

B. ESEMPIO DI SCALA DI VALUTAZIONE GLOBALE

Complessivamente la raccolta dell'anamnesi è stata:

- 1 – assolutamente insufficiente
- 2 – insufficiente
- 3 – mediocre
- 4 – buona
- 5 - ottima

C. GRIGLIA DI OSSERVAZIONE/VALUTAZIONE DEL CASO 1, SUL DOLORE TORACICO

ELEMENTI DI BUONA COMUNICAZIONE CLINICA

Elemento	Valutazione	Note
Inizia il colloquio presentandosi	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Si accerta dell'identità del paziente e degli interlocutori	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Inizia con domande di formato aperto e consente la narrazione del paziente	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Mostra ascolto attivo	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Esplora la presenza di altri argomenti nell'agenda del paziente	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Focalizza con domande chiuse e di approfondimento	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Una perifrasi ed altre forme di riassunto per verificare la comprensione	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Gestisce il passaggio da una sezione ad un'altra con frasi di ricapitolazione e transizione	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Gestisce il tempo dell'incontro	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Mostra considerazione per le preoccupazioni ed i punti di vista del paziente	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Fornisce spiegazioni quando appropriato (alla fine di ogni sezione del dialogo, spiegazioni e sintesi finale)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Usa un linguaggio adeguato al livello culturale del paziente	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Mostra empatia	<input type="checkbox"/> troppa <input type="checkbox"/> adeguata <input type="checkbox"/> poca <input type="checkbox"/> nulla	

ELEMENTI DI BUONA CONDOTTA CLINICA

Elemento	Valutazione	Note
Circa il dolore, raccoglie informazioni su:	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
tipo di dolore	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
sede	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
irradiazione	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
causa scatenante	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
durata	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
fattori allevianti	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	

ANAMNESI SU FATTORI DI RISCHIO ORIENTATA AD IPOTESI

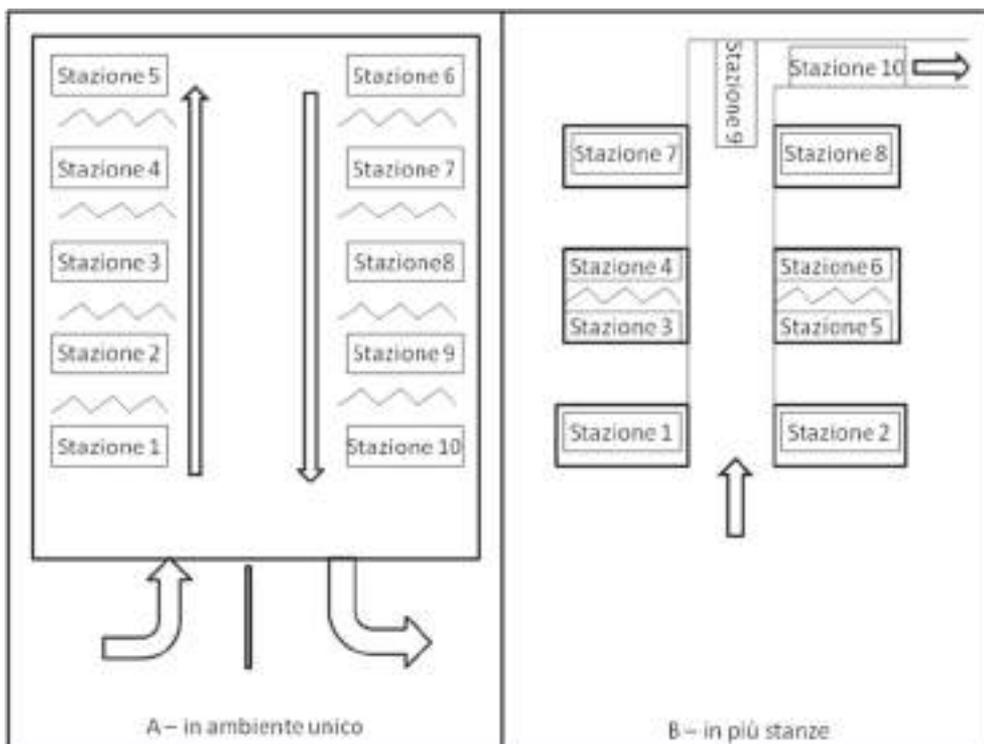
pressione	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
colesterolo	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
fumo	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
alcool	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
familiarità	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
altri farmaci assunti	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	

D. SCHEDA VALUTATIVA GLOBALE FINALE, SULLE 7 STAZIONI UTILIZZATE

n. stazione	stazioni	abilità clinica: anamnesi	abilità clinica: esame obiettivo	abilità comunicativa	ipotesi diagnostica	proposta terapeutica	punteggio per stazione
1	dolore addominale						
2	mononucleosi						
3	cefalea						
4	dolore toracico						
5	mal di schiena						
6	esami di laboratorio						
7	ecg						
							punteggio totale

FIGURA 2 – POSSIBILI DISPOSIZIONI DELLE STAZIONI DI UN OSCE.

Le frecce indicano il senso di movimento del flusso di studenti. Si noti come l'ingresso e l'uscita degli studenti nel circuito siano distinte e come le stazioni, quando allestite nella stessa stanza, sono di norma separate da un paravento (indicato dalla linea pieghettata).



la stessa logica di standardizzazione richiesta per la sua progettazione. I ruoli necessari sono quelli del conduttore e dei valutatori. Per OSCE in ambienti vasti o dispersivi (corridoi con gomiti, molte stanze) è opportuno anche prevedere persone che regolino il movimento degli studenti. La figura 2 mostra due possibili disposizioni spaziali per un insieme di 10 stazioni OSCE.

La regola fondamentale è che il tempo destinato all'esecuzione del compito di ogni stazione è fisso e sempre uguale e quindi gli studenti si muovono lungo il circuito in modo sincronizzato, spostandosi da una stazione a quella successiva nello stesso momento. Se un candidato termina il compito prima della fine del tempo, attenderà presso la stazione il segnale di progressione, mentre se al segnale non ha terminato il compito, la sua prova si intende comunque ultimata e dovrà necessariamente muoversi alla stazione successiva. Il conduttore dell'OSCE è incaricato di segnalare con un suono (di solito un campanello) la fine del tempo e l'obbligo per i candidati di spostarsi alla stazione successiva. Durante il tempo di esecuzione del compito, il conduttore sorveglia il regolare svolgimento complessivo della prova. I valutatori sono custodi di ogni singola stazione, accolgono il candidato, chiariscono il compito previsto per quella stazione, valutano la performance e assicurano la regolare progressione alla stazione successiva solo ed esattamente al segnale di progressione. Di regola non è ammessa alcuna interazione col candidato al di fuori di quanto già specificato. Normalmente un valutatore rimane presso la stessa stazione per tutta la prova e si è specificamente addestrato all'uso della relativa scheda di valutazione sia discutendola con il team di progettazione che usando con un gruppo di studenti volontari prima dell'esame vero e proprio. Per garanti-

re la supplenza in caso di assenze, è prudente che ogni valutatore sia addestrato alla valutazione di due o tre stazioni diverse e che il numero complessivo di valutatori sia perciò superiore al numero di stazioni.

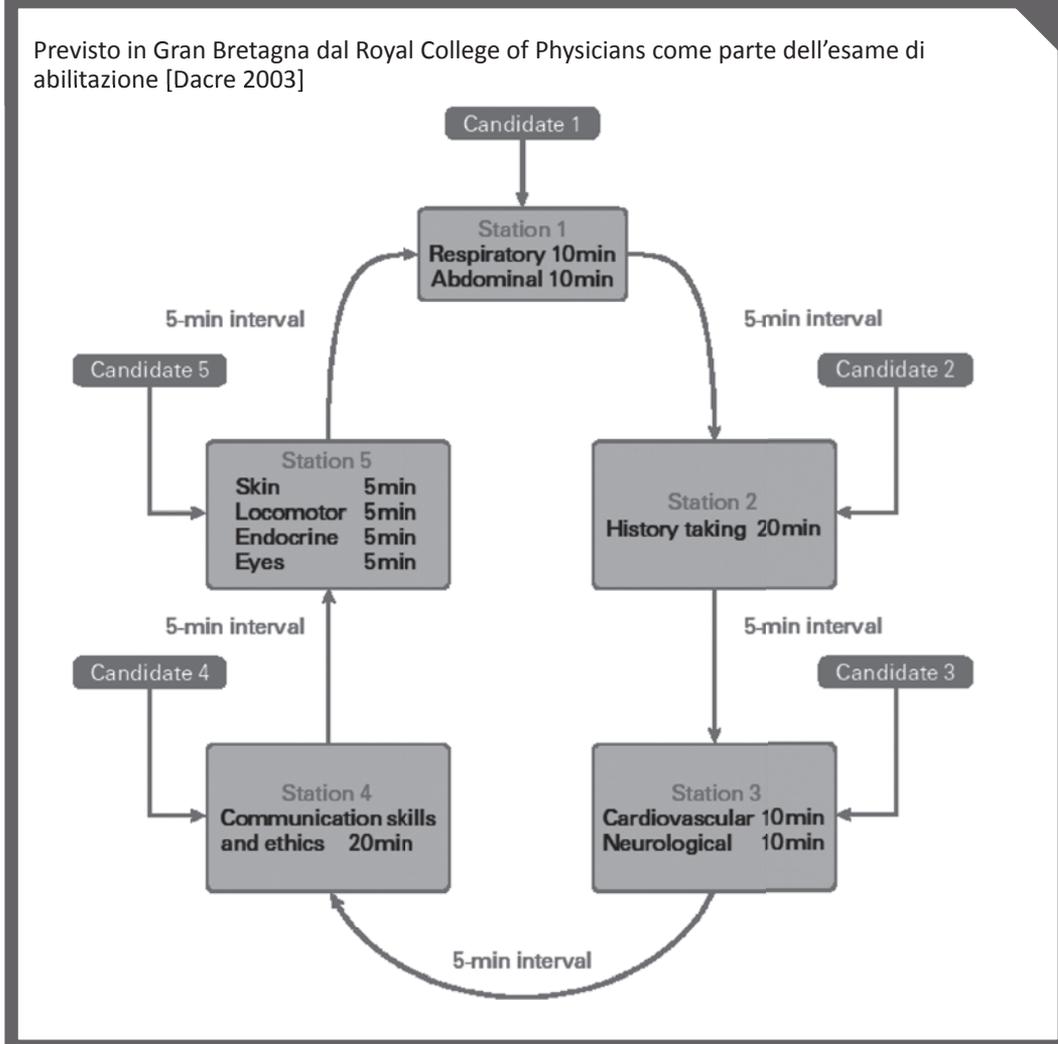
Se il numero di candidati è molto elevato, può essere opportuno convocare ad orari diversi gruppi di studenti in numero uguale a quello delle stazioni (ad esempio 10 studenti per 10 stazioni), assegnare ogni studente ad una stazione e poi far ruotare il gruppo lungo il circuito per 10 fasi, quindi farli uscire tutti insieme e far entrare il secondo gruppo. Se il tempo stabilito per la rotazione è – ad esempio – di 5', l'intero gruppo terminerà la prova in 50'. Se il numero di candidati non è elevato, può essere più pratico lavorare con un flusso continuo di studenti attraverso il circuito, attendendo la saturazione delle stazioni, occupate via via che i primi studenti progrediscono. Nell'esempio di un circuito di 10 stazioni da 5', la saturazione si raggiungerà in 45' e quindi si progredirà al ritmo di uno studente che esce/entra ogni 5'. Grande cura andrà posta al fatto che gli studenti che escono dal circuito non possano comunicare con quelli che attendono di entrare, per non inficiare l'attendibilità della prova. Sono naturalmente possibili variazioni per rispondere ad esigenze particolari, specie quando l'esame è certificativo e richiede un rigore ancora maggiore. La figura 3 mostra l'organizzazione dell'esame PACES, che è parte dell'esame di abilitazione in Gran Bretagna.

4 - UN'ESPERIENZA DI OSCE AL MASTER

I discenti del master hanno progettato e condotto un'esperienza di OSCE, a cui hanno partecipato come candidati un gruppo di studenti volontari del SISM (Segretariato Italiano Studenti di Medicina). Si è trat-

FIGURA 3 – LO SCHEMA DELL'ESAME OSCE "PRACTICAL ASSESSMENT OF CLINICAL EXAMINATION SKILLS" (PACES)

Previsto in Gran Bretagna dal Royal College of Physicians come parte dell'esame di abilitazione [Dacre 2003]



tato di un esercizio volto a sperimentare le difficoltà e le criticità di un OSCE. L'obiettivo era condurre una valutazione qualitativa dell'esperienza attraverso un brain storming successivo alla conduzione dell'esame. Alla discussione hanno partecipato gli studenti coinvolti, i discenti e i docenti del master. Sono state progettate 7 stazioni relative alle seguenti abilità, in un setting ambulatoriale: Raccogliere un'anamnesi in un caso di dolore toracico non traumatico transitorio, con paziente standardizzato (scheda di valuta-

zione n.1 ad esempio)

1. Raccogliere l'anamnesi ed eseguire l'esame obiettivo in un caso di lombalgia acuta, con paziente standardizzato
2. Spiegare la terapia per un caso di cefalea, con paziente standardizzato
3. Approccio ad un paziente con mal di gola
4. Misurare la pressione arteriosa, su pari
5. Interpretare un ECG
6. Interpretare una batteria di esami di laboratorio

La collocazione delle stazioni è stata nelle stanze e nella sala di attesa di uno studio di medicina generale, in orario di chiusura al pubblico. Poiché l'accesso all'ambiente era unico e non era quindi possibile evitare che chi terminava il circuito incontrasse chi attendeva di iniziare, gli studenti partecipanti sono stati divisi in due gruppi, convocati ad orari diversi. Dalla discussione dell'esperienza condotta sono emersi elementi di valore e criticità dell'OSCE.

4.1 Il valore percepito dell'OSCE

La gamma di elementi positivi emersi nella discussione può essere sintetizzata in tre temi principali: il valore formativo, la messa in gioco delle emozioni, la complessità.

È stato unanimemente riconosciuto il valore valutativo dell'OSCE, sia come strumento certificativo che – forse ancora di più – come strumento formativo, in grado di fornire indicazioni preziose al discente circa la sua effettiva capacità di affrontare situazioni realistiche professionali. Affrontare un OSCE è impegnativo e richiede una preparazione accurata e speciale. È stata particolarmente apprezzato il fatto che le stazioni focalizzino in maniera precisa singole abilità.

Molti degli studenti partecipanti hanno evidenziato il contenuto emotivo dell'esperienza vissuta, diverso da quello abitualmente percepito durante le prove di esame di altro tipo. Questo è notevole, perché l'esame a cui hanno partecipato era in fondo solo parte di una sperimentazione e l'esito della valutazione individuale è stato tenuto riservato e comunicato ad ognuno in maniera personale. Tuttavia, i partecipanti si sono percepiti comunque esposti ad una valutazione. Nell'OSCE le emozioni entrano maggiormente in gioco perché i compiti sono contestualizzati a situazioni professionali, specie quando la stazione prevede l'interazione

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

Da ultimo, l'OSCE è stato ritenuto in grado di produrre una misura più fedele della complessità che caratterizza l'attività clinica. L'esplorazione multi-dimensionale attraverso la molteplicità di stazioni e la ricostruzione di un setting realistico sono elementi che immergono il candidato in una situazione complessa, adeguata ad una valutazione della competenza professionale.

4.2 Elementi di criticità

Anche in questo caso sono emersi tre temi principali:

- 1 - l'organizzazione dell'OSCE,
- 2 - la competenza del valutatore,
- 3 - la coerenza fra modalità e contenuti dell'OSCE e modalità dell'insegnamento impartito.

Il tempo concesso per le stazioni a contenuto relazionale è stato ritenuto troppo breve e il compito non sempre è stato espresso in maniera chiara. Queste osservazioni confermano quanto già scritto in precedenza circa le modalità di organizzazione di un OSCE, basata su molti dettagli a cui va posta la massima attenzione, pena l'inaffidabilità di tutta la prova. Può essere iscritto al tema dell'organizzazione il fatto che gli studenti si siano accorti anche senza saperlo quali dei pazienti standardizzati fossero medici e quali invece fossero laici (nelle due stazioni relative al dolore toracico e alla cefalea). I medici inconsapevolmente tendono a suggerire o anticipare le risposte corrette. Questo indica l'importanza di addestrare simulatori laici per le stazioni OSCE.

Molte osservazioni sono state fatte circa l'attendibilità della valutazione, soprattutto per quanto riguarda la coerenza fra diversi va-

lutori. È emersa quindi una forte preoccupazione circa la competenza del valutatore e la modalità di progettazione delle schede di valutazione.

Da ultimo molti dei partecipanti, proiettando l'OSCE nella situazione concreta del corso di laurea che seguono o in cui insegnano hanno ritenuto che questa modalità di va-

lutazione non sia attualmente coerente con l'insegnamento impartito.

“Non si può valutare ciò che non si è insegnato” è il commento lapidario che esprime la preoccupazione relativa ad una possibile adozione dell'OSCE come valutazione certificativa, specie alla fine del percorso curricolare.

Bibliografia

Dacre J., Besser M., White P. (2003), *MRCPUK Clinical Examining Board. MRCPUK PART 2 Clinical Examination (PACES): a review of the first four examination sessions (June 2001 - July 2002)*, *Clin Med*, 3(5):452-9.

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

Hodges B. (2003), *OSCE! Variations on a theme by Harden*, *Med Educ*; 37(12):1134-40.

Kahan M., Wilson L. et al. (2003), *Randomized controlled trial on the effects of a skill-based workshop on medical students' management of problem drinking and alcohol dependence*, *Substance Abuse*;24(1):5-16.

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

USMLE step 2 CS: <http://www.usmle.org/step-2-cs/#format>

La valutazione delle competenze cliniche nel Regno Unito

Mike Pringle

Professore Emerito, University of Nottingham

Tutti i medici del Regno Unito devono sottoporsi regolarmente a un processo rivalutativo al fine di continuare a lavorare come dottori. In più, i dottori ancora impegnati nella formazione professionale devono dimostrare un progresso soddisfacente e superare un esame finale. Questo è il test per l'appartenenza al Royal College dei Medici Generali (MRCGP); passarlo significa entrare nell'Ordine dei Medici Generali e poter lavorare come medico di famiglia. Il MRCGP si compone di tre parti, ognuna delle quali deve essere superata. La prima è una Valutazione Lavorativa basata sulla prestazione del medico nell'ambiente formativo. La seconda è un test di conoscenza a risposta multipla. Infine, la terza è una valutazione di abilità cliniche: vengono usati attori che impersonino i pazienti in situazioni designate per testare l'acume clinico del medico in situazioni reali, le loro abilità e bravura nella comunicazione.

INTRODUZIONE

L'assoluta fiducia nella competenza dei medici è necessaria per la sicurezza dei pazienti e l'integrità della professione di medicina stessa. Nel Regno Unito l'anno 2013 ha visto l'introduzione del processo di rivalidazione, un sistema designato per assicurare che tutti i dottori si tengano costantemente aggiornati e continuino a essere adatti alla professione. Vi sono molti modi per determinare la competenza clinica di un medico affermato nel proprio campo. Questi includono:

- Continuare il processo educativo, insieme a riflessioni sul trasferimento dell'apprendimento teorico nella dimensione pratica della cura clinica.
- Sondaggi tra pazienti
- Valutazioni tra colleghi
- Audit clinici
- Audit basati su casi specifici ed eventi significativi
- Lamentele

- Monitoraggio del comportamento eseguito dal Servizio Sanitario (prescrizione di farmaci, richieste di visite specialistiche)

In Regno Unito, i medici specializzandi sono soggetti ai soliti processi di monitoraggio tipici di tutti i dottori, come la rivalidazione. I medici ancora tirocinanti sono supervisionati e devono dimostrare un progresso soddisfacente nel contesto formativo tramite verbali frequenti. Alla fine del tirocinio, devono passare l'esame per l'appartenenza al Royal College of General Practitioners. L'esame consiste di Valutazione Basata sul Lavoro, Test di Conoscenza Applicata, Valutazione di Abilità Cliniche.

La valutazione delle Abilità Cliniche è un esempio di OSCE, Objective Structured Clinical Examination.

Nessuno di questi elementi può dare un'idea esaustiva della competenza del medico, sia singolarmente che insieme, ma dovrebbero offrire abbastanza materiale per riconoscere quando la prestazione di un dottore diviene un serio problema. A quel punto si renderebbe necessaria un'indagine approfondita. La rivalutazione comporta che questi mezzi di prova vengano discussi annualmente in una perizia. Nel Regno Unito, ogni medico incontra ogni anno un collega esperto che conduce tale perizia per varie ore. Questa è un'opportunità per revisionare il materiale raccolto e discutere eventuali anomalie. Da' inoltre la possibilità di discutere l'anno appena passato, i cambiamenti avvenuti e pianificare l'anno successivo. Tale perizia annua è un'esperienza formativa essenziale con intento sommativo. Con questo si intende una discussione tra due medici in cui uno, che subisce la valutazione, può riflettere sulle proprie forze e debolezze, definendo obiettivi per l'anno seguente. In ogni caso, se colui che conduce la valutazione ha anche solo un motivo per pensare che vi siano seri problemi nella prestazione del medico, allora deve agire. Cosa si farebbe in quella situazione? Ogni medico ha un Funzionario Responsabile. Questo ruolo di solito è occupato da un medico anziano e rispettato, che supervisiona all'incirca 500 altri dottori. Il Funzionario Responsabile recluta e si occupa della formazione di coloro che si occuperanno della perizia, inoltre gestisce un sistema di informazioni che individua quei medici la cui valutazione non è risultata problematica. Il Funzionario Responsabile dunque comunica ogni cinque anni al Consiglio dell'Ordine dei Medici i nomi di tali medici e le loro licenze vengono rinnovate. Similmente, se il Funzionario cova preoccupazioni verso un medico, lo comunica al Consiglio. Dunque vi è in Regno Unito

un sistema continuativo di sorveglianza sulla competenza clinica, e ovviamente il comportamento, di ogni medico. Tuttavia, l'argomento di questo capitolo è la determinazione di competenza clinica per medici ancora in ambito formativo. Tale valutazione può essere compresa appieno solo se considerata assieme ai sistemi adottati per medici già affermati.

VALUTAZIONE DI COMPETENZA CLINICA

Ogni medico in formazione ha un supervisore clinico e un Funzionario Responsabile. Il supervisore è un medico anziano, di solito un consulente ospedaliero o un medico di base, responsabile della sicurezza ed educazione clinica dello specializzando. Il Funzionario Responsabile, invece, ha il compito di istruire i medici a livello regionale. Nel caso in cui vengano individuati dei problemi nella competenza clinica di un medico in formazione, il problema deve essere risolto tramite il processo educativo più appropriato. Nel caso, invece, il medico non rispondesse al programma e continuasse a ripetere il comportamento errato, il Funzionario Responsabile dovrà notificarlo al Consiglio dell'Ordine dei Medici. Oltre a questo processo continuo, alla fine di ogni periodo di impiego, viene compilata una valutazione di ogni specializzando, solitamente semestrale. Questa routine assicura il progresso del giovane medico verso una competenza completa. Nel corso dei tre anni di specializzazione per medici di medicina generale, un giovane specializzando deve partecipare a un programma settimanale, il quale offre un giorno di insegnamento formale strutturato, per un periodo di circa 30 settimane all'anno. L'insegnamento prevede cultura ed etica, medicina clinica, organizzazione, management e abilità di comunicazione. Du-

rante questi programmi, gli specializzandi hanno modo di provare i test di conoscenza e gli esami clinici, anche se dovrebbero avere familiarità con questi dai tempi dell'università. Ogni corso ambisce a preparare gli specializzandi per il loro esame finale. I medici sostengono questo esame alla fine dell'ultimo anno di tirocinio e costituisce l'appartenenza al Royal College of General Practitioners (MRCGP). Gli specializzandi sono registrati con il Consiglio dell'Ordine dei Medici, tuttavia la loro licenza deriva dalla pratica supervisionata. Al fine di diventare membri dell'ordine e di ottenere la licenza di medico generico, il dottore deve superare le tre prove che compongono l'esame finale:

- Valutazione del lavoro
- Test di conoscenza applicata
- Valutazione delle abilità cliniche.

La valutazione del lavoro è completata dal medico generico responsabile del tirocinio dello specializzando; certifica che il medico ha dimostrato la conoscenza, le abilità e le attitudini di un medico di base.

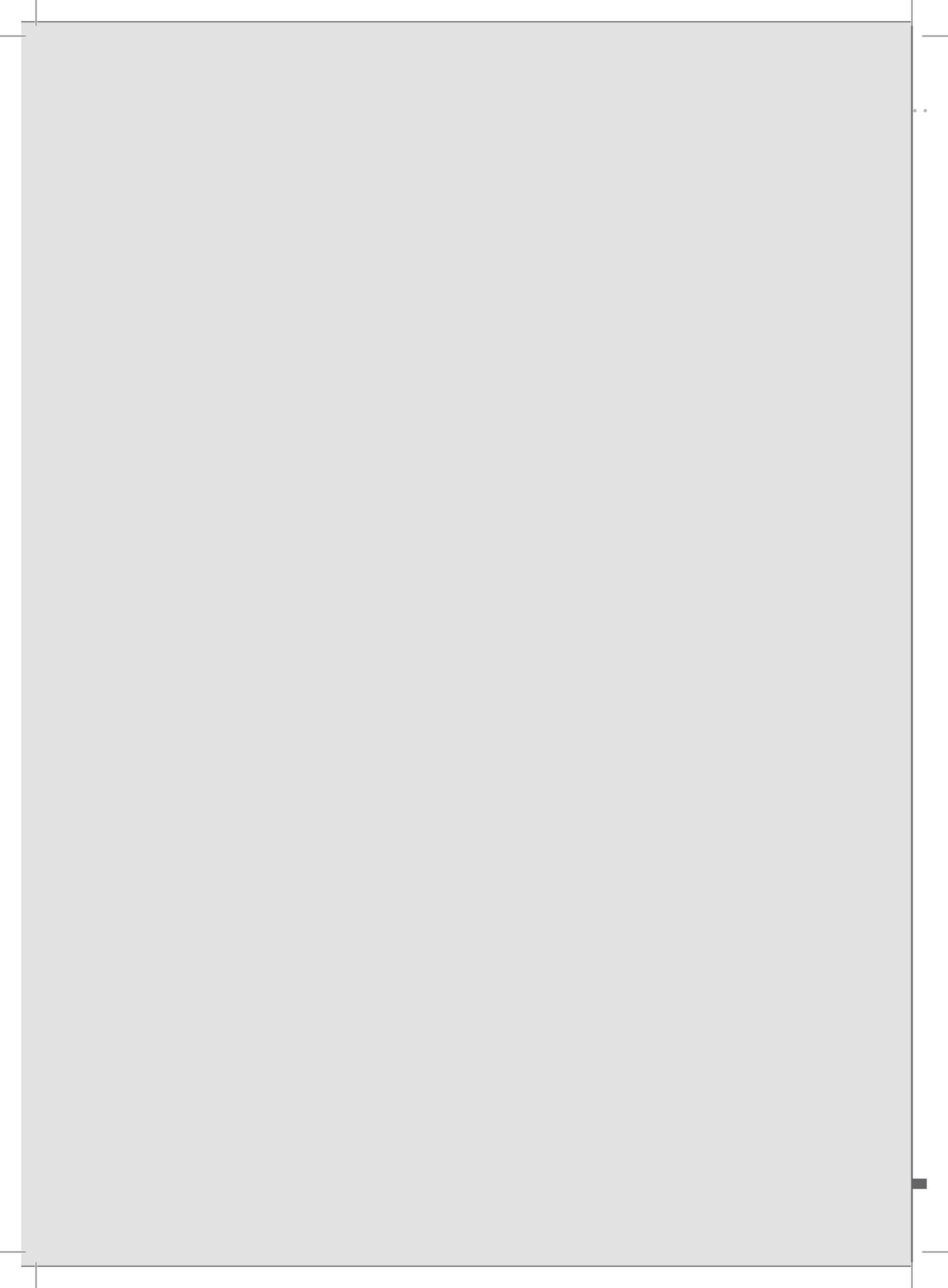
Il Test di Conoscenza Applicata comprende quesiti a risposta multipla; questo esame viene sostenuto in condizioni controllate in centri di esame sparsi per il paese, usati anche per il test teorico della patente di guida. Il gran numero di domande, campionato apposta per il test, rimane segreto ed è aggiornato regolarmente per evitare troppa familiarità con le domande e per assicurarsi che sia al passo con i tempi.

La Valutazione delle Abilità cliniche è condotta nell'edificio del Royal College of General Practitioners a Londra. Ogni candidato ha una propria sala da visite, strutturata in modo essenziale, con un timer che scandisce ciascuna visita e una videocamera che permette di assicurare qualità e controllo da

parte degli esperti. Il dottore deve portare a termine undici visite, per ognuna delle quali ha un breve sommario informativo. Quando inizia il tempo, un paziente-attore e, uno o due esaminatori entrano e il medico deve compiere ciò che il sommario indicava. I casi sono scelti al fine di rappresentare la quotidianità della medicina generale e tre attori vengono istruiti per ogni caso. Durante ognuno dei giorni di esame, gli attori inscenano il caso ai loro colleghi attori e agli esaminatori, al fine di assicurare una certa coerenza. Gli attori sanno cosa è stato chiesto di fare al medico. Il dottore potrebbe ricevere informazioni sul passato clinico del paziente e le attività a lui richieste potrebbero essere:

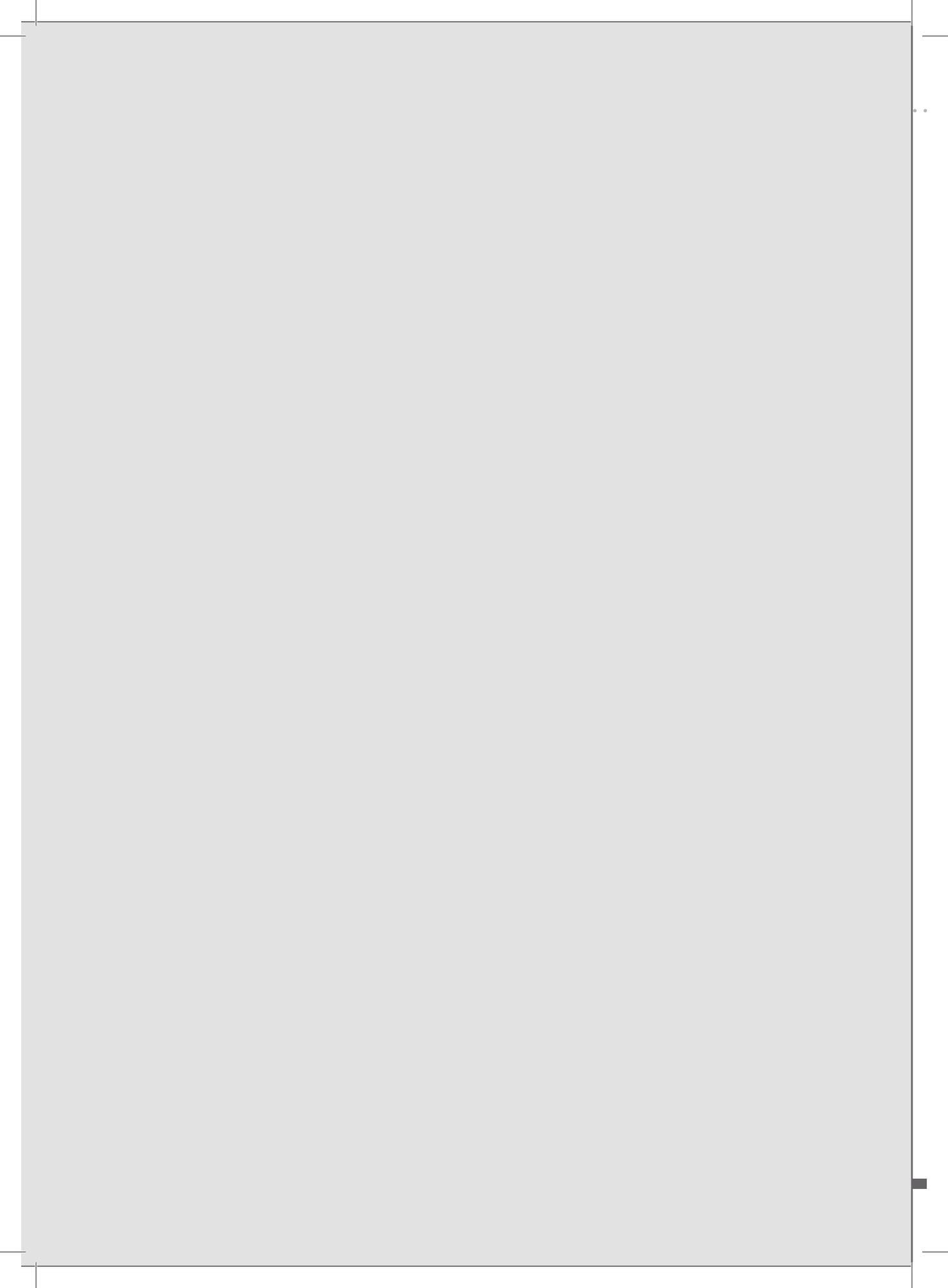
- Di condurre un'anamnesi;
- Di spiegare risultati di esami
- Di visitarlo
- Di dare consigli specifici, per esempio su come prendere un farmaco
- Di dare brutte notizie.

Inoltre, potrebbe essere richiesto all'attore/paziente di chiedere al medico istruzioni specifiche, per esempio su quando guidare in caso di condizioni di salute particolari, oppure su come gestire la propria malattia. Gli esaminatori hanno una lista valutativa che include conoscenza teorica, ma anche abilità pratiche e attitudine. Alla fine dei dieci minuti di visita, suona un campanello e gli attori e l'esaminatore lasciano la stanza, mentre il dottore legge il foglio per la visita successiva. L'attore si sposta nella stanza adiacente e si prepara a replicare lo stesso caso a un altro medico. Questo processo viene ripetuto finché tutti i medici hanno visto gli 11 casi. Vi sono tre circuiti contemporaneamente, dunque in una sessione vengono esaminati 33 candidati. Gli esaminatori vengono interrogati con molta cautela e l'esame viene controllato correntemente per evitare parzialità.



PARTE VI

Apprendere
la relazione
in MG



Introduzione: un giorno qualsiasi nello studio del Medico di famiglia

Tiziano Scarponi

MMG, SIMG, Perugia

Sta per iniziare una seduta ambulatoriale come tante. Attraverso distrattamente la sala d'aspetto salutando un gruppetto di pazienti che sarà arrivato anche da più di un'ora con la discutibile convinzione, così, di poter essere ricevuti prima degli altri e risparmiare tempo. Li guardo meglio e capisco subito che ci sarà da soffrire. C'è Maria di 88 anni con i suoi dolori alla colonna che non passano con niente. C'è Cesare che viene per sua madre in fase terminale per un'ascite carcinomatosa. C'è Giorgio, preoccupato perché la ricerca del sangue occulto nelle feci è positiva (me lo ha anticipato telefonicamente già due e tre volte) e ci sono altri....Mi siedo e inizio a stampare ricette, ma la stampante comincia a fare i capricci. Arriva uno e mi dice che ho sbagliato l'enzima dal ticket, arriva un altro e mi dice che non ho scritto la nota AIFA prevista per quel farmaco, un altro ancora con fare abbastanza aggressivo mi dice che al CUP gli hanno detto che devo applicare un codice RAO di urgenza e non l'ho fatto....si susseguono i volti, le parole, le richieste e intanto il telefono squilla...squilla. Ho iniziato questo mio breve intervento con una narrazione, la narrazione di una classica e familiare seduta ambulatoriale e credo che molti medici si siano riconosciuti. Perché ho preferito partire da una narrazione? Perché è mia convinzione che per certi problemi, per certe situazioni, probabilmente un approc-

cio narrativo sia più proficuo per comprendere e forse per curare. Assolutamente non vorrei essere frainteso: i numeri, le percentuali, l'EBM, la sperimentazione restano la base ed i cardini per il metodo clinico, ma qualche volta però si dovrebbe avere la consapevolezza che possono essere percorse anche altre strade, non è questione pertanto di *aut aut*, ma se mai di *et et*.

Vorrei proseguire questo mio intervento andando indietro nel tempo, molto lontano, per trovare una traccia delle origini della nostra professione agli albori della nostra cultura occidentale e precisamente nella mitologia greca.

La prima figura che incontriamo che abbia a che fare con l'attività medica è quella del centauro Chirone. Chi era Chirone? Egli era il più sapiente e il più buono dei Centauri (creature abitanti dei boschi, su cui corpi di cavallo, al posto del collo, erano attaccati tronchi umani) e per questo era detto anche "dalla doppia natura". In lui si riassume infatti la natura animale: il corpo e l'istinto e quella umana: la psiche, lo spirito. Da questa commistione originò il suo potere terapeutico. Tutti sappiamo come andò: venne ferito per errore da Ercole con una freccia avvelenata che gli procurò dolori e tormenti indescrivibili nonostante le cure o meglio, la propria autocura. Il mito, quindi, pone l'accento sul paradosso di un guaritore, ferito a

sua volta, che non riesce a guarire se stesso, sottolineando così la grandezza ed il limite della nostra attività terapeutica. Jung da Chirone ha ripreso l'archetipo del guaritore ferito: l'archetipo racchiude in sé due polarità opposte, in Chirone infatti si compenetrano medico e paziente, guaritore e ferito. È un grande medico poiché conosce la propria ferita che simbolicamente lo unisce al mondo dei malati. Chirone non studia la malattia dell'altro, ma la riconosce.

Da Jung passiamo a Soren Kierkegaard di cui mi preme riportare questo pensiero: *“Imparare a conoscere l'angoscia è un'avventura che ogni uomo deve affrontare se non vuole perdersi sia per non averla mai provata sia per essersi sommerso”*.

È mai possibile per noi medici che si debbano o si possano cercare delle risposte ai nostri problemi nella mitologia, nella psicologia o nella filosofia, perché?

Tutti noi quando apriamo la porta del proprio studio o entriamo nel proprio reparto ospedaliero, sappiamo che da quel preciso istante siamo catturati da un ruolo che, più o meno inconsapevolmente, in qualche modo abbiamo scelto. Ci viene affidato un compito, anzi il compito, che da quando esiste l'uomo è sempre quello, se pure storicizzato in maniera diversa. Parafrasando le parole di Melucci, “ci troviamo, quotidianamente, a dover trattare intrecci di corpo e anima, piccoli e grandi grovigli di dolore fisico, timori ed attese come faceva anticamente anche lo sciamano, senza però avere dello sciamano la fede nelle energie profonde che governano il cosmo e il contatto sottile con l'umano che soffre e si interroga. Ridotti oramai come siamo a funzionari del sistema del welfare e nello stesso tempo terminali di un apparato scientifico-tecnologico gigantesco, di cui controlliamo appena qualche piccola area, ci troviamo a dover far fronte alla stessa do-

manda quotidiana che viene dagli strati più intimi della condizione umana: libera nos a malo. Ma per misurarci con l'aspettativa ormai smisurata dei pazienti che vogliono cancellare qualsiasi sofferenza e tacitare qualsiasi paura non possediamo altro che la nostra tecnica sempre più specializzata e settoriale”. In quanti di noi era la consapevolezza di questo ruolo quando decidemmo di iscriverci alla Facoltà di Medicina? In quanti di noi era la convinzione che solo una buona preparazione scientifica fosse sufficiente per fare il medico? Preparazione scientifica... Il problema è proprio questo: preparazione, formazione, scienza. Tutti noi abbiamo iniziato a lavorare con un camice bianco, immacolato e sempre tutti noi pensavamo che questo camice non si sarebbe mai sporcato. Forti di una formazione fortemente riduzionista eravamo convinti che tutto fosse lineare e che la nostra competenza e professionalità dipendesse esclusivamente dalla nostra oggettività escludendo qualsiasi tentativo di soggettività: la nostra e dei nostri pazienti. Ma come è mai possibile operare, lavorare, prescindendo da noi stessi? Come è possibile prendere in considerazione solo quello che conosciamo e pertanto, come dice Galimberti, inseguire come conoscenza solo quella del significato concettuale e ignorare quella del senso esistenziale? Senza rendercene conto nella nostra cura degli altri, come mirabilmente afferma Antonia Chiara Scardicchio nel suo saggio *Il Medico Claudicante*, ci affidiamo ad un paradigma anestetico che molto presto però si rileva insufficiente e fallace. Insufficiente e fallace perché prende in considerazione solo quello che siamo in grado di spiegare ed esclude, con un'operazione che a suo tempo ci è stata insegnata, la storia del paziente e la nostra stessa storia e di conseguenza la relazione fra noi ed il paziente e la relazione fra la storia mia di medico

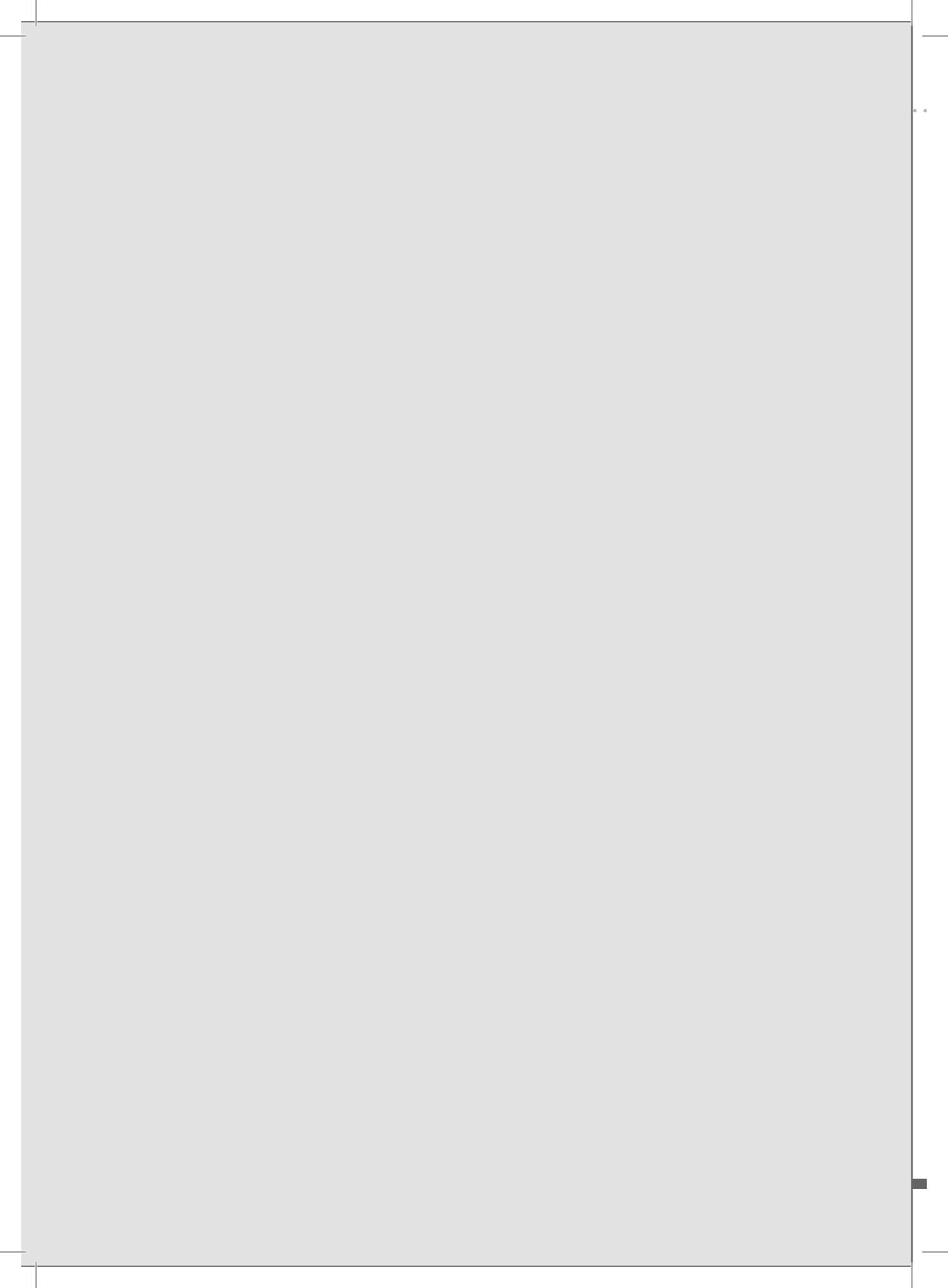
con quella del paziente. Ci siamo mai chiesti perché ad un certo punto della nostra vita abbiamo deciso di fare il medico? Ci siamo mai chiesti o domandati quale la motivazione, la finalità o il perché? E ci chiediamo mai quando una volta aperta la porta del nostro studio o entrati nel reparto del nostro ospedale e i nostri pazienti ci sbattono in faccia la loro angoscia di morte come li affrontiamo? Neanche a farlo a posta ho usato il verbo affrontare che ha un forte sapore di gergo militare. Come si relaziona la mia angoscia di morte con quella del paziente che in questo momento magari sto ascoltando, ma probabilmente non sto sentendo? Queste sono domande cui è difficile dare una risposta, ma il semplice fatto di porgersele è senza dubbio un grande passo in avanti. L'aumentato carico burocratico, i RAO, il budget, il Web 2.0 con la conseguente consumerizzazione dei pazienti sono senza dubbio una fonte di continuo disagio. "Io se dovessi rendere conto solo al malato del mio operato non avrei nessuna difficoltà nel mio lavoro!" Questa è l'affermazione più frequente che circola nei momenti di dialogo rilassato fra colleghi, ma quanto ci rendiamo conto come queste parole abbiano il sapore della figura di medico onnipotente che basa sull'approccio lineare e paternalistico il proprio metodo e la propria epistemologia? Quanto ci rendiamo conto che questi sono sì degli elementi turbativi, ma perché in fondo in fondo turbano la nostra consuetudine di un approccio basato sulla conoscenza concettuale e nosografica, su una scienza fondata sull'astrazione, sull'incasellamento e che non tiene conto dell'analisi della complessità, delle relazioni e dei legami che ogni uomo ha con la propria storia e con tutto il mondo che lo circonda. Ed allora cosa conviene? Ecco pertanto che al medico diventa una condizione necessaria "ripercorrere la pro-

pria formazione nella sua dimensione autobiografica", ricostruire la propria "Autobiografia" la propria "Auto-Bio-Epistemologia" per imparare a diagnosticare con un'ottica diversa, un'ottica che comprenda la storia e le relazioni dei nostri pazienti e di noi stessi. Con questa indicazione mi riferisco a delle esperienze ben precise come quella che in questo momento è ancora in fase di rielaborazione come il progetto finanziato dalla Regione Puglia "Comun-I-care" coordinato dall'Università di Foggia da parte della già citata professoressa Scardicchio oppure le varie esperienze di Laura Formenti della Bicocca di Milano e tutta la letteratura sulla autobiografia partendo da Jerom Bruner, Erikson, sino ad arrivare Duccio Demetrio e altri.

L'obiettivo del ripercorrere nella dimensione autobiografica la propria formazione è quello di far sviluppare come dice Goleman "un'intelligenza emotiva" che consiste nel poter comprendere e gestire le proprie emozioni sviluppando così una personalità flessibile e creativa capace di adattarsi alle più diverse situazioni con autocontrollo e fiducia in se stessi. Insomma come ci adoperiamo per favorire l'empowerment dei nostri pazienti, dobbiamo imparare l'empowerment di noi stessi come curatori.

Lasciatemi ,però, chiudere tornando alla mitologia, al nostro Centauro Chirone che non potendo sopportare più il dolore e la sofferenza vuole morire, ma essendo immortale in quanto semidio deve chiedere l'intervento di Zeus il quale lo accontenta scambiando la sua immortalità con quella di Prometeo.

Ma poteva un guaritore della sua portata finire così? Senza lasciare una traccia tangibile? Assolutamente no, allora viene trasformato nella costellazione di centauro e così ancora oggi qualsiasi mortale può osservarlo mentre splende nel cielo.



La comunicazione in Medicina Generale

Raffaele Solinas

MMG, Tutor e Coach, Cagliari

PREMESSA

Comunicare è un'azione fondamentale per gli esseri umani ed è alla base sia dei processi cognitivi più elevati sia degli atti quotidiani della vita di ciascun individuo.

È un processo articolato e complesso che origina nella formulazione del pensiero, si manifesta ed si enfatizza nella produzione del linguaggio e del comportamento.

La comunicazione per il Medico di Medicina Generale (MMG), al giorno d'oggi, è un aspetto rilevante della professione non solo per quanto riguarda i rapporti con i pazienti ma anche per gli aspetti che coinvolgono lo scambio di informazioni nell'ambito sanitario.

Allo stesso tempo può essere considerato lo strumento che permette al medico di ottimizzare l'utilizzo delle conoscenze cliniche per ottenere una maggior compliance del paziente e, allo tempo, una migliore razionalizzazione delle risorse economiche.

Com'è noto, nell'ambito dell'attività professionale, la comunicazione costituisce il pri-

mo atto di ogni intervento medico; per importanza è ragionevole considerarla in posizione secondaria solo nei confronti della capacità clinica anche se, in diverse circostanze, viene percepita dal paziente come l'elemento più rilevante.

Oggi il MMG è chiamato a confrontarsi con pazienti "informati e documentati" che più che in passato necessitano, di fronte alla percezione del venir meno del loro stato di salute, non solo dell' "aspetto tecnico" ma anche dell'aspetto relazionale in grado di assicurare certezza e garanzia.

La comunicazione è perciò lo strumento che consente di trasformare la scienza medica in Medicina intesa come "cura e conforto di una persona che, in un momento della sua vita, vede venir meno il suo stato di salute". Non tener conto di questo aspetto significa incentivare la tendenza attuale di inquadrare il MMG come "operatore sanitario" ed applicare la Medicina come "prestazione di servizi tecnici" dimenticando che l'atto medico con la sua funzione diagnostica e tera-

Comunicare efficacemente ed esserne consapevoli è da intendere come uno strumento di lavoro che permette al medico di amplificare le proprie capacità, di sviluppare le proprie potenzialità favorendone la crescita personale e professionale, finalizzata alla salvaguardia pressoché totale della qualità della prestazione medica. Imparare a comunicare bene per avere una relazione interpersonale efficace, con i pazienti, i suoi familiari e i colleghi, si può e si deve.

Questo è ancora più vero in MG, dove lo stesso medico è "farmaco".

M. Balint

peutica acquista significato solo se scaturisce dall'incontro di "quel medico" con "quella persona sofferente" in "quel determinato contesto ambientale e storico".

Comunicare efficacemente ed esserne consapevoli è da intendere come uno strumento di lavoro che permette al medico di amplificare le proprie capacità, di sviluppare le proprie potenzialità favorendone la crescita personale e professionale, finalizzata alla salvaguardia pressoché totale della qualità della prestazione medica.

La comunicazione medico-paziente è da intendere quindi come un "comportamento" retto da regole identificabili, riproducibili "consapevolmente" e come tale oggetto di studi e di applicazione.

Da qui emerge l'esigenza, sempre più pressante, della formazione nei confronti delle tecniche di comunicazione e nella definizione delle relative modalità di insegnamento.

INTRODUZIONE

Gino, medico di MG, 50 anni di età e 20 anni di attività, arrivò nello studio pieno di pazienti con mezz'ora di ritardo e con un'espressione corruciata. Una serie di problemi personali e familiari lo avevano un po' sconvolto e preoccupato.

Entrò nello studio, come al solito, attraversando la sala d'attesa colma di pazienti che si lamentavano per il ritardo.

Inizia la giornata ed entra il primo paziente.
Buongiorno dottore come sta?

Bene. Mi dica Signor Antonio? - Risponde Gino bloccando l'ulteriore evoluzione del dialogo.

Le solite medicine dottore - dice signor Antonio - e volevo sapere se devo continuare a prendere ancora l'antibiotico; la tosse è sparita del tutto e sto bene... oggi mi sembra un

po' arrabbiato o sbaglio?

No, non ho niente - risponde secco Gino - e congeda il signor Antonio dicendogli freddamente che deve smettere l'assunzione dell'antibiotico.

Il secondo paziente della giornata è Gigi, 22 anni, studente universitario frizzante:

"dottore, dottore un forte mal di gola da ieri.. devo guarire veloce perché la prossima settimana ho un esame..."

Vista la gola di Gigi, Gino dice: *"uno spruzzo in gola 3 volte al dì e una di queste compresse dopo colazione e cena.*

Non devo fare altre cose? Pensavo di andare dallo specialista, sa mi capita spesso di avere mal di gola!" Replica Gigi. Gino fa finta di non sentire e saluta Gigi che esce riflettendo perplesso: *"questi medici..."*.

Ora è la volta di Stefania che entra con un sorriso splendente: *"finalmente, ce l'abbiamo fatta! Test positivo, ho disdetto l'appuntamento per la fivet! Tutto per via naturale, sono troppo contenta!"*. Gino sta per un attimo in silenzio e quindi con un filo di voce dice: *"auguri, sono contento anch'io; ma ora vediamo che esami le sono stati prescritti..."*.

Stefania esce con le ricette degli esami ma senza sorriso pensando tra sé... *"Dottor Gino, un periodo di riposo lo dovrebbe proprio fare!"*.

I PRINCIPI DELLA COMUNICAZIONE

Watzlawick, uno dei maggiori studiosi della comunicazione (Watzlawick, 1971), descrive gli aspetti della comunicazione umana come assiomi che, al tempo stesso, la definiscono e la regolano. Riportiamo di seguito quelli più importanti.

1. Non si può non comunicare.

Il comportamento umano è una forma di comunicazione in quanto trasmette, in qua-

lunque situazione e contesto, un messaggio. *Un esempio tipico è il paziente che in sala d'attesa si nasconde nella lettura del giornale per comunicare di non voler essere disturbato.*

2. Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e uno di relazione.

Questo assioma evidenzia che:

la comunicazione è costituita da due aspetti: il primo è costituito dal "cosa" dico, ossia il messaggio verbale; il secondo dalla relazione, intesa come rapporto o percezione dell'altro che caratterizza e definisce il significato della comunicazione.

L'espressione "mi raccomando.." può assumere il significato diverso se pronunciata dal padre verso il figlio (come consiglio), da un militare ad un subalterno (come un ordine), da uno stalker alla sua vittima (come minaccia). Come si può facilmente osservare da questi esempi è la relazione intercorrente tra i due attori che dà il significato vero al messaggio verbale in quanto diventa una comunicazione sulla comunicazione, ossia una metacomunicazione.

3. Ogni comunicazione è composta da un modulo numerico e da un modulo analogico

Il modulo numerico è costituito dal linguaggio verbale mentre quello analogico dal linguaggio non verbale (ibidem).

Questo assioma evidenzia come:

ogni comunicazione sia costituita da due livelli: il "cosa dico" come linguaggio verbale o contenuto del messaggio, e "come lo dico", ovvero il linguaggio extraverbale che accompagna il primo integrandolo e rafforzandolo.

La comunicazione analogica è costituita dal linguaggio paraverbale (tono, ritmo, volume e tutto quello che riguarda l'utilizzo della voce) e da quello extraverbale che riguarda gli atteggiamenti posturali, la gestualità, la mimica facciale, la prossemica (l'utilizzo della distanza spaziale nella comunicazione) ed ogni altra forma espressiva non verbale legata al contesto ed ai segni e simboli eventualmente presenti.

Un altro aspetto da evidenziare è che il linguaggio verbale è quasi sempre dipendente dalla volontà e quindi conscio, mentre quello non verbale è il più delle volte inconscio.

4. Per comunicare efficacemente: la componente verbale(conscia) e quella extra verbale(inconscia) devono essere congrue ed allineate tra loro.

Questo aspetto della comunicazione è importantissimo per sviluppare il concetto di credibilità, fiducia e relazione tra due individui che comunicano tra loro.

Che credibilità ha il nostro Gino quando, di fronte ad una Stefania raggianti per la gravidanza raggiunta, per via naturale ed evitando una fivet già programmata, si limita ad un "auguri" pronunciato con un filo di voce senza mostrare un minimo entusiasmo?

Riteniamo opportuno riportare, per meglio definire e capire la comunicazione anche sotto il profilo tecnico, oltre agli assiomi di Watzlawick, gli altri tre principi che seguono.

5. La comunicazione deve avere sempre un obiettivo.

Ha scritto Seneca: "Non esiste vento favorevole per quel navigatore che non sa il quale porto approdare". Per comunicare in modo efficace e funzionale è opportuno conoscere ed essere consapevoli dell'obiettivo comunicativo, ossia dello scopo che si vuole raggiungere.

6. Il significato della comunicazione è nella risposta che si ottiene.

“Pensate da uomini saggi ma parlate come la gente comune”. Aristotele

Questo principio pone l'accento sull'importanza del feed-back come strumento di valutazione della comunicazione. È la risposta in termini concettuali e relazionali, indipendentemente dall'intenzione, che classifica la comunicazione. Non basta avere il proposito di spiegarsi bene: è necessario farlo e verificare la comprensione.

Nella comunicazione con il paziente è importante usare un linguaggio semplice, chiaro e adatto alle caratteristiche culturali e intellettuali del soggetto evitando termini scientifici difficilmente comprensibili per i non “addetti ai lavori”.

Ricordiamoci che, quando il paziente non si attiene all'indicazione data perché non l'ha capita, siamo sempre: **“noi che non ci siamo spiegati sufficientemente bene”.**

A questo principio si collega, integrandolo, l'altro principio che segue

7. Ognuno è responsabile della propria comunicazione

Assumere la responsabilità della propria comunicazione comporta l'impegno di organizzare non solo il contenuto del messaggio (“cosa dico”) ma anche il modo con cui viene trasmesso (“come lo dico”) in funzione del contesto e dell'interlocutore.

Quest'aspetto presuppone che l'atto comunicativo del medico sia sempre supportato da un atteggiamento e stato mentale congruo e allineato con quanto si vuole e deve comunicare tenendo conto del paziente “come persona”. Tralasciare questo aspetto può comportare l'insorgenza di notevoli situazioni problematiche.

Rientrano in questo ambito le lamentele dei pazienti a cui sono state comunicate dia-

gnosi importanti in “modo a dir poco sconsigliabile”.

Per il MMG “essere responsabile della propria comunicazione” significa anche valutare la presenza di condizioni che ostacolano la ricezione del messaggio da parte del paziente: compromissione dell'udito, ambiente rumoroso, capacità di capire, ricordare e attuare quanto prescritto.

Quando si dà del materiale scritto, siano prescrizioni o consigli, è opportuno assicurarsi che il paziente sia in grado di leggere e capire! Si scrive per gli altri e non per se stessi, quindi devono essere evitati i problemi di interpretazione derivanti **dalla calligrafia, dall'uso inopportuno di termini tecnici, di sigle, abbreviazioni, ecc.**

LA STRUTTURA DEL LINGUAGGIO: CONCETTI DI PNL

Il linguaggio è un processo cognitivo costituito da una “struttura organizzata” e da un aspetto di natura psicologica-comportamentale.

Faremo riferimento alla Programmazione Neuro-Linguistica (PNL) di Bandler e Grinder per definire un modello di struttura del linguaggio alla base della eccellenza comunicativa.

“La mappa non è il territorio che essa rappresenta...”(Korzybski ,1958), costituisce la frase che contiene in se i presupposti concettuali della PNL.

Ogni essere umano, secondo questa teoria, si crea attraverso i sensi (vista, udito, tatto, ecc.) una propria rappresentazione della realtà esterna che ne costituisce la mappa o il modello. Ossia una rappresentazione (ricostruzione) soggettiva del mondo esterno che, pertanto, differisce sia dalla stessa realtà oggettiva, sia dalle mappe di altri individui. L'elaborazione della mappa e l'esperienza che vi è collegata, infatti, è condiziona-

ta da fattori genetici, ambientali, culturali. La rappresentazione della realtà esterna attraverso una mappa risponde ad un principio di ergonomia in quanto è finalizzato ad evitare il sovraccarico dell'enorme numero di informazioni provenienti dal mondo esterno che ne comprometterebbe la funzionalità. Si pensi a quanti stimoli sensoriali ogni individuo riceve tutti i giorni: il traffico con i suoi rumori, la temperatura esterna, l'aria più o meno respirabile, le persone che incontriamo, le sensazioni che abbiamo, gli odori che sentiamo ecc. Per questo motivo la mappa di ognuno è controllata da filtri costituiti dai sensi, da fattori individuali (esperienza) e dal linguaggio stesso in quanto, quando viene usato come strumento per descrivere l'esperienza, può essere limitativo. *“Ogni essere umano ha una serie di esperienze che ne costituiscono la storia personale e che sono unicamente sue, allo stesso modo delle impronte digitali. Così come ha una propria serie di impronte digitali distinte, ogni individuo ha esperienze originali di crescita e di vita, e non vi saranno mai due storie di vita identiche”*(Bandler e Grinder, la Struttura della Magia).

Come si può notare è evidenziata l'importanza di considerare l'unicità di ogni individuo con i suoi caratteri genetici, con la sua cultura, le esperienze vissute, la sua storia; come vedremo più avanti, tenere sempre presente quest'aspetto costituisce una delle regole della comunicazione efficace.

La mappa, quindi, costituita dalle rappresentazioni interne che abbiamo, è l'origine del pensiero, da cui deriva il linguaggio e il comportamento. La sua costituzione, finalizzata alla funzionalità e disponibilità delle informazioni provenienti dall'ambiente esterno, avviene attraverso tre meccanismi generali: **generalizzazione, cancellazione e deformazione.**

“La generalizzazione è il procedimento con il quale elementi o parti del modello di una persona vengono staccati dalla loro esperienza originaria e giungono a rappresentare l'intera categoria di cui l'esperienza è un esempio”(Bandler e Grinder, la Struttura della Magia).

Esempio: *“Una compressa, una volta, mi ha provocato una gastrite: tutte le compresse provocano gastrite”*.

“La cancellazione è un procedimento con cui, selettivamente, prestiamo attenzione a certe dimensioni della nostra esperienza e ne escludiamo altre.” (Bandler e Grinder, la Struttura della Magia).

Un esempio può essere costituito dal fatto che, quando si è assorti e concentrati su qualcosa, non si presta attenzione a quanto succede attorno: mentre fai qualcosa di molto interessante non ti accorgi di qualcuno che ti chiama o passa vicino!

“La deformazione è un procedimento che ci permette di operare cambiamenti della nostra esperienza dei dati sensoriali”(Bandler e Grinder, la Struttura della Magia).

È quello che avviene quando si usa la fantasia per rielaborare la realtà. Un esempio di deformazione può essere l'interpretazione di un complimento (*tu sei bravo!*) finalizzato a chiedere un favore (*cosa mi dovrai chiedere?*).

I SISTEMI RAPPRESENTAZIONALI

I sensi sono i canali attraverso i quali si viene in contatto con l'ambiente circostante, ricavando le informazioni utili per costruire la percezione della realtà (la mappa). Questa è costituita dalle immagini, dai suoni e dalle sensazioni elaborate dal pensiero sul-

la base delle informazioni che giungono attraverso i sensi. Si definisce sistema rappresentazionale la modalità sensoriale con cui si rappresenta, nella nostra mente, la realtà di ogni singola esperienza. I sistemi rappresentazionali sono importanti in quanto determinano alcuni aspetti del comportamento esterno e del linguaggio che possono essere facilmente osservati ed indentificati. Si distinguono, sulla base di questo concetto, individui *visivi*, *uditivi* e *cenestesici* a seconda che il sistema rappresentazionale usato sia costituito da immagini, suoni o sensazioni. Ciascun individuo, pur avendo tutti i sistemi rappresentazionali, ne utilizza, preferenzialmente, solo uno che può variare in rapporto alla situazione. Per comunicare efficacemente occorre riconoscere e usare il sistema rappresentazionale del paziente in modo da avere una sincronizzazione del linguaggio. Quando questo non si realizza, il linguaggio è disarmonico e provoca difficoltà nel dialogo ed incomprensioni. È importante quindi riconoscere e identificare i sistemi rappresentazionali ascoltando l'interlocutore e osservandone il comportamento. In particolare, **nel linguaggio vanno rilevati i predicati sensoriali, ossia le parole (verbi, aggettivi e avverbi)**, che il paziente utilizza per rappresentare la propria esperienza in termini visivi, uditivi e cenestesici. Per esempio frasi del tipo: *“il dottore vuole vederci chiaro perché il problema è alquanto*

nebuloso”, è una frase con predicati visivi; *“il dottore vuole ascoltare con attenzione perché il problema è alquanto silenzioso”*, è una frase con predicati uditivi; *“il dottore vuole tenere in pugno la situazione perché il problema è alquanto resistente”*, è una frase cenestesica. Nella tabella 1 sono riportati alcuni esempi di predicati sensoriali.

LA COMUNICAZIONE EFFICACE

La comunicazione è efficace quando: il messaggio emesso dall'emittente raggiunge, è decodificato, interpretato e capito allo stesso modo dal ricevente. Sembra tutto semplice e scontato, del tipo “io parlo, tu ascolti, tu capisci” ma, come ha detto G.B. Shaw, “il problema più grosso della comunicazione è l'illusione che sia stata compiuta”. Gli elementi basilari della comunicazione efficace sono costituiti da: saper ascoltare, fare domande adeguate, dare e ricevere feed-back, il “rapport”.

“Saper ascoltare”

“Dio ci ha dotato di due orecchie e una bocca. Probabilmente voleva che ascoltassimo di più e parlassimo meno.”(Amstrong e Lampe 1983)

Una convinzione comune è che, quando si parla di comunicazione, il fatto più importante sia sapersi esprimere bene, non considerando che ascoltare, invece, non solo è la parte più difficile, ma anche quella cui si de-

TABELLA 1

Predicati visivi	Predicati uditivi	Predicati cenestesici
Voglio vederci chiaro	È una soluzione rumorosa	Voglio toccare con mano
La questione è oscura	È un colloquio assordante	È un problema spigoloso
È un'idea luminosa	È un'idea che farà fracasso	È una soluzione leggera
Non vedo i limiti	È una persona rumorosa	È persona di peso
È una persona solare	Fai una riflessione silenziosa	Voglio sentire l'effetto

dica o si dovrebbe dedicare più tempo. Si rifletta per un attimo sulla sensazione che si ha quando si parla e, osservando l'interlocutore, si è costretti a dire: "ma ... mi stai ascoltando"? Si ha la sensazione che le parole, a chi ci ascolta, "entrino da un orecchio ed escano dall'altro" (ascolto passivo), oppure che dell'interloquire si scelga solo quello che si vuole sentire (ascolto selettivo), facendo esattamente le "orecchie da mercante". Com'è noto, esiste una notevole differenza tra sentire e ascoltare.

Sentire, infatti, presuppone che le orecchie siano integre e ciò è sufficiente poiché l'organo di Corti riceve meccanicamente qualunque cosa: suoni e rumori, parole buone e belle o brutte e cattive, senza distinzione alcuna. Per ascoltare invece occorre rivolgere tutta l'attenzione nei confronti dell'interlocutore. Per l'esattezza si definisce **ascolto attivo**: "far capire che il messaggio inviato è stato recepito e ritenere importante quanto è stato affermato".

Infatti, come a una torre di controllo arrivano informazioni sia via radio, sia dalla visione diretta di quanto avviene attorno, allo stesso modo per ascoltare, oltre avvertire "cosa" viene detto" (linguaggio verbale) è importante avere gli occhi aperti per osservare "come" ci viene detto (linguaggio non verbale) e, quindi, per capire anche quello che non ci è stato detto. Si può dire, quindi, che l'ascolto, definito in questo modo, non è riconducibile a una mera consegna del silenzio ma costituisce un'attività cognitiva di alto livello in quanto richiede la volontà di praticarlo, la capacità di eseguirlo e la consapevolezza della sua efficacia. Per tale motivo è opportuno che il MMG monitorizzi la propria capacità di ascolto (*com'è la mia capacità di ascolto?*).

Così come è importante ascoltare anche le "preoccupazioni" del paziente.

Il racconto che segue di U. C. maschio di 60 anni è significativo.

"Il mio medico è gentile e cortese, ma poco valido! L'altra mattina mi è venuto un forte dolore al petto, sudavo freddo e mi è sparita completamente la voce! Subito mi voleva mandare al pronto soccorso, ma mi sono rifiutato e allora ha chiamato, a titolo di favore personale, un suo amico cardiologo per farmi un elettrocardiogramma e una lastra del torace. Io già lo sapevo: era tutto a posto. È stato gentile a modo suo, ma, sul fatto che mi è sparita la voce, non mi ha ascoltato e non mi ha fatto fare neanche una visita. Eppure... ho ragione di preoccuparmi! Il mio povero papà è venuto a mancare... per un tumore della gola e tutto era iniziato con.. un abbassamento di voce".

Ecco un esempio in cui le scelte diagnostiche e le "preoccupazioni" del medico non coincidono con quelle del paziente e richiedono essere opportunamente spiegate.

Ogni affezione patologica è caratterizzata da un preciso quadro clinico e nosografico che costituisce quello che si può definire "la malattia del medico" (disease). Ogni paziente ha una percezione soggettiva della propria malattia (illness) in rapporto a precedenti esperienze, informazioni, aspettative di cure e guarigione. Si può dire che spesso la "malattia del medico" non coincida con la malattia del paziente.

Una sindrome influenzale con quadro clinico analogo può essere vissuta come una condizione devastante e fonte di grande apprensione o come un lieve malessere che non ostacola l'attività di tutti i giorni. Come l'abito quando è della misura giusta viene indossato in maniera adeguata e opportuna e quando è troppo stretto o troppo largo può provocare una situazione di impaccio, in modo altrettanto variabile ogni individuo percepisce e vive il proprio stato di malattia.

È opportuno valutare questa capacità e chiedersi: *“com'è la mia capacità di ascoltare le preoccupazioni del paziente?”*.

Chi parla semina, chi ascolta raccoglie”, recita un proverbio persiano.

Per comunicare efficacemente è importante avere disponibili i componenti su cui costruire il messaggio. Ascoltare l'interlocutore è lo strumento che ci consente di fare questa operazione raccogliendo le informazioni utili (predicati sensoriali, principi, valori ecc.). Si ritiene non superfluo ricordare che quando si parla o, meglio, si comunica, il messaggio è rivolto ad un'altra persona che deve capire il significato. Si è detto che uno dei principi della comunicazione recita che **il significato della comunicazione è nella risposta che si ottiene e non nell'intenzione di ciò che si sarebbe voluto dire**. La similitudine del seme con la parola, sottolineando che le secrezioni del sesso e quelle della parola sono omotipiche le ultime maturano come le prime ed escono all'esterno per la fecondazione. Non c'è dubbio in un modo o nell'altro il suono penetra nel nostro orecchio e nella nostra coscienza come la totalità individuale con cui è stato originariamente prodotto. Confrontiamo dunque la parola con il seme... il parlare con il principio maschile e l'ascoltare con il principio femminile, l'azione sulla personalità con il processo della fecondazione. (Florenskij,

Il valore magico della parola). I principali aspetti tecnici dell'ascolto sono costituiti dal concentrare tutta l'attenzione verso l'interlocutore assumendo **“lo stato di ascoltatore”** che è caratterizzato da:

- **atteggiamento di apertura** con linguaggio verbale (“non ho fretta, parliamone) e non verbale (tono della voce, postura) perfettamente congrui e rivolti a prestare attenzione a quanto dice in nostro interlocutore;
- **ascoltare** ciò che l'altro dice ossia, “contenuto” e i predicati rappresentazionali che usa **senza interrompere**;
- **osservare e “leggere” il linguaggio non verbale** per valutare se quanto viene detto è congruo con quanto non viene detto ma “traspare” (uno non può dire di essere depresso, se manifesta il comportamento opposto);
- **mantenere il contatto** visivo favorisce la concentrazione e stimola l'interlocutore a proseguire;
- **sospendere l'espressione di giudizi o pareri** prima che l'altro non abbia esaurito ciò che voleva esprimere;
- **non distrarsi** dalla ricezione del messaggio pensando alla domanda che si vuol fare;
- **incoraggiare attraverso il feed-back**;
- **riformulare o parafrasare** per chiedere conferma della comprensione del mes-

TAB.2 L'ASCOLTO ATTIVO

non interrompere
mantenere il contatto visivo
postura congrua
ripetere, senza giudizi o interpretazioni, il messaggio ricevuto
chiedere conferma di aver ben compreso il messaggio
il feed-back

saggio; ripetere quello che l'altra persona ha detto aiuta a spiegarsi meglio, a chiarire qualcosa fraintesa, a completare quanto tralasciato, a sviluppare empatia e fiducia, a creare relazione;

- **mettersi nei "panni dell'altro"** per ricavare maggiori informazioni, avere e dimostrare maggiore comprensione del nostro interlocutore.

Si vuole sottolineare che questi aspetti devono essere appresi e sviluppati con l'allenamento poiché il saper ascoltare costituisce un elemento fondamentale sia per la comunicazione efficace sia per lo sviluppo di una relazione funzionale. Nelle tabelle 2 e 3 sono riassunte gli elementi principali dell'ascolto attivo e i fattori di disturbo.

LE DOMANDE: IL MODO PER RACCOGLIERE INFORMAZIONI

"È impossibile conoscere gli uomini senza conoscere la forza delle parole."

Sigmund Freud

Le domande sono lo strumento che ci permette di recuperare le informazioni mancanti di un qualunque dialogo, discorso o comunicazione scritta e di definire il significato di parole o frasi non chiare. Sono l'elemento più importante di un'interazione personale. Se paragoniamo la conversazione ad una bicicletta, chi parla rappresenta la pe-

dalata (la spinta), mentre chi ascolta, facendo domande, rappresenta il manubrio che dà la direzione. Quando si parla, si tralascia, si omette, non si è chiari, si dà per scontato, alcune volte volutamente altre in modo inconscio. Per semplicità ed utilità si tende ad esprimere con il linguaggio solo le informazioni che si ritengono utili per esprimere il pensiero; spesso non si riflette che devono essere capite e interpretate dal paziente e che le stesse parole o frasi possono essere ambigue o contenere più di un significato. La frase "Gino è stato premiato" non è completa in quanto il verbo premiare richiede, per essere specificato, "da chi, come e per quale motivo". Quindi la frase esatta è "Gino è stato premiato da un comitato cittadino con una medaglia per un atto di bontà". Se viene pronunciato "*Gino è stato premiato*" e l'unica cosa che si sa di Gino è che partecipa a gare sportive, è facile attribuire il premio all'attività sportiva. Lo spazio vuoto lasciato da una parola non stampata in una riga di un libro viene riempito dal lettore: ognuno metterà la sua ed esisteranno, più o meno, tante parole quanti sono i lettori. Chissà se corrispondono a quella dello scrittore! La stessa cosa accade quando si parla e non si ha la consapevolezza di formulare un messaggio chiaro e completo. Questo accade perché le frasi o le parole spesso sono ambigue ed hanno più di un significato. Consideriamo la frase "Gino è spaventato":

TAB.3 FATTORI CHE DISTURBANO L'ASCOLTO ATTIVO

ambiente rumoroso
pensare alla domanda da fare
deficit uditivi
scarso interesse per l'argomento o per la persona
filtrare solo ciò che interessa
formulare giudizi o valutazioni prima che l'altro abbia terminato
avere fretta o problemi di tempo

è opportuno sapere da chi, da che cosa e in che modo. Essere spaventato per qualcuno può significare urlare e scappare, per qualche altro restare zitto, fermo, immobile e tremare. Quanto è stato appena detto equivale a dire che il linguaggio ha **una struttura profonda ed una superficiale**.

La struttura profonda contiene tutte le informazioni derivate dalle numerose esperienze acquisite attraverso i sensi e che costituiscono “la mappa del mondo” di ciascun individuo. Sono un numero enorme e non possono essere espresse tutte perché la comunicazione sarebbe complicata ed impossibile. Le informazioni, utili ai fini comunicativi vengono elaborate, semplificate ed espresse nella struttura superficiale. Quindi la struttura superficiale del linguaggio corrisponde ad un modello semplificato di quella profonda. *Le domande permettono di capire e di portare in superficie la struttura profonda del linguaggio* come la carrucola con il secchio porta su l'acqua dal pozzo. Attraverso le domande si esegue una sorta di stratigrafia del linguaggio che permette di chiarire il significato di:

- **parole ambigue**: il tasso può indicare l'animale, l'albero o la percentuale di interesse annuo, così come la parola delfino può riferirsi al mammifero o all'eredità al trono e carica può essere usata nel senso di attacco o di ricoprire un incarico;
- **verbi non specificati**: essere disorientato, essere rispettato;
- **verbi modali** (volere, dovere, potere, ecc.) per descrivere situazioni condizionanti;
- **avverbi che generalizzano** (comunemente, normalmente, difficilmente, sempre, mai, ecc.);
- **pronomi mascheranti identità** (tutti, nessuno, qualcuno, ognuno, ecc.): costruzioni sintattiche per esprimere situazioni soggettive di causa-effetto.

Le domande sono un metodo indispensabile per capire la mappa del paziente (principi, valori, credenze), valutare la capacità di comprensione, per mostrare interesse per la persona e per creare una relazione di reciproca fiducia. Affinché siano efficaci, le domande devono essere comprensibili e formalmente corrette, devono contenere parole e verbi ben specificati, devono essere prive di pregiudizi o presupposti non chiari, devono essere brevi, adeguate e formulate una per volta. Da un punto di vista strettamente tecnico si usano le **domande aperte** per stimolare e sviluppare il dialogo (“cosa hai fatto nel periodo in cui non ci siamo visti?”), mentre le **domande chiuse**, a risposta sì/no, servono a avere informazioni precise (“hai fatto il prelievo oggi?”). La tecnica per eseguire un'anamnesi accurata prevede l'utilizzo delle domande aperte nella fase iniziale e di quelle chiuse nella fase successiva quando è importante avere dati certi. Si realizza quindi una struttura ad imbuto – dal generale detto del paziente, al particolare che dev'essere conosciuto dal medico – che soddisfa l'esigenza dell'uno di parlare dei suoi problemi e dell'altro di avere informazioni dettagliate. I pazienti si lamentano spesso nei confronti dei medici di non essere ascoltati a sufficienza, di essere interrotti nella descrizione dei loro problemi e di conseguenza spesso si sentono non capiti completamente.

È importante chiedersi: Quanto permetto al paziente di parlare? Quando lo interrompo?

Si ricorda che le domande che iniziano con “perché” implicano un atteggiamento inquisitorio da parte di chi le formula e comportano una risposta che esprime valutazioni e giudizi da parte di chi le riceve per cui sono da usare con cautela tenendo presenti questi aspetti.

FEED BACK

Il feed back è l'informazione di ritorno fornita dal ricevente che permette all'emittente di controllare l'effetto del messaggio emesso e valutare quindi l'andamento della conversazione. Può essere verbale o non verbale e, a seconda dei casi, può esprimere accordo, disaccordo, interesse, indifferenza. L'indifferenza o la disconferma sono reazioni negative che precludono sia l'ulteriore sviluppo del dialogo sia la compromissione della relazione per cui sono da evitare o valutare con cautela quando si riscontrano. Pertanto è lecito esprimere disaccordo su questioni di opinione ma è opportuno sempre prestare attenzione al paziente evitando il feedback di disconferma. Più specificamente il feedback è costituito da espressioni che indicano accordo o disaccordo – verbali (sì, capisco, certo, continua, va bene, sicuro, ecc.), di disaccordo (no, non capisco, non sono d'accordo, non va bene, ehmm!, ecc.) e da reazioni che riguardano il linguaggio non verbale (sguardo, mimica del viso, postura, prossemica ecc.) che chi ascolta emette spontaneamente o su richiesta (da parte dell'emittente) quale reazione al messaggio pervenuto (**feed-back spontaneo o richiesto**). Si può paragonare il feedback al radar che capta il segnale inviato per indirizzare la rotta voluta. Il feedback dal punto di vista tecnico dev'essere tempestivo e motivato. Il feedback è uno strumento, prezioso, utile ed efficace a rinforzare e sviluppare atteggiamenti e comportamenti positivi da parte dei pazienti.

IL RAPPORT

Il rapport costituisce la tecnica per eccellenza della comunicazione efficace; il termine che letteralmente in inglese e francese significa concordanza, accordo, rapporto e sintonia, indica la sincronia tra due persone

nell'atto di comunicare. Il presupposto principale è che quando due persone comunicano efficacemente o interagiscono con le medesime intenzioni il comportamento esteriore di entrambi risulta complementare e speculare in quanto riflette.

L'accordo sull'esperienza comune vissuta in quel determinato momento.

Il rapport può essere spontaneo quando si osserva tra due persone che conversano in un momento di grande intesa e confidenza (amici, partner, ecc.), oppure **riprodotto volontariamente** mediante un procedimento tecnico.

Il concetto fondamentale del rapport è creare una condizione favorevole allo scambio comunicativo, basandosi sugli elementi di somiglianza che esistono tra gli interlocutori. È proprio scoprire i punti in comune con l'altra persona che, agendo a livello inconscio, invia un messaggio del tipo "io sono come te, siamo nella stessa situazione". Questo induce fiducia e predispone al dialogo in quanto le persone simili per carattere e comportamento si attraggono.

Il rapport, dal punto di vista tecnico, è costituito da due fasi: **il ricalco e la guida**.

La fase del ricalco è costituita dal "mettersi nei panni dell'altro" e rispecchiare il comportamento esterno e lo stato d'animo che l'interlocutore vive in quel determinato momento. Si ricalca:

- l'umore
- il linguaggio verbale e non verbale
- la respirazione
- opinioni e convinzioni

L'umore è il primo elemento da ricalcare per entrare in sintonia con il nostro interlocutore. L'allegria e la tristezza richiedono atteggiamenti adeguati così come uno stato di sofferenza. Non ci si può proporre di ricalcare una persona allegra con un comporta-

mento di depressione e prostrazione. Pensate a cosa potrebbe accadere tra un paziente triste e depresso curvo in avanti, con sguardo basso verso il pavimento, e un medico allegro, sorridente e scherzoso. Molto probabilmente non funzionerebbe nulla, così come, l'incontro di buon mattino tra la persona "allodola", maggiormente attiva nella prima parte della giornata e la persona "gufo" che invece stenta al mattino ed è più attiva alla sera.

La prima regola del ricalco è adeguarsi all'umore o allo stato interiore dell'interlocutore.

La seconda regola è il **ricalco del linguaggio paraverbale**, ossia l'adeguamento del volume, del ritmo e del tono della voce a quella dell'interlocutore.

Per rendervi conto di quanto il ricalco della voce sia importante si pensi al fastidio che si prova quando ci si rivolge a qualcuno con un tono di voce basso, magari per una questione riservata, e questi utilizza un volume alto che richiama l'attenzione.

Il linguaggio non verbale da ricalcare riguarda *la prossemica (distanza fisica), la postura, i movimenti del corpo, la mimica facciale*. Sincronizzare il comportamento esterno con l'altra persona rispettando la distanza di confort riproducendo il modo di sedersi o di stare in piedi, le espressioni del volto, la gestualità è un mezzo che permette l'instaurarsi di fiducia e clima favorevole al dialogo. Va eseguito con discrezione e deve avere la sincronia di due ballerini: al movimento dell'uno corrisponde il movimento di risposta dell'altro che sta ad indicare "ci sono, ti sto seguendo". Si fa notare che non è necessario riprodurre fedelmente il movimento dell'altro ma può essere sufficiente un gesto di risposta più o meno simile. Per fare un esempio se il mio interlocutore si tocca i capelli, io posso rispondere toccandomi l'orecchio, se muove un dito sul ta-

volò posso muovere tutta la mano. Il **ricalco del linguaggio verbale** comporta l'impiego dei predicati sensoriali (verbi, aggettivi e avverbi) e delle espressioni dell'interlocutore (analogie, metafore, paragoni ecc.). Questa forma di ricalco è molto efficace in quanto provoca la sensazione nell'interlocutore di essere ascoltato, capito ed al tempo stesso accettato; aumenta la fiducia, predispose alla prosecuzione e stimolazione del dialogo e contribuisce a creare la relazione.

La sincronizzazione della respirazione costituisce una potente forma di ricalco. È importante osservare la parte del torace prevalentemente interessata (alta, media, addominale) e riprodurre l'escursione con il ritmo. Richiede un certo allenamento per riuscire ad osservarla, prima, e riprodurla, dopo.

La sincronizzazione del respiro agisce a livello inconscio come un elemento fondamentale nel costruire il rapport.

È stato inserito nella tecnica il ricalco di opinioni e convinzioni come strumento di rapport senza entrare nel merito delle considerazioni etiche che ciò può implicare. Lasciamo al lettore le sue considerazioni a tale proposito sottolineando il fatto che gli elementi per creare rapport sono tantissimi e che, quando si è in sincronia, opinioni e convinzioni hanno maggiori possibilità di essere accettate. Il rapport, infatti, è con la persona e non necessariamente anche con il contenuto. Ecco perché il rapport è un modo con cui affrontare contestazioni e conflitti.

Gli elementi che non si devono ricalcare in quanto sono di ostacolo all'instaurarsi del rapport:

- tutti i comportamenti che possono non essere accettati dallo stesso interlocutore o che gli possono creare disagio (stato di ebbrezza, situazioni di imbarazzo, ecc.);
- difetti fisici: tic, balbuzie, zoppie, ecc;

- lo “slang” o l’accento se non si ha perfetta padronanza in quanto provoca fastidio;
- opinioni e convinzioni contro i propri principi e convinzioni.

A questo proposito vogliamo ricordare che, per comunicare efficacemente, è opportuno essere flessibili per adeguarsi alla variabilità degli interlocutori e riuscire ad avere sempre un comportamento opportuno per costruire il rapporto, ma senza rinunciare ai propri valori ed alla propria identità.

Qualcuno ha scritto: *“Sii fluido e adattabile come l’acqua nel letto del suo fiume per costruire il rapporto e irremovibile come la montagna nel mantenerti fedele ai tuoi principi”*.

LA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE

Il vocabolario della lingua italiana Devoto-Oli definisce il termine “relazione ogni sorta di legame che unisce due o più persone”. Da un punto di vista psicologico la relazione esprime “la percezione reciproca tra due individui”; nell’ambito della Medicina la possiamo definire come *“condizione emotiva tra il paziente, portatore di un problema vero o presunto sul suo stato di salute, ed il medico che ha le competenze per risolverlo”*.

Gli elementi per lo sviluppo della relazione sono:

- **Rispetto** inteso come astensione da pregiudizi, giudizi sui valori, opinioni e comportamenti del paziente.
- **Interesse** e accettazione per la persona del paziente qualunque sia il sintomo, disagio, disabilità, ecc. È opportuno precisare che l’interesse e l’accettazione per la persona sono gli elementi basilari per costruire la relazione con il paziente e devono essere sempre presenti nell’esercizio di qualunque professione sanitaria anche quando, nella sfera intima, non si condivi-

dono idee, principi e comportamenti.

- **La fiducia** reciproca tra medico e paziente porta a sviluppare da un lato il riconoscimento della competenza professionale e dall’altro dell’interessamento del medico per la persona “paziente”.

Si ricorda a questo proposito che, nella stragrande maggioranza dei casi, qualunque atteggiamento prodotto da un essere umano sviluppa nell’altro un analogo atteggiamento e comportamento; così a fiducia corrisponde fiducia, diffidenza e intolleranza.

- **Alleanza**, intesa come coinvolgimento e condivisione delle scelte diagnostiche e terapeutiche.
- **Linguaggio positivo**.
- **L’attenzione** ai bisogni del paziente.

I bisogni di ogni essere umano sono stati descritti e raggruppati in una scala gerarchica a forma di piramide da Maslow, psicologo americano. Secondo questa teoria, al livello più basso ci sono i bisogni essenziali o fisiologici quali alimentarsi, bere, dormire, ripararsi dal caldo e dal freddo ecc.

Al livello successivo ci sono i bisogni legati alla sicurezza quali avere una casa o comunque una dimora per sé e per i familiari, avere una fonte di reddito e una tutela sulla salute. Nel terzo livello c’è il bisogno di riconoscimento sociale: essere integrato, far parte di un gruppo, avere amicizie e affetti familiari. Al quarto livello della piramide di Maslow c’è la necessità del riconoscimento e apprezzamento di sé (autostima) e degli altri. Al livello più alto c’è il bisogno di autorealizzazione in base alle aspirazioni, alle capacità e ai desideri di affermazione della propria identità. Ogni individuo per realizzarsi, secondo la teoria di Maslow, deve soddisfare i propri bisogni nell’ordine gerarchico indicato. Ossia, un bisogno di livello su-

periore necessita, per essere motivante, che quelli di livello inferiore siano completamente soddisfatti. Questo comporta, da un punto di vista pratico, l'importanza di conoscere la situazione ed il contesto per identificare aspettative ed esigenze del paziente.

- **Ascolto attivo** con ricapitolazione e riformulazione.
- **Comunicazione efficace.**
- **Rapport.**
- **Alleanza.**

ORGANIZZARE UN PROGETTO DIDATTICO PER INSEGNARE UNA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE EFFICACE

Il presupposto è organizzare un progetto didattico valutando il livello di competenza ed i bisogni diversi di apprendimento dei discenti (studenti, medici in formazione, medici in ECM) per formulare obiettivi didattici calibrati e specifici. Per lo studente gli obiettivi di apprendimento sono costituiti da una prima fase di conoscenza dei principali elementi su cui si fonda la relazione e da una successiva fase di sperimentazione e

applicazione. Tale risultato può essere ottenuto con:

- **brainstorming** sulla definizione di relazione medico-paziente;
- **lezione frontale breve** sugli elementi che costituiscono la relazione;
- **lavori a gruppi di tre** (uno nel ruolo di osservatore) con relativa discussione in plenaria sul rispetto, il rapport e l'alleanza con il paziente;
- **lavori in piccolo gruppo** con relativa discussione in plenaria su attenzione ai bisogni del paziente e linguaggio positivo;
- **role playing** sugli elementi della relazione con relativa scheda di osservazione per i partecipanti e discussione in plenaria;
- **focalizzazione e sintesi** dell'apprendimento.

Per il medico in formazione gli obiettivi di apprendimento sono costituiti dalla conoscenza dei principali elementi della relazione dalla loro sperimentazione e applicazione in rapporto al livello di esperienza e competenza acquisita dai discenti. Tale risultato può essere ottenuto:

PIRAMIDE DI MASLOW



- **brainstorming** sulla definizione di relazione medico-paziente;
- **lavoro in piccolo gruppo** su “esperienze di eccellenza” sulla relazione, con discussione in plenaria;
- **lezione frontale breve** sugli elementi che costituiscono la relazione;
- **lavori a gruppi di tre** (uno nel ruolo di osservatore) con relativa discussione in plenaria sul rispetto, il rapport e l'alleanza con il paziente;
- **lavori in piccolo gruppo** con relativa discussione in plenaria sull'attenzione ai bisogni del paziente e il linguaggio positivo;
- **role playing** sugli elementi della relazione con relativa scheda di osservazione per i partecipanti e discussione in plenaria;
- **focalizzazione e sintesi** dell'apprendimento.

Per il medico in ECM gli obiettivi di apprendimento sono costituiti dall'identificare le strategie di eccellenza relazionale di cui ognuno dispone e quelle critiche che necessitano di potenziamento. Tale risultato può essere ottenuto:

- **brainstorming** sulla definizione di relazione medico-paziente;
- **lavoro in piccolo gruppo** su “esperienze di eccellenza” sulla relazione con discussione in plenaria;
- **somministrazione di scheda di autovalutazione** delle capacità relazionali;
- **brainstorming** per identificare i principali elementi di criticità di cui tener conto per potenziarli nelle fasi successive;
- **lezione frontale breve** sugli elementi che costituiscono la relazione;
- **lavori a gruppi di tre** (uno nel ruolo di osservatore) con relativa discussione in plenaria sul rispetto, il rapport e l'alleanza con il paziente;
- **lavori in piccolo gruppo** con relativa di-

scussione in plenaria su attenzione ai bisogni del paziente e linguaggio positivo;

- **role playing** sugli elementi della relazione con relativa scheda di osservazione per i partecipanti e discussione in plenaria;
- **focalizzazione e sintesi** dell'apprendimento.

Metodologia per la formazione alla comunicazione medico paziente

Il concetto guida è favorire l'apprendimento di un modello comunicativo ed il relativo cambiamento attraverso l'utilizzo di una metodologia didattica strutturata sull'esperienza diretta del discente. In questo modo è possibile far emergere e far sperimentare direttamente al discente gli aspetti di tipo cognitivo-emotivo e le azioni pragmatiche comportamentali che la comunicazione e la relazione interpersonale comportano.

La struttura è tale da permettere l'evoluzione del processo formativo mediante opportune strategie verso il raggiungimento degli obiettivi di apprendimento. In particolare è orientato a sviluppare consapevolezza delle competenze disponibili per poterle gestire ed utilizzare in modo ottimale.

Il modello proposto è finalizzato a sviluppare l'apprendimento attivo nel pieno rispetto dei principi di Rogers e Knowles (Ventriglia-Turbil) su cui si fonda la moderna andragogia (tab.1). In questo senso l'attività formativa ha il compito di attivare forme di apprendimento di tipo cognitivo, operativo e emotivo (Quaglino e Carrozzi, 1998) attraverso metodiche didattiche di tipo esperienziale. Si tratta infatti della trasmissione di conoscenze che non riguardano solo la sfera conoscitiva e pragmatica del “sapere e del saper fare” ma anche, e più specificatamente, del “saper essere”. È proprio quest'ultimo aspetto che assume notevole importanza anche da un punto di vista andragogi-

co, in quanto è rivolto al miglioramento della “persona” per ottenere prestazioni efficaci in ambito professionale. Pertanto è opportuno:

- creare un ambiente favorevole all'apprendimento.
- rilevare in funzione dell'obiettivo i bisogni, gli interessi e le esigenze dei discenti
- rendere espliciti gli obiettivi dell'apprendimento.
- definire e rendere chiare le attività didattiche utili per il raggiungimento dell'obiettivo.
- rendere disponibili e utilizzabili le risorse per l'apprendimento.

Un cenno particolare a questo proposito merita la figura del formatore.

Il formatore per la comunicazione medico-paziente dev'essere un medico in quanto è opportuno conoscere l'ambiente in cui si opera. È opportuno precisare che formatori non si diventa con un lungo sodalizio professionale ma è necessario un percorso specifico di conoscenza teorica e addestramento pratico continuo per acquisire il primo requisito, ossia di *conoscere e utilizzare modelli di comunicazione efficace*.

È necessario, infatti, frequentare corsi specifici per diventare esperti della materia e sviluppare, allo stesso tempo, l'attitudine alla comunicazione e alle relazioni interpersonali. Non è sufficiente infatti né avere eser-

citato la professione per lungo tempo né conoscere solo gli aspetti teorici: la comunicazione medico-paziente non si insegna proiettando e leggendo diapositive!

Il secondo requisito del formatore è saper proporre come *facilitatore per l'apprendimento* che riguarda non solo la trasmissione delle nozioni, ma anche motivare ad acquisire e integrare nuove abilità e competenze. Deve, in altri termini, saper gestire i cambiamenti degli aspetti cognitivi, emotivi e comportamentali che un corso di formazione ben strutturato deve apportare nei discenti. Questo richiede che il formatore proponga sé stesso come un modello di creatività, di flessibilità e di adattamento al contesto in cui, volta per volta, è chiamato ad operare. È necessario quindi acquisire la consapevolezza che in un corso di comunicazione il formatore trasmette non solo nozioni tecniche, ma mette continuamente in gioco la sua persona con le risorse di cui dispone rivelando la **sua dedizione e disponibilità nei confronti dei discenti** (terzo requisito). Questo aspetto è importantissimo in quanto permette di valorizzare le risorse che ogni individuo possiede sviluppandone *la consapevolezza e la disponibilità* (quarto requisito).

“La missione di un conduttore di un gruppo è quella di far emergere il meglio che c'è in ogni persona presente ai suoi gruppi, disseminando nei suoi interventi messaggi di rinforzo dell'io che abbiano lo scopo di aumentare

TAB.1 PRINCIPI SULL'APPRENDIMENTO ANDRAGOGICO

L'interazione in gruppo
La descrizione e la valorizzazione dell'esperienza
L'analisi dell'esperienza o la sua osservazione riflessiva
La formazione di concetti astratti e generalizzazioni
La sperimentazione di ipotesi
Fed back su quanto è avvenuto

in ogni singolo partecipante il livello di auto-stima e auto riconoscimento delle proprie potenzialità, messaggi che comunicano significati profondi anche riguardo il pieno utilizzo di risorse sopite.” (C. Casula 2012).

Per quanto detto il formatore deve necessariamente *conoscere i principi dell'andragogia* per attenersi rigorosamente a questi nell'impiego della metodologia didattica (quinto requisito). Deve avere inoltre esperienza di conduzione di un aula o di un gruppo per poter gestire efficacemente le dinamiche relazionali che possono influenzare il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Passiamo in rassegna ora i compiti che è il formatore è chiamato ad assolvere.

Deve sicuramente conoscere e individuare i bisogni dell'eventuale committente e del discente per progettare l'evento formativo e definire gli obiettivi.

È opportuno accertarsi che la sede del corso sia adatta, oltre che per requisiti di spazio, luminosità, acustica e strumentazione disponibile, anche sotto l'aspetto qualitativamente.

È importante occuparsi della disposizione dell'aula a “U” o a “semicerchio” che assicura una maggiore coesione del gruppo, coinvolgimento ed interazione.

Il formatore medico deve saper creare nell'aula un clima di sicurezza, rispetto e fiducia reciproca, condizione indispensabile per imparare a imparare. In particolare è fondamentale che il discente si senta “accolto e riconosciuto” come persona, prima an-

cora che come discente, affinché possa partecipare attivamente al percorso formativo e abbia la percezione di un apprendimento utile e, allo stesso tempo, divertente e leggero.

Tale condizione è indispensabile per far emergere anche gli aspetti emotivi dei discenti che il formatore medico dovrà gestire sviluppando osservazioni riflessive che ne permettano la elaborazione e la ristrutturazione. Sono questi gli elementi indispensabili per fare in modo che l'apprendimento, opportunamente integrato sul piano cognitivo ed emotivo, determini il cambiamento appropriato per comunicare e relazionarsi efficacemente.

Altro compito importante per il formatore medico è la gestione del tempo. Già in fase di progettazione deve stabilire la durata del corso (ore, una giornata, diversi giorni, ecc.) Oltre rispettare e far rispettare i tempi di inizio e fine dei lavori, quelli del programma li dovrà gestire in funzione dei bisogni ed esigenze dei discenti dimostrando flessibilità e adattabilità. In particolare oltre alle aspettative dovrà occuparsi di dare il giusto tempo alla parte teorica, di identificare i momenti di calo dell'attenzione e usare le strategie opportune per superarli (pause, racconto di storie, uso di metafore ecc.), di organizzare lavori di gruppo e role playing e discussioni in plenaria assolutamente cadenzati, congruenti e logici rispetto agli argomenti trattati.

Bibliografia

Bandler R. e Grinder J. (1981), La struttura della magia, Ed. Astrolabio, Roma.

Beccastrini S. (1954), Competenze comunicative per gli operatori della salute, Ed. Centro Scientifico, Torino.

Casula C. (2003), I porcospini di Schopenhauer, Ed. Franco Angeli, Milano.

Duò C., Secci E. M. (2008), La comunicazione strategica nelle professioni sanitarie, Ed. Prometeo, Gubbio.

Maslow A.H. (2010), Motivazione e personalità, Armando, Roma.

Moja E., Vegni E. (2009), La visita medica centrata sul paziente, Ed. Raffaello Cortina, Milano.

Nanetti F. (2010), L'arte di comunicare, Ed. Pendragon, Bologna.

Perrone F. (2006), Comunicazione interpersonale, Ed. De Agostini Scuola, Torino.

Roberti A., Belotti C., Caterino L. (2006), Comunicazione medico -Paziente, Ed. PNL ITALY.

Ventriglia G., Turbil E. (2008), Educazione continua in medicina, Ed. Elsevier Masson, Milano.

Visconti G. (2012), Comunicare bene, Ed. Franco Angeli, Milano.

Watzlawick P. (1971), Pragmatica della comunicazione umana, Ed. Astrolabio, Roma.

Come insegnare la relazione e le abilità di counselling in medicina generale e nelle cure primarie

Michele Gangemi

Pediatra di libera scelta e formatore al counselling sistemico, Verona.

INTRODUZIONE

Questo capitolo cerca di rispondere ad un quesito fondamentale e che ritorna, come un tormentone, quando ci occupiamo di formazione alle abilità comunicative/ relazionali. La domanda a cui cercare di rispondere è se sia possibile insegnare queste abilità o se non siano in gran parte dipendenti dalla personalità del discente e quindi, in qualche modo, poco modificabili dalla formazione in questo ambito. Per rispondere a questa domanda dobbiamo prima considerare il contesto della medicina generale e delle cure primarie e fare alcune considerazioni sul ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta. In entrambi i casi il professionista sanitario ha l'opportunità di poter costruire una relazione nel tempo col paziente e con la sua famiglia. In pediatria abbiamo poi la variante dell'interlocutore indiretto (il genitore) che inserisce importanti varianti anche dal punto di vista etico e deontologico. Da queste riflessioni sul contesto di cura emerge con forza che non possiamo pensare di rinunciare alla formazione in ambito comunicativo / relazionale del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta. Per formare un professionista riflessivo non possiamo non riflettere sulle relazioni che entrano in gioco nei rapporti interpersonali e nella relazione medico – paziente. Imparare a riflettere sulle nostre emozioni e sulla nostra storia personale è

la base di qualsiasi formazione comunicativo / relazionale. Quanto i nostri vissuti personali e di genitori entrano nel rapporto col paziente o con il genitore e il bambino? Quanto è importante riuscire a rendersi conto del proprio stato d'animo nei rapporti interpersonali e nel colloquio col paziente? Si può riuscire a essere empatici senza ridurre la definizione di empatia a qualcosa che ha perso significato a causa del suo abuso? Seguendo queste stimolazioni e provando a trovare delle risposte siamo in grado di affermare che non possiamo dare per scontato una riflessione autonoma e consapevole in questo ambito così complesso. Se aggiungiamo che in ambito sanitario il professionista si trova in una relazione d'aiuto, capiamo che la formazione in questo ambito non è utile solo per il paziente, ma anche per il medico stesso per il rischio di "bruciarsi". Mettere l'altro al centro del nostro colloquio, aiutarlo a sistematizzare le sue ipotesi e restituire senza sostituirsi non è l'essenza del colloquio condotta con abilità di counselling? Svilupperemo in questo capitolo varie modalità formative che potranno aiutarci in questo difficile compito e cercheremo da vari punti di vista di essere d'aiuto concreto al tutor. L'obiettivo finale è l'empowerment del paziente che dovrà essere messo in condizione di poter aiutare il professionista attraverso un ascolto attivo da parte di quest'ultimo e reso protagonista delle scelte che riguardano la sua salute.

IL COLLOQUIO MEDICO- PAZIENTE E LE ABILITÀ DI COUNSELLING *Dal paternalismo all'alleanza terapeutica*

Il colloquio medico-paziente condotto con le abilità di counselling permette di superare il paternalismo e crea le premesse per l'alleanza terapeutica. Il tutor con abilità di counselling può aiutare il discente a riflettere sul proprio stile comunicativo e porre le basi per un colloquio nell'area delle cure primarie che aumenti lo spazio dell'ascolto e promuova la capacità del paziente di moltiplicare le ipotesi.

Il colloquio medico-paziente è da sempre al centro dell'attenzione in ambito sanitario ed in particolare nell'area delle cure primarie per la particolare relazione che si crea con il paziente e la sua famiglia nel corso del tempo. Il codice deontologico del medico è passato dalla versione paternalistica ad un approccio, al passo coi tempi, che responsabilizza il paziente nelle sue decisioni con l'indispensabile aiuto del professionista.

Questo cambiamento, recepito a parole, non sempre trova riscontro nel colloquio medico che è ancora poco orientato all'ascolto attivo ed alla restituzione senza interpretazione. L'audioregistrazione di colloqui con genitori e bambini negli ambulatori dei pediatri di libera scelta dimostra come siano ancora lontani dall'applicazione delle abilità di coun-

selling (Gangemi, Quadrino, 2000) nell'area delle cure primarie. Dobbiamo quindi riflettere su come le abilità di *counselling* ci possano aiutare nel colloquio medico-paziente nelle cure primarie e come possano essere insegnate nel contesto della medicina generale. In ambito pediatrico non possiamo prescindere dalla presenza dell'interlocutore indiretto che parla o dovrebbe parlare per bocca del bambino. L'attenzione al "non verbale" richiede un *training* adeguato con l'utilizzo di videostimolazioni che vadano oltre il messaggio verbale. Il ruolo del tutor nel promuovere l'autoriflessione del discente sulle proprie modalità comunicativo/relazionali è molto delicato e richiede l'utilizzo di abilità di counselling (ascolto attivo e capacità di restituzione in particolare) con grande attenzione al contesto. All'inizio può essere utile lavorare con stimolazioni visive brevi e con mandati precisi a partenza da situazioni decontestualizzate che aiutino ad approfondire gli aspetti comunicativi sia dal punto di vista verbale che non verbale. Presentare gli assiomi della comunicazione (scheda) secondo Watzlawick (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1971) senza esemplificazioni e stimolazioni risulta noioso e può sembrare sganciato dalle ricadute professionali. Il primo step necessario è aiutare il discente a prender coscienza dell'importanza della comunicazione in ogni situazione della propria vita personale e professionale. In questa fase è molto importante evitare giudizi

SCHEDA 1: GLI ASSIOMI DELLA COMUNICAZIONE

Tratto modificato da: Watzlawick P, Beavin J.H, Jackson D.D. Pragmatica della comunicazione umana. Roma Astrolabio. 1971

- 1) È impossibile non comunicare
- 2) Ogni comunicazione include il contenuto e la proposta relazionale

- 3) In ogni comunicazione sono presenti elementi verbali e non verbali
- 4) La natura di una relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze comunicative
- 5) Tutti gli scambi comunicativi sono simmetrici (basati sull'eguaglianza) o complementari (basati sulla differenza)

o esposizioni sgradevoli del singolo rispetto al gruppo degli altri discenti. Porre sotto protezione emozioni e vissuti professionali necessita di molta abilità da parte del tutor che dovrà essere in grado di riportare la discussione al gruppo senza cercare di rispondere sempre da esperto alle continue richieste di un modello valido in tutte le situazioni. Dopo una fase iniziale decontestualizzata che aiuta a riflettere sulla comunicazione in generale e sui propri vissuti personali attraverso stimolazioni visive, possiamo utilizzare colloqui audioregistrati, sbobinati e trascritti in chiave didattica, nell'ambulatorio del MMG o del pediatra di libera scelta. La riflessione iniziale sulla comunicazione / relazione in ambito personale viene ora centrata sulla relazione medico-paziente con le proprie peculiarità e nel contesto delle cure primarie. La discussione in piccolo gruppo con mandati di lavoro precisi e realizzabili permette di far emergere le peculiarità dell'ambito sanitario con i ruoli del medico e del paziente. Centrare la restituzione sull'obiettivo del colloquio in quel preciso ambito e con le competenze del professionista può rivelarsi vincente. Da evitare invece di proporre situazioni o interpretazio-

ni come "modello" in quanto poco si presta alla riflessione del professionista sul proprio stile comunicativo e su eventuali modifiche (Schon, 1993). Solo alla fine della stimolazione video iniziale e dei lavori in piccoli gruppi a partenza da audioregistrazioni o da situazioni comunicative problematiche il tutor presenterà una sintesi delle abilità di *counselling*. L'aumento dello spazio di ascolto, l'attenzione agli aspetti non verbali del colloquio, una restituzione efficace a partenza dai problemi posti dal paziente sono la necessaria premessa per il passaggio dal paternalismo all'alleanza terapeutica.

IL COUNSELLING NELLA DIAGNOSI E NEL TRATTAMENTO

L'obiettivo minimo condivisibile

Usare le abilità di counselling in un colloquio medico ci aiuta ad evitare diagnosi affrettate valorizzando il vissuto di paziente e a individuare terapie, basate su prove di efficacia, che siano praticabili in quel contesto. Il tutor, ponendo attenzione sia agli aspetti di contenuto che di relazione, saprà far emergere le criticità evidenziate

SCHEDA 2 - SCHEMA DI COLLOQUIO CONDOTTO CON ABILITÀ DI *COUNSELLING*

con modifiche da Gangemi M, Quadrino S Il *counselling* in pediatria di famiglia Milano Utet 2000.

Spazio informativo	Paziente Quello che: - ha osservato - sa o pensa di sapere	Medico Quello che: pensa che la famiglia dovrebbe sapere (su quella questione specifica)
Spazio dei comportamenti	Quello che: - fa abitualmente - vorrebbe fare - pensa di poter fare - non vuole fare o pensa di non poter fare	Quello che: - pensa che il paziente dovrebbe fare

durante il tirocinio negli ambulatori.

Questo sottocapitolo è la necessaria prosecuzione di quanto espresso nel precedente con una sottolineatura particolare del ruolo del *counselling* nella diagnosi e nel trattamento o non trattamento. Un colloquio condotto con abilità di *counselling* non può che portare ad una migliore conoscenza da parte del medico del vissuto del paziente rispetto alla propria malattia (scheda 2). Non vi è alcun dubbio che il paziente sia il massimo esperto della propria malattia in termini emotivi e di ricaduta nella propria vita reale (Bert, 2007).

Il medico con abilità di *counselling* parte sempre da quello che il paziente sa o crede di sapere rispetto alla sua malattia o al suo problema. Il non dare per scontato quello che ai professionisti sembra evidente è estremamente importante ed essenziale per una corretta diagnosi.

Un esempio molto utile in ambito formativo è far scrivere ai partecipanti la definizione, secondo loro, di un determinato sintomo. Molto spesso emerge che anche per gli addetti ai lavori i termini tecnici non hanno lo stesso significato e questo è ancor più vero se si tratta dei pazienti. In un corso recente il significato di “palpitazione”, è risultato molto diverso tra i partecipanti.

Compito del tutor è far riflettere sulla necessità di dare meno per scontato di aver capito tutto e orientarsi su una diagnosi senza prima aver esplorato abbastanza. Molti film possono aiutarci in questo ambito come riportato nel box finale.

Anche testi letterari possono essere impiegati per mostrare come i pregiudizi e il non ascolto siano alla base di scorrette interpretazioni diagnostiche.

In ambito della medicina generale è importante sottolineare quanto differenti culture possano condizionare atteggiamenti, paure

e far nascere pregiudizi da entrambe le parti (Tesio, Capello, Gregoriano, et al., 2013). Per la parte della diagnosi quindi stimolazioni visive e analisi di testi letterari possono risultare molto utili in fase formativa purchè finalizzati a precisi obiettivi didattici. Utilizzare colloqui, trascritti o audioregistrati durante la frequenza degli ambulatori, può essere molto utile per la contestualizzazione in medicina generale.

Se il colloquio è ben impostato, pur nel rispetto e senza confusione di ruoli, pone le premesse per coinvolgere il paziente nella scelta terapeutica migliore per lui e praticabile nel suo contesto. Questo non vuol dire che il paziente decide la sua terapia, ma che va coinvolto nella scelta dopo averlo responsabilizzato. Questo si intende per alleanza terapeutica. Nella fase formativa questo è uno snodo delicato e si deve far capire che il medico non abdica al proprio ruolo terapeutico, ma aiuta il paziente a scegliere nel miglior modo possibile alla luce della letteratura e in funzione di un determinato contesto. Molto utile può risultare la tecnica del role-playing volta a far capire come il cambio di ruolo modifichi l'angolo di visuale (Consorti, 2011). Nel successivo sottocapitolo si cercherà di evidenziare come un colloquio condotto con abilità di *counselling* ponga le basi per l'empowerment del paziente.

LA NEGOZIAZIONE

Colloquio medico- paziente per l'empowerment del paziente.

La gestione dei conflitti

La co-costruzione è una fase essenziale nel colloquio medico-paziente per arrivare ad una negoziazione e prevenire possibili conflitti. Il tutor potrà aiutare il discente e sperimentare su se stesso le emozioni

che possono scatenare un conflitto.

Va subito precisato che per empowerment intendiamo una cessione di potere del medico con una maggior responsabilizzazione del paziente nelle scelte che riguardano la sua salute. Se riflettiamo sulla definizione di *counselling* (scheda 3) vediamo che *l'empowerment* è la conseguenza di una relazione medico-paziente in cui il professionista usa abilità di *counselling* (Gangemi, Quadrino, 2000). Nei due precedenti sottocapitoli abbiamo sottolineato come le abilità di *counselling* possano migliorare la relazione e favorire il coinvolgimento del paziente come protagonista attivo nella diagnosi e nel trattamento. Questo non significa far confusione di ruoli o perdere autorevolezza da parte del professionista, ma porre le basi per una co-costruzione della narrazione per arrivare alla corretta diagnosi e alle conseguenti scelte terapeutiche. Saper usare domande aperte all'inizio del colloquio che aprano al vissuto

del paziente e saper restituire e sistematizzare il materiale "non ordinato" che il paziente offre, porta a valorizzare la sua esperienza e aumenta le conoscenze necessarie per arrivare ad una terapia condivisa. L'apertura e l'ascolto attivo del racconto del paziente riducono la possibile fase conflittuale ed oppositiva da parte dell'interlocutore. Valorizzare le ipotesi e le credenze, senza catalogarle subito come inutili al nostro lavoro, sono la prima fase della negoziazione nel rispetto dei reciproci ruoli (scheda 4). Il paziente è il massimo esperto della sua malattia ed il professionista lo aiuta a mettere ordine al suo racconto e a trovare una possibile soluzione. Non sempre il professionista si trova nello stato d'animo propizio per poter negoziare una decisione condivisa sia per problemi di organizzazione del lavoro che per interferenze sul piano personale. In questo caso il professionista deve essere in grado di riconoscere il suo disturbo ed astenersi da

SCHEDA 3

DEFINIZIONE DI *COUNSELLING* IN AMBITO SANITARIO:

Intervento comunicativo professionale che ha l'obiettivo di mobilitare le risorse e le capacità dei pazienti e di facilitare le decisioni riguardanti la loro salute senza sostituirsi.

SCHEDA 4

LE SETTE REGOLE DELL'ARTE DI ASCOLTARE:

tratto da Sclavi M. Arte di Ascoltare e Mondi Possibili. Le vespe Milano.2000

- 1) Non avere fretta di arrivare a delle conclusioni. Le conclusioni sono la parte più effimera della ricerca.
- 2) Quel che vedi dipende dal tuo punto di vista. Per riuscire a vedere il tuo punto di vista, devi cambiare punto di vista.
- 3) Se vuoi comprendere quel che un altro sta dicendo, devi assumere che ha ragione e chiedergli di aiutarti a vedere le cose e gli eventi dalla sua prospettiva.
- 4) Le emozioni sono degli strumenti conoscitivi fondamentali, se sai comprendere il loro linguaggio. Non ti informano su cosa vedi, ma su come guardi. Il loro codice è relazionale e analogico.
- 5) Un buon ascoltatore è un esploratore di mondi possibili. I segnali più importanti per lui sono quelli che si presentano alla coscienza come al tempo stesso trascurabili e fastidiosi, marginali e irritanti, perché incongruenti con le proprie certezze.
- 6) Un buon ascoltatore accoglie volentieri i paradossi del pensiero e della comunicazione. Affronta i dissensi come occasioni per esercitarsi in un campo che lo appassiona: la gestione creativa dei conflitti.
- 7) Per divenire esperto nell'arte di ascoltare devi adottare una metodologia umoristica. Ma quando hai imparato ad ascoltare l'umorismo viene da sé.

frettolose soluzioni che si riveleranno perdenti. Una delle regole per evitare conflitti è proprio partire dalla riflessione che il tempo gioca a nostro favore (Sclavi, 2000). Se può essere più facile tenere sotto controllo il contenuto verbale, molto più impegnativo è avere il controllo delle proprie emozioni che si esprimono con la parte non verbale del colloquio. Il professionista che cerca la negoziazione deve concentrarsi sugli obiettivi e non sui ruoli (Valdambrini, 2008).

Un irrigidimento del ruolo porta a perdere di vista l'obiettivo minimo condivisibile col paziente in quel determinato contesto e rischia di innescare una escalation simmetrica. La scena del film di Chaplin "Il Grande Dittatore" in cui Hitler e Mussolini continuano ad alzare la sedia del barbiere per cercare di rimarcare il proprio ruolo dominante, è un esempio perfetto in formazione che vale di più di tante spiegazioni teoriche. Dal punto di vista formativo il tutor dovrà focalizzarsi in particolare sugli aspetti relazionali che entrano in gioco quando agia-

mo in conflitto e potrà essere utile ricorrere a videostimolazioni invitando i partecipanti a ricercare il giusto atteggiamento per raggiungere una negoziazione che sia utile sia al paziente che al medico. L'esercitazione dovrà porre l'attenzione sull'importanza di concentrarsi sugli obiettivi di cura in una relazione di aiuto come quella del medico di medicina generale. La tecnica del role-playing a partenza da un incipit che possa scatenare un conflitto, in ambito sanitario può essere molto utile per far riflettere sulle dinamiche relazionali in atto e come una buona conduzione del colloquio, con attenzione alle emozioni dell'altro, possa far rientrare un conflitto prima che sia agito. Dal punto di vista formativo bisognerà equilibrare aspetti di contenuto e relazione. È il sanitario che ha la responsabilità della conduzione del colloquio e può impostarlo in modo che il paziente sia al centro dell'attenzione e possa essere un prezioso alleato nel reciproco interesse e in un'ottica di empowerment.

Stimolare domande anziché fornire risposte. Utilizzo di video per sottolineare aspetti verbali e non verbali della comunicazione. Contestualizzazione nella pratica della medicina generale con lavori in piccoli gruppi a partenza da colloqui audioregistrati o trascritti durante il tirocinio pratico nell'ambulatorio. Evitare modelli positivi e giudizi. Utilizzo di film per evidenziare come una buona comunicazione faciliti una buona diagnosi (Parole, Parole, Parole, Un medico un uomo, Caro diario) Utilizzo di film per evidenziare l'importanza di un approccio transculturale (Quasi Amici, Mars Attacks, Glory Road, Gran Torino). Utilizzo del role-playing per far capire le emozioni dell'altro. Utilizzo di videostimolazioni decontestualizzate per evidenziare la necessità di negoziare in situazioni difficili. Utilizzo di audio registrazioni o trascrizioni di colloqui problematici in medicina generale discussi in piccoli gruppi o riproposti con la tecnica del role-playing.

Bibliografia

Gangemi M., Quadrino S. (2000), *Il counselling in pediatria di famiglia*, UTET, Milano.

Schon D. (1993), *Il professionista riflessivo*, Dedalo, Bari.

Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (1971), *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma.

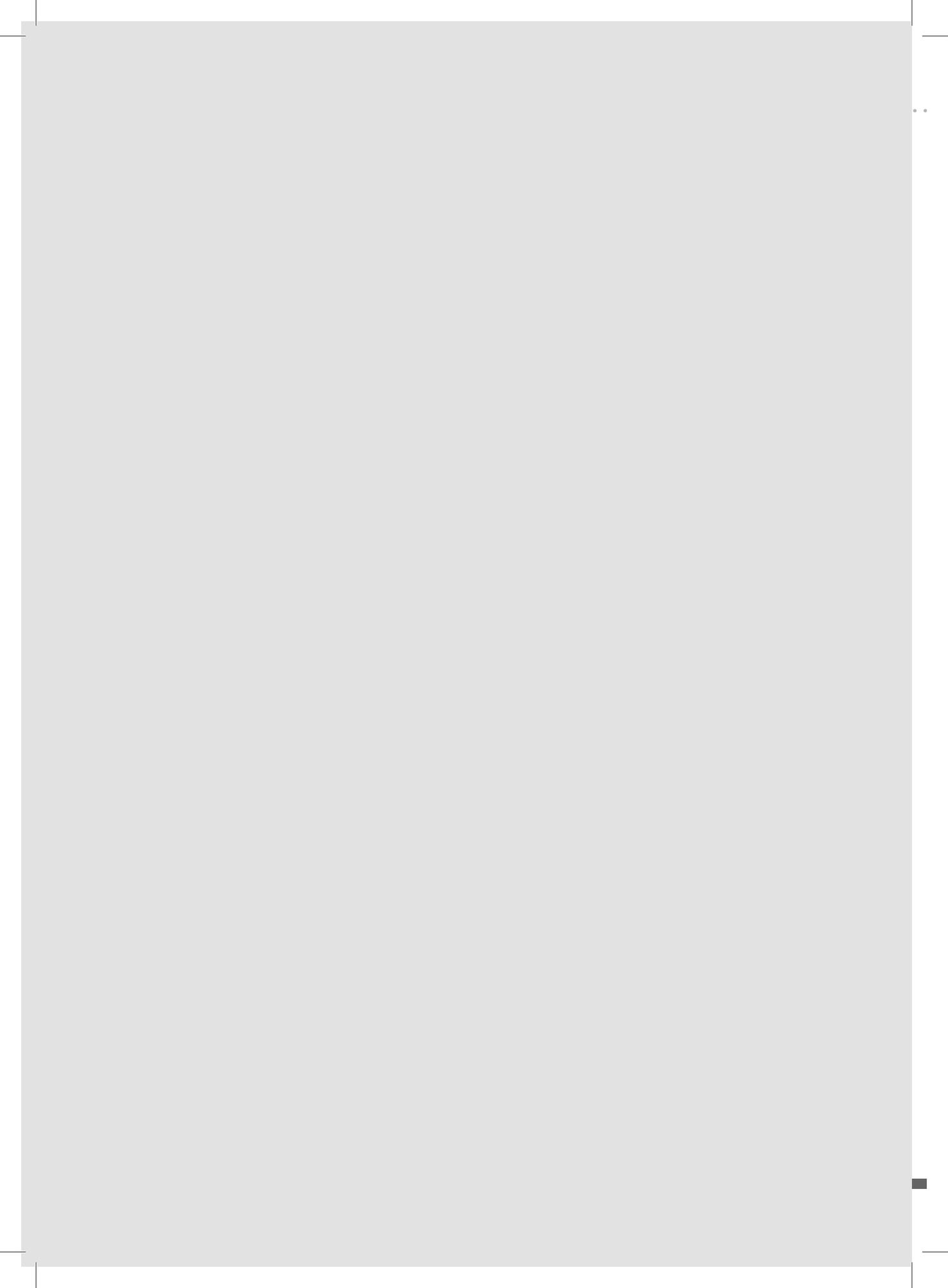
Bert G. (2007), *Medicina Narrativa*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

Consorti F. (2011), *Didattica Pratica e Professionalizzazione*, Torino Espress.

Tesio L., Capello S., Gregoriano S. et al. (2013), *Scene di integrazione: l'utilizzo del cinema nella formazione all'interculturalità*, Tutor; 1: 15-21. Gangemi M., Quadrino S. (2000), *Il counselling in pediatria di famiglia*, Utet, Milano.

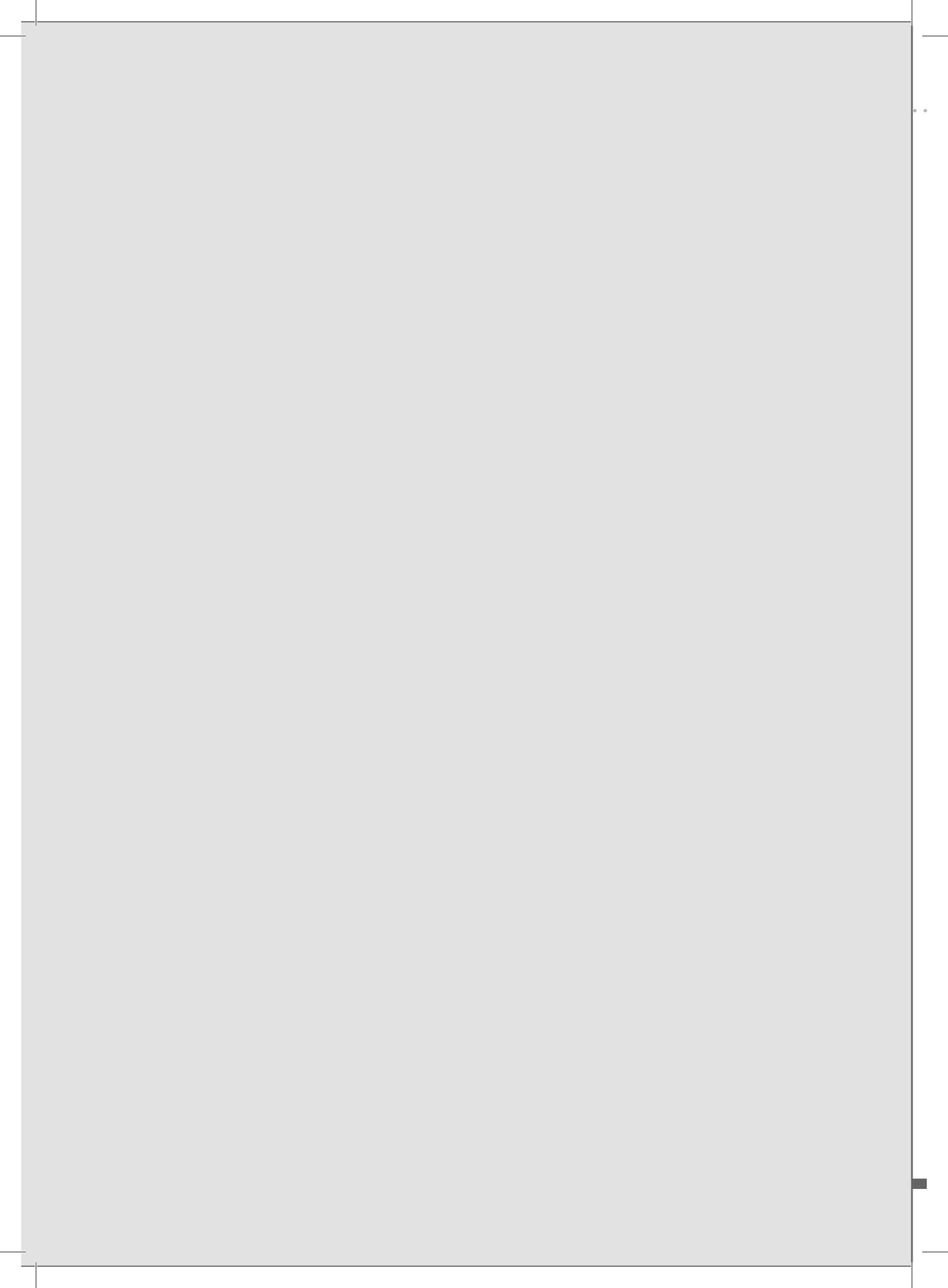
Sclavi M. (2000), *Arte di Ascoltare e Mondi Possibili*, Le vespe, Milano.

Valdambrini A. (2008), *La gestione dei conflitti in ambito sanitario*, Il pensiero scientifico, Roma.



PARTE VII

La didattica e la ricerca
in MG e Cure Primarie:
*“ricerca nella Formazione e
Formazione alla Ricerca”*



La ricerca in Medicina Generale

Strumenti per l'apprendimento e lo sviluppo della ricerca in Medicina Generale

Aurelio Sessa

R es p o n s a b i l e r i c e r c a c l i n i c a, S o c i e t à I t a l i a n a d i M e d i c i n a G e n e r a l e, F i r e n z e

Praticamente ogni giorno, nella vita professionale di un medico di medicina generale (MMG), ci sono spunti per poter fare ricerca. Da una visita domiciliare ad una prescrizione terapeutica, da una lettura di un referto radiologico all'analisi di un diario per la cefalea ci sono aree di incertezza che comportano domande che emergono e talvolta risposte non evase. Perché, ad esempio, il Sig. Mario viene sempre senza appuntamento verso la fine dell'ambulatorio ogni volta con problemi diversi e poco identifi-

cabili? Perché la Sig.ra Carla espone spesso all'infermiera i suoi problemi e non prende mai un appuntamento con il proprio medico? Ogni MMG nella sua vita professionale viene a contatto 250.000 volte con i propri assistiti, vede 150 patologie diverse, ha prescritto almeno 5 milioni di indagini diagnostiche e oltre 20 milioni di terapie farmacologiche. Una grande mole di dati che pochissime volte vengono strutturate in modelli di ricerca. Ian Watson, presidente del Royal College of General Practitioners negli

Perché fare ricerca	<ul style="list-style-type: none"> - Suscitare curiosità e interesse dal proprio lavoro - Affinare il senso critico e il senso dell'osservazione - Acquisire una metodologia di lavoro rigorosa - Aumentare il bagaglio culturale - Dare dignità e cultura alla medicina generale - Ricaduta nella pratica quotidiana - Verifica e valutazione del proprio operato
Come fare ricerca	<ul style="list-style-type: none"> - Nata dalla medicina generale per la medicina generale - Protocollo semplice - Minima interferenza con l'attività quotidiana - Pubblicabile
Con quali strumenti fare ricerca	<ul style="list-style-type: none"> - Formazione - Imparare facendo - Organizzazione - Rete di ricerca - Collegamento con le istituzioni - Partnership - Pianificazione

anni '70, aveva riportato nella sua lettura di insediamento che uno degli scopi del College era promuovere la pubblicazioni di lavori originali su riviste scientifiche correlate alla pratica quotidiana del MMG (1). Ogni medico, sia che lavori da solo o che lavori con altri colleghi, può fare ricerca. Chi lavora in singolo può partire da un caso clinico (emblematico, tracciante, didattico) o riunire più casi clinici con analoghe caratteristiche (una stessa patologia, casi difficili) non dimenticando che la medicina generale è una fonte inesauribile di aneddotica. Anche la revisione delle proprie cartelle cliniche è il primo passo per un self-audit da cui possono scaturire idee per la ricerca. Logicamente chi fa parte di una rete di MMG, locale o più estesa, può usufruire di un forte bacino epidemiologico con produzione di dati a forte valenza professionale. Non va dimenticato inoltre che la ricerca è compresa tra i compiti e nelle attività del MMG così come riportato nell'accordo collettivo nazionale. Lo spirito è quello di condividere con la comunità scientifica della medicina dati che provengono da un setting particolare dove l'indeterminatezza è una delle caratteristiche che incontrano i MMG ogniqualvolta un paziente si rivolge a lui riportando un disturbo, un sintomo o un segno che porteranno poi nel tempo ad una diagnosi strutturata.

PERCHÉ FARE RICERCA?

Innanzitutto la ricerca proviene dalla curiosità. La curiosità è il *primum movens* per la ricerca: essere curiosi significa inoltre passare da uno stato di passività nel proprio lavoro ad uno stato di proattività. Ogni caso clinico può fungere da spunto didattico sia in termini biologici che in termini relazionali. Nella sede del Primary Care Centre di Colchester in Gran Bretagna campeggia una targa con scritto "Si cura meglio dove si fa ricerca". Questa affermazione riassume lo spirito che ogni professionista dovrebbe avere nella propria attività mettendo insieme assistenza e ricerca. E si badi bene che ciò non vale solo laddove istituzionalmente si fa ricerca (dipartimenti universitari) ma anche negli ambulatori dei MMG. La curiosità proviene dall'osservazione e osservare con senso critico ci suggerisce una serie di spunti che possono esser determinanti nelle idee per una ricerca. Ne consegue l'acquisizione di una metodologia di lavoro rigorosa dove i passi sono quelli degli obiettivi che ci si pone, gli strumenti che si usano, la raccolta e la sistematizzazione dei dati, la loro interpretazione e la traduzione nella pratica quotidiana. La Medicina Generale necessita di una serie di dati che sono sempre mancati perché provenienti da setting innaturali dove i pazienti erano superselezionati e poco corrispondenti alla real life quotidiana. Non dimentichiamo inoltre che fare ri-

BOX 1. POTENZIALITÀ DI RICERCA DI SINGOLI MEDICI E DI GRUPPI DI MEDICI

Un Medico di Medicina Generale	Una rete di Medici di Medicina Generale
Caso clinico	Studi di popolazione
Più casi clinici	Coorti
Aneddotica	Studi osservazionali
Self-audit	Auditing
	Peer-review

cerca significa in qualche modo verificare e valutare ciò che normalmente facciamo.

COME FARE RICERCA

Lo scopo più nobile della ricerca in medicina generale è la sua ricaduta nell'attività di tutti i giorni laddove ogni MMG può attingere per la sua pratica. Proprio per questo motivo ogni ricerca dovrebbe nascere "dalla medicina generale per la medicina generale". Nata dall'idea dei MMG, fatta dai MMG per i MMG. Dovrebbero essere prediletti protocolli semplici che abbiano una minima interferenza con l'attività quotidiana, anche se l'esperienza ci dice che è opportuno ritagliare un tempo dedicato.

CON QUALI STRUMENTI FARE RICERCA

La formazione è un pilastro fondamentale per poter fare ricerca. Oltre agli aspetti relativi alla metodologia di base (riferimenti di legge, le norme di buona pratica clinica), un corso di ricerca dovrebbe trattare anche gli aspetti peculiari della ricerca che svolge in un setting territoriale in generale e, in particolare, incentrare gli aspetti di relazione con i pazienti che diventano oggetto della ricerca clinica. Far parte di una rete e di un'organizzazione permette anche di avere uno scambio continuo con i colleghi che svolgono ricerca cercando di individuare e consentire la soluzione di problemi metodolo-

gici, organizzativi e relazionali che ogni ricerca fa emergere. Una rete di ricerca può essere inoltre un punto di riferimento anche per la ricerca indipendente e no-profit che può nascere dalle istituzioni locali, regionali e governative.

QUALE RICERCA

Il documento programmatico Medicina Generale-AIFA (2) riporta testualmente che *"... la pratica della medicina generale prevede una varietà e una quantità molto ampia di decisioni da prendere ogni giorno, ben superiori a quanto avviene nelle altre discipline e pertanto l'assistenza ai pazienti necessita del maggior rigore scientifico possibile"*.

Il documento elenca inoltre le ricerche tipiche da svolgere in ambito della medicina generale:

- Ricerche sulla qualità
- Ricerche di epidemiologia descrittiva
- Studi di valutazione degli interventi
- Ricerche sulle strategie preventive
- Ricerche su nuovi modelli organizzativi
- Sperimentazione sui farmaci (in particolare sulla sicurezza)
- Ricerche sulla quantità e sulla qualità di salute prodotta

Se vogliamo categorizzarle secondo un sistema classico, potremmo raccogliere nel seguente schema:

BOX 2. TIPOLOGIA DI STUDI CLINICI CHE POSSONO ESSERE SVOLTI NEL SETTING DELLA

STUDI OSSERVAZIONALI	Studi sulla storia naturale delle malattie Studi di prevalenza e studi di incidenza Studi di farmacoutilizzazione Studi di safety
STUDI QUALITATIVI	Studi sui processi decisionali diagnostici e terapeutici Studi sulla compliance e sull'aderenza alle terapie Studi sugli esiti clinici
TRIAL CLINICI CONTROLLATI	Studi su farmaci si fase III e IV

COME PROGETTARE UNA RICERCA QUATTRO STIMOLI

Dalla lettura di articoli scientifici

La lettura di articoli scientifici, in particolare quelli che possono avere un'applicazione nella pratica quotidiana, sono una fonte inestimabile di spunti che a loro volta possono far nascere l'idea di una ricerca. Un esercizio comune (che può essere fatto in singolo o in piccoli gruppi) è quello di scegliere un articolo scientifico, tra una terna proposta, con la finalità di leggerlo, commentarlo e riportare su una scheda o in una breve presentazione alcuni punti fondamentali quali il motivo della scelta, che cosa ha colpito di quell'articolo, quale messaggio per la pratica professionale e se le modalità scelte dagli autori dell'articolo per rispondere agli obiettivi siano le uniche possibili o si sarebbe potuto fare diversamente.

Le controversie in medicina

La medicina è un ambito clinico in cui si è continuamente a contatto con l'incertezza e il disagio decisionale. Questa difficile convivenza andrebbe affrontata dotandosi di strumenti idonei, originali e tipici del contesto. Molte sono le situazioni che fanno sorgere questa domanda: "quale terapia, quale indagine, quale intervento migliore tra i tanti, posso prescrivere al mio paziente?". In un piccolo gruppo si possono elencare le incertezze che governano quotidianamente le nostre decisioni e ricercare in letteratura cosa e come viene riportato l'argomento.

LE IDEE nascono dall'osservazione della pratica quotidiana

Si può partire da un semplice foglio di lavoro in cui viene riportato ogni situazione che può essere fonte di dubbi o incertezze

nella real life quotidiana. Quello riportato di seguito (Tabella 1.) è un elenco di idee che possono essere approfondite, nell'ambito di ricerche, scaturite da un gruppo di tirocinanti durante la frequenza presso gli ambulatori di medicina generale. Alcuni sembrano argomenti banali, procedure che vengono svolte praticamente in automatismo, ma che, viste dagli occhi attenti e curiosi di un giovane medico, possono dare il via a ricerche qual-quantitative anche di semplice esecuzione ma dai forti contenuti professionali.

Un approccio scientifico ai MUS (Medically Unexplained Symptoms)

La presenza di disturbi clinicamente non spiegabili fanno parte della quotidianità del medico di famiglia. Ciò comporta spesso dei sensi di frustrazione legati al fatto di non poter categorizzare questi disturbi in patologie nosograficamente distinte aumentando lo stato di disagio del paziente che invece vorrebbe delle risposte rapide e certe. Tracciare questi disturbi, seguirli nel tempo e valutarne gli esiti possono essere una base importante per una ricerca in medicina generale, Tabella 1.

CONCLUSIONI

Osservare in maniera critica ciò che accade durante la normale e quotidiana attività affina il senso critico e suscita stimoli continui. Sistematizzare i dati e i contenuti della nostra attività clinica offre la possibilità di acquisire una metodologia di lavoro rigorosa che sta alla base di qualsiasi attività di ricerca. Inoltre produrre conoscenze e metterle a disposizione della comunità medica attraverso comunicazione a congressi o pubblicazioni su riviste scientifiche aumenta il bagaglio culturale della medicina generale con conseguente aumento della dignità di questa disciplina.

TABELLA 1.

	Quesito/tema
Tirocinante NLI	<p>Quanto possono influire gli stress psicologici nelle riacutizzazioni degli attacchi d'asma nei bambini?</p> <p>Fenotipizzazione caratteriale e comportamentale dei familiari di pazienti etilisti</p> <p>Ernia jatale: qual è il minimo calo ponderale che può comportare un miglioramento della sintomatologia correlata?</p> <p>Probiotici: uso e abuso</p> <p>Correttezza d'uso dei dispositivi erogatori dei farmaci ad uso inalatorio nei pazienti asmatici e con BPCO</p>
Tirocinante MB	<p>Livelli di controllo pressorio nei pazienti ipertesi</p> <p>Percorso diagnostico e caratterizzazione clinica dei pazienti con aumento delle transaminasi</p> <p>Uso e abuso dei marcatori tumorali: quando, come e perché</p> <p>Le patologie più comuni dei nuovi pazienti immigrati</p>
Tirocinante LS	<p>Il viaggiatore e turista internazionale: quali e quanti farmaci sono stati usati e perché</p> <p>Carico certificativo di un MMG in un mese di attività: dalle richieste più comuni a quelle più strane</p> <p>Accettabilità e riserve della terapia sostitutiva ormonale da parte delle donne in menopausa</p>
Tirocinante MC	<p>I disturbi correlati alla gravidanza ma che non necessitano della consulenza ginecologica: quali sono e quali rimedi adottati</p> <p>I disturbi di incerto significato: modalità di presentazione e definizione finale</p> <p>Mammografia preventiva: quante le donne non-responders e perché</p> <p>Interventi sociali nei pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata: quanti quali e perché</p>
Tirocinante AC	<p>Patologie dermatologiche e disagio psichico: quali e quali correlazioni?</p> <p>Determinanti delle infezioni da Helicobacter Pylori</p> <p>Follow up stagionale per le infezioni respiratorie: confronto tra pazienti sottoposti a vaccinazione antiinfluenzale e quelli che non hanno effettuato la vaccinazione</p>
Tirocinante GML	<p>Accessi autonomi in Pronto Soccorso: categorizzazione e motivazioni</p> <p>La prescrizione dei giorni di malattia: concordanza tra le decisioni del medico e le aspettative del paziente</p> <p>La consulenza telefonica con il proprio medico di famiglia: quali pazienti, quali motivi e quali esiti</p> <p>Analisi quali-quantitativa degli scorretti stili di vita dei pazienti: chi sono questi pazienti e quali patologie</p>
Tirocinante OC	<p>La compliance dei farmaci ipolipemizzanti nei pazienti in terapia cronica</p> <p>Tipologia dei frequentatori abituali e presentazione dei loro problemi</p> <p>Quante volte viene ripetuto un PSA nella vita di un paziente?</p>

Bibliografia

Watson G.I. (1982), Epidemiology and research in a general practice, RCGP, London.

www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/doc_prog_mmg_aifa_19.3.2012.pdf

L'audit clinico

Mike Pringle

Professore Emerito, University of Nottingham

In ogni società i medici stanno diventando sempre più responsabili nei confronti della loro professione, dei loro pazienti e della società. In Gran Bretagna un esempio di questo è rappresentato dalla rivalidazione, ovvero dal rinnovamento della licenza per ogni medico. Si sta diffondendo l'aspettativa che vede i medici come professionisti riflessivi e un esempio evidente di tale aspettativa è la loro effettiva partecipazione agli audit clinici, sia per gruppi di pazienti che per casi singoli. Quando si insegna ai medici come svolgere i compiti del medico di medicina generale è essenziale che apprendano come essere professionisti riflessivi. Per tale ragione hanno bisogno di vedere lo svolgimento di audit clinici negli ambulatori in cui svolgono il loro tirocinio.

INTRODUZIONE

Quando abbiamo bisogno di cure mediche, desidereremmo tutti avere un medico partecipe e competente, aggiornato nel proprio campo. Nel descrivere le caratteristiche di un dottore di questo tipo, speriamo che lui o lei sia consapevole dei propri punti di forza e delle proprie debolezze, che stia imparando dalla propria esperienza e che si impegni costantemente per migliorare. In sostanza, questo è ciò che definiamo "professionista riflessivo".

Un professionista riflessivo impara costantemente. Lui o lei conosce i propri obiettivi e si pone sempre il raggiungimento di standard alti. Quando non si sente all'altezza di un compito, cerca di implementare le proprie conoscenze, competenze e abilità cliniche, in modo tale da migliorare. Questo concetto di Professionista Riflessivo è il fulcro dell'attuale sistema britannico di rivalidazione.

Quali attività ci aspetteremmo di trovare in un professionista riflessivo? Ci aspetteremmo che un medico di questo tipo conosca i propri bisogni formativi e cerchi di coltivarli, che curi la propria formazione rego-

larmente, annotando i progressi e mostrando come la propria formazione si colleghi a una migliore attività professionale con i pazienti.

Un medico di questo tipo sarà interessato a capire come il proprio lavoro venga considerato sia dai pazienti che dai colleghi. In Gran Bretagna è tipico per i medici consultare regolarmente gruppi di pazienti (50 persone consecutive che vi si rivolgono, ad esempio) e di colleghi. Un medico di base potrebbe chiedere, ad esempio, ad altri due medici di famiglia, a due infermiere, a un fisioterapista, a due operatori di reception, a una segretaria e ad un responsabile sanitario locale di compilare un questionario.

Un altro modo per capire la situazione è analizzare le lamentele dei pazienti ed eventuali cause giuridiche, casi che, fortunatamente, sono rari. Anche quando un medico è convinto che una lamentela sia ingiustificata, una discussione con i colleghi può condurre alla consapevolezza di aspetti della relazione di cura che devono essere cambiati. Cercherà di misurare e di considerare ciò che fa, provando a trovare modi per migliorare.

AUDIT CLINICO E AUDIT PER COORTI

Questo è il tipo di audit più tradizionale in medicina generale. I primi esempi di questa tipologia di audit sono stati raccolti da Florence Nightingale, un'infermiera inglese che lavorava a Scutari con i feriti della Guerra di Crimea. Lei registrò i dati delle morti dei soldati e mostrò che semplici antisettici miglioravano le loro condizioni di vita.

In Gran Bretagna, il primo tentativo di alto profilo di introdurre l'audit clinico è stato

effettuato da Sir Donald Irvine che, alla cattedra del Consiglio del Royal College of General Practitioners nel 1983, chiese ai medici di famiglia di fare due cose:

- Descrivere il proprio lavoro clinico
- Dimostrare i modi in cui l'hanno svolto adeguatamente

Non abbiamo riconosciuto il termine "audit clinico" e nemmeno il concetto di "audit cycle" in quel periodo, ma l'idea divenne integrata ed è ora parte integrale delle vite lavora-

TABELLA 1: GLI STADI DI UN AUDIT CLINICO DI COORTE CON UN ESEMPIO PRATICO

Processo	Descrizione	Commento
Step 1	Scegli una tematica	Può essere una parte significativa del tuo lavoro. Un'area evidenziata tramite un evento significativo (vd. sotto) oppure un'area a rischio percepito
Step 2	Identifica gli standard	Usare NICE, SIGN o altre linee guida, identificare degli standard che rappresentino la pratica migliore, la quale deve essere raggiungibile e misurabile.
Step 3	Concordare la dimensione del campione e il campionamento	Si possono osservare tutti i pazienti idonei o un sottoinsieme, se il numero è eccessivo.
Step 4	Raccogli i dati	Molto più semplice con verbali elettronici.
Step 5	Prendere in considerazione i risultati	Mettere a confronto il risultato con l'obiettivo prefissato. Sono stati fissati obiettivi corretti?
Step 6	Prendere decisioni sui cambiamenti	Cosa fare per migliorare la cura?
Step 7	Implementare le modifiche	Dipende dalla conclusione dello step 6
Step 8	Ripartire con l'audit dallo step 2	I cambiamenti apportati hanno fatto la differenza?

tive di tutti i medici, inclusi i medici di medicina generale. Gli audit per coorte sono molto più soddisfacenti se confrontano standard riconosciuti tra diversi medici o team. È essenziale che tutti coloro che contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi siano coinvolti nell'audit e, di conseguenza, che lo considerino come un tentativo positivo per migliorare le cure piuttosto che un modo per darsi la colpa l'un l'altro. Il focus delle discussioni dovrebbe essere il modo migliore per operare con i nostri pazienti e il modo in cui raggiungiamo questo livello di competenza.

AUDIT CLINICO – AUDIT SU EVENTI SIGNIFICATIVI

In ospedale c'è una certa familiarità con gli audit basati su casi. Molte descrizioni di patologie allo stadio iniziale erano basate sul legame tra segni clinici, diagnosi in reparto e dati acquisiti dagli esami post-mortem. In Gran Bretagna le riunioni sulla mortalità perinatale e le richieste di informazioni confidenziali sulle morti perioperative sono molto comuni.

Non c'era una tradizione di audit nella medicina generale fino al 1990, quando il primo caso significativo di audit è stato descritto. In sostanza, riguarda professionisti sanitari che discutono un caso in un contesto aperto e con un'atmosfera non giudicante finalizzata a imparare lezioni e migliorare le cure. Alcuni ambulatori in Gran Bretagna hanno scelto di concentrarsi sulle morti. Molti altri si concentrano su altri eventi che possono offrire dati migliori. Mentre qualsiasi membro del team può annotare ogni evento per la discussione, ci sono alcuni eventi che devono essere sempre annotati, Tabella 2. In molte esercitazioni, avvengono incontri su eventi significativi una volta al mese e possono durare anche un'ora. È importante reagire in modo non eccessivo a eventi che non ricapiteranno, ma si può imparare qualcosa quasi in ogni evento discusso. I risultati della discussione (Step 5 nella Tabella 3) possono essere:

- Riconoscimento delle buone cure fornite
- Accordo sul fatto che non ci siano lezioni da imparare o miglioramenti da ottenere
- Cambio immediato per prevenire il fatto che l'evento si ripresenti
- Un punto di carattere educativo da includere nei piani d'apprendimento dei membri del team

Esempio
La cura per pazienti diabetici
<p>Percentuale di pazienti maggiorenni con diabete riesaminati nei sei mesi precedent. Target: 95%</p> <p>Percentuale con un IFCC-HbA1c di 59 mmol/mol o inferiore nei sei mesi precedenti. Target: 75%</p> <p>Percentuale con vaccinazione influenzale certificate nell'anno passato. Target: 95%</p>
Tutti i pazienti diabetici dai 18 anni in su.
<p>Hai 58 pazienti idonei. 43 (74%) sono stati visitati da te e 5 (9%) in una clinica ospedaliera. Target raggiunto: 83%</p> <p>36 hanno un IFCC-HbA1c di 59 mmol/mol o meno. Target raggiunto: 62%</p> <p>55 sono stati vaccinati per l'influenza nello scorso anno. Target raggiunto: 95%</p>
<p>Chiama tutti i pazienti diabetici che non hai visionato.</p> <p>Assicurati che tutti i pazienti con un alto IFCC-HbA1c abbiano ottime cure mediche.</p>
<p>Ora 55 pazienti su 61 sono stati visitati nel corso di sei mesi. Target raggiunto: 90%</p> <p>48 su 61 hanno un basso IFcc-HbA1c: Target raggiunto: 79%</p>

TABLE 2: EVENTI DA ELENCARE PER EVENTUALI DISCUSSIONI

Eventi da elencare	Giustificazione principale
Nuove diagnosi di cancro	Prevenzione, diagnosi precoce e gestione tempestiva
Nuovi casi di infarti del miocardio e ictus	Gestione del rischio e prevenzione; trattamenti continuativi
Gravidanze non programmate	Consigli per metodi contraccettivi
Tentativi di suicidio	Scoperta rapida e gestione della depressione ecc.
Chiamate di emergenza	Gestione per prevenire emergenze
Complicanze gravi di una malattia cronica	Prevenzione, controllo della malattia, analisi precoci, trattamenti
Malattia infettiva prevenibile	Immunizzazione e programme di vaccino
Errori di prescrizione	Causa e prevenzione futura
Lamentele dei pazienti	Causa e prevenzione per il futuro
Azione promessa al paziente ma non compiuta	Processi aziendali

TABELLA 3: SETTE STEPS PER UN AUDIT DI SUCCESSO.

Steps	Attività	Descrizione
Step 1	Identificare i casi	Viene generata una lista di eventi, compresi quelli discussi ogni volta (Tabella 1). I component del team identificano quelli più utili per la discussione
Step 2	Raccolta informazioni	Un medico si prepara a presentare un breve riassunto
Step 3	Incontro di gruppo	La squadra discute l'evento, osservando la cartella clinica o considerando le opinion del paziente.
Step 4	Analisi	Ci si accorda sui problemi principali
Step 5	Accordo e cambio di monitoraggio	Ci si accorda sul da farsi; ad ogni membro del team viene data una mansione e si decide un giorno per discutere i risultati
Step 6	Trascrizione	Viene scritta una sinossi dell'evento senza opinioni del paziente
Step 7	Condivisione	Se vi sono lezioni da apprendere che potrebbero servire in altri contesti, il verbale viene distribuito a tutti.

- Un audit di coorte per trovare quanto tipico sia il caso
- Un'analisi in profondità per trovare le ragioni sottostanti a quanto è accaduto

Forse il risultato più efficace è il riconoscimento per un buon intervento, che esiste inevitabilmente accanto a interventi meno riusciti. Troppo di rado ci congratuliamo con colleghi che hanno mostrato un grande acume clinico, che hanno reagito davanti a segnali vaghi, o che hanno fatto uno sforzo in più per assicurare al paziente una buona esperienza.

UNA CULTURA DELL'AUDIT CLINICO

Un team efficiente usa l'audit a coorte e l'au-

dit per eventi significativi insieme, come attività complementari. Mentre un audit a coorte ha effetti cognitivi, uno a eventi significativi ha più un effetto emotivo. Un cambiamento effettivo richiede il coinvolgimento congiunto di mente e corpo – sai cosa fare e vuoi veramente riuscire a farlo. A tutti i medici in Gran Bretagna, non solo i medici di base, è richiesto di fare audit di entrambi i tipi e di rispondere adeguatamente ai risultati. In particolare, i medici che si stanno formando per diventare medici di base dovrebbero fare esperienza diretta di entrambi i tipi di audit, intesi come una parte integrante della loro vita lavorativa e formativa. Durante la formazione dovrebbero stabilire le abitudini e la cultura che li porterà, a loro volta, a essere professionisti riflessivi.

IN SINTESI

In Regno Unito, vi è una tradizione crescente che vede l'uso di audit clinici per riflettere sulla cura e migliorarsi.

Gli audit clinici sono solitamente di due tipi generici: audit di gruppo o audit basati su eventi significativi specifici.

La combinazione dei due audit è il modo migliore per assicurare la migliore cura e la sicurezza dei pazienti.

L'audit clinico è una componente del processo di rivalidazione; è anche una parte fondamentale nella crescita professionale di un medico.

.....

Bibliografia

A Guide to the Revalidation of General Practitioners (2012), RCGP, London: 2012 [http://www.rcgp.org.uk/revalidation-and-cpd/~media/Files/Revalidation-and CPD/Guide%20to%20Revalidation%20v70.ashx](http://www.rcgp.org.uk/revalidation-and-cpd/~media/Files/Revalidation-and%20CPD/Guide%20to%20Revalidation%20v70.ashx)

.....

Bowie P., Pringle M. (2008), Significant Event Auditing toolkit, London: National Patient Safety Agency, (www.npsa.nhs.uk/nrls/gp).

.....

Good Medical Practice (2013), London: The General Medical Council.

.....

Pringle M., Bradley C., Carmichael C., Wallis H., Moore A. (1995), Significant Event Auditing, Occasional Paper 70. London: Royal College of General Practitioners.

.....

Audit clinico e formazione per la Medicina Generale

Come far apprendere la metodologia dell'audit clinico, come utilizzare l'audit clinico a fini didattici

Gaetano D'Ambrosio

MMG, Docente di metodologie della formazione al Master "metodi e strumenti per l'insegnamento clinico per la MG nelle Cure Primarie", SIMG, Bari

Sviluppati originariamente nella cultura sanitaria anglosassone, l'audit clinico sta guadagnando popolarità anche nella Medicina Generale Italiana come strumento per la verifica della qualità dell'assistenza, la documentazione dei processi di cura, il rilevamento dei bisogni formativi e lo sviluppo professionale continuo. Per questo, la teoria e la pratica dell'audit clinico trovano spazio nei programmi del corso di formazione specifica in Medicina Generale come obiettivi formativi ma anche come strumenti per la formazione.

In questo capitolo:

- descriveremo per sommi capi le caratteristiche fondamentali dell'audit clinico, senza alcuna pretesa di essere rigorosi ed esaustivi;
- discuteremo sulle modalità di formazione dei medici all'audit clinico e sui contesti nei quali tale formazione può avvenire;
- valuteremo se ed in quale misura l'audit clinico può essere considerato uno strumento didattico o almeno un contesto che favorisce lo sviluppo di processi di apprendimento.

GENERALITÀ SULL'AUDIT CLINICO

Secondo un fondamentale documento pubblicato dal National Institute for Clinical

Excellence (NICE) britannico nel 2002 (National Institute for Clinical Excellence, Principles for Best Practice in Clinical Audit, 2002): *"L'audit clinico è un processo finalizzato a migliorare le cure offerte al paziente ed i risultati ottenuti, attraverso il confronto sistematico delle prestazioni erogate con criteri espliciti, l'implementazione di cambiamenti a livello individuale e di team e il successivo monitoraggio dei fattori correttivi introdotti."*

Le parole chiave di questa definizione sono:

migliorare le cure: l'obiettivo dell'audit clinico è sempre il beneficio del paziente in termini di salute e non l'acquisizione di nuove conoscenze, come nel caso della ricerca clinica; *confronto con criteri espliciti*: gli ambiti di intervento vengono individuati confrontando la pratica attuale con i criteri di buona pratica ritenuti ottimali sulla base di solide evidenze scientifiche;

implementazione del cambiamento: perché un audit sia completo è necessario identificare strategie realistiche tendenti a colmare le differenze tra la pratica osservata e la pratica ritenuta ottimale;

monitoraggio: non basta introdurre dei fattori correttivi nel sistema di cure ma è necessario verificare se ed in quale misura il cambiamento si sia verificato.

Un'altra caratteristica fondamentale dell'au-

dit è rappresentata dalla valutazione quantitativa (“misurare é il primo passo per migliorare” - Sir William Petty) dei processi e degli esiti delle cure. Ciò avviene utilizzando parametri numerici, detti “indicatori”, costruiti ad arte in modo da essere sensibili alla qualità delle cure, che consentono di effettuare confronti tra operatori sanitari, gruppi di operatori, istituzioni e confronti longitudinali nel tempo.

L'audit clinico spesso è descritto come un fenomeno ciclico (figura 1) in quanto, do-

po aver osservato il cambiamento, è possibile darsi nuovi obiettivi e ripetere le azioni intraprese.

Perché un audit clinico abbia successo, è necessario che:

non sia visto dai partecipanti come un metodo per identificare criticità nella loro pratica clinica che potrebbero dar luogo a sanzioni ma come uno strumento di miglioramento basato sul confronto tra pari (chiarezza degli obiettivi);

non sia utilizzato come strumento competi-

GLI “ASSI” DELLA QUALITÀ: STRUTTURE, PROCESSI, ESITI

STRUTTURE: fattori messi a disposizione degli operatori (ciò che si ha).

ESEMPIO: personale, tecnologie, orari, attrezzature, formazione professionale, ecc.

PROCESSI: azioni compiute per realizzare un programma assistenziale (ciò che si fa).

ESEMPIO: esecuzione di manovre semeiologiche, accertamenti diagnostici, somministrazione di terapie, ecc.

ESITI INTERMEDI: effetti immediati delle cure (ciò che si ottiene).

ESEMPIO: riduzione della pressione arteriosa, riduzione dell'emoglobina glicata.

ESITI FINALI (OUTCOMES): effetti delle cure a lungo termine.

ESEMPIO: riduzione degli eventi cardiovascolari, riduzione della mortalità, riduzione del ricorso al trattamento dialitico, ecc.

CRITERI, INDICATORI E STANDARD (DEFINIZIONI)

CRITERIO: enunciato che definisce, in termini operativi, ciò che dovrebbe essere fatto sulla base della buona pratica clinica. Deve essere evidence-based, ove possibile, condiviso dai professionisti e traducibile in un indicatore.

ESEMPIO: “i pazienti diabetici ipertesi devono raggiungere valori pressori inferiori a 140/90 mmHg”;

ESEMPIO: “i pazienti con BPCO devono essere stati sottoposti alla spirometria”.

INDICATORE: parametro numerico capace di esprimere in modo sintetico un aspetto della cura ritenuto sensibilmente correlato alla qualità. È in genere rappresentato da un rapporto percentuale del tipo: “numero di pazienti che riceve un determinato trattamento / numero di pazienti candidati al trattamento” oppure “numero di pazienti che ottiene un determinato esito / numero di pazienti a rischio per l'esito”.

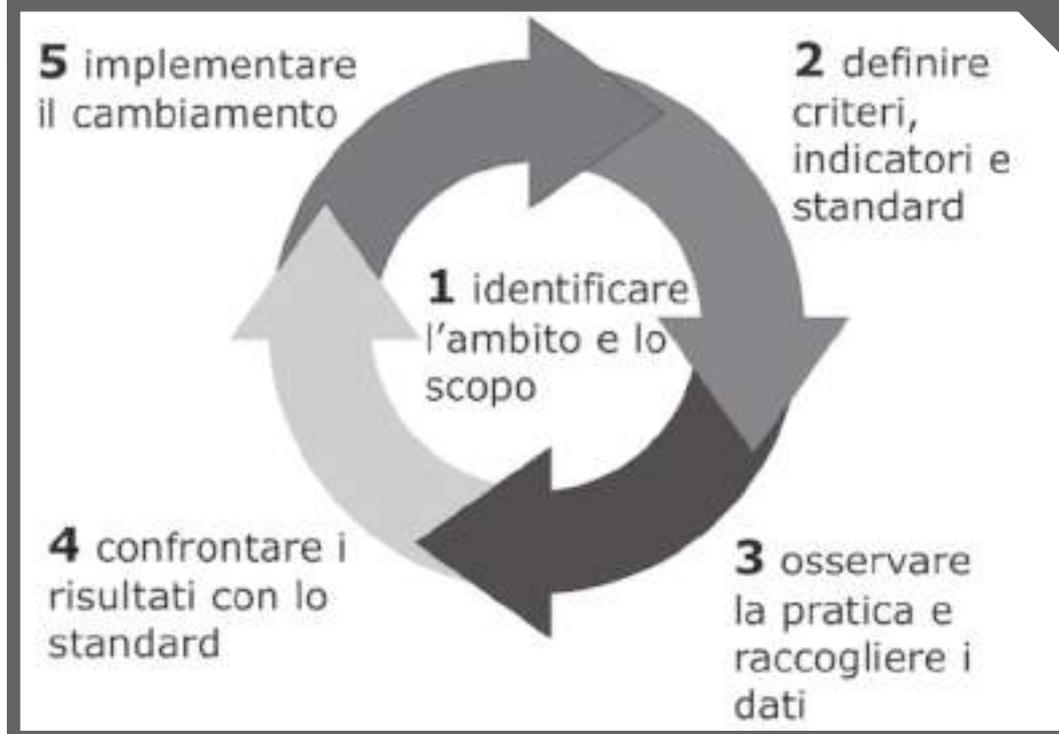
ESEMPIO: “Numero di pazienti diabetici ipertesi con PA < 140/90 mmHg / totale dei pazienti diabetici ipertesi”.

ESEMPIO: “Numero di pazienti con BPCO sottoposti a spirometria / totale dei pazienti con BPCO”.

STANDARD: valore di un indicatore che esprime il limite superiore o inferiore che descrive una qualità dell'assistenza ottimale.

LIVELLO ACCETTABILE DI PERFORMANCE (LAP): valore di un indicatore che esprime il limite superiore o inferiore che descrive una qualità dell'assistenza accettabile.

FIGURA 1: IL CICLO DELL'AUDIT



vo tra gli operatori ma come una pratica collaborativa finalizzata a raggiungere più elevati standard qualitativi (revisione tra pari); si realizzi in un ambiente supportivo che sostenga i partecipanti in tutte le fasi evitando che l'audit costituisca un intralcio alla normale pratica clinica; vi sia un ritorno periodico di informazione (feedback) che consenta a chi partecipa di essere consapevole dei cambiamenti che avvengono nella propria pratica professionale. Se tutte queste condizioni si verificano, l'audit clinico può divenire una parte integrante della attività quotidiana del medico che si affianca alla attività clinica in senso stretto per garantirne l'efficacia, l'efficienza e la sicurezza. La pratica costante dell'audit clinico rende il medico un professionista competente, aggiornato, consapevole delle proprie abilità ma anche delle proprie carenze, capace di riflettere sul proprio lavoro e di imparare dall'esperienza e disposto a migliorarsi continuamente.

COME FAR APPRENDERE I PRINCIPI E LA PRASSI DELL'AUDIT CLINICO.

La formazione permanente.

Nei paesi anglosassoni, dove la pratica dell'audit clinico è stata da tempo incentivata fino a farla diventare una componente non trascurabile della remunerazione del General Practitioner, sono nate istituzioni che hanno la finalità di avviare i medici all'audit, formare medici esperti nelle metodologie dell'audit con funzione di tutor e fornire a tutti supporto continuo, anche mediante strumenti di e-learning (<http://www.hqip.org.uk>; <http://www.rcpch.ac.uk/e-learning-resources-clinical-audit>).

In Italia non esiste una tradizione così radicata, tuttavia negli anni recenti il dibattito sulla Clinical Governance e l'attenzione al controllo e alla qualificazione della spesa hanno risvegliato l'interesse nei confronti della valutazione delle performance della Medicina

Generale. Nei contratti integrativi regionali sono stati inseriti progetti finalizzati al monitoraggio di processi ed esiti assistenziali e al miglioramento della qualità dell'assistenza e ciò ha comportato la necessità di erogare interventi formativi finalizzati alla acquisizione di competenze metodologiche relative all'audit clinico oltre alle tradizionali competenze cliniche.

La commissione nazionale ECM ha definito una lista di obiettivi formativi di interesse nazionale per la formazione continua degli operatori della salute alcuni dei quali appaiono correlati alla tematica della valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza senza però che ci sia mai un riferimento esplicito all'audit clinico.

Una interrogazione del sito dell'Agenas, inserendo "audit clinico" come chiave di ricerca all'interno del titolo degli eventi, riporta un totale di 26 eventi formativi ECM programmati nel corso del 2013 su tutto il territorio nazionale. Di questi, 7 sono in realtà progetti di formazione sul campo basati sull'audit clinico e non corsi di formazione sulla metodologia dell'audit. Dei rimanenti 19 ben 11 sono riedizioni di un corso metodologico organizzato dal Gruppo Italiano per la Medicina Basata sull'Evidenza (GIMBE). È evidente come l'offerta formativa ECM su questa importante tematica sia ancora decisamente scarsa probabilmente in relazione ad una domanda altrettanto limitata. Tuttavia, è verosimile, anzi, auspicabile che la prossima riorganizzazione dell'area delle Cure Prima-

rie e della Medicina Generale determini un rinnovato interesse nei confronti delle metodologie dell'audit clinico. Se, infatti, le nuove forme organizzative non si limiteranno a determinare gli aspetti strutturali dell'assistenza, quali le dimensioni dei locali e gli orari di apertura degli studi medici, ma definiranno anche con precisione processi ed obiettivi di cura, emergeranno nuovi bisogni formativi finalizzati alla acquisizione di nuove competenze tra cui la capacità di misurare, documentare, migliorare la qualità dell'assistenza. In tal caso, nell'ambito dei team della Medicina Generale dovranno emergere, tra le altre figure di Medico Generale con Speciale Interesse, anche quella del tutor esperto di metodologie valutative.

In assenza di consolidate esperienze nel settore della Medicina Generale, la definizione degli obiettivi educativi e dei programmi formativi sulle metodologie dell'audit clinico per tutti gli operatori delle Cure Primarie e per i Medici Tutor potranno costituire l'oggetto di altrettante tesi finali di una eventuale prossima edizione del Master "Imparare ad Insegnare".

La formazione specifica

Se l'audit clinico deve essere considerato parte integrante del ruolo professionale del Medico di Medicina Generale, ne discende che esso debba essere compreso tra le abilità da far apprendere in modo prioritario ai colleghi che frequentano il corso triennale di formazione specifica.

In altri contesti didattici la formazione alla

OBIETTIVI FORMATIVI DI INTERESSE NAZIONALE CORRELABILI ALLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

Appropriatezza prestazioni sanitarie nei LEA. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia (4)

Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie (5)

Accreditamento strutture sanitarie e dei professionisti. la cultura della qualità (14)

Medicina Generale da tempo contempla la partecipazione dei tirocinanti ad attività di audit clinico (McKay, Lough, Murray, 1995, pp. 301-303). In Italia, il programma del corso di formazione specifica attualmente in vigore, ancora strutturato per argomenti e non per obiettivi educativi, comprende, tra i temi dei cosiddetti seminari interdisciplinari “*la VRQ, l’audit interno ed esterno e la peer review*”. La terminologia, piuttosto datata, deriva dal bando di concorso ’93-’94 e dimostra come l’importanza dell’audit clinico per il Medico di Medicina Generale fosse ben presente a chi ha definito, oltre 20 anni fa, quel programma. Non è noto, però, in quale misura, con quali metodologie e con quali obiettivi la formazione all’audit clinico si sia sviluppata nelle differenti sedi regionali e nei poli didattici nei quali si articola il corso di formazione specifica.

È lecito supporre che il modo migliore per far apprendere le metodologie dell’audit sia quello di coinvolgere direttamente i medici in formazione in progetti a cui partecipi il loro tutor di Medicina Generale. Nella esperienza di chi scrive, nei casi in cui ciò è stato possibile, attraverso il coinvolgimento dei tirocinanti nella raccolta dei dati, nella analisi e discussione dei risultati, si è realizzato un processo didattico di alta efficacia sia nei confronti delle metodologie dell’audit sia per quanto riguarda gli aspetti clinici contemplati dal progetto. Non è però possibile rendere sistematica questo tipo di esperienza didattica nel corso di formazione specifica in quanto:

- nella Medicina Generale Italiana i progetti di audit sono tuttora esperienze sporadiche;
- i tutor spesso non sono essi stessi formati alle metodologie dell’audit;
- il periodo di sei mesi di frequenza dal tutor è spesso insufficiente per consentire al tiro-

cinante di seguire un progetto di audit in tutte le sue fasi.

In alternativa è sicuramente possibile organizzare, nell’ambito dei cosiddetti “seminari interdisciplinari” momenti di formazione in aula sulla metodologia dell’audit clinico ed assegnare come compito la realizzazione di un progetto di audit con finalità formative e valutative (Campbell, Murray, 1996, pp. 401-414). Nella esperienza di chi scrive è risultato molto utile anche coinvolgere i tirocinanti nella analisi di dati estratti dalle cartelle cliniche dei Medici di Medicina Generale con finalità di valutazione della pratica professionale. I tirocinanti identificano un tema sulla base di un bisogno formativo percepito, definiscono indicatori e standard consultando la letteratura scientifica, progettano una procedura di estrazione di dati dalle cartelle cliniche, discutono i dati estratti dalle cartelle di un gruppo di tutor che si rendono disponibili al progetto.

Queste esperienze, pur non costituendo un percorso di audit completo, in quanto mancano della fase di definizione ed attuazione delle azioni di cambiamento, hanno tuttavia un forte impatto formativo. Esse, infatti, rendono consapevoli i tirocinanti della importanza della accurata registrazione del dato clinico, inducono a rivalutare criticamente pratiche mediche la cui utilità è data per acquisita sulla base di un semplice comportamento imitativo e li spingono a ricercare evidenze scientifiche su cui basare le proprie azioni innescando, così, un meccanismo virtuoso di apprendimento riflessivo. L’esito più rilevante di tale esperienza è la acquisizione di un “metodo di studio” da riportare nella futura attività professionale come modello di formazione continua.

La formazione di base

Se la pratica dell’audit deve essere considera-

ta come una componente fondamentale della attività clinica, appare evidente che i principi della valutazione e del miglioramento della qualità delle cure debbano far parte anche del percorso formativo di base del medico. Esistono documenti in letteratura che testimoniano da tempo il valore didattico dell'audit clinico in Medicina Generale durante la formazione di base (Campion, Stanley, Haddleton, 1992, pp. 114-118; Morrison, Sullivan, 1997, pp. 128-31). Appare, tuttavia, assai improbabile che analoghe attività siano previste nell'ambito delle variegate esperienze didattiche attualmente in corso nelle Università italiane in collaborazione con la Medicina Generale.

L'AUDIT CLINICO COME STRUMENTO DIDATTICO

L'audit clinico non può essere considerato uno strumento didattico in senso stretto, in quanto il suo obiettivo non è aumentare le conoscenze o le competenze professionali degli operatori sanitari bensì migliorare la qualità delle cure e la salute delle persone. Tuttavia i progetti di audit sono utilizzabili a scopo formativo in quanto in tutte le fasi è possibile innestare attività finalizzate alla ricognizione dei bisogni educativi e alla implementazione di nuove conoscenze e competenze (tabella I).

L'audit clinico, infatti:

- facilita la riflessione sulla pratica professionale ed educa ad un atteggiamento autovalutativo;
- consente l'individuazione dei bisogni formativi e dei fattori chiave che condizionano la buona pratica clinica;
- incoraggia l'aggiornamento delle conoscenze e l'implementazione di competenze orientate allo sviluppo professionale;
- impone la corretta registrazione dei dati, la misurazione e la valutazione;
- allena alla interpretazione dei dati e al confronto tra pari.

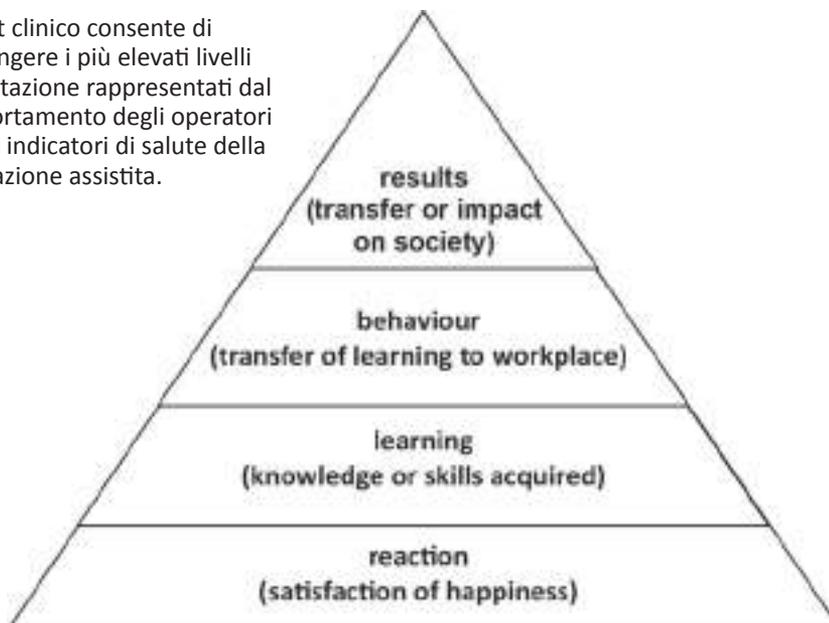
Per queste caratteristiche l'audit clinico si può interpretare come un contesto di formazione sul campo capace di superare i limiti dell'attuale modello formativo che ancora oggi è prevalentemente orientato all'aggiornamento delle conoscenze, si avvale quasi esclusivamente della tradizionale lezione frontale, è fortemente condizionato dagli sponsor commerciali, produce scarsi effetti sulla pratica professionale. Abbiamo invece bisogno di un sistema formativo che sia realmente continuo, strettamente correlato ai bisogni educativi degli operatori, fortemente integrato nella pratica professionale (self directed life-long learning) e che produca risultati misurabili in termini di salute (figura 2).

TABELLA I: I POSSIBILI MOMENTI FORMATIVI NELLE VARIE FASI DELL'AUDIT CLINICO.

FASI DELL'AUDIT	MOMENTI FORMATIVI
identificare l'ambito e lo scopo	ricognizione di bisogni formativi consapevoli
definire criteri, indicatori e standard	ricerca e valutazione delle evidenze scientifiche
osservare la pratica e raccogliere i dati	riflessione critica sui casi
confrontare i risultati con lo standard	ricognizione di bisogni formativi consapevoli e non consapevoli
implementare il cambiamento	eventuale acquisizione di nuove conoscenze ed abilità

FIGURA 2: GLI ESITI DELLA FORMAZIONE (KIRKPATRICK - 1967).

L'audit clinico consente di raggiungere i più elevati livelli di valutazione rappresentati dal comportamento degli operatori e dagli indicatori di salute della popolazione assistita.



Bibliografia

Campbell L.M., Murray T.S. (1996), *Summative assessment of vocational trainees: results of a 3-year study*, *British Journal of General Practice*, 46, 411-414. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1239693/pdf/brjgenprac00006-0027.pdf>

Campion P., Stanley I., Haddleton M. (1992), *Audit in general practice: students and practitioners learning together*, *Quality in Health Care*, 1:114-118. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1054975/pdf/qualhc00002-0030.pdf>

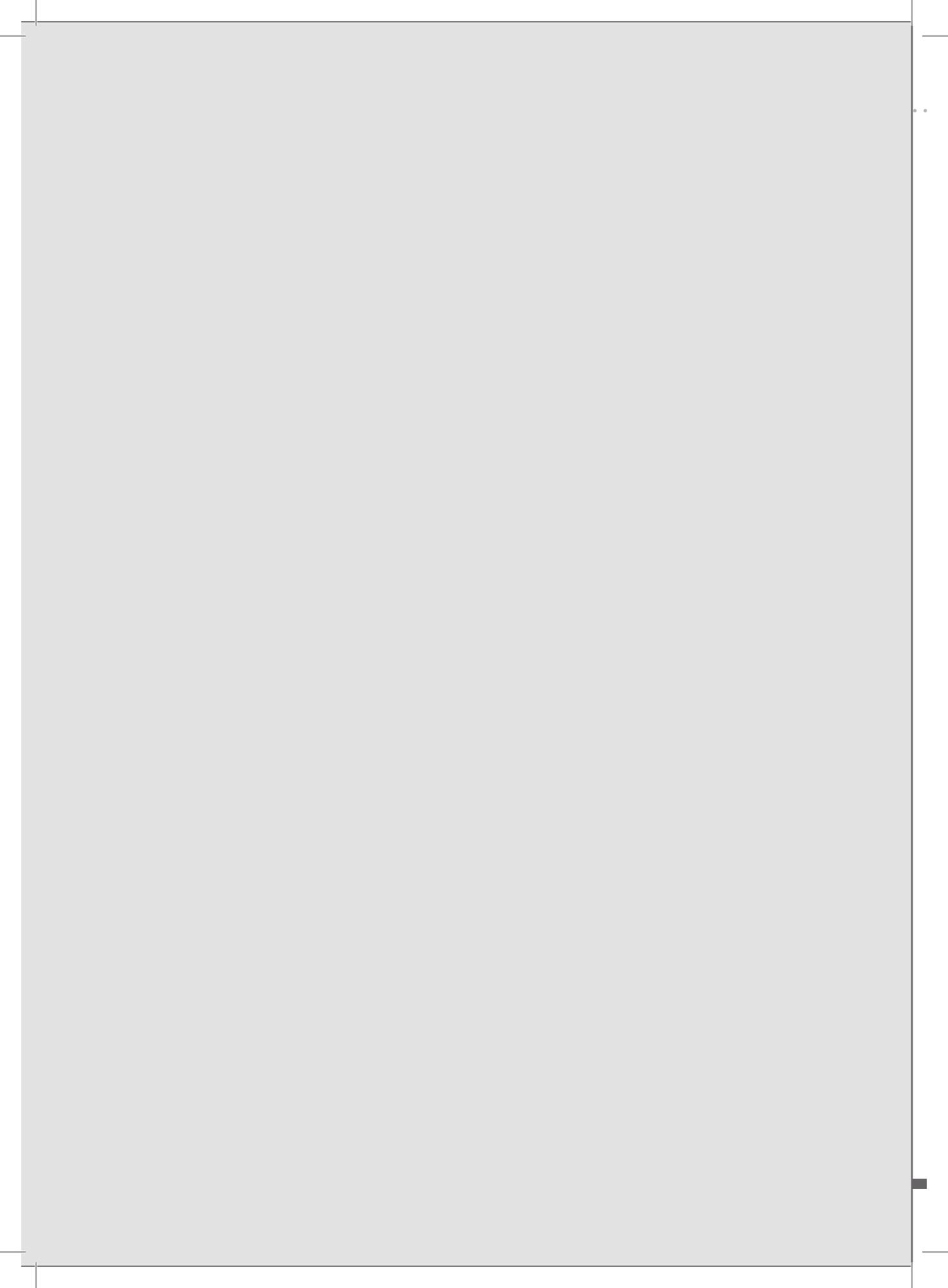
<http://www.hqip.org.uk>

<http://www.rcpch.ac.uk/e-learning-resources-clinical-audit>

McKay J., Lough J.M.R., Murray T.S. (1995), *General practitioner trainees' experience of undertaking audit projects: preliminary report from the west of Scotland region*, *British Journal of General Practice*, 45, 301-303. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1239264/pdf/brjgenprac00019-0025.pdf>

Morrison J.M., Sullivan F.M., *Audit in general practice: educating medical students*, *Med Educ*, 31(2):128-131.

National Institute for Clinical Excellence (2002), *Principles for Best Practice in Clinical Audit*, Radcliffe Medical Press: <http://www.nice.org.uk/media/796/23/BestPracticeClinicalAudit.pdf>



La cartella medica orientata per problemi come strumento per la didattica in MG

Cosa e come far apprendere le peculiarità della MEDICINA GENERALE TRA PROFESSIONE, AUDIT E RICERCA, attraverso la cartella Medica orientata per problemi

Italo Paolini

MMG, Responsabile SIMG area informatica e telematica

INTRODUZIONE

Perché parlare di CMOP informatizzata

Parlare di informatizzazione del dato in medicina generale significa, ormai da tempo, fare riferimento all'uso di una **cartella medica informatizzata orientata per problemi** ed intrinsecamente diversa dalla cartella clinica ad uso ospedaliero. La "cartella clinica orientata per problemi" (POMR Problem Oriented Medical Record, pubblicato

da Lawrence Weed nel 1968-69) prevede, attraverso un processo logico nella raccolta e memorizzazione dei dati, la raccolta di:

- **informazioni di base**
- **permanenti** (es. data di nascita, sesso, anamnesi familiare)
- **variabili** (es. stato civile, lavoro, livello di istruzione, indirizzo...)
- **lista dei problemi, attivi o inattivi**, intendendo come problema tutto ciò che può richiedere un intervento da parte del me-

Il software gestionale rappresenta un elemento centrale nell'organizzazione professionale del MMG: farne apprendere le basi razionali dell'uso evoluto rappresenta anch'esso un obiettivo didattico, perché attraverso la formazione dei formatori si condivide l'approccio della Cartella Medica Orientata per Problemi (CMOP) come strumento per far rilevare i tanti problemi che le persone da noi assistite ci pongono, e che ancora oggi, meglio si adatta alla specificità della medicina generale. L'evoluzione della realtà assistenziale rende però evidenti alcuni limiti del classico approccio per problemi, in particolare in alcuni contesti assistenziali quale la gestione dei pazienti con patologia cronica e riduzione dell'autosufficienza. La valutazione delle necessità dei diversi contesti assistenziali aiuta a definire le potenzialità ed i limiti dell'approccio dei diversi software gestionali e a far comprendere ai discenti le necessità di una corretta archiviazione dei dati per realizzare, oltre ad un'efficiente gestione professionale, una parallela e continuativa attività di audit e ricerca in medicina generale. Per far apprendere l'utilizzo della CMOP nel-

dico e un'alterazione della percezione di normalità da parte del Paziente.

Ogni problema viene affrontato, secondo il classico schema di Weed, riportando gli **aspetti soggettivi (S)** riportati dal Paziente; **gli aspetti oggettivi (O)**, osservati dal medico o ottenuti come risultati di analisi; **la valutazione (V)**, che riflette l'interpretazione del medico; **la pianificazione (P)**, che riguarda gli obiettivi da raggiungere e le azioni (prescrizione farmaci, accertamenti, programmazione rivalutazione etc.) da intraprendere. La definizione del problema avviene, preferibilmente, facendo riferimento a classificazioni specifiche e **il processo di codifica del problema** offre il vantaggio di consentire lo svolgimento più agevole e preciso di audit e ricerche, sul database degli assistiti. Il rischio è quello di trascurare situazioni e problemi, in particolare sociali, difficilmente inseribili nei sistemi di codifica diagnostica e di misurare solo quello che, rientrando nelle codifiche adottate è misurabile. La comprensione dell'importanza di uno strumento specifico della medicina generale, come la cartella clinica orientata per problemi, richiede **una contestualizzazione nelle diverse situazioni assistenziali** per consentire al discente, sia l'apprendimento del suo uso routinario che la valutazione degli interventi propri della medicina generale.

COSA E COME ***I contesti assistenziali della medicina generale***

Una definizione operativa che, seppure in sintesi, riassume alcuni elementi chiave dell'**assistenza primaria** è quella fornita dall'European Observatory on Health Systems and Policies Series, secondo cui **l'assistenza primaria**:

- Riguarda il **primo contatto**, direttamente accessibile con le cure ambulatoriali per problemi di salute non specificati;
- Offre **servizi di diagnosi, cura, riabilitazione e palliativi** per la maggior parte di questi problemi;
- Offre servizi di **prevenzione** sia agli individui che ai gruppi a rischio;
- Considera il **contesto personale e sociale** dei pazienti;
- **È fornita da varie discipline**, sia all'interno dell'**assistenza primaria** che secondaria oppure in settori ad esse correlati;
- Assicura **continuità assistenziale** ai pazienti

In questa cornice professionale, l'identificazione di diverse categorie operative e la valutazione del pieno impiego del supporto informatico rappresenta un passo avanti rispetto alla mera didattica basata sul far apprendere analiticamente le diverse funzioni dei diversi nsw di studio. Si tratta di cono-

È importante però tenere presente il diverso obiettivo didattico a seconda del target (studente di medicina o dell'infermiere di famiglia, del tirocinante della FS, oppure del medico professionista per la sua formazione continua):

- studente: quale OE (conoscere la MG, il paz e il contesto)
- tirocinante: quale OE (conoscere il senso e l'utilità specifica, praticare, acquisire abilità con la CMOP come strumento professionale per utilizzare il "metodo" di approccio del MMG
- MMG: quale OE (allenarsi, confrontarsi, selfaudit e audit)
- MMG tutor e docente: utilizzare la cartella, alla presenza del tirocinante, per illustrare riflettere e rielaborare il perché di scelte e decisioni durante le sedute del debriefing

scere, comprendere e valutare:

- **tipologia di “paziente”** (o meglio: di “attese” del paziente nei confronti del medico e di “impegno” del medico verso il paziente)
- **contesto** in cui si svolge l’assistenza (ambulatorio, domicilio)
- **“modelli metodologici”** clinici preferenziali da adottare, e valutazione di **“obiettivi”**

- necessità o non di **integrazione con altri livelli/operatori sanitari/sociali (domiciliari o non)**

Il tutto finalizzato a prevedere le caratteristiche della “interfaccia” legata al programma gestionale, ossia delle dati/funzioni che devono essere predisposti e resi immediatamente fruibili per il MMG

PROPOSTA ESERCITAZIONE:

Identificare la successione logico-operativa nelle valutazione e registrazione dati relativa ad un paziente con problema acuto (ad. esempio , faringodinia e dolore scapolo omerale notturno) secondo la CMOP.

Soggettività			
Oggettività			
Valutazione			
Piano di Intervento			

Dopo una prima visita, seguono visite successive
Ritorno del paziente (identificare la sequenza operativa)
griglia per obiettivo da affidare al discente durante il briefing come esercitazione e riflessione personale, per poi discutere nel debriefing, a paziente assente.

	Obiettivo 1	Obiettivo 2	Obiettivo 3	Obiettivo 4	Obiettivo 5
S					
O					
V					
P					

Categorie operative:

Tre sono le categorie operative più significative su cui “osservare, riflettere/rielaborare”, attraverso la registrazione dell’incontro medico-paziente e la “visita”:

- Problema nuovo (definito e indefinito)
- Problema/malattie croniche
- Prevenzione/medicina di iniziativa e proattiva

PROBLEMA NUOVO (DI SOLITO ACUTO)

Il paziente che si presenta con un problema acuto è evenienza frequente e tipica della comune “medicina di attesa”. Una prima distinzione, da operarsi in base a quanto detto in precedenza sulla gestione per problemi è lo stabilire se si tratta di un problema di difficile classificazione **PNI** (Problema Nuovo Indefinito) o se, invece, gli elementi a disposizione e quanto emerso dal contatto/visita con il paziente ne consente un’adeguata identificazione, **PND** (Problema Nuovo Definito/codificato).

Raccogliere i dati soggettivi anamnestici(S)

- Raccogliere e registrare Reason For Encounter (RFE)
- ascoltare il paziente
- registrare i dati riferiti

Raccogliere i dati obiettivi (O)

- visitare il paziente
- manovre semeiologiche
- acquisire i dati “O” derivanti da laboratorio/imaging
- riconoscere i red flag

Fare ipotesi diagnostiche (V), Impostare un piano diagnostico

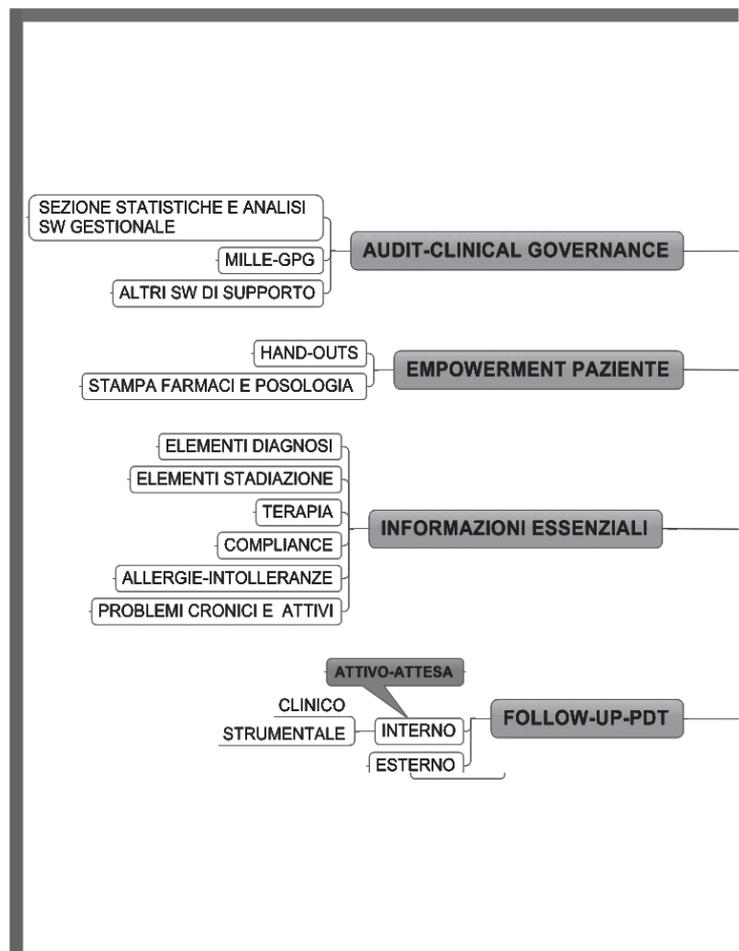
- Riconoscere/escludere situazioni urgenti/potenzialmente gravi
- Individuare le ipotesi più probabili e definirne la probabilità
- definire e condividere con il paziente il /

gli obiettivi da raggiungere

- Decidere per necessità di astensione dal lavoro e compilare il relativo certificato
- Decidere per necessità di contatto diretto con altro livello assistenziale

impostare un Piano di intervento (P)

Proporre una soluzione, anche temporanea e parziale per alleviare il disagio presente (un dolore muscolo-scheletrico, un’astenia profonda, un dolore viscerale, una febbre elevata, la nausea e così via) senza interferire con il processo diagnostico senza rischiare di “banalizzare” il problema senza trascurare possibili situazioni di rischio grave riconoscendo i pazienti da ospedalizzare



Proposta soluzione griglia (discussione)

Obiettivo 1: riprendere i dati relativa alla prima valutazione del problema ed il percorso finora seguito, rivedere il trattamento temporaneo impostato

Obiettivo 2: raccogliere i dati nuovi portati del paziente

Rivalutazione clinica

Risultati del trattamento temporaneo

Risultati dell'iter diagnostico

Obiettivo 3: acquisire in Cartella i risultati mediante le opportune interfacce per dati diretti da laboratorio o per acquisizione immagini

Obiettivo 4: definire la diagnosi con criteri diagnostici precisi (se possibile) PND: Pro-

blema nuovo definito/codificato

Obiettivo 5. Definire la prognosi (tempo di risoluzione?)

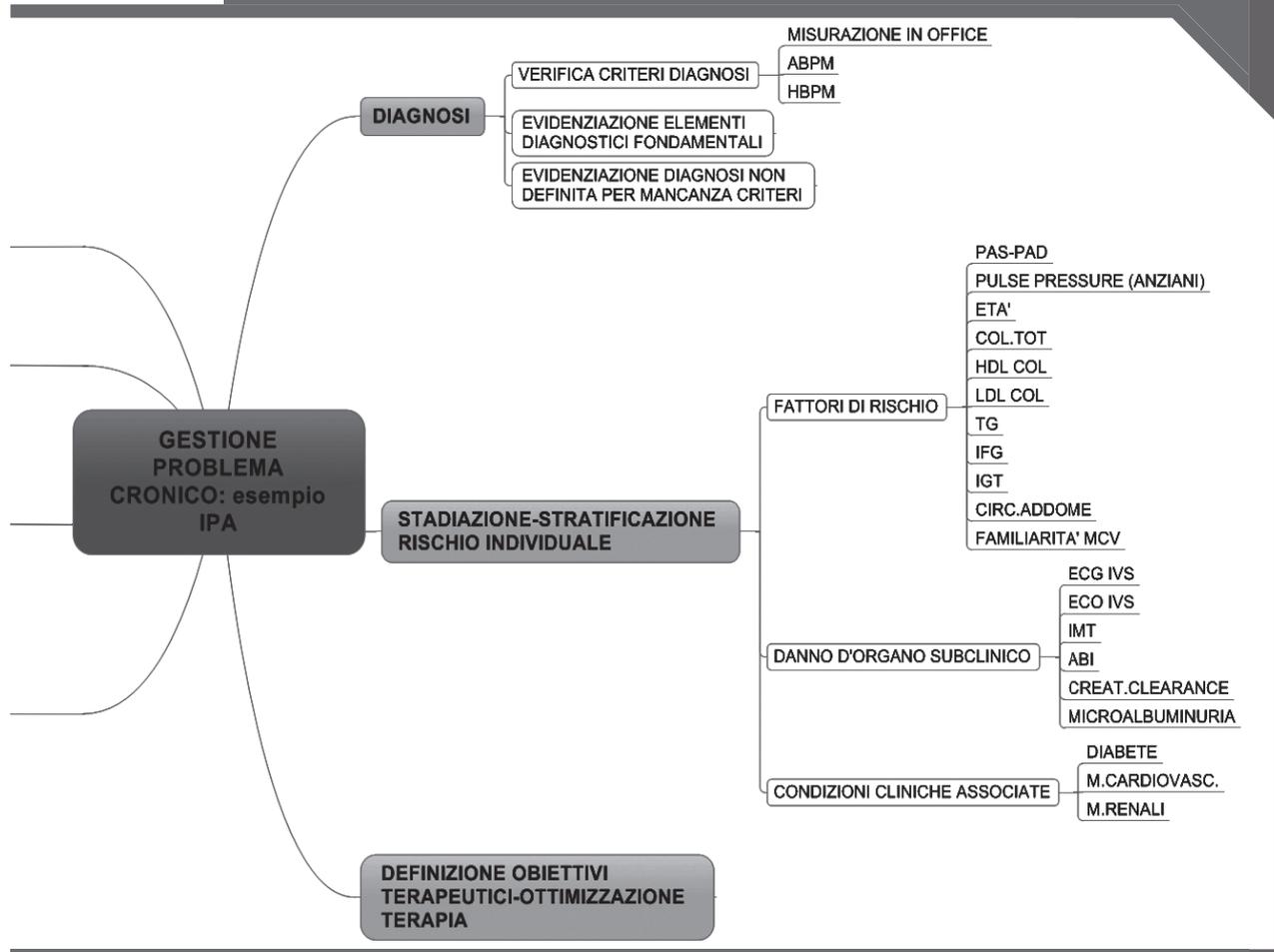
Stabilire eventuale definizione come problema cronico o problema "non cronico" (transitorio, ricorrente....)

La stessa griglia può essere utilizzata, in una esercitazione in piccolo gruppo, durante un seminario sul tema.

PROBLEMA/PATOLOGIA CRONICA

La gestione della cronicità rappresenta l'aspetto quantitativamente e qualitativamente più complesso ed oneroso nell'attività professionale del MMG, e la registrazione del

FIGURA 1: CARTELLA MEDICA ORIENTATA PER I CONTESTI OPERATIVI CHE CARATTERIZZANO LE CURE PRIMARIE



dato, secondo obiettivi/metodi di Problem solving diventa importante anche per la didattica. In questo ambito è necessario definire il complesso delle attività e competenze richieste e solo in seguito a questa “presa di coscienza” utilizzare gli strumenti connessi al sw gestionale. Senza una logica professionale non si utilizzano appieno le potenzialità dell’informatica e della telematica. Ci sono molte **variabili** che vanno ad influenzare il modello professionale e le conseguenti valutazioni di qualità per finalità di audit o ricerca. Innanzitutto la tipologia del modello organizzativo nel quale si opera, ovvero

- se si lavora da soli, in medicine di gruppo o di rete,
- se è presente personale di studio;
- se vi è a disposizione personale infermieristico o figure specialistiche nell’ambito di una forma associativa complessa.

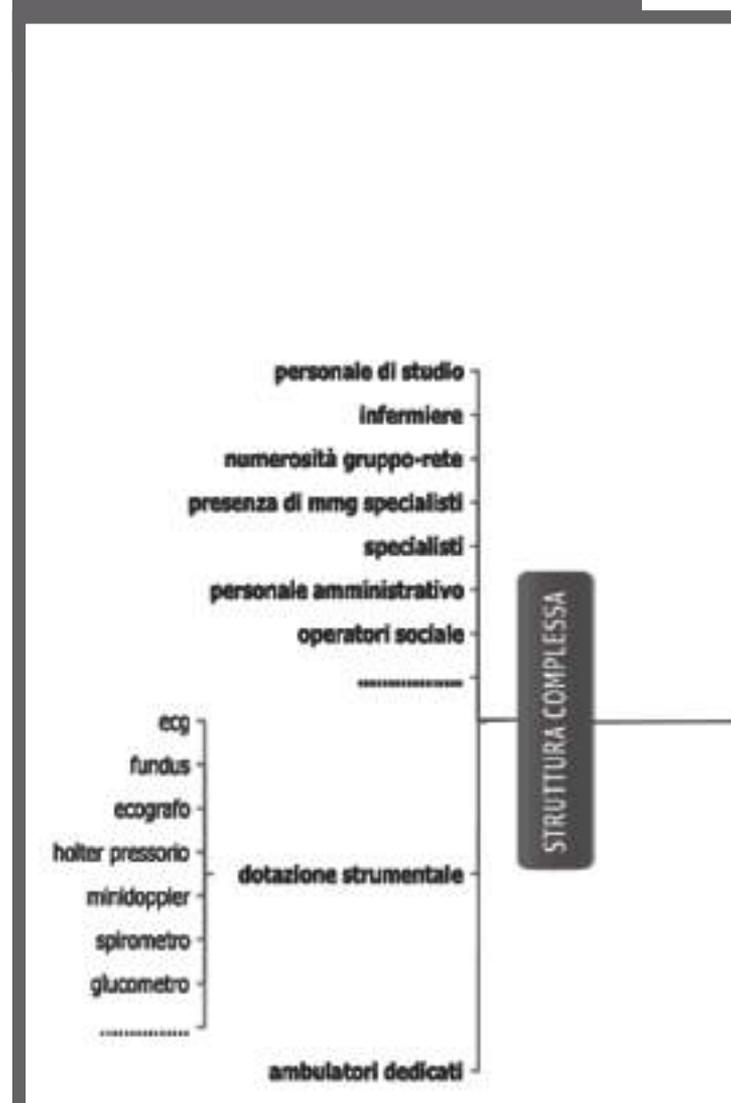
La fig. 2 illustra le possibili modalità organizzative del mmg e la relativa, conseguente, **variabilità** interprofessionale nella gestione delle cronicità.

Lo strumento informatico rappresenta lo strumento comune e peculiare in tutte le **variabili** professionali ed organizzative e per questo la fase formativa sui diversi aspetti applicativi è particolarmente importante. La CMOP è uno strumento professionale che presenta tuttora grande validità nell’approccio al paziente con patologia acuta o problema nuovo indistinto, ma presenta grandi limiti nella realizzazione e monitoraggio di un’adeguata gestione della patologia cronica che rappresenta invece larga parte del lavoro quotidiano nelle cure primarie. Per questo, gradualmente, i principali sw della medicina generale stanno implementando nuovi strumenti o adottando strumenti legati a sw complementari per rispondere ai bisogni professionali. La gestio-

ne complessiva delle patologie croniche è ben definita nel modello delineato, non recentemente, da Wagner (fig.3). In questo contesto vanno inseriti i momenti operativi propri del medico di medicina generale.

- Diagnosi
- Stadiazione
- predisposizione
- Follow-up
- ottimizzazione terapia
- selezione Info essenziali per comunicazione con altri livelli assistenziali per contatti previsti o non previsti

FIG.2: LE **VARIABILI** DELLA MEDICINA GENERALE



- attività relative ad Empowerment del paziente

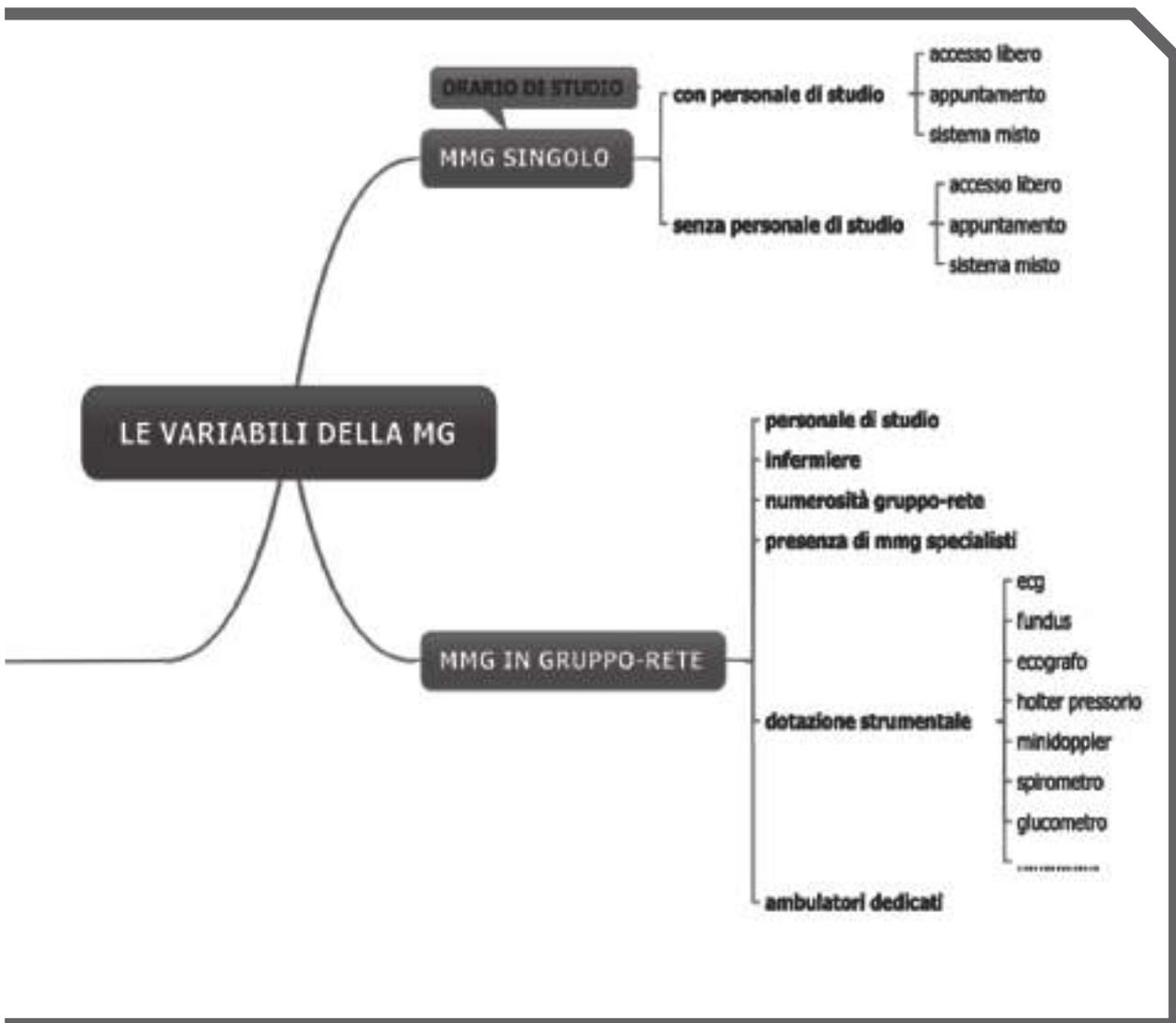
Attività di Audit-ricerca sono i momenti fondamentali da realizzarsi grazie alle **variabili** organizzative e al supporto del sw gestionale. La griglia seguente riporta gli obiettivi da raggiungere in base agli elementi gestionali identificati:

Obiettivo educativo generale: approccio alla patologia cronica ed identificazione dei punti chiave gestionali. Un esempio di strumento attuale evoluto che consente lo svolgimento di queste fasi, dalla prevalenza del-

la patologia, alla stratificazione del rischio della popolazione identificata, alla valutazione delle criticità assistenziali, all'identificazione del paziente per il richiamo attivo tempi rapidi e compatibili con un uso routinario dello strumento di audit, è mille GPG (non esistono, al momento, sw analoghi con le stesse potenzialità).

3 - PREVENZIONE/MEDICINA DI INIZIATIVA-PROATTIVA

Le attività di prevenzione, individuali o di popolazione, riguardano l'intervento del medico in tutte le circostanze in cui esso è



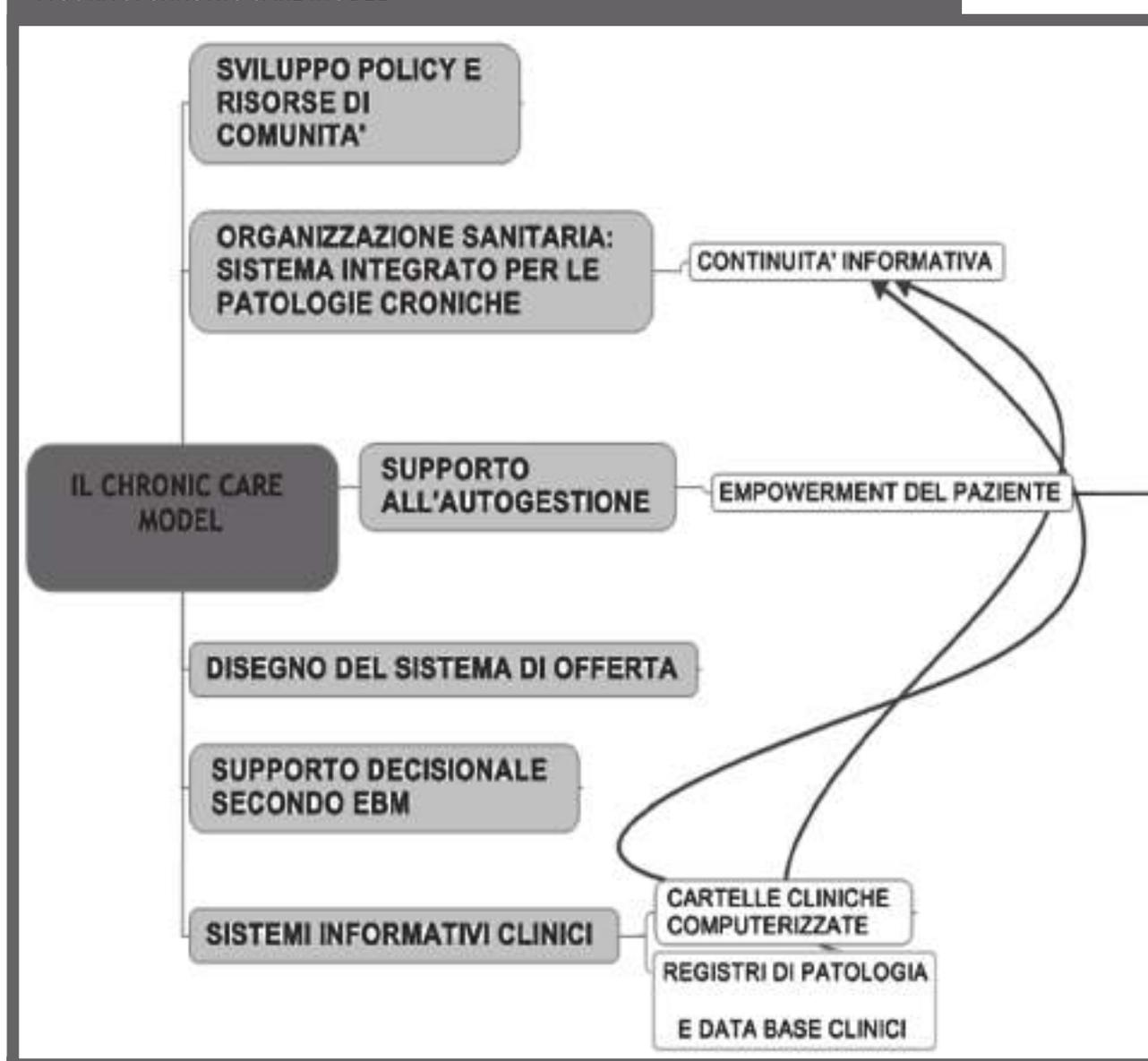
opportuno indipendentemente dalla richiesta esplicita dell'assistito. Può trattarsi di misure di promozione della salute o di medicina preventiva ovvero di azioni programmate e concordate con il paziente ma che necessitano di essere "ricordate" e insegnate, per la MG si rivolge anche alle persone sane. In questa ottica gli obiettivi professionali da perseguire, per il MMG, nell'ambito della prevenzione primaria, secondaria o terza-

ria, possono essere diversi:

- offrire al paziente, con la giusta periodicità, gli interventi di prevenzione appropriati ;
- controllare la corretta attuazione nel tempo dei piani di intervento (diagnostici, terapeutici, educazionali, di monitoraggio);
- gestire correttamente alcune procedure burocratiche ricorrenti (piani terapeutici, prescrizione O₂, esenzioni a termine, ecc)

Il ruolo del sw gestionale nel perseguimento

FIGURA 3: CHRONIC CARE MODEL



di questi obiettivi dipende dalla tipologia del sw stesso e dalla possibilità di personalizzare gli interventi preventivi richiesti. Le diverse componenti possono essere:

“protocolli” di medicina preventiva

calcolo del rischio cardiovascolare in presenza dei parametri necessari e/o remind per i dati mancanti
segnalazioni per interventi di screening e loro periodicità (mammografia, pap test, sangue occulto, colonscopia, glicemia...)

reminders per l’acquisizione di elementi importanti per il set minimo di dati da registrare

- BMI
- stato di fumatore
- Livello di attività fisica
- Consumo di alcool
- Circonferenza vita
- Pressione Arteriosa e Frequenza cardiaca

scadenze ed avvisi in “flash” mnemonici evidenziabili negli accessi del paziente

- scadenza piani terapeutici
- scadenza esenzioni ticket
- scadenze e avvisi registrati dal medico riguardante dati da acquisire con follow-up interni (presso lo studio del MMG) o esterni (esami e consulenze specialistiche)
- avvisi generali su specifiche categorie di pazienti (educazione alla salute, medicina preventiva, introduzione in protocolli di ricerca, ecc)
- ripetizione accertamenti
- vaccinazioni
- appuntamenti successivi

L’uso degli strumenti di avviso/remind richiede una selezione accurata delle informazioni da ricevere ed inserire, pena un eccesso di sollecitazioni informative che rischiano di depotenziare l’efficacia e ridurre l’interesse del MMG di fronte a troppe sollecitazioni.

CONCLUSIONI

L’uso del software gestionale per l’informattizzazione del lavoro del medico di medicina generale è un argomento complesso e in pieno divenire e farlo apprendere significa non la semplice trasmissione di modalità operative di acquisizione dati, ma far comprendere le basi di questo lavoro e la sua trasformazione. In particolare:

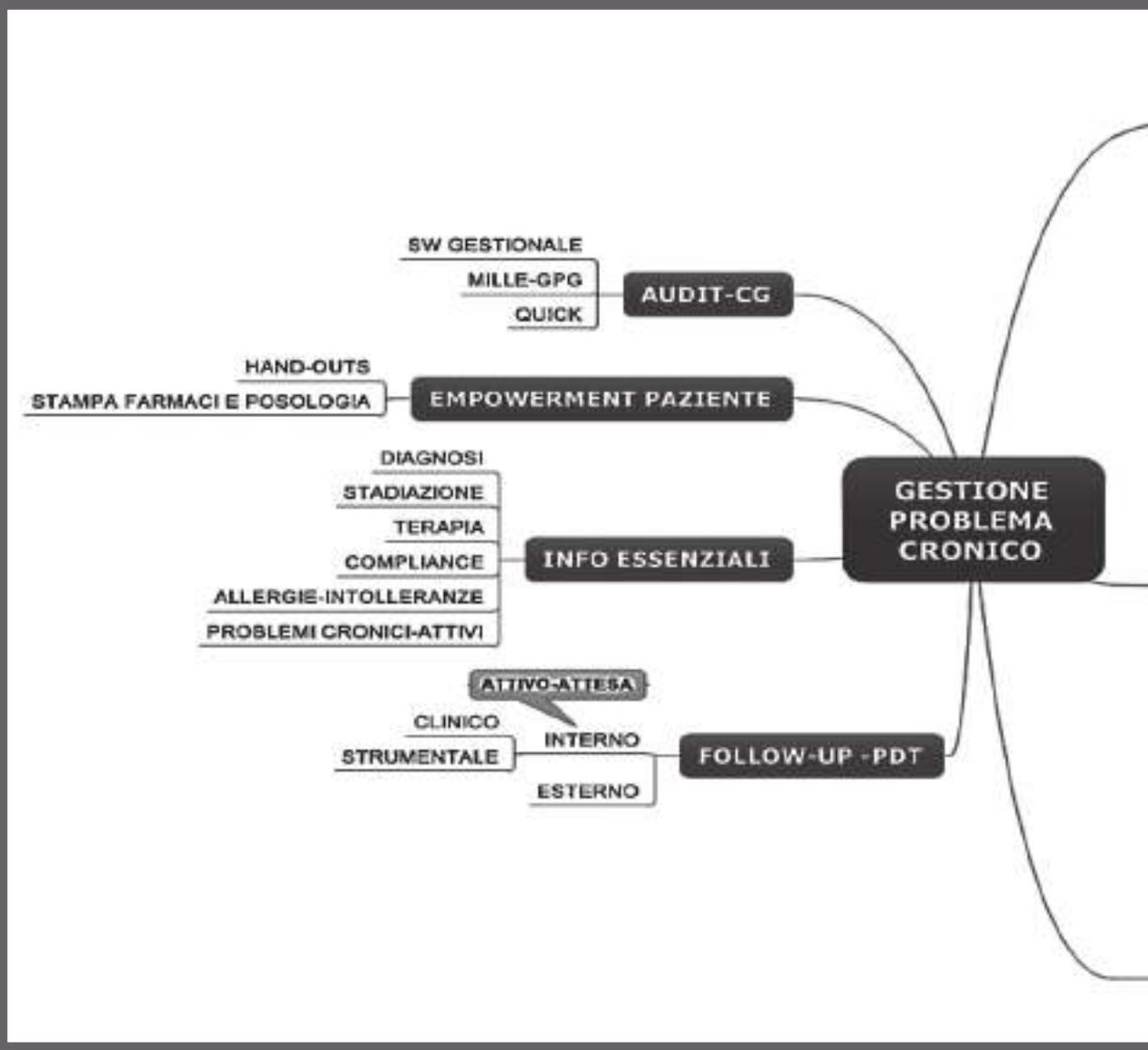
MATERIALE DI INFORMAZIONE COMUNE
TEMPO SPECIFICO ALL’INFORMAZIONE SU ACCERTAMENTI E TERAPIE
CONCORDARE IL PROGETTO ASSISTENZIALE

le differenze con l'approccio della cartella clinica ospedaliera e la necessità ancora fondamentale dell'uso della cartella medica orientata per problemi.

La trasformazione dell'archivio informatico in punto di ricezione e trasmissione dati in sito nella evoluzione telematica attuale e futura. I dati inseriti dal medico di medicina generale assumono valore per assicurare la continuità informativa all'interno delle cure

primarie (tra i diversi MMG e le diverse figure professionali) e nei contatti con gli altri livelli assistenziali. Questo porta, dal punto di vista didattico, alla necessità di far comprendere l'essenza della MG (per gli studenti di Medicina), e la necessità di acquisire i dati secondo una logica non quantitativa, ma qualitativa. Identificare e completare il set di dati significa consentire una corretta gestione interprofessionale e valorizza-

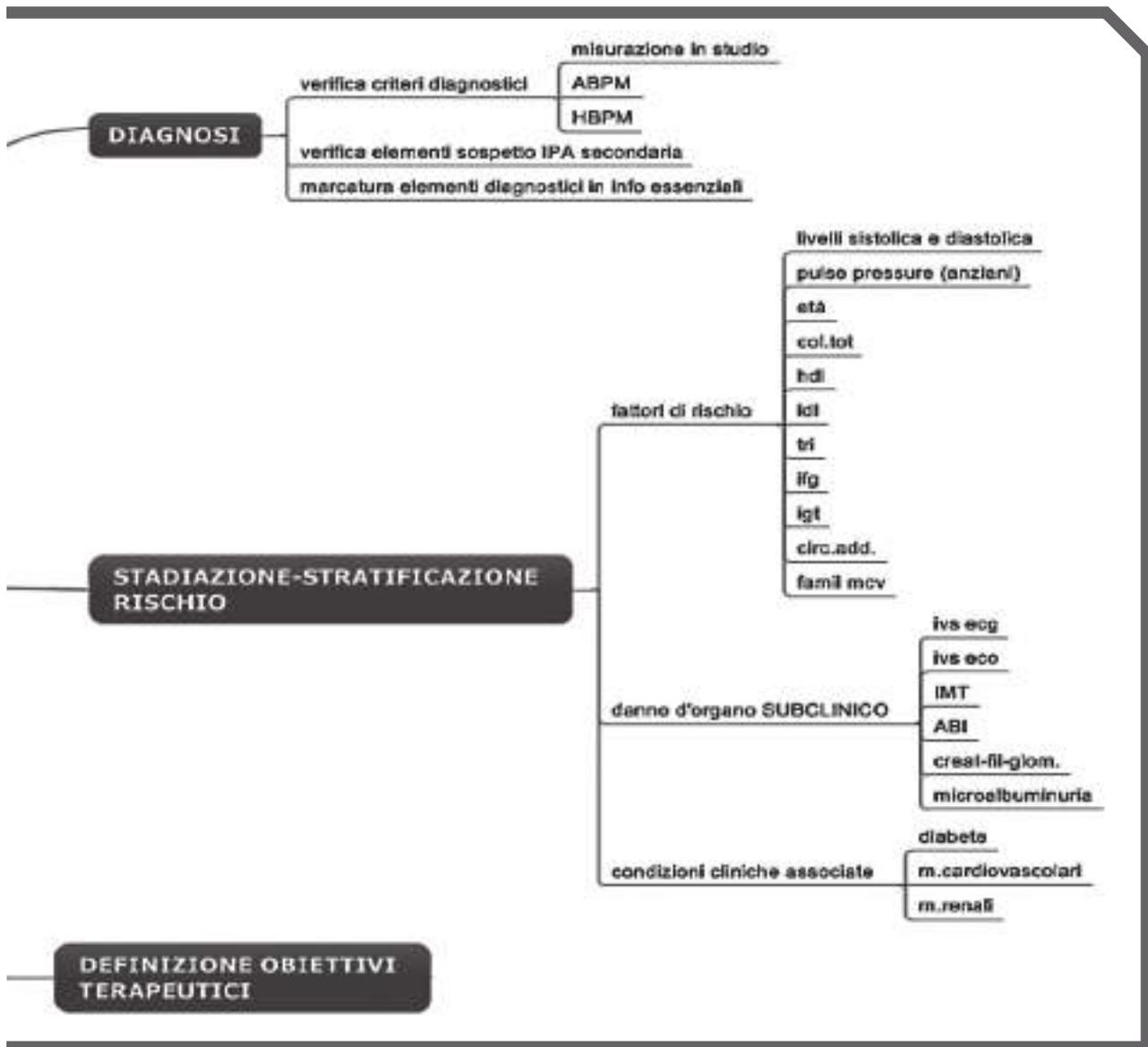
FIG. 4: GLI ELEMENTI DELLA GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRONICHE (ES. IPA) IN MEDICINA GENERALE



re il ruolo del medico di medicina generale (per i tirocinanti e i MMG nella formazione continua). La registrazione dei dati puntuale e omogenea, con la stessa codifica, fra i MMG, con un processo di problem solving del problema, permette uno sviluppo delle conoscenze scientifiche specifiche anche della MG come disciplina, attraverso la possibilità di Ricerca della MG. La comprensione dei contesti assistenziali e dell'evoluzione

dei software per rispondere in modo professionalmente evoluto ad una realtà assistenziale che richiede risposte che passino da un modello di "medicina di attesa" (ancora prevalente) ad un modello di medicina "di opportunità" e/o "di iniziativa".

L'inserimento dell'AUDIT-RICERCA come elemento costante e insito nel modello professionale del MMG per la sua formazione continua.



BOX 1 – ESEMPIO DI QUIZ VERO/FALSO SINGOLO (A) O IN BATTERIA (B)

Obiettivo specifico 1	Inquadrare e stadiare la patologia	Valutazione dati clinici, strumentali, di laboratorio, personali, già registrati	Richiesta e registrazione degli elementi necessari, ma non disponibili	Disporre del materiale scientifico di riferimento
Obiettivo 2	Scegliere e predisporre il follow-up	Temporizzazione acquisizione dati "interni"	Temporizzazione acquisizione dati follow-up "esterno"	Identificare Materiale scientifico di riferimento
Obiettivo 3	Coinvolgere il paziente (empowerment)	Materiale informativo già "formattato" ma personalizzabile	Stampare o inviare e-mail o sito web	
Obiettivo 4	Individuare i punti di integrazione con gli altri operatori/livelli	Identificazione-elaborazione PDT	Inserire elementi PDT nel sw gestionale	
Obiettivo 5	Identificare gli elementi dello scambio informativo	Predisporre lo scambio informativo (informazioni essenziale)		
Obiettivo 6	Pianificare attività di audit e ricerca	Identificare gli strumenti operativi interni o esterni al sw (es. mille gpg)	Identificare le criticità derivanti da audit	Attuare correttivi

PROPOSTA ESERCITAZIONE DIDATTICA

provare ad identificare (seguendo i momenti operativi riportati in figura 4) la gestione di una patologia cronica esemplificativa da parte del MMG

	SCOMPENSO	BPCO	DIABETE 2
ASSEVERAZIONE DIAGNOSI			
STADIAZIONE-STRATIFICAZIONE			
PREDISPOSIZIONE FOLLOW-UP INTERNO			
PREDISPOSIZIONE FOLLOW-UP ESTERNO			
OTTIMIZZAZIONE TERAPIA			
INFO ESSENZIALI			
EDUCAZIONE PAZIENTE			
AUDIT (INDICATORI)			

PROPOSTA ESERCITAZIONE DIDATTICA

In relazione alla griglia degli obiettivi identificati per la gestione di patologia cronica identificare i possibili interventi di medicina di iniziativa, su una data popolazione con strumenti di audit.

Esempio analisi dei pazienti affetti da **fibrillazione atriale**, valutazione degli indicatori, delle criticità e dei possibili interventi.

- Prevalenza della patologia (confronto con dati Health Search per valutazione del livello accettabile di performance)
- Stratificazione della popolazione affetta da Fibrillazione Atriale in basso, medio ed alto rischio in base ai parametri presenti nel punteggio CHADS 2
- Identificazione dei soggetti ad alto rischio che non assumono anticoagulanti orali pur essendo indicazione all'uso
- Predisposizione delle azioni correttive
- Formazione singola o di gruppo sull'argomento specifico
- Verifica della registrazione dei dati in cartella per la stratificazione del rischio
- Richiamo dei pazienti per i quali la terapia va modificata
- Predisposizione del materiale di supporto educativo e counseling del paziente che deve **effettuare Terapia Anticoagulante Orale (TAO)**
- Impostazione TAO
- Valutazione aderenza al trattamento
- Valutazione modalità organizzative per gestione risultati-modifiche terapeutiche

.....

bibliografia

Barr U.J., Robinson S., Marin-Link B., Underhill L. (2003), The Expanded Chronic Care Model, Hospital Quarterly; Vol.7, No 1, 73-82.

.....

BMJ 2005;331:955 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.331.7522.955> (Published 20 October 2005): How informatics tools help deal with patients' problems.

.....

BMJ. 2001 September 22; 323(7314): 685-688. Complexity and clinical care.

.....

Haggerty J.L., assistant professor BMJ;327:1219-1221 (22 November 2003), Continuity of care: a multidisciplinary review.

.....

Haggerty J.L., Reid R.J., Freeman G.K. et al. (2003), Continuity of care: a multidisciplinary review, British Medical Journal; 327: 1219-1221.

.....

J Am Med Inform Assoc 2008;15:8-13 doi:10.1197/jamia.M2492 "White Paper" su standard informativi Patient Centered Applications. " the AMIA Knowledge in Motion Working Group".

.....

Medical records: opportunities for and challenges of computerization Lancet 1998; 352: 1617-1662.

.....

Saltman R.B., Rico A., Boerma W. (2006), Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European Observatory on Health Systems and Policies Series.

.....

Wagner E.H. (2004), Chronic disease care, British Medical Journal; 328; 177-178.

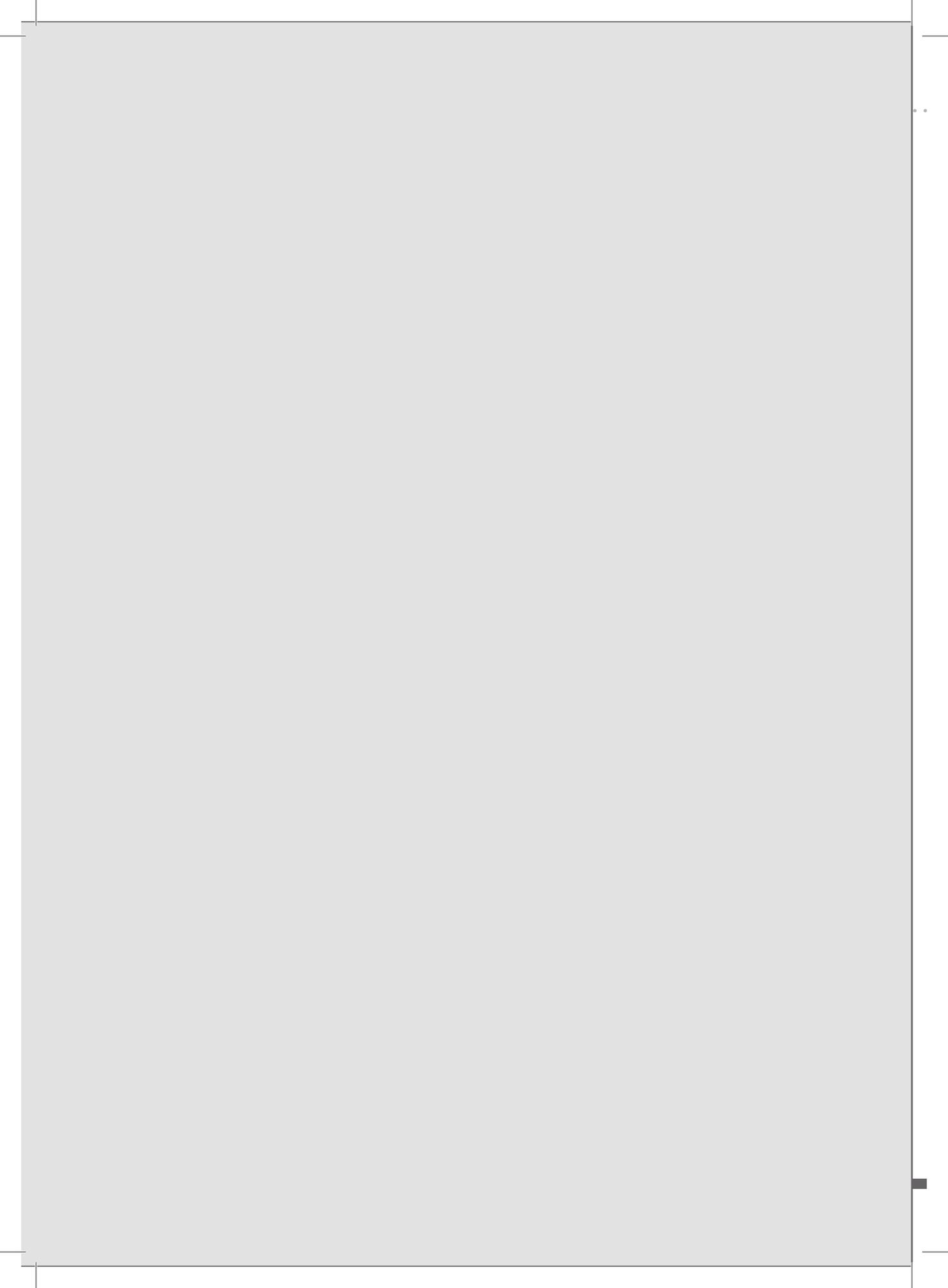
.....

Weed L.L. (1969), Medical records, medical education, and patient care. The problem-oriented record as a basic tool. Cleveland, OH: Case Western Reserve University.

.....

PARTE VIII

Strumenti per riflessioni,
rielaborazione
e autoformazione



Approccio alla cronicità e alla continuità di cura

Progetto Didattico già sperimentato per 3 anni con gli studenti di Medicina a Modena per apprendere sul campo la continuità di cura, nel tempo

Maria Stella Padula

Medico di Famiglia e Docente in Medicina Generale, nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. SIMG, Modena.

SCOPO

Conoscere la realtà pratica delle malattie del Paziente "cronico", con i suoi problemi, nel suo contesto familiare, sanitario e sociale

OBIETTIVO

Far apprendere e comprendere agli studenti

- gli aspetti sanitari della cura nella cronicità;
- gli aspetti sociali, familiari e psicologici della condizione del paziente.

DURATA

Lo studente del III anno seguirà per 3 anni (dal III all'inizio del VI) un paziente cronico, possibilmente scelto dal Medico Tutor presso cui ha frequentato.

METODOLOGIA

1. Gli studenti seguono una lezione introduttiva (briefing) presso l'ambulatorio del medico che cura il paziente.
2. Seguiranno alcuni seminari di approfondimento

insieme ai tutor e studenti coinvolti nel progetto.

3. Successivamente avranno contatti con il paziente durante l'intero periodo del progetto. In particolare si impegnano ad essere presenti:

- durante le visite del medico di famiglia
- agli appuntamenti di diagnosi e cura ambulatoriale (visite specialistiche) e ospedaliera (eventuali ricoveri)
- durante gli incontri con i principali operatori sanitari coinvolti nell'assistenza al paziente a domicilio: assistente sociale, infermieri, medici specialisti, eventuali familiari, ecc..

Strumenti per facilitare l'osservazione e la registrazione:

Diario di bordo: materiale predisposto dal coordinatore del Corso Integrato, costituito da griglie e schede per rielaborare l'esperienza, con il tutor nei momenti di debriefing e nei seminari di fine corso.

DIARIO per registrare e apprendere la gestione della **FATICA** del curato e dei curanti nel tempo nel **Follow-up** del paziente cronico e della famiglia, nei percorsi di cura, fra ospedale e territorio.

COMPITI DEGLI STUDENTI

dare il recapito telefonico per essere contattati (giustificarsi se a volte non è possibile essere presenti) e indicare le modalità

garantire la privacy

tenere un diario e registrare le proprie esperienze.

partecipare alla revisione e all'aggiornamento della storia clinica, e studiare via via le patologie e i problemi di quel paziente.

discutere e confrontarsi con gli altri studenti dello stesso progetto, con i Tutor e il Coordinatore del Corso

redigere una tesina da presentare all'inizio del VI anno.

TAPPE DEL PERCORSO DI APPRENDIMENTO



Incontri con il tutor	Messaggi chiave	riflessioni / risposte
1.seminario introduttivo iniziale		
2.briefing in studio		
3.incontro a casa del paziente con il tutor (presentazione della famiglia)		
4. incontro/contatto con il paziente-famiglia		
incontro/contatto con il paziente-famiglia		
incontro/contatto con il paziente-famiglia		
incontro/contatto con il paziente-famiglia		
incontro/contatto con il paziente-famiglia		
incontro/contatto con il paziente-famiglia		
5. incontro con il team domiciliare		
Debriefing trimestrale con il tutor		

SCHEDA ANAGRAFICA SUL PAZIENTE E SULLA FAMIGLIA

Cognome e nome	
Data di nascita	
Comune e Provincia di nascita	
Comune e Provincia di residenza	
Indirizzo completo	
Telefono del paziente	
Scolarità	
Attività lavorativa pregressa	
Coniuge nome, età	
Titolo di studio telefono	
Referente 1 cognome, nome, età	
parentela / ruolo distanza	
titolo di studio telefono	
Referente 2 cognome, nome, età	
parentela / ruolo distanza	
titolo di studio telefono	
Referente 3 cognome, nome, età	
parentela / ruolo distanza	
titolo di studio telefono	
Medico di MG e telefono	
Eventuale indirizzo mail	
Data della presa in carico	

.....

Perché la scelta di questo paziente

Il paziente (al momento della presa in carico):

.....

.....

SCHEDA DELLE MALATTIE DEL PAZIENTE

Malattia	sintomo più importante	sintomi secondari	farmaci o altri rimedi	cosa pensi	cosa chiedi al medico

SCHEDA DEI PROBLEMI DEL PAZIENTE (IN ORDINE DI IMPORTANZA)

Tipologia	Data di insorgenza	Trattamento farmacologico o non	Evoluzione nel tempo (da quando è insorto)	Aspettative del paziente	Risoluzione ?

IL NUCLEO FAMILIARE (AL MOMENTO DELLA PRESA IN CARICO E SUCCESSIVE VARIAZIONI)

NUCLEO FAMILIARE	Consapevolezza della malattia	ASPETTI POSITIVI nella relazione di cura	ASPETTI NEGATIVI nella relazione di cura
Paziente			
Coniuge			
Figli			
Badante			
Altro familiare			
Chi è il caregiver e sue caratteristiche:			
Eventuali variazioni del Nucleo familiare			
note			

EVENTUALI PROBLEMI DI SALUTE DEI CONVIVENTI E PARENTI

	problema	malattia cronica	Informazioni dal Tutor	note dello studente
Coniuge				
Figli conviventi				
Badante				
Altro				

Problemi sociali

Problemi relazionali

Problemi organizzativi

SCHEDA DEI PROBLEMI DEL PAZIENTE IN ORDINE TEMPORALE DALLA PRESA IN CARICO (DA PARTE DELLO STUDENTE) IN POI.

tipologia	data di insorgenza	Trattamento, farmacologico o non	Peggioramento, perchè	Miglioramento, perchè	Data di risoluzione

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

Principio attivo	Nome commerciale	Dose, orario	Data inizio	Modifiche

TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO

tipo	indicazione	suggerito da	Data inizio	Modifiche

GRIGLIA DI OSSERVAZIONE PER LO STUDENTE

Valutazione del caso: elementi chiave osservati nel paziente e nei componenti della famiglia

DURANTE LA VISITA CON IL TUTOR

Elementi da osservare	paziente	medico	famiglia
Il problema prioritario del			
Altri problemi importanti del			
Elementi del contesto sociale e ambientale che secondo te hanno influenzato maggiormente			
Sintomo prevalente importante per il			
Il vissuto: emozioni, paure, sintomi di disagio del			
La comunicazione del (parola chiave)			
Punti di forza del			
Punti di debolezza/criticità del			
Proposte di soluzione (farmaci, consigli, supporto non farmacologico) mettendosi nei panni del			
La cosa che più ti ha colpito del ...e perché			
Aspetto/elemento appreso dalla storia, osservando i tre attori			

AUTOVALUTAZIONE DELLE CAPACITÀ COMUNICATIVE¹

Questo modulo serve per aiutarti a riflettere sulla tua pratica. Rispondi alle domande all'inizio e alla fine di ogni trimestre del percorso. Rispondi alle domande nel modo più onesto possibile.

domande	quasi mai	alcune volte	piuttosto spesso	la maggior parte delle volte	Osservazioni e proposte di cambiamento
Mentre sto spiegando qualcosa, domando al mio ascoltatore se mi sta seguendo					
sono un buon ascoltatore					
riesco a spiegare le mie idee in modo chiaro					
trovo facile capire le cose da un punto di vista differente dal mio					
faccio finta di sentire, anche se la mia mente si sta occupando di altri problemi					
posso capire facilmente l'umore degli altri guardandoli					
quando ho l'impressione di aver provocato un danno a qualcuno, mi scuso					
quando parlo con qualcuno tendo a mettermi nei suoi panni					
sono capace di risolvere problemi senza perdere il controllo delle mie emozioni					
sono capace di parlare con qualcuno che ferisce i miei sentimenti					
mi mostro fiducioso quando parlo con i pazienti					

1 C f r. GU 1 D E B O O K . C O M M U N I T Y F D O i s L i s t o f W G e n t r a P P r o C i e J e U C n F e r s i t y o f N o t t i n g h a m

domande	quasi mai	alcune volte	piuttosto spesso	la maggior parte delle volte	Osservazioni e proposte di cambiamento
Mentre sto spiegando qualcosa, domando al mio ascoltatore se mi sta seguendo					
sono un buon ascoltatore					
riesco a spiegare le mie idee in modo chiaro					
trovo facile capire le cose da un punto di vista differente dal mio					
faccio finta di sentire, anche se la mia mente si sta occupando di altri problemi					
posso capire facilmente l'umore degli altri guardandoli					
quando ho l'impressione di aver provocato un danno a qualcuno, mi scuso					
quando parlo con qualcuno tendo a mettermi nei suoi panni					
sono capace di risolvere problemi senza perdere il controllo delle mie emozioni					
sono capace di parlare con qualcuno che ferisce i miei sentimenti					
mi mostro fiducioso quando parlo con i pazienti					

AUTOVALUTAZIONE DELL' EMOTIVITÀ² IN PRIMA PERSONA

Griglia di valutazione delle capacità comunicative e delle emozioni derivate dalla situazione vissuta accanto al paziente. Deve essere utilizzata per riflettere sui tuoi punti di forza e di debolezza.

Legenda 1 = quasi mai, 2 = a volte 3 = piuttosto spesso 4 = la maggior parte delle volte

	1	2	3	4
La situazione ti ha suscitato ricordi di storie analoghe di altri pazienti conosciuti				
La storia ti ha suscitato ricordi di storie analoghe di tuoi familiari				
Hai provato imbarazzo e/o disagio per la sofferenza emersa dal racconto della storia del paziente				
Hai rilevato dai messaggi non verbali stati d'animo legati alla sofferenza della malattia				
Emerge un disagio non legato alla malattia ma al clima familiare e sociale				
Mi sono messo nei panni del malato				
Mi sono messo nei panni del mio tutor				
Mi sono messo nei panni del familiare				
Sarei stato capace di controllare le mie emozioni.				
Ho avvertito una barriera fra me e il paziente				
Sarei stato in grado di ascoltare la storia senza preoccuparmi del tempo				
Ho provato sentimenti di compassione per il paziente				
Ho provato sentimenti di compassione per il familiare/i				
Ho provato sentimenti di condivisione/alleanza con il mio tutor quando l'ho accompagnato alle visite				

² C f.r. G U I D E B O O K , C O M M U N I T Y F D O i n L i s t o f W G e n e r a l P R o Q i c J e E U C n i F e r s i t y o f L o t t i n g h a m

.....

OSSERVAZIONI E RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Durante il percorso di apprendimento

ho scoperto che essere un paziente "cronico" significa (3 parole chiave):		
ho imparato che gestire la cronicità per il medico significa:		
dal punto di vista clinico		
dal punto di vista relazionale		
dal punto di vista gestionale – organizzativo		
dal punto di vista del trattamento		
ho trovato approfondimenti bibliografici:		
La cosa che più mi ha colpito in positivo		
Cosa cambierei di questo percorso		
Vorrei essere il medico di questa famiglia?		
Si	No	perchè

*Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
Facoltà di Medicina e Chirurgia*

*Master Universitario di II livello
Metodi e strumenti per l'insegnamento clinico della Medicina Generale
nelle Cure Primarie*

PORTFOLIO

Dottor

Redatto da M. S. Padula e A. D'Antone

PREMESSA

Il presente *portfolio* consiste in una raccolta dei “materiali/documenti” più significativi, con schede e griglie auto-valutative e riflessive, che testimonia

- il percorso formativo-professionale dello studente del Master,
- l'apprendimento permanente di conoscenze e competenze,
- la realizzazione di esperienze e il raggiungimento di risultati congruenti con le finalità del Master.

Il processo di sviluppo di un portfolio incoraggia l'auto-riflessione e l'auto-valutazione sui punti di forza e di debolezza del percorso formativo – rappresenta dunque uno strumento di *feedback* – che rende possibile lo sviluppo personale e professionale dei partecipanti. Consente, anche, di documentare e rendere espliciti gli eventi più significativi della biografia professionale del singolo studente (preparazione culturale di base, attività di formazione in servizio, partecipazione a ricerche e progetti, assunzione di incarichi, ...), con specifico riferimento agli scopi e alle funzioni del corso di formazione in esame ed entro il frame della continuità dell'esperienza, in lunghezza, ampiezza e profondità.

OBIETTIVI GENERALI

- Raccogliere e documentare le performance del professionista
- Pervenire a un progetto personale di sviluppo di conoscenze e competenze durante il tirocinio
- Stimolare l'autovalutazione di performance e competenze del professionista
- Favorire la riflessione sull'azione

Può essere utile anche come strumento di condivisione delle risorse del gruppo di lavoro e come strumento di pianificazione della futura formazione. Inoltre, indica le linee essenziali delle esperienze salienti del master, certificandone le componenti principali.

Nota - *La struttura del presente portfolio si è ispirata in parte ad un analogo strumento di monitoraggio adottato nel percorso di tirocinio del Corso di laurea in Scienze Infermieristiche dell'Università di Modena e Reggio Emilia (sede di Reggio Emilia)*

INDICE DELLE SEZIONI

1. DATI ANAGRAFICI
.....
2. CURRICULUM SCIENTIFICO E DIDATTICO
.....
3. CURRICULUM PROFESSIONALE
.....
4. ESPERIENZE FORMATIVE
.....
 - Pubblicazioni e ricerche
.....
 - Esperienza di tirocinio
.....
5. BISOGNI FORMATIVI IN PROSPETTIVA
.....
6. ESERCITAZIONI INDIVIDUALI IN ITINERE
.....
7. Eventuali attività di rielaborazione personale, utilizzo del forum, incontri di
 approfondimento
.....
8. Eventuali incontri di debriefing periodico con gli altri discenti del master, tutor e
 coordinatori didattici in concomitanza delle settimane dedicate al Master
.....
9. BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE
.....

DATI ANAGRAFICI

COGNOME

.....

NOME

.....

DATA DI NASCITA

.....

LUOGO DI NASCITA

.....

.....

RESIDENZA

.....

.....

RUOLO PROFESSIONALE

.....

.....

ANNI DI SERVIZIO

.....

.....

ATTUALE OCCUPAZIONE

.....

PRESSO

.....

.....

ALTRO

.....

.....

.....

CURRICULUM SCIENTIFICO E DIDATTICO

Titoli di studio

TITOLO DI STUDIO	CONSEGUITO IL (dal più recente)	Presso
Laurea Specialistica/Magistrale in: con voto di laurea/110 discutendo la tesi dal titolo:		Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di:
Diploma di Specializzazione in: con voto		
discutendo la tesi dal titolo:		
Diploma di Maturità:		Istituto:

CURRICULUM SCIENTIFICO E DIDATTICO

CURRICULUM PROFESSIONALE

Esperienze professionali

Dove e per quanto tempo? (partire dall'esperienza più recente)

Cosa ho imparato nelle varie esperienze fatte? Quali competenze professionali ho maggiormente sviluppato?

ESPERIENZE (dove e quando)	anno/i	APPRENDIMENTI e COMPETENZE SIGNIFICATIVI CARATTERISTICI DEL PERIODO

ESPERIENZE DI AGGIORNAMENTO/FORMAZIONE ATTESTATE DAL 2012

(annotare TIPOLOGIE delle attività didattiche: aula, formazione sul campo, seminari, attività di Audit, percorso di miglioramento, svolti come docente o discente)
(inserire le ore relative a ciascuna riga)

DATA	TIPOLOGIA DELL'EVENTO FORMATIVO	TEMI / CONTENUTI	Ruolo (contrassegnare con X)		Ore complessive (preparazione + frequenza)
			DOCENTE	DISCENTE	
TOTALE					

ALTRE ESPERIENZE DI AGGIORNAMENTO

(pubblicazioni, ricerche, relazioni a convegni, presentazione di poster...)

ANNO	TITOLO DELLA RICERCA	EVENT. COLLABORAZIONI	AREA DI RIFERIMENTO DELLA RICERCA

ANNO	TITOLO ARTICOLO	EVENTUALI CO- AUTORI	PUBBLICATO SU

ESPERIENZA DI TIROCINIO DEL MASTER "IMPARARE AD INSEGNARE"

(Annotare, per le lezioni tradizionali e per le attività seminariali, il numero di attività svolte e il numero di ore totali effettuate. Per il tutoraggio, indicare la tipologia di tutoring e il numero di ore svolte per ciascuna tipologia.)

LEZIONI TRADIZIONALI			ATTIVITA' SEMINARIALI		
Lezioni da osservatore	Lezioni da docente	Numero di ore effettuate	Attività da osservatore	Attività seminariali effettuate da docente	Numero di ore effettuate
Numero di lezioni da osservatore tot. __	Numero di lezioni da docente tot. __	Numero di ore in totale __	Numero di attività da osservatore tot. __	Numero di attività sem. come docente tot. __	Numero di ore in totale __

TIPOLOGIA 1 Attività tutoriale dove il masterista è tutor dello studente e si autovaluta	ore
TIPOLOGIA 2-Osservazione di Attività didattiche e/o audiovideoregistrazioni proprie e dei compagni	ore
TIPOLOGIA 3- riflessione/discussione/confronto con i propri compagni di master sulle esperienze e incontro con Tutor di riferimento	ore
TIPOLOGIA 4-discussione/confronto con con Tutor di riferimento	ore

BISOGNI FORMATIVI DA SVILUPPARE IN PROSPETTIVA

(annotare i punti salienti del master per i quali si suggerisce una revisione, con particolare riferimento ai bisogni formativi e alle strategie specifiche di cui si propone l'utilizzo)

AREA DA IMPLEMENTARE	PREVISIONE TEMPI	MODALITA' / STRATEGIE	CONDIVISIONE CON IL COORDINATORE

ESERCITAZIONI INDIVIDUALI IN ITINERE

(annotazione del voto, del livello di congruenza e delle note salienti afferenti allo svolgimento delle esercitazioni individuali) come compito assegnato dai docenti dopo le attività residenziali e come compiti dati dal coordinatore di tirocinio a livello delle sedi locali

	voto	Congruenza con gli obiettivi del corso (1: min – 6:max)	Note rilevanti
Compito 1			
Compito 2			
Compito 3			
Compito 4			
Compito 5			
Compito 6			

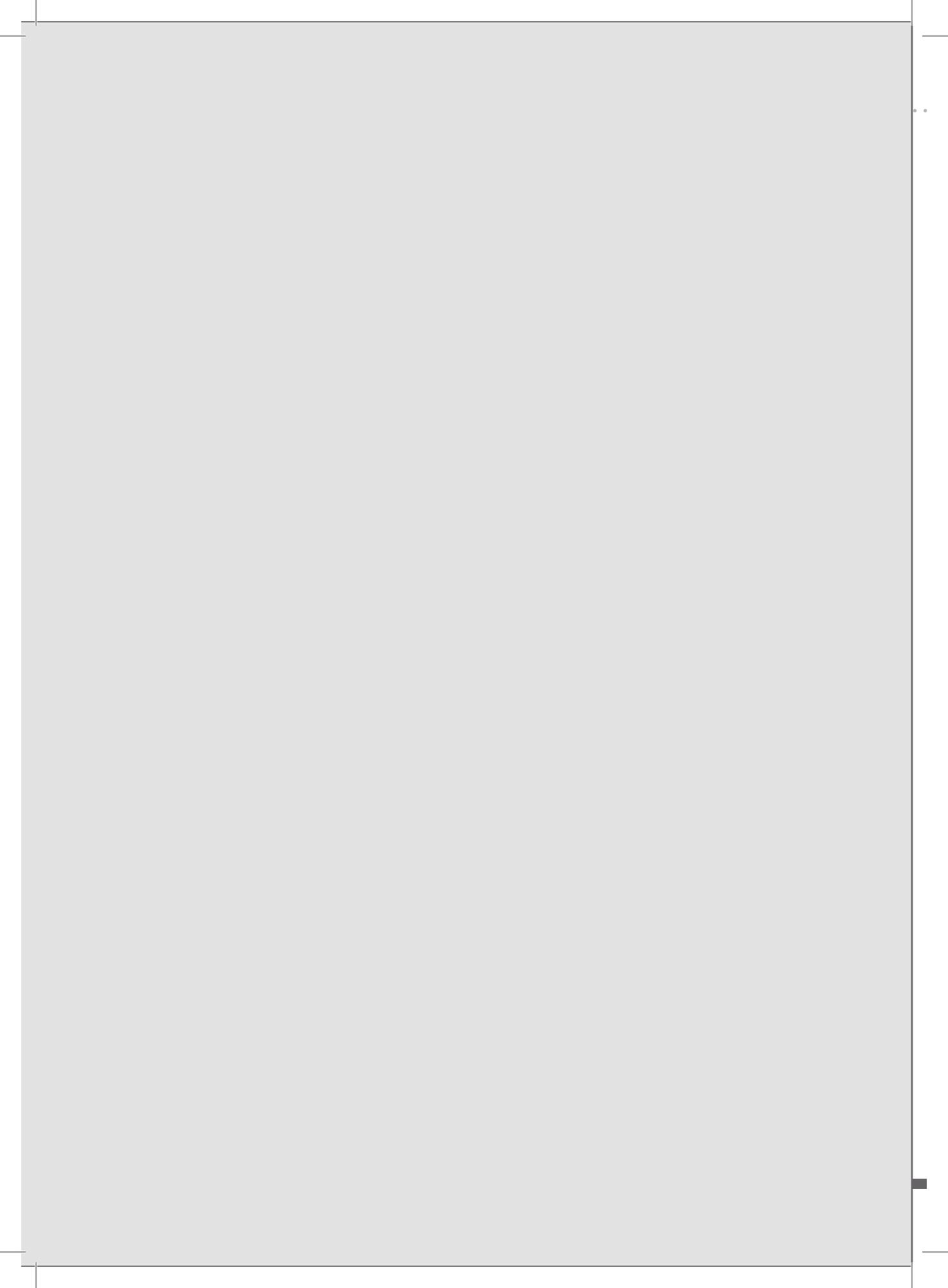
ATTIVITÀ DI RIELABORAZIONE PERSONALE, UTILIZZO DEL FORUM, INCONTRI DI

Tipo di attività	Note

INCONTRI DI DEBRIEFING PERIODICO

con gli altri discenti del master, tutor e coordinatore didattico in concomitanza delle settimane dedicate al Master

Data	Note



Scheda di valutazione della didattica da parte dello studente nel CORSO INTEGRATO DI MEDICINA GENERALE nelle Cure Primarie a Modena

VALUTAZIONE DEL TUTOR

Attività da valutare	mai	qualche volta	spesso	sempre	perchè
Il tutor è stato disponibile a mostrarmi gli aspetti del suo lavoro					
Mi ha chiesto di compilare la griglia di osservazione della visita per distinguere i problemi del paziente dal motivo della visita					
Ho discusso casi e problemi durante il periodo di tirocinio					
Ho accompagnato il tutor nelle visite domiciliari					
Ho eseguito manovre semeiologiche sul paziente					
Ho risposto al telefono					
Ho compilato la cartella clinica informatizzata					

VALUTAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI TIROCINIO

Tipologia di attività svolte	mai	qualche volta	spesso	sempre	perchè
Contratto formativo con il tutor					
Attività di briefing					
Osservazione della visita					
Partecipazione alla visita					
Attività di debriefing					

VALUTAZIONE COMPLESSIVA

	mai	qualche volta	spesso	sempre	perchè
Rispetto alle tue aspettative hai trovato interessante il tirocinio presso il medico di M.G.?					
L'attività osservata è stata utile alla tua formazione dal punto di vista del metodo clinico ?					
L'attività osservata è stata utile alla tua formazione dal punto di vista della relazione Medico Paziente ?					
L'attività osservata e la discussione con il tutor è stata utile per apprendere l'integrazione fra la medicina ospedaliera-specialistica e la Medicina Generale?					

.....
Indica l'aspetto che ti ha colpito più positivamente di questo Corso:

Indica l'aspetto che ti ha colpito più negativamente di questo Corso:

Altre osservazioni:

In conclusione...

Ora abbiamo un testo scritto, da consultare, che spero servirà ai MMG docenti, sia a quelli alle prime esperienze, sia a quelli già esperti, per una verifica o un confronto con altri. L'idea di mettere in un manuale, cioè di scrivere in un testo i metodi e gli strumenti per "insegnare la clinica" della MG, è nata insieme al Master "Imparare a insegnare".

L'occasione di avere insieme, come docenti del Master, professori universitari e MMG formatori, italiani e stranieri, era troppo ghiotta per non chiedere a ognuno di loro di scrivere un capitolo per un Manuale, ad hoc, per la didattica in Medicina Generale.

Non è stato facile perché abbiamo dovuto conciliare le teorie pedagogiche e le conoscenze mediche applicate a un campo della Medicina in cui l'approccio al paziente è personalizzato e contestualizzato, perché condizionato:

- dal setting (si pensi alla casa del paziente)
- dalla cultura della malattia
- dal suo vissuto
- dall'idea di salute
- dalla relazione fra medico e paziente
- dalla relazione con la famiglia e con gli altri curanti
- da una cartella clinica organizzata per problemi e non per patologie

Le azioni dei MMG durante l'attività professionale sono *"Informarsi, Archiviare i dati per problemi, Analizzare, Scegliere, Decidere, Prevedere, Valutare i rischi, Determinare le priorità, Pianificare, Agire, scegliendo il tempo giusto e le alleanze"*, per risolvere problemi anche complessi. Ma tale complessità va affrontata senza alta tecnologia, ma con metodi, tappe, strategie e strumenti semplici ed elementari, come la semeiotica dei segni clinici che vanno ricercati con la visita prima di avventurarsi in percorsi specialistici e supertecnologici. Prima bisogna usare i semplici "ferri del mestiere" del medico rappresentati in copertina: il fonendoscopio, il martelletto, lo sfigmomanometro, il metro per misurare la circonferenza vita... Per noi è un paradosso che qualche ortopedico per una gonalgia richieda una Risonanza Magnetica prima della visita. E così è per gli esami di laboratorio richiesti al MMG dalle persone sane, periodicamente... "perché non si sa mai".

Gli strumenti per insegnare quest'arte così peculiare, soprattutto agli specializzandi di MG, sono in questo manuale, dove ogni autore ha cercato di superare la complessità insita nell'adattare metodiche già in uso alla situazione tipica della MG; ma, soprattutto, sono state esplorate vie didattiche nuove, come i laboratori della medicina narrativa, il paziente simulato, la formazione con i pazienti "esperti e formatori", fino alla valutazione delle abilità cliniche con l'OSCE, all'Audit e alla ricerca come parte integrante dell'apprendimento.

Qualsiasi esperienza, sia di apprendimento che di insegnamento, non è uno “stato” o una condizione, ma un “continuum”, un cammino, un viaggio in salita che porta a innalzarsi e ad avere una visione sempre più ampia di quello che ci sta intorno. Anche il Master da cui questo libro nasce non è sfuggito a questa regola, rappresentando per chi l’ha condotto un’esperienza didattica innovativa: la partecipazione attiva dei “discenti”, per la maggior parte già esperti nella formazione, ha permesso di far crescere in maniera esponenziale i contenuti che i docenti avevano in animo di trasmettere.

Così pensiamo che questo, per molti, sarà solo l’inizio del viaggio per creare una squadra di formatori più ampia possibile, perché i docenti e i tutor, incoraggiati dai suggerimenti e dai consigli dei capitoli di quest’opera, impieghino questi strumenti durante l’insegnamento con studenti, specializzandi e MMG nella loro “formazione continua”. Spero anche che i lettori – a loro volta – possano suggerire modifiche e ulteriori strumenti per poter migliorare la didattica e fornire contributi per una successiva edizione di questo testo.

“ Ho imparato che quasi tutti vogliono stare in cima alla montagna, ma tutto il bello e la crescita avvengono mentre la scali” ...perciò continuiamo a salire insieme!

Maria Stella Padula e Gabriella Aggazzotti

RINGRAZIAMENTI

Ringraziamo, uno per uno, i docenti autori dei capitoli (alcuni di essi autori di più capitoli), perché senza di loro non avremmo mai potuto realizzare questo testo. Ringraziamo in modo particolare il dott. Alessandro D’Antone che, con competenza e un costante impegno personale che è andato ben oltre la mia richiesta iniziale, ha svolto la paziente opera di rilettura dei vari capitoli, forniti dai diversi autori in stili diversi, e li ha adattati nel modo migliore alla struttura grafica che avevamo impostato nella progettazione iniziale.

Autori

Claudio Boccaccini è Regista Teatrale, Direttore Artistico della Scuola di Teatro “La stazione” a Roma

Laura Cerrocchi è Professore Associato in Pedagogia Generale e Sociale presso il Dipartimento di Educazione e Scienze Umane dell’Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

Corrado Chiari è MMG a Reggio Emilia, docente a contratto presso l’Università di Modena e Reggio Emilia.

Fabrizio Consorti è membro del Dipartimento di Scienze Chirurgiche dell’Università “La Sapienza” di Roma e Presidente della SIPeM, Soc. It. di Pedagogia Medica.

Giulio Corgatelli è MMG a Varese, SIMG, docente di metodologie della Valutazione nel Master “Metodi e strumenti per l’insegnamento clinico della Medicina Generale nelle Cure Primarie” presso l’Università di Modena e Reggio Emilia.

Gaetano D’Ambrosio è MMG a Bisceglie (BA), SIMG, docente di metodologie della Formazione nel Master “Metodi e strumenti per l’insegnamento clinico della Medicina Generale nelle Cure Primarie” presso l’Università di Modena e Reggio Emilia.

Alessandro D’Antone è Dottorando in Scienze Umanistiche presso il Dipartimento di Educazione e Scienze Umane dell’Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

Giacomo Delvecchio è Dirigente Medico presso l’ASL di Bergamo e membro del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPeM)

Vincent Dumez è M.Sc. Co-directeur de la Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) du Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) de la Faculté de Médecine, Université de Montréal.

Luigi Flora è patient formateur, PhD en sciences de l’éducation, conseiller pédagogique de la Direction de la Collaboration Partenariat Patient (DCPP) du Centre de Pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) de la Faculté de Médecine, Université de Montréal - laboratoire EXPERICE, Université Paris 8 Campus Condorcet

Michele Gangemi è Pediatra di libera scelta a Verona, formatore al counselling sistemico e membro del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPeM)

Lorenza Garrino è Ricercatore presso il Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche presso l’Università degli Studi di Torino, membro del Consiglio Direttivo della SIPeM.

Daniela Mecugni è Ricercatore presso l'Università di Modena e Reggio Emilia e Coordinatore del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche.

Bernardo Antonio Olivares Bermudèz è medico endocrinologo presso l'IRCCS "S. Maria Nuova" di Reggio Emilia e Docente in questo Master.

Maria Stella Padula è MMG a Modena, SIMG, Docente di Medicina Generale nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Modena e Reggio Emilia.

Italo Paolini è MMG ad Arquata del Tronto (AP), Responsabile dell'Area "informatica e telematica" della SIMG.

Mike Pringle è stato General Practitioner a Nottingham (UK); è professore emerito di Medicina Generale presso l'Università di Nottingham; è presidente del Royal College of General Practitioners

Norma Sartori è MMG a Cembra (TN); membro del Consiglio Direttivo dello CSeRMeG, Centro Studi e Ricerche in MG.

Tiziano Scarponi è MMG a Perugia, SIMG.

Aurelio Sessa è MMG a Varese; responsabile dell'area della Ricerca Clinica presso la SIMG.

Raffaele Solinas è MMG a Cagliari; SIMG; Coach e Tutor al Corso di Formazione Specifica in MG di Cagliari

Fabrizio Valcanover è MMG a Trento; Docente e responsabile CliPS LAB; membro dello CSeRMeG

Marie-Claude Vanier è B.Pharm., M.Sc, professeure agrégée de Clinique, Faculté de pharmacie. Présidente, Comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration et au partenariat de soins, Université de Montréal.

Giuseppe Ventriglia è stato MMG a Pinerolo (TO); Responsabile dell'area Formazione della SIMG; Docente di metodologie della Formazione nel Master "Metodi e strumenti per l'insegnamento clinico della Medicina Generale nelle Cure Primarie" presso l'Università di Modena e Reggio Emilia.

Luciano Vettore è Professore emerito di Medicina Interna presso l'Università di Verona e Past President della SIPeM, Soc. It. di Pedagogia Medica.