



**Le Vite degli Altri**  
**Dall'anamnesi alla biografia**

PROGETTO FORMATIVO SPERIMENTALE "ADOTTA UN PAZIENTE"

**CONSIDERAZIONI A MARGINE**  
**DELLA SPERIMENTAZIONE**  
**DIDATTICA**

## ***LE VITE DEGLI ALTRI. DALL'ANAMNESI ALLA BIOGRAFIA***

### **CONSIDERAZIONI A MARGINE DELLA SPERIMENTAZIONE DIDATTICA**

A partire dal 2011 la Scuola di Umanizzazione della Medicina onlus ha proposto, curato e condotto – in collaborazione con la Direzione della Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Torino e il reparto di Geriatria e Malattie Metaboliche dell'osso dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza – il percorso formativo “Le vite degli altri. Dall'anamnesi alla biografia”. Fine ultimo di questo lavoro era quello di testare una modalità didattica alternativa, in grado di permettere agli studenti del corso di laurea in Medicina e Chirurgia di acquisire o affinare capacità relazionali e comunicative, unanimemente riconosciute come necessarie alla loro futura professione e tuttavia spesso trascurate nel nostro ambito accademico.

Ora, dopo tre anni di sperimentazione e in fase di progettazione della quarta edizione, ci è parso opportuno scandagliare *dall'interno* l'esperienza fatta e inquadrare le sue possibili evoluzioni, enucleandone i punti di forza e mettendone in risalto le criticità; di solito tuttavia tale proposito porta con sé un'inevitabile parvenza tecnico-burocratica, perfino apologetica: la solita relazione d'attività con il suo corredo polveroso di dati troppo univoci e conclusioni sempre troppo prossime alle premesse per sfuggire all'impressione di voler soltanto confermare ciò che da sempre si dà per assodato e che, per inciso, giustifica l'esistenza stessa dell'iniziativa. Per scongiurare quel rischio abbiamo deciso di gettare uno sguardo più distaccato sulla nostra iniziativa formativa, innanzitutto considerandola a partire dal contesto nel quale è stata inserita, ri-articolando le domande e le idee che ne costituiscono l'ossatura e che, quel dì, ne motivarono la realizzazione.

In questo documento ripercorriamo dunque l'itinerario teoretico che ci ha condotti al disegno del corso e, rileggendo i testi ad un più alto livello di consapevolezza rispetto a tre anni or sono, ragioniamo sia pure sinteticamente sulle modalità didattiche generali che tradizionalmente regolano la formazione medico-accademica nel nostro paese e non solo, con lo scopo di fornire un piccolo – e si spera non infimo – contributo al dibattito culturale circa le questioni che qui vengono discusse: questo per altro costituisce il *core business* ed il primo motore di un ente *culturale* quale è, per ragioni statutarie, la Scuola di Umanizzazione della Medicina.

Il fine ultimo che ci proponiamo e che ci piace denunciare *apertis verbis* è il tentativo di sottrarre al rischio dell'estemporaneità l'esperienza didattica di cui qui si fa cenno (per informazioni tecniche sullo svolgimento e sugli esiti della stessa rimandiamo alle relazioni annuali), senza tuttavia esagerarne strumentalmente la portata o l'importanza, ma condividendo alcune considerazioni circa i profili didattici che fanno da sfondo alla nostra iniziativa, che a nostro parere è giunto il tempo di

mettere radicalmente in discussione. Per questo ci permettiamo di travalicare l'orizzonte pur non ristretto dell'apprendimento di ciò che la letteratura internazionale in pedagogia medica chiama *key communication skills*, per assurgere al cielo dell'impostazione didattica *tout court*; ma per volare alto occorre non dare nulla per scontato e dunque non trattenere inconsapevoli zavorre, perciò cercheremo di prendere in considerazione, per quanto possibile, tutte le implicazioni dell'insegnamento delle competenze comunicativo-relazionali in una Scuola di Medicina.

Il fatto che queste considerazioni vengano da “fuori”, ovvero non dalle strutture interne dell'Accademia, può certo apparire insolito nel nostro panorama istituzionale, e tuttavia non dovrebbe, perché è importante ribadire come la scelta di fondo delle strategie pedagogiche che presiedono alla formazione dei medici sia tutt'altro che una questione tecnica – che pertiene esclusivamente all'ambito universitario –, ma invochi il modello stesso di medico che la società intende formare, costituendo dunque un tema che, nei suoi profili e nelle sue ricadute culturali generali, è importante discutere ad un livello più alto e meno specialistico, per così dire nell'ottica “del sistema”.

### **Breve descrizione del percorso formativo “Le vite degli altri”**

L'idea iniziale di realizzare un “ tirocinio alla relazione ” ha trovato realizzazione in un percorso formativo sperimentale ideato come attività didattica elettiva (ADE), composto da un corso teorico di tre incontri e da un momento pratico specifico della durata di circa una settimana, concluso con seminari di confronto in un quadro di *peer-education*. Agli studenti che hanno partecipato all'attività didattica, complessivamente 60 per i primi tre anni di sperimentazione - iscritti al quinto anno di corso per l'edizione 2012, al sesto per le edizioni 2013 e 2014 - è stato sottoposto un questionario preliminare volto a raccogliere dati circa le motivazioni che hanno indotto lo studente a scegliere il Corso di Laurea in Medicina, il loro grado di soddisfazione per l'offerta didattica e la sua strutturazione, eventuali problemi nel relazionarsi con la persona malata e l'approccio ai temi del dolore e della morte. Questo ha svolto fundamentalmente una funzione di ausilio alla “calibrazione” del lavoro nella fase teorica.

Il momento teorico è stato pensato come introduttivo del momento nodale del tirocinio formativo, svolgendo fundamentalmente una duplice funzione: presentare agli studenti la modalità didattica multidisciplinare che si intendeva sperimentare e fornire le indicazioni e gli strumenti concettuali ed operativi che essi avrebbero utilizzato nella fase del tirocinio. Le diverse sessioni hanno sviluppato il tema della *relazione di cura* attraverso tre specifici punti di vista, ciascuno rappresentato da docenti

appartenenti a diverse aree disciplinari: clinica, socio-antropologica e delle tecniche di comunicazione (intese a partire da un contesto formativo di *problem solving*).

Il momento pratico è consistito nell'abbinare a ciascuno studente, nell'ambito del tirocinio clinico, uno o più pazienti precedentemente arruolati ed informati dell'iniziativa, in parte ricoverati nel reparto di degenza, in parte in carico all'Ospedalizzazione a Domicilio (OAD) del reparto di Geriatria e Malattie Metaboliche dell'osso dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino. Ogni studente, sulla scorta delle indicazioni avute nel corso teorico, ha dovuto prestare attenzione alla dimensione personale del paziente mediante un lavoro d'indagine fenomenologica, ovvero attraverso un'attività di "osservazione partecipante" certificata dalla redazione incrementale di un diario di bordo. Finalità generale del progetto è stata quella di favorire, nel medico in formazione, un itinerario di ricerca e comprensione, punteggiato da momenti di confronto con tutor e colleghi di studio, che lo conducesse dal momento meramente tecnico dell'anamnesi ad una considerazione allargata della biografia del paziente, l'orizzonte in cui si sviluppa il vissuto di malattia nel suo complesso: comprendere il vissuto di malattia è di fondamentale importanza per la relazione terapeutica *tout court*, con ricadute evidenti tanto sulla qualità della comunicazione, tanto sulla aderenza del paziente al percorso terapeutico.

Il corso, che ha registrato un forte interesse da parte degli studenti in ogni sua edizione, è stato sviluppato di anno in anno a partire dai *feedback* dei partecipanti e dei docenti: l'implementazione del corso ha comportato un lavoro di affinamento e rimodulazione del quadro didattico, sia per quanto riguarda il corso teorico, che è stato ripensato in forma più marcatamente attiva e seminariale, sia dei profili temporali e logistici delle classi di tirocinio.

## Medicina e comunicazione

E' acquisizione di ordine comune che le capacità comunicative siano fondamentali per l'esercizio della professione medica e, sul ruolo primario che riveste il *saper comunicare* nella buona prassi clinica, la letteratura internazionale di ogni livello è vasta, documentata e soprattutto crescente: sulla sola banca dati di Medline si passa da circa 5.000 lavori pubblicati in inglese negli anni settanta sul tema, ai circa 20.000 del primo decennio del ventunesimo secolo. L'argomento è stato scandagliato da molteplici punti di vista e vi sono studi che dimostrano tanto l'importanza delle qualità comunicativo-relazionali nella conduzione del rapporto clinico-terapeutico,<sup>1</sup> quanto l'impatto che

---

<sup>1</sup> V. ad esempio Maguire P., Fairbairn S., Fletcher C., "Consultation skills of young doctors: I—Benefits of feedback training in interviewing as students persist", *BMJ* 292 (1986):1573-8, che dimostra come l'allenamento delle qualità comunicative migliori l'accuratezza diagnostica, ossia l'identificazione stessa dei problemi dei pazienti, oppure sullo stesso tema Steward M.A., "Effective physician-patient communication and health outcomes: a review", *Canadian Medical Association Journal*, 152 (1995): 1423-33. O ancora, su come migliorare l'apprendimento delle capacità comunicative Kurtz S., Silverman J., Benson J., Draper J., "Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides", *Academic Medicine*, 78, 8 (2003): 802-9.

queste hanno sulla soddisfazione dei pazienti e sulla loro aderenza al percorso terapeutico.<sup>2</sup> Di più: coltivare ed esercitare con successo le qualità comunicative come parte attiva della propria identità professionale migliora sensibilmente la qualità di vita dei professionisti stessi, aiutando a controllare lo *stress* in una professione che ne è particolarmente a rischio.<sup>3</sup>

Sul punto inoltre insiste una molteplicità di manifesti d'opinione – si pensi, anche qui a mero titolo paradigmatico e solo per restare al dibattito culturale italiano, alla *Carta di Firenze*, presentata il 14 aprile 2005, che propone una serie di regole per la promozione di un rapporto non paternalistico tra medico e paziente e in quest'ottica all'articolo 5 stabilisce che «il tempo dedicato all'informazione, alla comunicazione e alla relazione è tempo di cura» –, per non parlare dei codici deontologici, delle raccomandazioni istituzionali e via elencando. Se tuttavia fino a questo livello non si dà quasi dibattito alcuno, ovvero il dato dell'importanza della competenza comunicativa non è confutato (o almeno non lo è esplicitamente), sul *come* identificare queste capacità e soprattutto sul *come insegnarle e addestrarle*, e perfino se in se stesse siano davvero insegnabili, le opinioni divergono ed il campo si fa più variegato. La tradizione della pedagogia medica anglosassone, cui nel presente documento si fa primariamente riferimento per ovvie ragioni di pervasività pubblicistica e scientifica, è sicuramente la più ricca di idee e contributi, come pure di strategie ad alto tasso d'innovazione. Nei paesi di cultura latina e – ciò che ci interessa maggiormente – in Italia le cose stanno diversamente, tanto sul piano teorico quanto su quello delle realizzazioni pratiche e della ricerca sul campo. Tuttavia a partire dall'ultimo decennio del secolo scorso si assiste ad un dibattito crescente sulle tematiche della pedagogia medica, come testimonia in modo più che esemplare il *Manifesto per la formazione alla comunicazione* del gruppo riunitosi a Gargnano nel 2006:

1. Le competenze in campo comunicativo e relazionale fanno parte del bagaglio di lavoro fondamentale del medico.
2. Il raggiungimento e la verifica di tali competenze deve basarsi su strategie formative verificabili.
3. Per raggiungere tali competenze è necessaria l'individuazione di obiettivi didattici irrinunciabili che ciascuna Facoltà di Medicina dovrà implementare nella propria proposta didattica.
4. E' opportuna l'integrazione tra diversi settori disciplinari e la longitudinalità dell'intervento formativo.
5. Per ottemperare alle necessità elencate al punto due, l'insegnamento nel campo della comunicazione e della relazione in medicina deve avvalersi di modalità didattiche che prevedano il coinvolgimento attivo dei discenti e di metodi di valutazione con indicatori di risultato.

---

<sup>2</sup> V. Silverman J., Kurtz S., Draper J., *Skills for communicating with patients*, Radcliffe Medical Press, Oxford 1998 oppure Levinson W., Roter D.L., Mulloly J.P., Dull V.T., Frankel R.M., “Physician–patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons”, *Journal of the American Medical Association*, 277 (1997): 553–9, o ancora Haskard Zolnieriek K. B., DiMatteo M. R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-Analysis. *Medical Care*, 47, 8 (2009): 826-34.

<sup>3</sup> V. ad esempio Parle M., Jones B., Maguire P., “Maladaptive coping and affective disorders in cancer patients”, *Psychological Medicine*, 26 (1996):735-44 e Ramirez A.J., Graham J., Richards M.A., Cull A., Gregory W.M., “Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction of work”, *Lancet*, 16 (1995) :724-8. Sulla connessione tra cattiva prassi comunicativa e frequenza nell'errore clinico si veda ad es. Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S., *To Err is Human: Building a Safer Health System*, National Academy Press, Washington DC 1999, oppure Levinson W., Pizzo P. A., “Patient-Physician Communication”. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 305, 17 (2011): 1802-1803.

6. I docenti di questa area devono essere attivi sul piano della ricerca nel campo della comunicazione e della relazione e devono essere in grado, sul piano formativo, di applicare le strategie di cui al punto 5.
7. la valutazione dell'investimento (in termini culturali e di risorse) delle facoltà nell'ambito dell'insegnamento della comunicazione e relazione deve far parte integrante delle procedure di accreditamento della facoltà medesima.<sup>4</sup>

Il lavoro che ha condotto alla redazione di questo manifesto prende atto di un certo ritardo della condizione accademica italiana circa l'insegnamento delle *communication skills* rispetto alle situazioni d'eccellenza internazionale, sondando e compiendo un'attenta disamina delle iniziative in atto nella realtà accademica del nostro paese, la quale mette in risalto una situazione comunque in fermento, sia pure in forme episodiche, disarmoniche e prive di collegamento, nonché a volte curiosamente di difficile reperibilità scientifica:

La caratterizzazione dei corsi appare molto diversificata: è presente un solo corso integrato, in 20 casi sono presenti moduli dedicati all'interno di corsi integrati, in 11 casi si tratta di corsi elettivi, e in un caso di una singola lezione [...]. La distribuzione dei crediti formativi e delle ore di didattica è analogamente diversificata, con un *range* da 1 a 10.5 per quanto riguarda i crediti e una distribuzione da meno di 10 a 100 ore come carico didattico dello studente [...]. Gli argomenti principali trattati all'interno dei singoli corsi si riferiscono a tematiche quali la storia della medicina e il modello tradizionale-biomedico ed allargato-*patient centered*; la relazione medico-paziente (approfondimento sulle *skills* comunicative e sugli aspetti emotivi presenti nell'interazione); l'etica in medicina. Le modalità pedagogiche, sia per le ore di didattica (formale e non) sia per le sessioni di esame, variano dalle più tradizionali (lezioni frontali, discussione di casi clinici e valutazioni scritte ed orali), all'introduzione di tecniche più attive (sessioni di psicodramma, *focus-group*, *role playing*). Le valutazioni certificative sono anch'esse caratterizzate da una notevole difformità (dal più tradizionale esame orale alla valutazione attraverso un OSCE [...]). E' chiaro per altro che la stessa difficoltà a reperire informazioni sui processi di insegnamento-apprendimento relativi a questi temi è testimonianza di una realtà ancora magmatica e scarsamente coesa.<sup>5</sup>

Il manifesto che emerge da quest'analisi è il tentativo di ordinare per punti le indicazioni che vengono dalla migliore pedagogia medica internazionale e nazionale nel campo dell'insegnamento delle *communication skills*, con particolare enfasi sulle caratteristiche di longitudinalità in tutto il *curriculum studiorum*, di integrazione e di trasversalità tra diverse aree disciplinari, insistendo pure sull'importanza di modalità didattiche attive e valutazioni non meramente certificative.

Ora, a ben vedere, e correndo il rischio di essere impietosi, se queste sono le indicazioni principali della pedagogia medica occidentale degli ultimi vent'anni, non solo e non tanto relative al tema pur relevantissimo delle competenze relazionali, le condizioni di apprendimento in Italia ci paiono ancora carenti in ciascuno dei punti succitati ed in particolar modo sui versanti dell'integrazione e della valutazione. L'impressione che ci è venuta dallo studio della pubblicistica italiana e dai dibattiti con il campione di studenti che hanno partecipato alla nostra iniziativa sperimentale (campione comunque privo di esplicita rappresentatività statistica, giova ricordarlo) è che il corso degli studi sia articolato ancora per *compartimenti stagni*, divisi l'un l'altro da *barriere* di natura unicamente certificativa. Le

---

<sup>4</sup> Gruppo Gargnano, "La comunicazione e la relazione con il malato: quale formazione nelle Facoltà mediche italiane?", *Medicina e Chirurgia. Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia*, 40-41 (2007): 1671.

<sup>5</sup> Ivi pp 1673-4.

critiche degli studenti prendono soprattutto di mira ciò che a loro pare un'assoluta dominanza dell'insegnamento teorico, del quale certamente segnalano l'eccellenza, a fronte di una scarsa organizzazione dell'insegnamento pratico.

L'impianto generale che emerge pare risentire di una *forma mentis* che tende a tenere fortemente separati – quando non per certi versi antitetici – il momento teorico da quello pratico, per lo più visti entro un'ottica consequenziale per la quale l'inquadramento teorico è sempre prodromico e necessario in vista del *cimento* pratico. Questa mentalità, che si potrebbe definire anti-costruttivistica, tende inconsciamente a non considerare la conoscenza come un risultato ma come un qualcosa di dato, che dunque non va raggiunto costruttivamente ma assimilato, prima di tutto concettualmente. Una visione di tale fatta tenderà a relegare modalità di apprendimento attive alla periferia del contesto formativo, attribuendo completamente all'istituzione la responsabilità di pre-costituire e controllare il *cursus* formativo e valutarne gli esiti con modalità di mera certificazione atte a verificare se lo stato di avanzamento delle conoscenze dello studente sia, ad un dato tempo, conforme al percorso prestabilito; di qui la tendenza a controllare ed organizzare più nel dettaglio il momento teorico, cosa per altro organizzativamente più semplice, consentendo margini più ampi di libertà (e dunque di scarsa organizzazione, episodicità, arbitrarietà nei metodi di tutoraggio e nelle valutazioni) all'aspetto pratico dell'insegnamento. Gli studenti per parte loro non criticano esplicitamente l'impianto generale ma notano – seppure in maniera non totalmente tematizzata – una certa incongruenza nel passaggio tra i due momenti: ovvero il fatto che dal loro punto di vista la preparazione teorica non riesca, per quanto approfondita e curata, ad essere del tutto preparatoria del momento pratico. Per questo molti segnalano il bisogno di “integrare” il percorso accademico con esperienze auto promosse fuori dal contesto istituzionale.

E se invece teoria e pratica non fossero da considerarsi come rigidamente consequenziali? Se venissero inquadrate anche dal punto di vista didattico nell'ottica di una mutua implicazione, per cui ciascuna potesse valere da premessa/stimolo e coronamento/controllo dell'altra? Un impianto di questo genere, per esempio, condurrebbe a calare sin dagli esordi gli studenti in un contesto pratico, dimostrando come il criterio dell'integrazione implichi, in via analitica, quello di longitudinalità dell'apprendimento. Detto diversamente: criticare una caratteristica pedagogica rilevante è sempre difficile senza chiamare in causa l'intero impianto, poiché l'interconnessione di tali caratteristiche è più forte di quanto non emerga a prima vista.

A titolo di *excursus* riportiamo qui di seguito uno stralcio dell'inchiesta circa l'opinione sull'impianto didattico dell'intero corso di studi che abbiamo condotto presso gli studenti che hanno partecipato all'ADE “Le vite degli altri”.

Il cursus studiorum fin qui intrapreso ha soddisfatto le sue aspettative ?	
Sì	21
No	21

Come si può notare le opinioni positive e negative si equivalgono numericamente (al di là del fatto che – lo ribadiamo nuovamente! – il nostro non è un campione statisticamente rilevante, non tanto e non solo per i numeri ma per le modalità “casuali” di arruolamento), ma se si leggono le motivazioni che accompagnano la risposta la situazione si fa assai più complessa e sfumata, dal momento che il “sì” e il “no” non sono mai netti e non mancano elogi e critiche indipendentemente dalla valutazione generale. Tuttavia sia la domanda chiusa che le risposte aperte ad essa correlate assumono un interesse centrale per il presente documento, perciò riportiamo qui di seguito una selezione delle risposte scritte dagli studenti, assolutamente rappresentativa della generalità delle opinioni espresse (raccolte il primo giorno di corso e prima dell’inizio delle attività didattiche).

Per quel che attiene alle motivazioni di chi si dice soddisfatto della qualità didattica della facoltà, gli elogi si soffermano in particolar modo sulla profondità e sulla completezza del *curriculum* teorico, anche se talora questo non esclude la notazione di carenze sul lato pratico e/o relazionale, evidentemente considerate minori:

Mi ritengo soddisfatta del piano formativo che ci è offerto e della qualità dei vari corsi integrati. Unica pecca è spesso la mancanza di un risvolto pratico, di un collegamento tra teoria e pratica clinica. I tirocini formativi tentano di ovviare a questo aspetto ma non sempre con successo. Spesso mi sembra di sapere tutto su sindromi rare e complesse che dubito mi troverò mai di fronte, ma poi magari non so quale farmaco dovrei prescrivere ad un paziente con una banale influenza. Il rischio è quello di “studiare per passare l’esame” (quindi studiare ciò che viene richiesto dai professori) più che studiare per diventare un medico capace. Nel complesso comunque mi ritengo contenta e fortunata per la mia scelta.

La risposta giusta sarebbe né sì né no; sì perché, tecnicamente parlando (lezioni, preparazione teorica, disponibilità dei docenti), mi sono trovata ciò che mi aspettavo e il bilancio è positivo; no perché, a livello “umano” e pratico, mi aspettavo un’attenzione maggiore.

Ritengo che il nostro corso di studi ci abbia dato una preparazione di base molto buona, pur essendo carente dal punto di vista della formazione pratica. Sono quindi abbastanza soddisfatta, anche se ci sono aspetti sicuramente da migliorare.

Sì, sono felice del corso di studi intrapreso, anche se le difficoltà non sono state poche; acquisire le conoscenze mediche è stato impegnativo ma comunque più semplice rispetto al doversi rapportare con le persone malate e riflettere sul senso della malattia, della vita, della morte. In questi anni più volte ho provato difficoltà nel confrontarmi con la sofferenza umana e ho lavorato sul mio carattere affinché quelle che un tempo consideravo debolezze possano diventare punti di forza per la mia professione futura.



Quanto alle motivazioni di chi si dice nel complesso insoddisfatto del *cursus* di studi che sta portando a termine (si tratta di studenti per lo più del sesto anno), anch'esse mettono in luce sostanzialmente una certa qual scollatura tra teoria e pratica, considerandola però motivo sufficiente a motivare una disposizione generalmente critica:

La maniera di studiare la medicina è molto teorica, con poco rilevanza della parte pratica e del rapporto con il paziente. Si tende a studiare le malattie come singoli blocchi, come patologie a se stanti senza relazione tra loro o con il contesto personale del paziente.

Non sempre i tirocini svolti nei vari reparti hanno soddisfatto le mie aspettative: non tanto per la disponibilità dei singoli medici quanto piuttosto per l'organizzazione. Io credo che durante il tirocinio lo studente dovrebbe raggiungere degli obiettivi minimi PRATICI, che ovviamente durante la lezione frontale non può acquisire. Spesso questo non avviene neanche nel tirocinio, un po' per mancanza di tempo e un po' per il numero di studenti affidato ad ogni reparto. Personalmente secondo me non sarebbe una cosa negativa affiancare al tirocinio una verifica pratica di obiettivi minimi acquisiti durante lo stesso, non per forza a carattere valutativo, ma almeno per dare la possibilità ad ogni studente di svolgere almeno anamnesi e esame obiettivo su un paziente.

Nonostante la formazione specifica sulla materia sia ottima, non c'è spazio per il lato etico nel corso di laurea e ciò porta a tralasciare l'aspetto più umano della medicina, che dovrebbe essere altrettanto importante.

Il nostro corso soddisfa la sfera teorica della materia medica ma è lacunosa nel pratico: in alcuni reparti non c'è disponibilità a seguire gli studenti; la segreteria didattica talvolta mal organizza i tirocini con relativi disagi sia per gli studenti che per i reparti; i nostri tirocini spesso risultano aridi dal punto di vista dell'apprendimento "manuale", tanto che al sesto anno alcuni non hanno mai eseguito un prelievo o un'emogasanalisi.

Anche se la formazione sul piano di conoscenza è di buon livello (spesso fin troppo approfondita), nella pratica è quasi del tutto assente l'esperienza pratica della medicina e del rapporto coi malati; nessuno al termine del corso di laurea è pronto, ad esempio, a fare il medico di base se non ha integrato con altre esperienze per conto suo.

La completezza delle informazioni sulla patologia non è in sintonia con la complessità dell'essere umano, a mio avviso mancano basi formative sul rendere più umana la relazione tra il medico e il paziente.

Come si può notare, gli studenti mostrano un alto livello di consapevolezza e la propensione a utilizzare come base argomentativa della critica, positiva o negativa che sia, la considerazione dell'insieme di tutte le competenze che contraddistinguono la professione del medico. Al di là del grado di soddisfazione personale la cosa interessante è come la valutazione dei punti di forza e di debolezza dell'impianto didattico sia del tutto univoca, tanto che sia i soddisfatti che gli insoddisfatti finiscono per elogiare la strutturazione teorica – mettendone in luce una profondità perfino eccessiva – e criticare l'impianto pratico sia in termini di organizzazione (ad es. gruppi troppo ampi) che di inquadramento, come pure una certa qual arbitrarietà nelle strategie d'insegnamento dei

diversi reparti contesto di tirocinio, il che fa presupporre agli studenti l'assenza, o la non preminenza, di un protocollo didattico univoco e condiviso.

Un'ultima notazione – ma qui si tratta di una nostra impressione – è che emerge tanto nelle risposte scritte quanto nelle discussioni seminariali l'idea di una dimensione fondamentalmente passiva dello studio accademico della medicina, per cui l'apprendimento teorico sarebbe primariamente legato all'ascolto, quello pratico all'osservazione: ovvero lo studente si sente spesso come una sorta di comprimario nella *scena* di apprendimento, quasi che quel contesto (in particolare sul versante pratico) non fosse approntato in modo particolare per lui e che egli vi fosse anzi in qualche modo d'intralcio. Lo studente nota uno scollamento tra *contenuto* e la sua *applicazione*, e come il primo sia il campo proprio del percorso universitario del corso di laurea, teso a fornire e a certificare un bagaglio tecnico-scientifico il più possibile esaustivo; egli tuttavia sa di dover assorbire la dimensione professionale vera e propria, intesa come il coronamento applicativo di quel bagaglio, nella pratica di specializzazione e lavoro *post lauream*. A quest'ambito viene demandato l'esercizio e l'approfondimento di tutte quelle competenze che esulano dal mero dato tecnico, quali ad esempio (ma non solo) le competenze comunicativo-relazionali.

### **Alcuni esempi concreti di insegnamento delle competenze comunicative**

La letteratura internazionale sottolinea da anni l'importanza di insegnare e valutare gli aspetti comunicativi e relazionali della visita medica attraverso specifici percorsi formativi inseriti nei *curricula* universitari, spesso integrati con l'attività clinica *tout court*. In fase di preparazione della nostra iniziativa abbiamo studiato alcuni casi eccellenti, valutati sulla scorta di considerazioni di varia natura che qui di seguito andiamo brevemente a riassumere.

Innanzitutto è d'obbligo prendere in considerazione per primo il caso olandese dell'università di Maastricht, il primo gruppo di studio attivo sul tema delle *communication skills* in ambito europeo, sia in termini di primazia storica che scientifica (i.e. IF). A Maastricht sin dai primi anni ottanta fu introdotto un programma di insegnamento e valutazione delle competenze comunicative dei futuri medici,<sup>6</sup> il primo al mondo ad essere inserito in tutti gli anni di corso di laurea, con un impianto completamente integrato e avvalendosi di lavoro a piccoli gruppi, *role playing*, incontri con pazienti standardizzati, videoregistrazioni ed esercizi. L'attuale *curriculum* didattico è frutto del progressivo,

---

<sup>6</sup> Cfr. Van Dalen J., Bartholomeus P., Kerkhofs E., Lulofs R., Van Thiel J., Rethans J.J., Scherpbier A.J.J.A., Van Der Vleuten C.P.M., "Teaching and assessing communication skills in Maastricht: the first twenty years", *Medical Teacher*, 23, n. 3 (2001): 245–51.

ultra-ventennale adattamento del modulo alle esigenze pratiche riscontrate e sulla scorta dei suggerimenti degli stessi studenti.

Il *curriculum* in questione poggia su tre robusti pilastri teorici: la longitudinalità a tutto l'arco di studi; la prospettiva sulle caratteristiche generali della visita medica; l'integrazione all'interno dei corsi in cui si sviluppano e affrontano tematiche cliniche, internistiche e chirurgiche, ovvero l'addestramento alla comunicazione non deve avvenire in un quadro decontestualizzato o pensato su una base completamente modellizzata. Sulla scorta di queste premesse, il corso si articola in un percorso coerente che accompagna gradualmente, nel corso degli anni di studio e contestualmente all'aumentare delle competenze tecnico-cliniche, le competenze comunicative e relazionali dello studente.<sup>7</sup> Per dare un'idea delle modalità didattiche utilizzate e dell'impegno, giova ricordare come gli argomenti siano affrontati in blocchi da sei settimane così strutturati:

- 1a settimana: teoria sulle tecniche di comunicazione (piccolo gruppo da 10 studenti);
- 2a settimana: incontri con il paziente simulato senza insegnante (gli studenti si dividono in coppie dove lo studente A fa il medico e lo studente B osserva);
- 3a settimana: incontri di videofeedback con il clinico competente e l'esperto di comunicazione (gruppi da 10);
- 4a settimana: come la seconda, ma con ruoli invertiti;
- 5a settimana: come la terza;
- 6a settimana: conclusione del blocco.

Complessivamente il corso richiede allo studente un impegno di circa 100 ore d'apprendimento con docente e circa 70 di osservazione di filmati suoi e dei suoi compagni. Nella Facoltà di Maastricht l'insegnamento a 800 studenti richiede il coinvolgimento di circa 120 docenti per un quinto del loro tempo di docenza.

Altro esempio interessante è quello dell'Università di Calgary, in cui si nota al pari di Maastricht la longitudinalità del percorso e l'integrazione con gli aspetti medici della consultazione. Anche in questo caso vi è un ampio utilizzo di strategie attive di didattica e una cura particolare, attraverso un ricorso forte alle visite simulate, dell'integrazione tra gli aspetti teorico-comunicativi e quelli medici

---

<sup>7</sup> Il primo anno, ad esempio, l'attenzione è posta in particolare sulle competenze comunicative di base relative alla raccolta delle informazioni e gli studenti si esercitano in incontri con pazienti simulati che interpretano casi relativamente semplici. Poi si continua in un crescendo di difficoltà, cominciando anche via via ad inserire pazienti reali e non solo simulati, fino ad arrivare ad un punto in cui le tecniche di comunicazione sono completamente integrate nel programma clinico, ovvero il "corso", la cui dimensione teorica è sin dal principio sfumata, entra in una dimensione completamente pratico-addestrativa, sino al punto finale in cui lo studente deve dimostrare di essere in grado di gestire un'ora di ambulatorio in cui giungano 4 pazienti differenti, dando parimenti prova di saper affrontare anche una situazione di emergenza.

affrontati durante le lezioni. Particolarmente curata, in questo caso, la questione della valutazione, che si svolge nella forma dinamica e per stazioni dell'OSCE (*Objectives Structured Clinical Examination*) e che ha tre obiettivi: effettuare la valutazione certificativa, verificare la qualità dell'integrazione fra clinica e comunicazione e proporre un momento di apprendimento e insegnamento. Rilevante è dunque il tentativo di "espandere" il tempo della valutazione, trasformandolo in ulteriore tempo di apprendimento e destituendolo di una valenza esclusivamente certificativa: si tratta di prove pre-strutturate divise in stazioni standard, realizzate in ambienti reali, come ad esempio un reparto ospedaliero, oppure simulati. Al termine del percorso agli studenti è data la possibilità di affrontare pazienti reali in un periodo di tirocinio presso gli ambulatori di medicina generale.

Specificità di questo modello è – a proposito della dicotomia didattica tra teoria e pratica di cui si scriveva prima – l'integrazione nell'insegnamento di "*process and content*" dell'aspetto comunicativo della professione medica, che dimostra come coniugare proceduralità e contenuto sia del tutto conveniente ai fini costruire un impianto formativo il più possibile fedele alla realtà quotidiana della professione, senza dimenticare che questo consente di familiarizzare il discente con uno sguardo globale sulla visita medica, intesa sia dal punto di vista della valutazione biomedica che dalla prospettiva del paziente:

The new arrangement marries content and process elements of the medical interview, incorporates both biomedical and patient perspectives, [...]. Closely aligned to "real-life" medicine, this model enables the practice of a truly comprehensive approach to clinical-skills teaching and practice that translates readily from clinical coursework to practice settings.<sup>8</sup>

Più recente è il caso dell'Università di Amburgo, interessante per l'affinità con il nostro contesto, considerato che il mondo medico-pedagogico di lingua tedesca ha iniziato a spendere tempo su questi temi piuttosto tardi rispetto agli anglosassoni. Il corso pilota "*Basics and Practice in Communication Skills*", strutturato secondo dinamiche attive simili a quelle descritte fin qui (*role playing*, prove simulate e lavori a piccoli gruppi), ha avuto inizio nel 2008 e si è sviluppato negli anni seguenti presso il policlinico universitario di Amburgo-Eppendorf.

In questi anni e contestualmente al lavoro didattico è stata condotta una ricerca di tipo *survey* che ha testato le capacità comunicative di base degli studenti coinvolti nella sperimentazione all'inizio e alla fine del percorso formativo, confrontandoli con i dati provenienti da un gruppo di controllo composto da studenti partecipanti al normale *curriculum* della facoltà in materia di *communication skills* (il classico corso sul rapporto medico-paziente). I risultati della ricerca dimostrano come gli studenti arruolati nel corso sperimentale mostrino una maggiore crescita e padronanza delle proprie capacità comunicativo-relazionali e, soprattutto, diano prova di maggiore consapevolezza dei propri limiti e

---

<sup>8</sup> Kurtz S., Silverman J., Benson J., Draper J., "Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides", *Academic Medicine*, 78, 8 (2003): 808.

della reale portata delle loro competenze rispetto al gruppo di controllo, ossia acquisiscano notevoli capacità di auto-valutarsi.

Interessante notare come parlare di *communication skills* non significhi affatto denotare un perimetro di competenze fissato una volta per tutte e pacificamente condiviso e così, per quanto il campo di quelle competenze possa certamente essere inteso come ambito soggetto a variazioni culturali, i conduttori della *survey* di Amburgo sentono la necessità di definire il campo delle competenze comunicative in ambito medico secondo il dettato dell'americana conferenza di Kalamazoo:

To address the inconsistency in definitions, we use the Kalamazoo Consensus Statement as a framework for our intervention. Published in 2001 by a group of representatives from major medical education and professional organisations, this statement provides a list of essential elements in patient-physician communication.<sup>9</sup>

Esempio parimenti significativo è quello dalla scuola di Medicina dell'Università di Harvard che, al pari di Maastricht, sin dagli anni ottanta struttura interamente la sua didattica secondo il modello dell'apprendimento per problemi (*Problem Based Learning*) e si pone come autentico paradigma per molte università d'oltreoceano (e non solo). Sin dai primi anni del nuovo secolo la scuola di Medicina di quest'università è particolarmente impegnata nel compito di standardizzare il quadro didattico d'insegnamento delle *communication skills*, nonché istituzionalizzarne la valutazione lungo tutto il percorso *undergraduate*, dal momento che curiosamente si nota una certa qual decadenza di queste capacità lungo il corso di studi.<sup>10</sup>

Questo lavoro di istituzionalizzazione e uniformazione dei modelli d'insegnamento e soprattutto di valutazione lungo tutto il corso del *curriculum* formativo risponde ad una sollecitazione implicita nel report 1999 dell'Association of American Medical Colleges, che notava l'assenza di un quadro didattico univoco circa l'insegnamento e la valutazione di tali capacità. Quanto all'inquadramento preciso delle qualità comunicative anche Harvard sceglie il modello elaborato dalla conferenza di Kalamazoo, che individua 7 ambiti di competenze, ciascuno meglio specificato da sotto-competenze. Secondo una tale schematizzazione il medico in formazione deve dimostrare le seguenti capacità comunicative e relazionali:

1. *Builds a relationship*: Greets and shows interest in the patient as a person. Uses words that show care and concern throughout the interview. Uses tone, pace, eye contact, and posture that show care and concern. Responds explicitly to patient statements about ideas, feelings, and values.
2. *Opens the discussion*: Allows patient to complete opening statement without interruption. Asks 'is there anything else' to elicit full set of concerns. Explains and/or negotiates an agenda for the visit.

---

<sup>9</sup> Cfr. M. C. Hausberg, A. Hergert, C. Kröger, M. Bullinger, M. Rose, S. Andreas, "Enhancing Medical students' Communication skills: development and evaluation of an undergraduate training program", *BMC Medical Education*, 12 (2012): 2.

<sup>10</sup> Cfr. Rider E.A., Hinrichs M.M., Lown B.A., "A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum", *Medical Teacher*, 28, 5 (2006): e127.

3. *Gathers information*: Begins with patient narrative using open-ended questions ('tell me about . . .'). Clarifies details as necessary with more specific or 'yes/no' questions. Summarizes and gives patient opportunity to correct or add information. Transitions effectively to additional questions.
4. *Understands the patient's perspective*: Asks about life events, circumstances, other people that might affect health. Elicits patient's beliefs, concerns and expectations about illness and treatment.
5. *Shares information*: Assesses patient's understanding of problem and desire for more information. Explains using words that are easy for patient to understand. Asks if patient has any questions.
6. *Reaches agreement (if new/changed plan)*: Includes patient in choices and decisions to the extent she/he desires . Checks for mutual understanding of diagnostic and/or treatment plans. Asks about patient's ability to follow diagnostic and/or treatment plans. Identifies additional resources as appropriate.
7. *Provides closure*: Asks if the patient has questions, concerns, or other issues. Summarizes. Clarifies follow-up or contact arrangements. Acknowledges patient and closes interview.<sup>11</sup>

Il lavoro degli esperti di Harvard appronta, sulla scorta dello schema sopra citato, un processo di valutazioni di tipo OSCE lungo tutti gli anni di studio, finalizzato a valutare l'acquisizione e soprattutto la *ritenzione* delle competenze acquisite. C'è da ribadire come questo tipo di valutazione non sia disgiungibile dall'attività didattica in sé, ma importi un elemento di valutazione certificativa *all'interno* del percorso di apprendimento, come pure c'è da notare che questa metodologia d'insegnamento superi ormai l'impostazione teoretica del "corso di comunicazione" classico, inserendo l'insegnamento e l'auto-apprendimento di questo tipo di competenze entro il *curriculum* clinico, al punto che – anche qui – non si pone una separazione se non in punto di analisi. Per comprendere l'orizzonte didattico di cui si sta parlando si cita qui di seguito una breve descrizione di come avviene la valutazione delle capacità comunicative nel quarto ed ultimo anno del corso di laurea (per gli anni precedenti, su livelli diversi, la cosa è analoga):

Students must pass a school-wide *Comprehensive Clinical Practice Examination* at the beginning of their fourth year. Students are assessed at nine clinical skill stations. Many of the stations are integrated across disciplines. For example, one station may integrate skills in medicine and neurology; another content and skills from surgery, obstetrics/gynecology and medicine. Standardized patients assess students' communication skills in seven of nine clinical skill stations using the same [...] assessment tools. Faculty assess students' skills in interview content, physical diagnosis, differential diagnosis and management, and provide feedback on communication skills.<sup>12</sup>

In questo caso l'esame OSCE consente di portare la valutazione stessa entro un quadro reale o comunque realistico (il contesto di cura), il fatto che questo tipo di valutazione sia ripetuta negli anni consente di prendere in considerazione per così dire *in fieri* l'intero percorso di crescita del discente, il suo complessivo progredire (o regredire) e la sua capacità di ritenere le competenze e le conoscenze acquisite negli anni. Appare ovvio come in questo esempio la longitudinalità dell'intervento didattico, il suo dispiegarsi organico lungo tutto il corso degli studi, non sia un valido *optional*, ma una *condicio sine qua non*.

---

<sup>11</sup> Ivi, p. e129.

<sup>12</sup> Ivi, p. e132

Ultimo esempio internazionale che abbiamo preso in considerazione è l'esperienza del corso di comunicazione che ha avuto luogo nella scuola medica londinese del St. Mary's Hospital tra la fine degli anni ottanta e l'inizio degli anni novanta.<sup>13</sup> In essa si coniugano le metodologie attive del lavoro in piccoli gruppi e delle visite simulate con il tradizionale contesto di corso accademico, introdotto da lezioni teoriche frontali e limitato agli studenti del primo anno del corso clinico, dunque privo di prospettiva longitudinale. La prima parte dell'intervento formativo consiste in una giornata di studio durante il corso clinico introduttivo ed ha lo scopo di fornire gli strumenti tecnici e di aumentare la consapevolezza dell'importanza del problema, essa si sviluppa attraverso una lezione e seminari per piccoli gruppi, con l'intervento di studiosi del comportamento e clinici di diversi dipartimenti. La seconda parte, più avanti durante l'anno – quando gli studenti sono già assegnati ai medici e ai chirurghi più giovani in modo da conseguire un'esperienza pratica –, vede gli studenti lavorare in piccoli gruppi in modo attivo con l'ausilio di pazienti simulati introdotto e video-feedback, il tutto intercalato da momenti di confronto e discussione critica. Nel corso del tempo la metodologia è stata perfezionata attraverso le valutazioni degli studenti e dei tutori.

Quest'iniziativa, a differenza dei casi di Maastricht ed Harvard – che strutturano l'intero *curriculum* formativo entro un'impostazione attiva basata sui problemi –, inserisce modalità d'insegnamento innovative in un quadro didattico tradizionale, il che fa mancare al corso i caratteri di longitudinalità ed integrazione, calandosi nel contesto dell'insegnamento londinese come un corpo estraneo. Ciò tuttavia ha reso possibile valutare la reale portata di queste iniziative e l'importanza di venire poste a dimora in un terreno favorevole. Le criticità riscontrate sono infatti conseguenti ad un orario delle lezioni molto impegnativo e rigido, che rende difficile trovare spazio per nuovi corsi, i quali inevitabilmente portano ad un'espansione dell'insegnamento e ad un carico ulteriore di lavoro per studenti e insegnanti.

La rigidità del quadro generale ha inoltre reso impossibile tentare una valutazione organica e sistematica degli studenti coinvolti, consentendo solo di fornire agli studenti un *feedback* diretto delle loro capacità. Gli sperimentatori notano come questo tipo di valutazione non sia soddisfacente, ma una valutazione formale richiederebbe probabilmente un'intervista ad un paziente simulato e standardizzato e tali valutazioni comporterebbero non poche spese. D'altro canto occasione principale del corso risiedeva nella raccomandazione del *General Medical Council* di introdurre una valutazione di fine anno dell'abilità a comunicare con successo con pazienti, per cui si nota (lo notano *in primis* gli stessi sperimentatori) come un impianto formativo rigido sia difficilmente adattabile in tempi brevi alle richieste che vengono dal mondo dei professionisti. Il carattere elettivo,

---

<sup>13</sup> V. McManus I.C., Vincent C.A., Thom S., Kidd J., "Teaching communication skills to clinical students", *British Medical Journal*, 306 (1993): 1322-7.

oltre che sperimentale, del corso ha poi fornito l'impressione che gli studenti iscritti fossero anche naturalmente i più dotati in tali qualità, e quindi i meno bisognosi di un siffatto percorso formativo.

In Italia l'insegnamento delle competenze comunicativo-relazionali è – lo abbiamo ricordato – ancora fortemente disomogeneo, sia quanto all'attenzione alla tematica sia quanto all'effettiva diversificazione delle proposte (corsi specifici, moduli all'interno di corsi integrati, corsi elettivi, singole lezioni), ai crediti formativi (da 1 ad oltre 10), agli argomenti trattati, ai metodi pedagogici e alle modalità di valutazione. Il dato che presenta carattere di maggiore omogeneità è che nel nostro paese il compito dell'insegnamento delle competenze comunicative è stato tradizionalmente affidato alle discipline psicologiche, pur nell'evoluzione costante del ruolo della psicologia all'interno delle facoltà mediche.

L'esperienza di maggior rilievo, ci è parso di poter affermare in forza della sua longevità e della qualità del contesto teoretico-pedagogico, è quella condotta presso il polo S. Paolo-ICH dell'Università degli Studi di Milano, che ha introdotto dall'anno accademico 1998/1999 un *Corso integrato di Comunicazione e Relazione in Medicina*<sup>14</sup> di 100 ore per studente. Esso copre tre semestri - dal I del III anno al I del IV anno – ed è articolato in quattro fasi, ognuna con obiettivi didattici specifici: dai presupposti teorici essenziali agli elementi basilari della comunicazione; dalle strategie comunicative per le diverse fasi della consultazione alle conversazioni difficili in situazioni specifiche (paziente cronico, aderenza alle terapie, le cattive notizie, la comunicazione dell'errore). Per gli obiettivi didattici più attinenti agli aspetti teorici, il corso prevede l'utilizzo di lezioni frontali, lavoro in piccolo gruppo e studio individuale. Per quanto riguarda gli obiettivi relativi alle competenze comunicative è previsto l'utilizzo di strategie didattiche interattive, come *role playing* giocati da pazienti e/o attori. Altri strumenti usati sono la discussione di videoregistrazioni di visite reali e/o simulate ed esercizi di comunicazione in piccoli gruppi quali la costruzione di dialoghi e casi clinici. Per quel che attiene alla valutazione, in conformità con ciò che la letteratura internazionale suggerisce per verificare l'acquisizione di competenze cliniche, è stato costruito un OSCE strutturato in due fasi, la prima costituita da un *test* a risposta multipla e da una domanda aperta e la seconda da 4 stazioni di 4 minuti ciascuna:

Lo studente, cui viene presentata la trascrizione di un dialogo medico-paziente, deve: identificare gli aspetti relativi al vissuto di malattia del paziente (I stazione); identificare le tecniche comunicative del medico (II stazione); inserire nel dialogo specifiche tecniche comunicative (III stazione). Nella IV stazione lo studente incontra un paziente/attore di cui deve raccogliere un'anamnesi centrata sul problema attuale. I role-playing vengono videoregistrati e valutati attraverso il Patient Centered Score Sheet<sup>13</sup> e il Roter Interaction Analysis.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> V. Leone D., Vegni E., Moja E.A., “ Il Corso di Comunicazione e Relazione in Medicina”, *Medicina e Chirurgia*, 56 (2012): 2511-2514.

<sup>15</sup> Ivi, p. 2512



L'esperienza milanese può vantare un forte grado di soddisfazione da parte degli studenti, ma anche l'emergenza di alcuni elementi inattesi e, perciò stesso, particolarmente significativi:

Alcuni studenti segnalano il rischio di un impoverimento della relazione dopo un Corso che analizza e discute le strategie comunicative che caratterizzano le consultazioni cliniche. Questo commento ci sembra nascere da una non corretta comprensione di un punto fondante il Corso: sono insegnabili solo gli obiettivi di una consultazione clinica (e questi dipendono dal modello di riferimento, ad es. quello *Patient centred*); viene invece lasciata al singolo la scelta delle modalità comunicative adeguate al raggiungimento degli obiettivi. L'altro aspetto che colpisce è che la scelta di "spalmare" il Corso su più semestri nell'arco di due anni sia sentita dagli studenti come dispersiva, tant'è che propongono di concentrare il Corso in uno/due semestri o addirittura ridurlo a corso elettivo. Viene da chiedersi quanto queste considerazioni siano influenzate da un assunto di fondo del modello medico tradizionale che sente gli aspetti comunicativi e relazionali della visita utili e interessanti ma accessori e non prioritari. Le criticità sulla longitudinalità del Corso sorprendono poi perché la nostra proposta culturale sembra coerente ma ancora lontana dai modelli internazionali che propongono percorsi davvero trasversali. Certamente tali modelli impongono una forte integrazione con la clinica che da noi è ancora lontana. Se, come sottolinea la letteratura su quello che viene chiamato *hidden curriculum*, gran parte del sapere degli studenti viene trasmesso attraverso le esperienze che essi vivono nei reparti, secondo delle norme implicite spesso in contraddizione con quanto formalmente insegnato a lezione, il tema dell'integrazione diventa prima ancora che un problema metodologico un problema culturale.<sup>16</sup>

## La questione culturale

Eccoci al punto centrale della questione, che ha motivato la scelta di improntare la nostra esperienza formativa *solo* sulla sensibilizzazione del contesto di vita entro cui *avviene* la malattia. A fronte dello studio preparatorio dei casi/modelli sin qui citati e di molti altri ancora che ne riproducono modalità ed esiti con poche variazioni, la nostra scelta si è focalizzata su un'iniziativa sperimentale molto più piccola ed all'apparenza assai meno ambiziosa, completamente incentrata sul dato culturale anziché su quello procedurale. In pratica abbiamo deciso di soffermarci "solo" sulla questione – in sé abissale – della *dimensione personale* della malattia, che costituisce un possibile orizzonte di senso e spesso la chiave interpretativa principale attraverso cui il paziente cerca di razionalizzarla, contenerla e, fin dove possibile, disinnescarne gli effetti più nefasti.

La prospettiva che abbiamo adottato è stata differente da quella psicologico-pedagogica sin qui considerata: abbiamo optato per un inquadramento per così dire "antropologico", chiedendo agli studenti di operare un esperimento mentale di *epochè fenomenologica*, ovvero di incontrare il paziente sospendendo le loro conoscenze pregresse, sia di tipo clinico-accademico che relative alla loro esperienza di vita, ricostruendo il *setting* di vita e malattia del paziente "adottato" a piccole tappe cronologiche, da analizzare redigendo un diario di bordo: come un antropologo immerso in un contesto culturale sconosciuto essi stessi dovevano trasformarsi in *strumento* di ricerca.

---

<sup>16</sup> Ivi, p. 2513

Ora, ciò che abbiamo cercato di fare, è stato di far riflettere i futuri medici – l'uso di quest'espressione anziché studenti o discenti è voluto – su come l'orizzonte comunicativo del rapporto medico paziente non possa esulare dall'incontro-scontro tra un'architettura interpretativa tecnico/scientifica ed il contesto di vita in cui la malattia si insedia, e che perciò il medico ha il compito professionale – non tanto e non solo da un punto di vista deontologico – di impostare l'approccio di cura tenendo conto dell'orizzonte di senso entro cui il paziente esperisce e comprende non solo la malattia e i suoi esiti possibili, ma anche il percorso terapeutico (o i percorsi terapeutici) che gli viene prospettato. Senza quest'impostazione non avviene ciò che, un poco retoricamente, viene definita *alleanza terapeutica*; senza questa articolazione, a ben vedere, sfumano i contorni comunicativi stessi della professionalità medica, al di là di ogni caratterizzazione analitica più precisa. Questa scelta è stata operata proprio per rendere possibile l'emersione alla coscienza dello studente di elementi portanti dell'*hidden curriculum*, ed è stata operata per poter preparare in modo più consapevole un eventuale percorso di insegnamento sulle *communication skills*. Questo ha fatto sì che nessuno studente abbia inteso nel concetto stesso di competenza comunicativa il rischio tecnicistico di comprimere o banalizzare, mediante l'insegnamento di comportamenti rigidamente modellizzati, la *libertà espressiva* del professionista.

Abbiamo inoltre scelto di non replicare le modalità dei percorsi didattici fin qui analizzati per ragioni oggettive: dovevamo costruire un corso di tipo elettivo (ADE), non longitudinale, destinato agli studenti degli ultimi anni del corso di laurea, senza poter pensare ad una valutazione strutturata di tipo oggettivo, troppo dispendiosa in termini di tempi e risorse. Il fatto è che siamo persuasi, sulla scorta della letteratura internazionale, che innestare un elemento didatticamente spurio rispetto al contesto, e per di più in forma episodica, sia un'operazione molto difficile quanto agli esiti. Allora ci è parso utile cercare di trasformare gli elementi di debolezza in elementi di forza, puntando sulla dimensione culturale della relazione, che è il primo passo perché lo studente si renda conto in proprio della reale portata di ciò che andiamo chiamando con l'espressione suggestiva, ma non priva di ambiguità, di *communication skill*. Ciò in virtù del fatto che queste competenze sono gravate da un forte retaggio culturale, tale da renderne labili i confini, che occorre prima di tutto fissare di volta in volta.

Di più, si tratta di qualcosa che sta evolvendo, sicché richiamare la valenza terapeutica della dimensione della relazione non equivale, come spesso si crede, al recupero di un'arte antica, schiacciata dall'evoluzione tecnica e strumentale della medicina, ma di un compito non ancora del tutto assolto del nostro tempo, se è vero che mai come oggi – in ragione anche dell'evoluzione socio-politica della cittadinanza in Occidente – il percorso terapeutico dev'essere – là dove possibile – condiviso e compreso e non mai imposto; ciò spiega il paradosso dell'innalzato tasso

d'insoddisfazione nei confronti di una medicina sempre più efficace e, per converso, il crescente ricorso a pratiche alternative prive (spesso tragicamente) di legittimazione scientifica. E allora la nostra impostazione cerca di mettere al centro dell'attenzione ciò che segna lo *sfondo comunicativo* della relazione terapeutica, che per paradosso è di solito ciò che rimane inespresso, non *detto*.

### **I rischi del *non detto***

Ma come si fa a valutare l'efficacia di un'iniziativa didattica di tal fatta? E' di estrema difficoltà perfino quantificare gli *outcomes* nel medio periodo di interventi più strutturati e capillari come quelli cui si è precedentemente accennato... insomma, ben sappiamo come queste iniziative siano viste da molti con sospetto quanto alla loro reale portata, al più considerate come iniziative lodevoli da un punto di vista di generica sensibilizzazione, un gentile corollario del *core curriculum*. Il problema che lo sia è certamente reale, ma occorre cambiare l'angolazione visuale per comprendere più lucidamente lo stato della questione: se le capacità comunicative – come si afferma con tono unanime – non sono espungibili dalla valigetta del medico neppure nel terzo millennio (semmai lo erano nel muto medico della tradizione indiana del millennio precedente!), allora non sarà possibile che esse non entrino nel circuito pedagogico di una Scuola di Medicina, e se non vi entrano in modo ufficiale ed esplicito lo faranno dalla “porta sul retro” delle prassi comunicative non tematizzate, apprese inconsciamente come stimolo culturale, ciò che la letteratura di lingua inglese definisce “*hidden curriculum*”,<sup>17</sup> ossia da tutta una serie di comportamenti abitudinari, rituali ufficiosi e regole non scritte che veicolano una fetta importante dei valori base della professione. Da questo punto di vista le cose vengono completamente ribaltate, allorché il dibattito sull'utilità di pensare a percorsi di addestramento delle competenze comunicative e relazionali viene totalmente superato dal dato di fatto che questo addestramento è già *da sempre in atto*: e allora, che senso ha non insegnarle in maniera esplicita?

Il fatto in sé che le strutture assiologiche che regolano nel profondo i canoni di una professione non siano sempre del tutto esplicite non rappresenta necessariamente un dato negativo, né è completamente eliminabile dall'orizzonte pedagogico che presiede alla formazione universitaria dei medici o di qualsiasi altro professionista; è tuttavia cosa che va monitorata e studiata, in particolare per il caso così particolare e delicato del futuro medico, onde evitare che si affermino messaggi disfunzionali rispetto al quadro di valori che le scuole di medicina affermano esplicitamente. Da questo punto di vista le ricerche più avanzate dimostrano un panorama complesso, ovvero che – a fronte del numero crescente d'iniziative formative circa la qualità relazionale del rapporto

---

<sup>17</sup> V. Haffetey J., “ Beyond curriculum reform: Confronting medicine's hidden curriculum”, *Academic Medicine*, 734 (1998): 403–407.

terapeutico – si registra negli studenti un’erosione delle capacità relazionali e perfino un *decadimento etico* che si approfondisce negli ultimi anni di facoltà, cioè negli anni primariamente dedicati all’apprendimento pratico demandato ai tirocini clinici.<sup>18</sup>

Nel contesto italiano uno studio particolarmente interessante (se non l’unico uno dei pochissimi nel panorama della pedagogia medica italiana) circa i profili dell’*hidden curriculum* lo dobbiamo ancora al gruppo di ricerca del polo San Paolo-ICH dell’Università di Milano,<sup>19</sup> che ha dimostrato, isolando alcune tematiche ricorrenti di particolare rilevanza, come l’insegnamento ufficioso che s’impartisce nei tirocini veicoli un’impostazione del rapporto medico-paziente che risente di un connotato culturale di tipo tradizionale, fortemente paternalistico, mettendo in luce un corto circuito tra ciò che viene insegnato formalmente e la dimensione *carsica* dell’insegnamento *non detto*. Condizionamento culturale per altro ampiamente descritto in un’analisi di qualche anno prima circa la situazione dell’insegnamento ai medici in Italia, *Clinica della formazione medica*,<sup>20</sup> in cui si legge una disamina molto interessante, multidisciplinare e multidimensionale di tutti gli aspetti impliciti della formazione del medico nel nostro paese, dei modelli pedagogici agiti e di tutte le loro innumerevoli implicazioni. Immagini di quel cortocircuito di cui si diceva si trovano anche in un altro tipo di pubblicistica, che assume i toni della denuncia e non quelli pedagogico-scientifici, come si legge in un recente libro che raccoglie per lo più testimonianze di ex-studenti:

Lo specializzando però si accorse che imparavo dagli infermieri e mi disse: “La pressione che scrivi è quella che prendi con gli infermieri?” Risposi di sì, non capendo dove sarebbe andato a parare. “Non puoi fidarti di come prendono la pressione loro, non sono capaci, la misurano in modo differente [...]. Non ti serve a nulla fare il giro con gli infermieri”. Non avevo capito il gioco dei ruoli. E’ stato il primo di tanti episodi in cui ho ascoltato i medici mettere in chiaro la propria superiorità sugli altri operatori sanitari. E’ assolutamente inutile che si parli a lezione dell’importanza del lavoro di squadra [...]. La separazione dei ruoli è molto netta.<sup>21</sup>

Senza dubbio un esempio letterale di ciò che il sociologo Freidson ha definito *dominanza medica*.<sup>22</sup> Alcune immagini di questo cortocircuito – francamente non così clamorose – le abbiamo avute anche noi, nel lavoro a piccoli gruppi che abbiamo svolto con gli studenti e nella lettura dei diari: questo, si potrebbe dire riprendendo il discorso di qualche pagina addietro, è un ulteriore livello dello scollamento tra momento teorico e momento pratico, che riguarda soprattutto i corsi che si occupano di relazione medico-paziente ed aspetti comunicativi e bioetici.

---

<sup>18</sup> V. ad es Feudtner C., Christakis D.A., Christakis N.A., “Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students’ perceptions of their ethical environment and personal development”, *Academic Medicine* 69 (1994): 670–679 e, più recentemente, Bellini L.M., Shea J.A., “Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training” *Academic Medicine* 80(2005): 164–167.

<sup>19</sup> Lamiani G., Leone D., Meyer E.C., Moja E.A., “How Italian students learn to become physicians: A qualitative study of the hidden curriculum”, *Medical Teacher*, 33, 12 (2011): 989-996.

<sup>20</sup> Bertolini G., Massa R., *Clinica della Formazione Medica*, FrancoAngeli, Milano 1997.

<sup>21</sup> AA.VV., *Medici senza camice. Pazienti senza pigiama. Socioanalisi narrativa dell’istruzione medica*, Volume 14 di Quaderni di ricerca sociale, Edizioni Sensibili alle Foglie, 2013, p. 17

<sup>22</sup> V. Freidson E., *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, FrancoAngeli, Milano 2002.

Ma come si può evitare l'eventuale evenienza di questo cortocircuito? L'unico modo accreditato, crediamo, è quello di spostare la palla della responsabilità formativa, consegnandola di più nelle mani dello studente, stimolando il pensiero critico mediante la promozione di modalità didattiche attive, rendendo gli spazi di compartecipazione, scambio e costruzione della conoscenza il contesto proprio dell'educazione medica. L'iniziativa che più radicalmente rispose a questo richiamo – e che avremo modo di descrivere più avanti – fu messa in opera in Canada, e precisamente nella facoltà di Medicina dell'Università McMaster di Hamilton, dove per la prima volta a partire dalla fine degli anni sessanta si immaginò e costruì un impianto didattico integralmente pensato sulla centralità dello studente e strutturato sull'apprendimento per problemi (*Problem Based Learning*). Ciò ha rappresentato il vero fatto saliente della pedagogia medica degli ultimi cinquant'anni, e – qualsiasi cosa se ne pensi – non si tratta di un fatto puramente tecnico-didattico, ma di una risposta all'evoluzione scientifica, sociale ed etica della medicina, seppur non priva di elementi controversi.

Rispondendo ora alla domanda circa l'effettiva utilità delle iniziative formative sulle *communication skills*, bisogna affermare queste iniziative hanno significato ed efficacia soltanto se sono assorbite entro un contesto pedagogico ad esse coerente, ma allora lo sguardo sull'insegnamento alla relazione necessariamente conduce al tema della formazione medica in sé, costituendone solo un punto prospettico privilegiato. Insomma, il tema dell'educazione alla comunicazione e alla relazione non può che restare sterile se trattato indipendentemente dalla considerazione dell'intero paradigma pedagogico, così come l'apprendimento delle scienze di base trova *compimento* nell'esercizio dell'attività clinica. Non può essere altrimenti, se consideriamo che il paradigma pedagogico è strettamente collegato alla figura professionale che esso intende formare, e dunque – al di là di tutti i possibili tecnicismi – la domanda socialmente rilevante è: che modello di medico promuovere?

## **I medici e i pazienti di domani**

I modelli pedagogici che stanno alla base della formazione dei medici, come testimoniato storicamente, devono essere continuamente ripensati: da un lato in ragione del progresso scientifico della medicina e dell'affinamento degli strumenti pedagogici, dall'altro lato in forza del modificarsi del contesto socio-politico in cui di volta in volta si esercita la professione medica. Questi due fattori, la cosa deve essere presa in considerazione, si modificano ed influenzano mutuamente, talché il modello pedagogico enuclea e a un tempo veicola (e promuove) un'idea di medico e di medicina, ovvero risente del *milieu* culturale e di pensiero preminente, nonché delle prassi in uso.

In molte realtà vige un sistema di revisione periodica del sistema di educazione medica mediante la ricalibrazione del modello di professionista che s'intende formare, ovvero quello via via più utile a partire dal contesto scientifico, sociale, economico, culturale e scientifico del tempo. In Gran Bretagna, ad esempio, il compito di stilare un simile modello – inteso sulla base dell'elencazione delle abilità minime che sono richieste a un medico per poter esercitare la professione – spetta al *General Medical Council*, che lo rende noto attraverso il documento *Tomorrow's doctor* (l'ultimo disponibile risale al settembre 2009). Tale documento è vincolante per la costruzione del *core curriculum* di tutte le scuole di medicina. Esso delinea un modello sia relativamente ai doveri generali sia alla figura professionale, intesa nella sua completezza come sintesi di tre profili indissociabili: *the doctor as a scholar and a scientist*, *The doctor as a practitioner* e *The doctor as a professional*. La definizione di questi profili, mediante l'esposizione ragionata di tutte le abilità necessarie a definirne esaurientemente i livelli di competenze, consegue ad un'attenta definizione e ripartizione dei doveri che spettano – quanto all'educazione dei giovani medici – a tutti i livelli istituzionali e professionali a vario titolo coinvolti: il *General Medical Council*, le scuole di medicina, il sistema sanitario nazionale, i singoli medici e, ovviamente, gli studenti: l'educazione del medico è intesa come un fatto che coinvolge il sistema nella sua totalità e, in quanto tale, lo obbliga ad un'attenzione costante e ad un costante ripensamento.

Un programma analogo, seppur ad un diverso livello istituzionale, è stato lanciato anche dalla Comunità Europea che a partire dal 2004 ha posto in essere una commissione per la definizione di uno standard condiviso nelle comunità scientifica circa le competenze di base che definiscono il medico in quanto tale. Il programma, che nasce proprio con il proposito di armonizzare l'educazione superiore continentale nel settore medico, va sotto il nome di *Tuning Medicine* e si pone nel quadro della dichiarazione di Bologna (1999) per la creazione di uno spazio europeo dell'istruzione superiore. Esso, a testimonianza della rilevanza delle differenze che possono intercorrere tra diverse scuole e dei diversi contesti culturali in cui viene disegnato il *curriculum di base* del corso di laurea in medicina, propone esclusivamente finalità generali. Nello specifico i laureati in medicina dovranno dimostrare le seguenti capacità di base:

1. Carry out a consultation with a patient.
2. Assess clinical presentations, order investigations, make differential diagnoses, and negotiate a management plan.
3. Provide immediate care of medical emergencies, including First Aid and resuscitation.
4. Prescribe drugs.
5. Carry out practical procedures.
6. Communicate effectively in a medical context.
7. Apply ethical and legal principles in medical practice.
8. Assess psychological and social aspects of a patient's illness.
9. Apply the principles, skills and knowledge of evidence-based medicine.
10. Use information and information technology effectively in a medical context.
11. Apply scientific principles, method and knowledge to medical practice and research.

12. Promote health, engage with population health issues and work effectively in a health care system.

Ora, se la concettualizzazione del modello di medico è, a un livello di sempre maggior formalizzazione, uno strumento imprescindibile per ripensare le modalità dell'educazione universitaria dei medici, perché non prendere in considerazione anche il paziente, che parimenti muta al mutare delle condizioni socio-culturali? C'è perfino chi, come Ivan Cavicchi, arriva a teorizzare un'autentica trasformazione statutaria del paziente, che ora sarebbe meglio identificato dal concetto di "esigente":

Il malato, le cui qualità derivano direttamente da una condizione di cittadinanza, abbiamo detto che si definisce *esigente*. Tipica figura della post-modernità, è il soggetto che, proprio in quanto malato, recupera le sue prerogative politiche, etiche, sociali, culturali, esercitandole attivamente. L'*esigente* incorpora le fragilità del paziente in un nuovo atteggiamento nei confronti della malattia. Egli non si pone più come il classico *beneficiario assistito*, ma come un *contraente* che fa transazioni a ogni livello, con il fisco per pagarsi la sanità pubblica, con le assicurazioni per pagarsi quella privata, con il contenzioso legale, con il medico curante, con i servizi ai quali si rivolge.<sup>23</sup>

Che si concordi o meno con il termine di *esigente*, è indubbio come l'evoluzione sociale e politica degli ultimi sessant'anni abbiano mutato in radice – e non solo limitatamente all'atteggiamento verso il medico come *istituzione* – la condizione stessa del malato. Stando così le cose, l'educazione universitaria (e non solo) dei medici non potrà ripensare se stessa, quanto alle sue prerogative comunicative, prescindendo dalla condizione di malato, o meglio non riconoscendo come lo sviluppo della figura del paziente ponga un problema autenticamente epistemologico, esattamente come devono influire sulla formazione professionale le condizioni economiche, l'inquadramento politico-sanitario, gli aspetti organizzativi che regolano la vita professionale nei vari contesti di lavoro e lo sviluppo stesso della scienza medica. Questo, sia detto *en passant*, è il motivo profondo del titolo e del sottotitolo del nostro percorso formativo – *Le vite degli altri. Dall'anamnesi alla biografia* – che in questa prospettiva intende far comprendere sul campo agli studenti come il ruolo di medico, nel suo evolversi, si giochi anche sulle vie dell'evoluzione della persona in quanto *paziente*, o come altrimenti si voglia definire chi, malato, entra in contatto con il medico come agente di un sistema sanitario. Non si tratta di un mero problema di dovere professionale, ma di comprensione del proprio statuto professionale, o di quello a partire da questo. D'altro canto il futuro medico non sarà necessariamente un clinico, ma potrà essere un organizzatore, un ricercatore ecc. Ossia oggi i contorni di questa figura professionale sono sempre meno univoci e, per meglio dire, sempre più statutariamente dipendenti dal contesto di lavoro.

Per comprendere il grado di inter-relazione di tutti i molteplici livelli che, quasi in un gioco di scatole cinesi, compongono la figura del medico si pensi alla questione dell'*educazione continua in medicina*. Per quanto possa apparire fuori tema, ridiscutere i modelli di formazione dei giovani medici al giorno

---

<sup>23</sup> Cavicchi I., una filosofia per la medicina, edizioni Dedalo, Bari 2011, p. 54

d'oggi non è pensabile al di fuori del contesto ideale dell'*educazione continua in medicina*, ossia dell'acquisizione (o conquista) secondo cui la formazione del medico è un *work-in-progress*, un percorso senza una fine prestabilita, in conformità con l'assunto che la medicina non è una dottrina acquisita una volta per tutte ma una scienza, ovvero un sapere comunitario che evolve continuamente sulla scorta ipotesi e prove, confutazioni e validazioni. In realtà il tema del continuo ripensamento della figura del medico e quindi per esempio della formazione continua come caratteristica peculiare dell'arte medica è qualcosa di ben più antico se, come nota Cosmacini, già in epoca classica al medico era richiesta un'autocertificazione continuativa, che non solo dimostrasse la conservazione del patrimonio conoscitivo ed operativo acquisito, ma che ne certificasse l'accrescimento e l'affinamento.<sup>24</sup>

La specificità dell'epoca contemporanea è tuttavia quella di inserire questo dibattito entro il contesto delle organizzazioni sanitarie moderne e dei moderni sistemi di educazione ed aggiornamento, poiché il problema dell'educazione continua in medicina allarga il suo orizzonte e, da mero problema professionale e deontologico del singolo medico, diviene una *questione di sistema*: omogeneizzare la qualità delle prestazioni sanitarie significa garantire il cittadino in uno dei suoi diritti fondamentali – il diritto alla salute – e questo obiettivo può essere raggiunto solo attraverso una standardizzazione della formazione e dell'aggiornamento dei professionisti che operano nel settore. Ciò ha riguardato dapprima la sola professione medica, poi tutte le altre professioni della salute, via via che queste delineavano i loro profili professionali sia in termini di *autonomia* disciplinare che deontologica. Se la medicina passa da un profilo epistemologico per dir così dottrinale, di scienza data una volta per tutte, ad uno di carattere processuale, allora questo richiederà il ripensamento radicale dell'impalcatura pedagogica che regge la formazione universitaria dei medici, il “primo bagaglio” teorico e pratico che consenta loro di incamminarsi lungo il sentiero – tortuoso, non scontato e mai finito – della professionalizzazione.

### **L'implicazione sociale della formazione dei medici**

Nel 1910 viene pubblicato a New York il cosiddetto *Flexner Report*,<sup>25</sup> un'inchiesta approfondita sullo stato dell'arte della formazione medica nell'America del Nord anglofona (Stati Uniti, Canada, Terranova). Sull'abbrivio di questa relazione approfondita, che non solo individuò la disomogeneità

---

<sup>24</sup> Cfr. Cosmacini G., *La formazione continua nella storia della medicina*, in Innecco A., Pressato L., Tognoni C., Zabeo M. (a cura di), *Governare la Formazione per la Salute. I Fabbisogni Formativi per l'educazione continua in medicina*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2005.

<sup>25</sup> Flexner A., *Medical Education in the United States and Canada*, Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, New York NY 1910.



organizzativa, il frequente conflitto di interessi e la mediocrità generalizzata delle scuole mediche, ma tracciò i profili di un nuovo sistema che generalizzasse i metodi e l'organizzazione delle scuole di eccellenza del tempo (fu presa a modello la *John Opkins University*, che a sua volta riprendeva il modello pedagogico in uso nelle università tedesche), si avviò una radicale riforma dell'educazione medica negli Stati Uniti d'America, la cui *forma mentis* ed i cui cardini didattico-organizzativi costituiscono ancora oggi le fondamenta dell'istruzione universitaria statunitense in questa disciplina. In esso vengono tematizzati in maniera perspicua alcuni concetti che oggi appartengono alla sfera dell'ovvio ma che, storicamente, hanno rappresentato conquiste indiscutibili. In primo luogo la formazione del medico viene indissolubilmente legata alla dimensione *scientifica* della medicina; secondariamente il tema della formazione del medico entra in uno spazio che potremmo definire più marcatamente *sociale*, così come sostanzialmente etico e sociale è il nucleo della stessa scientificità della medicina, se è vero che il *primo motore* come pure il *fine ultimo* del suo progresso scientifico rimane la "cura": si studia *per curare*, non si cura per studiare: «*It is too obvious that if the sick are to reap the full benefit of recent progress in medicine, a more uniformly arduous and expensive medical education is demanded*».<sup>26</sup> Un ripensamento dell'educazione dei giovani medici e una standardizzazione delle sue formule didattiche devono dunque essere posti in atto, anche se ciò conduce ad un incremento dei costi, per portare ai malati – in forma quanto più ampia possibile – il *pieno beneficio* dei progressi medici: «*the question is, then, not merely to define the ideal training of the physician; it is just as much [...] to strike the solution that, economic and social factors being what they are, will distribute as widely as possible the best type of physician so distributable*».<sup>27</sup> Come si vede chiaramente il tema della formazione del medico acquisisce un nuovo *status* teoretico allorquando l'esercizio della medicina entra nello spazio operativo della moderna sanità e, contemporaneamente, la natura incrementale del sapere medico come conseguenza del suo statuto scientifico diviene rilevante anche e soprattutto dal punto di vista della sua ricaduta sociale. D'altro canto i termini della questione – il tema dell'insegnamento da un lato e quello della socializzazione della medicina dall'altro – si condizionano reciprocamente e, nel corso del novecento, si complicano vieppiù con lo sviluppo dello *specialismo* nella professione medica e con il nascere di nuove e il crescere di antiche *professioni sanitarie*. Tutto ciò non può che spostare l'accento dalla formazione del medico *tout court* all'educazione *necessariamente* continua di tutti i professionisti della salute, che diviene la maggior opzione strategica per garantire che la “corsa” del progresso scientifico da una parte ed i continui adattamenti dei sistemi sanitari dei paesi avanzati dall'altra, non trovino impreparati coloro che operano sul campo e dunque non rendano vano lo sforzo di portare alla popolazione *the full benefit* del progresso medico.

---

<sup>26</sup> *Ivi*, p. 13.

<sup>27</sup> *Ibid.*

Che il tema dell'educazione dei medici e degli operatori sanitari, ben lungi dall'esaurirsi su un piano meramente pedagogico, sia una questione *di sistema*, trova conferma anche in Italia, allorché si discute del programma nazionale per l'Educazione Continua in Medicina, che diviene effettivo nel 2002. La gestazione normativa del programma ECM comincia all'inizio del decennio precedente, nell'ambito più generale del piano di riorganizzazione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). L'obbligo di formazione continua per i professionisti della salute viene infatti istituito con il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, poi modificato dal Decreto Legislativo 19 giugno n. 229 del 1999 (la cosiddetta "riforma Bindi"). Essi costituiscono un momento centrale per lo sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale, perché con questi trova concretezza normativa il primo tentativo di riorganizzarlo dal momento della sua adozione alla fine degli anni settanta e di razionalizzarlo nell'ottica dell'efficienza e della qualità, pur non modificandone i principi fondanti di uguaglianza e globalità. Non è affatto scontato né insignificante che l'introduzione dell'obbligo di *formazione continua* per le professioni della salute avvenga nel quadro generale di una *riforma sanitaria*, allorché si stabiliscono i criteri per l'*accreditamento* delle strutture sanitarie, ovvero le *condizioni legali* del loro riconoscimento ad opera del SSN. Ritorna qui lo sfondo storico-ideale che si è tentato di descrivere nel paragrafo precedente, ossia se negli Stati Uniti d'America d'inizio novecento si comincia a considerare la formazione dei medici come una questione "di sistema", nell'Italia di fine secolo (ma in questi anni si elaborano i programmi ECM di molti paesi europei) la questione pare assodata, tanto che il "luogo naturale" per delineare un sistema che garantisca al cittadino circa il continuo aggiornamento delle conoscenze e delle competenze degli operatori è il quadro normativo di razionalizzazione dell'*intero sistema sanitario*.

La cosa paradossale è che, se è stato chiaro l'interesse per l'educazione continua in medicina come portato necessario dell'impetuoso sviluppo tecnico-scientifico, questo stesso dato di fatto non abbia condotto ad un dibattito pubblico di più ampio respiro circa la formazione universitaria dei giovani medici, tanto che, per quanto le ultime riforme della tabella XVIII - l'ossatura programmatica dell'insegnamento accademico della medicina nel nostro paese - avvengano proprio degli anni novanta, ciò non elimina l'impressione di scollamento tra i due temi di cui si è qui dato conto.

### **Pensare oggi al medico di domani**

Negli Stati Uniti il centenario del Flexner's Report è stata l'occasione per promuovere un dibattito generalizzato sullo stato dell'arte della formazione dei giovani medici, sfociato in un *call for reform* promosso dalla stessa *Carnegie Foundation* che aveva commissionato nel 1910 ad Abraham Flexner

l'inchiesta.<sup>28</sup> Il nuovo report, pur riconoscendo la centenaria solidità dell'impianto pedagogico voluto dal celebre pedagogista, pone la necessità di una revisione strutturale che, pur operando in continuità con gli intenti originari del *Report* originario, tenga conto delle nuove esigenze emergenti e superi i punti critici riconosciuti in letteratura, soprattutto attraverso la promozione di forme individualizzate d'insegnamento, una migliore integrazione *tra insegnamento di base e pratica clinica*, la promozione di una formazione specifica alla ricerca e all'innovazione e la revisione dell'insegnamento dell'identità professionale.

Interessante è notare come viene articolato il tema dell'integrazione come elemento principale di riforma dell'impianto educativo:

We use the word integration to refer to the integration of formal knowledge of the basic, clinical, and social sciences with clinical experience in a much more balanced manner than is true today. This means that medical students should be provided early clinical immersion and residents should have more intense exposure to the sciences and best evidence underlying their practices. Integration also includes using that knowledge and experience to understand patients, their experiences, and their care more holistically. Finally, in a sense of the word that is broader than Flexner's concept, we see integration as learners taking on the multiple professional roles and commitments associated with being a physician. Because physicians perform a variety of roles, such as educator, advocate, innovator, investigator, and administrator, students and residents should integrate those additional roles into their professional aptitudes, goals, identities, and educational experiences. This includes developing the skills to provide effective team care in a complex health care system. We envision an educational process that more adequately represents the integrated nature of physicians' learning and work. This means providing earlier opportunities for students to spend time with patients and families, physicians, and other health care professionals in real clinical settings. Such experiences can cultivate a rich foundation on which students can build formal knowledge, understand patient experiences and the contributions of different parts of the health care system, and start to conceptualize the multifaceted roles of physicians.<sup>29</sup>

Quanto poi all'identità professionale:

Medical education goes beyond learning medicine; it is fundamentally about becoming a dedicated physician. Therefore, the professional identity formation of physicians — meaning the development of their professional values, actions, and aspirations — should be a major focus of medical education. Formation of the professional identity of the physician includes the integration of our other three themes. [...] Arnold and Stern suggest that one's development as a medical professional has two elements. The first is demonstrating mastery in three foundational areas — clinical knowledge and competence in medicine, communication skills, and understanding the ethical and legal responsibilities of a physician. [...] We concur with this conceptualization of medical professionalism and suggest the following for the advancement of professional identity formation:

- Provide formal ethics instruction, storytelling, and symbols (honor codes, pledges, and white coat ceremonies).
- Address the underlying messages expressed in the hidden curriculum and strive to align the espoused and enacted values of the clinical environment.
- Offer feedback on, reflective opportunities for, and assessment of professionalism, in the context of longitudinal mentoring and advising.
- Promote relationships with faculty members who simultaneously support learners and hold them to high standards.

---

<sup>28</sup> Irby D.M., Cooke M., O'Brien B.C., "Calls for reform of medical education by the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching: 1910 and 2010", *Academic Medicine*, 85, 2 (2010): 220-227.

<sup>29</sup> Ivi, p. 224.

- Create collaborative learning environments committed to excellence and continuous improvement.<sup>30</sup>

Come si può notare, la proposta di riforma del nuovo secolo è fortemente debitrice di un'analisi direi sociale, prima ancora che pedagogica, circa l'evoluzione della professionalità del medico e di come essa sia da intendersi per soddisfare appieno le esigenze dello stato dell'arte della medicina moderna e del ruolo adatto al contesto degli Stati Uniti di America di oggi.

Se mettiamo a confronto le proposte del *call for reform* con alcune considerazioni a margine svolte nella ricerca sul corso di comunicazione dell'Università di Milano, ne ricaviamo un'impressione d'impotenza:

Tra l'altro il fatto che il Corso di Comunicazione e Relazione milanese sia un'eccezione, per struttura e ore, nel panorama della medicina italiana, sottolinea come l'insegnamento delle competenze comunicative viva ancora una frammentazione e la necessità di ricercare una prospettiva comune tale da far passare il problema dell'integrazione in secondo piano. Riteniamo tuttavia che solo ponendo una maggiore enfasi su tale aspetto si possa pensare di promuovere l'insegnamento delle competenze comunicative in medicina da attività accessoria ad elemento imprescindibile del curriculum medico. Un altro punto sottolineato dagli studenti è legato alla necessità di fare più pratica; punto dolente anche per i docenti in quanto le tematiche trattate e i principi didattici richiederebbero indubbiamente la necessità di rendere il corso più esperienziale, ma le classi ormai sempre più numerose (gli iscritti al III anno nel corrente A.A. sono 95!) rendono tale obiettivo al momento irrealizzabile. La presenza di piccoli gruppi consentirebbe ad ogni studente di sperimentarsi in prima persona, permettendo inoltre anche quel lavoro sul "saper essere" che negli ultimi anni è stato delegato ai corsi elettivi. Purtroppo questo obiettivo appare al momento impossibile per la dimensione delle risorse necessarie per realizzarlo. [...] Rispetto alla performance all'esame sarebbe interessante esplorare, a distanza di tempo, la coerenza tra competenza dimostrata dagli studenti nella prova d'esame e la competenza nella performance professionale e la persistenza nel tempo delle competenze comunicative acquisite: molti studi rilevano infatti come vi sia una erosione delle capacità relazionali degli studenti di medicina negli ultimi anni del loro percorso formativo, come probabile effetto dell'hidden curriculum che segna la loro formazione da quando iniziano ad entrare in reparto.<sup>31</sup>

Ora, non sfuggirà una certa rassegnazione circa i possibili correttivi e le necessarie implementazioni da applicare al corso, iniziativa in sé eccellente dal punto di vista didattico, che pare arrivata ad un punto oltre il quale non è più possibile innovare per difficoltà, si direbbe, di ordine organizzativo. Il tono della ricerca statunitense, per quando di diverso inquadramento, sortisce un'impressione opposta, di *opportunità*. Ciò a testimoniare, se ancora ce ne fosse bisogno, che la nostra idea a riguardo è che le iniziative didattiche riguardo alle *communication skills* nelle scuole di medicina hanno impatto positivo solo se inducono ad un ripensamento dell'intero inquadramento, e che – per essere più chiari – il perfetto corso di comunicazione è quello inserito implicitamente all'interno di un contesto di apprendimento attivo, non isolato ma integrato in uno spazio d'indistinzione tra scienze di base, cliniche e sociali, come suggerisce il report dalla fondazione Carnegie. Di più, a titolo di provocazione: il livello d'integrazione deve essere tale da rendere l'addestramento e la valutazione

---

<sup>30</sup> Ivi, p. 226.

<sup>31</sup> V. Leone D., Vegni E., Moja E.A., "Il Corso di Comunicazione e Relazione in Medicina", *Medicina e Chirurgia*, 56 (2012): 2513.

delle competenze comunicative e relazionali indistinguibili dal contesto dell'insegnamento clinico e delle scienze di base, ovvero deve arrivare ad occupare lo spazio d'azione dell'*hidden curriculum*, cioè essere assimilato prima ancora che discusso e concettualizzato. Si tratta di una forzatura, certo, da intendersi semmai come una sorta di "ideale regolativo", ma occuparsi oggi di *communication skills* in medicina non può essere attività solamente pedagogica o di organizzazione didattica, ma deve necessariamente fare i conti con una questione culturale piuttosto ingombrante, che attiene al modello stesso di formazione universitaria, tanto nei suoi risvolti meramente didattici quanto negli aspetti della valutazione. Perciò a nostro parere, anche relativamente alla promozione dell'insegnamento delle *communication skills*, è strategicamente necessario porre l'enfasi sul concetto di integrazione didattica nel quadro didattico generale delle scuole di medicina.

### **L'inquadramento formativo attivo**

Posto dunque che la pianificazione del *curriculum* è uno dei passi rilevanti della strategia sanitaria di un paese e che «dovrebbe tener conto di molteplici parametri: le esigenze ed aspettative di salute della popolazione, i mezzi che è possibile investire, l'educazione sanitaria che si vuole impartire alla popolazione, la formazione necessaria per gli operatori della salute sul territorio»,<sup>32</sup> cioè è ben lungi dall'essere un problema di nicchia, la letteratura internazionale è – come si è visto – abbastanza uniforme nell'indicare, quale modalità didattica ottimale per l'insegnamento ai medici in formazione, un inquadramento attivo, centrato sullo studente e sull'apprendimento.

Uno strumento concettuale che, da questo punto di vista, può efficacemente inquadrare la *strategia pedagogica* generale di un Corso di Laurea in Medicina è offerto dal modello SPICES teorizzato nel 1984 da Ronald Harden.<sup>33</sup> L'acronimo SPICES indica – al di là del fatto che, del tutto volutamente, coincide con la parola inglese "spezie" – le prime iniziali di sei coppie indicanti quadri pedagogici antinomici, l'acronimo TIDHUO indica per converso le seconde iniziali di ogni coppia: S-T (*Student-centred* vs. *Teacher-centred education*); P-I (*Problem-based* vs. *Information-oriented education*); I-D (*Integrated* vs. *Discipline-based education*); C-H (*Community-based* vs. *Hospital-based education*); E-U (*Elective-driven* vs. *Uniform education*); e, infine, S-O (*Systematic* vs. *Opportunistic education*).

Un interessante articolo analizza, a partire dalle antinomie di Harden, la situazione accademica italiana, focalizzando le principali criticità del sistema in proposito. Interessante soffermarsi sulla

---

<sup>32</sup> Gallo P., Consorti F., della Rocca C., et al., Strategie per pianificare un curriculum degli studi. Le SPICES di Harden, *Medicina e Chirurgia, Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia*, 56, 3 (2012): 2281.

<sup>33</sup> Harden R.M., Sowden S., Dunn W.R.: Some educational strategies in curriculum development: the SPICES model. *Medical Education* 18: 284-297, 1984.

fortuna che nel nostro paese ha avuto il più radicale degli impianti di apprendimento non sistematici centrati sullo studente, il *Problem Based Learning*:

La competenza professionale di un medico si spende in larga parte nel mettere a frutto le conoscenze acquisite (teoriche, operative e relazionali) nel risolvere problemi e prendere decisioni. Se questa è la competenza “in uscita” del Corso di Laurea in Medicina, alcune Università nordamericane ed europee hanno pensato di abbandonare l’approccio didattico sistematico (insegnamento disciplinare con successione progressiva dalle scienze di base, alla fisiopatologia e alla clinica) per organizzare l’insegnamento su di una successione di problemi da affrontare e risolvere. Si parla in questo caso di *Problem-Based Learning* (PBL) o, in una forma meno radicale, di *Problem-Oriented Learning* (POL) o, in particolare per l’insegnamento professionalizzante, di *task-based learning* (TBL).

*Unità elementare* dell’insegnamento/apprendimento per problemi è il *tutoriale*: questo inizia con un *tutor* che “lancia” un problema ad un piccolo gruppo di studenti. Questi reagiscono con una discussione improvvisata (*brain storming*) per identificare indizi e possibili punti-chiave per trovare la soluzione del problema. Dopo aver raccolto le idee, sempre sotto la supervisione del tutor, si formulano alcune ipotesi e si identificano i dati che si ritiene necessario acquisire per la soluzione del problema. Da questo innesco, parte la fase della ricerca delle informazioni, che conduce alla progressiva validazione o confutazione delle ipotesi di partenza. Il tutoriale si chiude con la sintesi del lavoro svolto e la definizione di una conclusione, e con la revisione critica del processo messo in atto per raggiungere l’obiettivo.

I vantaggi del PBL stanno nel porre al centro lo studente e il suo processo di apprendimento, e nel favorire un apprendimento indipendente, attivo, e riflessivo. Il PBL favorisce, inoltre, la pratica del *debriefing* e alimenta la capacità di lavorare in gruppo, elementi questi che sono associati ad una riduzione dell’*errore medico*. Nonostante i pregi ormai riconosciuti dell’insegnamento per problemi, in Italia il PBL non è entrato nella pratica didattica del CL in Medicina, se non in alcune sperimentazioni didattiche come quelle del Canale Parallelo Romano, o quelle portate avanti nelle Università di Bari e Milano.<sup>34</sup>

A proposito invece di un altro punto qualificante, il *curriculum* tagliato sulle esigenze dello studente, si cita la tradizione della valutazione certificativa dell’apprendimento, che come ribadito precedentemente anche nella nostra esperienza emerge in modo netto nelle testimonianze degli studenti:

Se si ascoltano i discorsi degli studenti italiani, sembra che i curricula universitari siano una sorta di *percorsi a ostacoli* disseminati di *esami* da superare. In effetti, in molti Corsi il peso della valutazione certificativa eccede di gran lunga quello della valutazione formativa. Al contrario, strumenti come la prova di autovalutazione *in itinere* il *feedback*, il *portfolio*, il *learning contract*, lo stesso *progress test*, forniscono allo studente indicazioni preziose sul proprio apprendimento che gli consentono di sottoporsi alla valutazione certificativa solo quando ritiene di poterla sostenere con esito positivo. Evidentemente, è inutile fornire allo studente un sistema complesso – e impegnativo sul piano organizzativo – di valutazioni formative se poi si attua un curriculum rigido e uniforme che non consente adattamenti alle esigenze individuali dello studente.<sup>35</sup>

Il tema della valutazione è davvero rilevante, tanto da far credere che sia il punto d’inizio ideale per elaborare nuovi modelli didattici. Esso è così rilevante che una recente meta-analisi della letteratura ha evidenziato questo tema come il più trattato, sia in ambiente statunitense che europeo, dalla

---

<sup>34</sup> Gallo P., Consorti F., della Rocca C., et al., Strategie per pianificare un curriculum degli studi. Le SPICES di Harden, Medicina e Chirurgia, Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, 56, 3 (2012): 2284.

<sup>35</sup> Ivi, p. 2285

pubblicistica specializzata in educazione medica delle ultime due decadi (insieme al tirocinio clinico, alla ricerca sulle *communication skills* ed al PBL).<sup>36</sup>

Se tuttavia tutti questi problemi dell'università italiana sono facilmente accertabili ma non altrettanto facilmente superabili per situazioni oggettive, come ad esempio le dimensioni delle facoltà, il rapporto studente-docente, le risorse e gli spazi a disposizione, vi sono però alcuni elementi particolarmente indicativi di una situazione della didattica culturalmente spesso piuttosto ferma: si prenda il caso dell'antinomia *Community-based/Hospital-based education*.

È del tutto evidente come la pratica medica che uno studente può fare in un contesto nosocomiale differisca sensibilmente da quella possibile sul territorio. Non è certamente in gioco una graduatoria di importanza tra i due *setting*, ma ne è evidente la complementarità. La realtà attuale dei corsi di laurea in Medicina è che la didattica professionalizzante viene svolta quasi per intero “al letto del malato”, ovvero in ambiente nosocomiale. Al contrario, il territorio rappresenta un *setting* privilegiato per la formazione del medico da numerosi punti di vista: per approfondire le dinamiche della relazione medico-paziente, avvalendosi dello specifico della visita domiciliare; per fare pratica di relazioni interprofessionali, particolarmente significative in ambiti come il 118; per un approccio ai problemi di salute cronici (la continuità delle cure), in un contesto di prevalenza morbosa del tutto diverso da quello ospedaliero; per comprendere sul campo struttura e funzione del sistema sanitario nazionale e delle cure primarie; per fare esperienza diretta dei principi di salute pubblica e, in particolare, di epidemiologia e prevenzione; per imparare ad applicare i principi del management sanitario nella valutazione della cost-effectiveness delle procedure diagnostiche e terapeutiche; e, infine, per meditare sui principi filosofici di health, wellness, illness e disease, nonché sulle loro ricadute sociali.<sup>37</sup>

La cosa che ha più colpito gli studenti che hanno partecipato alla nostra piccola iniziativa formativa è stata la possibilità di effettuare il tirocinio al domicilio del paziente, nel contesto dell'Ospedalizzazione a Domicilio (OAD) del reparto di Geriatria: si tratta di un *setting* a cui ci hanno raccontato di non essere abituati. L'impostazione pedagogica ospedale-centrica ci pare un dato ancora una volta fortemente connotato a livello culturale e non giustificato dallo sviluppo stesso delle prassi terapeutiche, che vedono l'ospedale sempre più dedicato alla cura dell'*acutia* e dunque – seppur, sia chiaro, imprescindibile nel contesto formativo – non adatto ad esaurire il *setting* pedagogico del futuro medico, tanto più in un mondo sempre più connotato dalle patologie croniche. Dal punto di vista strettamente comunicativo, i due *setting* (domicilio ed ospedale) propongono ambiti completamente diversi, che richiedono competenze comunicative differenti.

Tirando le somme del discorso, ci si domanda, tornando al tema centrale dell'integrazione didattica: le competenze comunicative sono davvero un elemento aggiuntivo e separabile rispetto ai campi di approfondimento che vengono citati nel passo precedente (relazione interprofessionale, cura della cronicità)? Se, come crediamo, non lo sono, allora ha senso prendere in considerazione per

---

<sup>36</sup> Cfr. Rotmans J.I., “The themes, institutions, and people of medical education research 1988–2010: content analysis of abstracts from six journals”, *Adv in Health Sci Educ*, 17 (2012): 515–527.

<sup>37</sup> Gallo P., Consorti F., della Rocca C., et al., Strategie per pianificare un curriculum degli studi. Le SPICES di Harden, *Medicina e Chirurgia, Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia*, 56, 3 (2012): 2286.

l'insegnamento delle competenze comunicative il modello didattico che probabilmente garantisce più in profondità l'integrazione, pur senza nascondere le criticità.

### **Problem Based Learning, la filosofia McMaster**

Il *Problem Based Learning* (PBL), è uno schema di apprendimento incardinato sul plesso operativo che lega l'analisi di problemi pratici e la ricerca di soluzioni efficaci. Esso si fonda sulla convinzione che l'apprendimento avvenga davvero solo in presenza di una situazione critica dal punto di vista cognitivo, come per esempio un problema contestualizzato e (deliberatamente) non pienamente strutturato di fronte a cui lo studente dovrà trovare una soluzione. Ma trovare una soluzione implica un'analisi profonda del problema, che chiarifichi tutte le lacune di conoscenza e comprensione che si frappongono tra di esso e la sua soluzione, e conseguentemente l'elaborazione di strategie di auto-apprendimento utili a colmare quelle lacune e quindi a pervenire alla soluzione.

In quest'ottica il "docente" assume le vesti di un facilitatore che pone il problema e controlla il processo di soluzione e le strategie messe in campo, di conseguenza il suo ruolo perde la centralità statica tipica di chi espone una lezione per entrare in un gioco di attivazione/controllo/correzione delle strategie auto-formative via via messe in campo. Il problema formativo viene discusso in un piccolo gruppo, di solito tra i 5 e gli 8 studenti, nel quale ciascuno esercita obbligatoriamente una funzione propositiva e al contempo di controllo del processo di soluzione del problema. Tra una sessione e l'altra gli studenti studiano da soli conformemente alle strategie formative emerse nella discussione plenaria. Ciò conferisce al processo di apprendimento un carattere di tipo condiviso e partecipato, ponendo la titolarità del processo di apprendimento in capo agli stessi studenti, coinvolti al massimo grado di attività: nel lavoro di gruppo gli studenti pongono domande, cercano e raccolgono informazioni, presentano dati, definiscono le priorità del caso. Il metodo PBL stimola sicuramente l'autonomia e la motivazione dello studente, favorisce l'imparare ad imparare; allo stesso tempo stimola l'interazione sociale, le abilità organizzative, ma soprattutto la capacità di *problem solving*.

Come accennato in precedenza, la storia del PBL inizia presto. Già negli anni cinquanta e sessanta comincia a serpeggiare il desiderio di riforma dell'impianto pedagogico delle scuole di medicina.<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> V. ad esempio Miller G.E., "An inquiry into medical teaching", *Journal of medical education*. 37 (1962):1 85-91. Soprattutto si metteva in dubbio la possibilità di ritenere le scienze di base imparate nei primi anni di studio, cosa per altro indipendente dal voto ottenuto: il livello di ricordo e ritenzione delle conoscenze non c'è alcuna apprezzabile differenza tra chi ha superato l'esame di certificazione a pieni voti e gli altri.



Quest'esigenza veniva espressa anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che metteva l'accento sull'effetto che l'espansione enorme dell'informazione scientifica aveva sui programmi scolastici tradizionali, che avrebbero dovuto concentrarsi sul come imparare ciò che sarà noto in futuro anzichè centrarsi su ciò che è già noto e dunque di per sé accessibile dagli studenti.

Alla metà degli anni sessanta alla McMaster University si comincia a pensare, ad opera di un gruppo di docenti guidato dal neurologo Howard Barrows, ad un nuovo modello pedagogico per l'educazione dei futuri medici. Egli partiva dalla critica radicale dell'impianto tradizionale d'insegnamento, considerandolo inadatto a promuovere negli studenti la capacità di applicare a casi reali le (troppe) nozioni impartite. Barrows concluse che il nodo di questa stortura cognitiva risaliva all'assenza di legami tra conoscenze teoriche e casi clinici. La soluzione testata fu di recuperare la maieutica socratica formalizzandola in un percorso di apprendimento centrato sul problema, il che avrebbe abituato sin da subito gli studenti a ragionare come professionisti. Dunque l'intero percorso formativo doveva essere strutturato su casi clinici, raccontati come descrizioni sintetiche di disturbi e sintomi, che gli studenti avrebbero avuto il compito di analizzare in piccoli gruppi, stabilendo quali erano le informazioni necessarie per risolvere il problema, dunque facendo una valutazione attiva dei loro bisogni formativi e dei mezzi per colmare le loro lacune, con ciò auto-dirigendo il loro studio. In questo modo lo studente avrebbe assorbito un abito mentale professionalizzante, ovvero teso all'individuazione continua dei propri bisogni formativi e per di più capace di lavorare in gruppo.

La filosofia che anima sin dall'inizio il progetto McMaster è basata su tre pilastri,<sup>39</sup> ciascuno dei quali inteso non solo in relazione alla sua presunta efficacia didattica, ma alla sua funzionalità rispetto alla futura professione dei discendenti. Così il primo dei pilastri, *l'apprendimento auto-diretto*, è fondamentale in quanto abitua gli studenti a pensare come "*life-long learners*", cosa fondamentale in una professione che ha a che fare con conoscenze in rapida evoluzione e sempre nuove necessità di cura; *l'apprendimento basato sui problemi* permette di ridurre al minimo il livello di astrazione dei casi clinici, rendendo così il processo di apprendimento totalmente sovrapponibile alla reale esperienza clinica del professionista, nella quale il caso è *primariamente* un problema individuale. La terza caratteristica fondamentale della filosofia McMaster, *l'apprendimento gestito in piccoli gruppi*, consente lo sviluppo di capacità interpersonali e di relazione, consentendo allo studente di fare i conti con la sua capacità di ascoltare, la gestione della sua emotività, lo scambio di critiche e crea un ambiente che favorisce la capacità di auto-valutarsi.

Il PBL, oltre a un'indubbia carica di innovazione (che dura quasi non scalfita da oltre 40 anni) porta con sé un forte connotato etico di tipo latamente liberale, per il quale si assume che lo studente sia un adulto responsabile, completamente in grado di assumere su di sé la responsabilità del suo

---

<sup>39</sup> Cfr. Neufeld, Barrows, "The McMaster Philosophy", *Journal of Medical Education*, 49 (1974): 1040-50

apprendimento, scegliere i propri obiettivi formativi, mettere in atto le proprie strategie. Questa è la caratteristica che motiva il forte interesse, per non dire l'entusiasmo, che si è generato intorno a questa esperienza, che d'altro canto già nel 1974 Neufeld e Barrows descrivevano in questi termini:

The overall emphasis is on the learner and the facilitation on learning rather than on teaching. There is a climate of enthusiasm and commitment and a willingness to risk and to learn from mistakes. And there is a steadily increasing understating of and confidence in the foundational concepts which continue to attract faculty and students to participate in this adventure.<sup>40</sup>

Questo entusiasmo ha giocato un ruolo importante nella diffusione della metodologia didattica qui descritta, sebbene le analisi e le ricerche relative ai risultati non siano affatto tutte univoche. Di più, siccome l'entusiasmo è contagioso, la formula studiata alla McMaster ha trovato molti seguaci prima ancora che fosse provato un qualche vantaggio tangibile sull'impianto didattico tradizionale. Anche nella pubblicistica si registrano posizioni contrastanti, sebbene l'interesse per il PBL ed il generale favore che esso suscita siano per lo più dominanti. Ad ogni buon conto la totalità degli studi riconosce come questo metodo sia premiante quanto a soddisfazione di discenti e docenti, e vi sono diverse evidenze circa i vantaggi di questo metodo nell'insegnamento delle *communicative skills* e delle qualità relazionali in genere.

Alcuni ascrivono il successo della formula a fattori diversi, che hanno a che fare con una certa smania di innovazione, piuttosto che a prove fondate di un'acclarata superiorità del PBL rispetto all'impianto tradizionale.<sup>41</sup> Anche tutti gli studi che attestavano maggiori capacità comunicativo-relazionali da parte di studenti PBL possono essere messi in dubbio, ascrivendo quei migliori risultati ad un bias relativo al reclutamento degli studenti nei corsi PBL, attento a privilegiare individui particolarmente dotati sotto il profilo dell'attenzione alla relazione.

Tuttavia gli studi più recenti attestano fortemente i vantaggi di questo tipo di impianto pedagogico. Nel 2008 viene pubblicata una fondamentale *review* sistematica che comincia a sciogliere qualche dubbio circa l'effettiva superiorità del metodo PBL.<sup>42</sup> Essa si basa su una ricerca intensiva di studi che valutassero con criteri quantitativi laureati PBL in tutti i principali database medici (MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, i database Cochrane) e nelle tavole dei contenuti dei 5 principali giornali di pedagogia medica, a partire dalla prima data reperibile sino al 31 ottobre 2006. La ricerca arriva a riconoscere 102 articoli, tra cui 13 studi completi che esaudiscono tutti i criteri di inclusione della review - *use of problem-based learning as a teaching method in medical school, assessment of study population after graduation from medical school (including first-year residents and pre-registration house-staff) and use of a control*

---

<sup>40</sup> Ivi, p. 1050

<sup>41</sup> Cfr. Sanson-Fischer R.W., Lynag M.C., "Problem-based learning: a dissemination success story?", *Medical Education*, 183, 5 (2005): 258-60

<sup>42</sup> V. Koh G.C.H., Khoo H.E., Wong M.L., et al., "The effects of problem-based learning during medical school on physician competency: a systematic review", *CMAJ*, 178 (2008): 34-41

*group from a traditional (non-problem-based learning) curriculum* –<sup>43</sup> e che valutano gli effetti dell'educazione PBL sui laureati in ogni rispetto della professione medica fino a 20 anni dopo la laurea. Il risultato parla di un forte riconoscimento di effetti positivi, soprattutto nelle competenze sociali e nelle dimensioni cognitive del ragionamento clinico: ovvero comparati con i laureati in ambienti didattici tradizionali, i laureati PBL dimostrano migliori competenze diagnostiche e comunicative.

A proposito della dimensione cognitiva, un corposo studio statunitense pubblicato nel 2013 misura gli effetti che un corso PBL di 4 settimane sortisce sulle competenze nel ragionamento clinico, dimostrandone i benefici.<sup>44</sup> Questo esaurisce il campo delle spiegazioni che hanno motivato, per il nostro corso, la scelta di una modalità di apprendimento attiva, in cui lo studente fosse il “protagonista” del suo percorso di tirocinio, ovvero ad un tempo il soggetto e l'oggetto di una “ricerca” – il problema da comprendere e lo strumento per venirne a capo – che poi avrebbe dovuto esporre al piccolo gruppo di riferimento. Ovviamente i risultati certificati dagli studi quanto alle accresciute abilità sociali (ciò che a noi interessava) si riferiscono a laureati che hanno seguito un intero *curriculum* strutturato su una modalità PBL, perciò ci siamo concentrati sul monitoraggio delle reazioni degli studenti e sulla sensibilizzazione culturale.

Al di là di tutto tuttavia occorre notare come importare una modalità di tale fatta entro un *curriculum* tradizionale sia operazione complessa e tutt'altro che piana, come testimonia la pur positiva introduzione della modalità PBL nell'insegnamento della fisiologia all'università di Hong Kong,<sup>45</sup> che ha richiesto non pochi aggiustamenti ed una preparazione capillare di docenti e studenti. Un impianto didattico nuovo richiede inoltre tempo e la consapevolezza che è assai arduo controllare tutte le variabili in gioco: ad esempio è noto come gli studenti di McMaster fino agli inizi degli anni novanta abbiano incontrato maggiori difficoltà dei loro colleghi nel passare al primo tentativo l'esame di abilitazione alla professione in Canada, poi inspiegabilmente dal 1993 questo *gap* viene colmato e addirittura in certi anni il *pass rate* dei laureati alla McMaster sia significativamente più alto della media. La ragione di questo progresso è sconosciuta, ma l'ipotesi più accreditata parla di una certa difficoltà degli studenti PBL a confrontarsi con i test a risposta multipla usati nell'esame di abilitazione, modalità di valutazione cui essi non erano abituati sino al 1992, quando – unico elemento di novità – viene introdotto il PPI (*Personal Progress Index*), che usa il format del test a risposta multipla.<sup>46</sup> Ciò prova, se mai ce ne fosse bisogno, quanto sia delicato e difficile ogni

---

<sup>43</sup> Ivi, p. 35

<sup>44</sup> V. Chapman D., Calhoun M.J., Van Mondfrans Davis W., “Assessing effectiveness of a problem-based learning curriculum in teaching clinical reasoning skills”, *Journal Of Clinical Reasoning And Procedural Competency*, 1 (2013): 17-28

<sup>45</sup> V. Lee R. M. K. W. , Kwan C. Y., “The use of problem-based learning in medical education,” *Journal of Medical Education*, 1, 2 (1997): 149–157

<sup>46</sup> Ivi, p. 152

cambiamento d'impianto didattico, ancor di più se si pensa di importare un modello qualsivoglia entro un contesto basato su principi diversi.

Ora, al netto delle considerazioni di cui sopra e con tutte le cautele del caso, crediamo davvero che sia il tempo di introdurre nella nostra università sperimentazioni più sostanziose di quelle in atto riguardo l'introduzione di modalità didattiche attive e basate sul problema. Come pure crediamo si debba ridiscutere l'impalcatura teorico-organizzativa su cui poggia l'insegnamento della medicina e la rigida ripartizione delle scienze di base e delle scienze cliniche, insegnamento preclinico e insegnamento clinico e via discorrendo. Ci pare di poter affermare che se il modello di insegnamento della medicina che vogliamo è ancora centrato sull'erogazione di lezioni frontali, separazione netta tra teoria e pratica e valutazione primariamente certificante di competenze apprese per lo più in forma passiva, allora dobbiamo sapere di combattere una battaglia di retroguardia. Se puntiamo invece sull'integrazione disciplinare e su strutture didattiche più "leggere", meno rigide, non solo otterremo un maggiore coinvolgimento per docenti e studenti, ma costruiremo un sistema più duttile, in grado di essere riformato più facilmente per reggere alle sfide delle evoluzioni (e rivoluzioni) scientifiche, tecnologiche, sociali e culturali. Certamente, rispetto al tema delle competenze comunicativo-relazionali, non c'è strategia più efficace e certificata dalla letteratura internazionale che agire sull'impianto didattico, non aggiungendo corsi ma integrando quelli esistenti: il nostro compito in quest'ottica è quello di promuovere un dibattito aperto entro il quadro più generale del *profilo culturale* del medico del futuro.