



**TAVOLO DI LAVORO ARESS**  
UMANIZZAZIONE E USABILITÀ  
DEL SSR PIEMONTESE

Coordinamento: Laura Arpino

**Progetto**  
**“Adotta un Paziente”**

realizzato in collaborazione tra

Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli  
Studi di Torino

SDCU Geriatria e Malattie Metaboliche dell'Osso  
dell'A.U.O. S. Giovanni Battista di Torino

Scuola di Umanizzazione della Medicina onlus

**Tavolo di Lavoro A.Re.S.S. Piemonte**  
**Umanizzazione e Usabilità del SSR Piemontese**

La pedagogia e la comunicazione in ambito sanitario e loro  
percezione, comprensione e fruibilità da parte dei professionisti  
della salute nei luoghi di assistenza e cura

**Sperimentazione didattica e pratica**  
**centrata sul rapporto medico-paziente**

**Le Vite degli Altri**  
**Dall'Anamnesi alla Biografia**

**progetto “Adotta un Paziente”**

Progetto formativo sperimentale condotto in collaborazione tra  
Scuola di Umanizzazione della Medicina onlus e  
SCDU di Geriatria e Malattie Metaboliche dell'Osso dell'A.U.O. S.  
Giovanni Battista di Torino (Direttore prof. Giancarlo Isaia)

Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Università degli studi di Torino

Scuola di Umanizzazione  
della Medicina onlus



# Indice

Genesi del progetto.....	3
Obiettivo e metodologie.....	4
Realizzazione del progetto.....	5
La fase preliminare.....	6
La fase teorica.....	7
La fase pratica.....	8
Il tirocinio.....	9
Il <i>diario di bordo</i> .....	10
Analisi dei <i>diari di bordo</i> .....	12
Criticità riscontrate.....	17
Implementazione del progetto.....	18
Ringraziamenti.....	19
Allegato: breve analisi quali-quantitativa dei questionari preliminari.....	20



# Genesi del progetto

L'idea di realizzare un "tirocino alla relazione" per un gruppo pilota di studenti del quinto anno (A.A. 2011-2012) del Corso di Laurea in Medicina è nata da una riflessione comune della Presidenza della prima Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Torino e della Scuola di Umanizzazione della Medicina onlus sul tema del ruolo della comunicazione nella professione medica. Questo primo spunto ha trovato terreno fertile per il suo sviluppo nel contesto del tavolo di lavoro "Umanizzazione e Usabilità del SSR Piemontese: la pedagogia e la comunicazione in ambito sanitario e loro percezione, comprensione e fruibilità da parte dei professionisti della salute nei luoghi di assistenza e cura", attivato presso l'ARESS Piemonte. Il progetto ha suscitato l'interesse e l'immediata disponibilità alla collaborazione da parte del reparto di Geriatria e Malattie Metaboliche dell'osso dell'AUO San Giovanni Battista diretto dal prof. G. Isaia.



# Obiettivo e metodologie

Obiettivo primario del progetto doveva consistere nel fornire agli studenti alcuni strumenti per relazionarsi con la malattia come vissuto, il che richiede al curante un'attenzione globale alla persona malata, intesa anche dal punto di vista sociale, culturale, economico e delle relazioni familiari. Per fare ciò si è pensato (anche sulla scorta di esperienze pregresse internazionali) di introdurre, nell'ambito di un normale tirocinio clinico, alcune metodiche tratte dalle scienze umane e dalla medicina narrativa.



# Realizzazione del progetto

L'idea iniziale ha trovato realizzazione in un percorso formativo sperimentale – ideato come attività didattica elettiva (ADE) per 20 studenti -, composto da un corso teorico di 3 incontri, che hanno avuto luogo nel febbraio 2012, e da un tirocinio svolto nei mesi di marzo e aprile presso il reparto di Geriatria e Malattie Metaboliche dell'osso dell'AUIO San Giovanni Battista.

Il progetto si è concluso il 7 maggio con un incontro di confronto/restituzione.



# La fase preliminare

Agli studenti iscritti è stato sottoposto un questionario preliminare\*, che andava ad indagare, sia pure in modo sintetico, le motivazioni che hanno indotto lo studente a scegliere il Corso di Laurea in Medicina, il suo grado di soddisfazione per la scelta effettuata, eventuali problemi nel relazionarsi con la persona malata e l'approccio dello studente ai temi del dolore e della morte.

Esso ha svolto fundamentalmente una funzione di ausilio alla "calibrazione" del lavoro nella fase teorica.

\* Una breve analisi quali-quantitativa dei questionari è consultabile in appendice al presente documento.

PROGETTO FORMATIVO ELETTIVO RIVOLTO A STUDENTI DEL CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA

**ADOTTA UN PAZIENTE**  
Le vite degli altri: dall'anamnesi alla biografia

**QUESTIONARIO PRELIMINARE RIVOLTO A ...**

**ETÀ** 23 anni

**SESSO**  M  F

**NAZIONALITÀ** italiana

**ANNO DI CORSO** V

• Quali sono le principali motivazioni che l'hanno indotta a scegliere il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia?

inclinazioni personali   
tradizione familiare   
motivi economici   
facilità a trovare lavoro   
contatti casuali con il mondo del lavoro   
influenza degli amici

altro (specificare) .....

• Il *cursus studiorum* fin qui intrapreso ha soddisfatto le sue aspettative ?  
SI'  NO

• Se SI', perchè?



# La fase teorica

Il momento teorico del progetto formativo è stato pensato come preparatorio al momento centrale del tirocinio formativo.

Esso ha svolto fundamentalmente una duplice funzione:

1. Introdurre gli studenti alla modalità didattica multidisciplinare che si intende sperimentare.
2. Fornire le indicazioni e gli strumenti concettuali ed operativi che essi avrebbero utilizzato nella fase del tirocinio.

- 3.2.2012 (14:00-18:00)** - Introduzione generale
  - La biografia: gli aspetti antropologici della relazione terapeutica
- 10.2.2012 (14:00-18:00)** - Il tema della comunicazione
- 17.2.2012 (14:00-18:00)** - Curare e accogliere: il punto di vista del medico



# La fase pratica

Il momento pratico del progetto formativo – punto d'incardinamento e banco di prova dell'intera iniziativa – è consistito nell'«adozione del paziente», ovvero gli studenti, nel contesto del tirocinio clinico, sono stati abbinati a pazienti precedentemente arruolati ed informati dell'iniziativa, in parte ricoverati nel reparto di degenza, in parte in carico all'O.A.D. (Ospedalizzazione A Domicilio) del reparto di Geriatria e Malattie Metaboliche dell'osso dell'A.U.O. San Giovanni Battista.

## **Seconda fase: tirocinio formativo**

Il momento pratico del progetto consiste nell'«adozione del paziente», ovvero gli studenti, nel contesto del tirocinio clinico, verranno abbinati a pazienti precedentemente arruolati ed informati del progetto.

Ogni studente, sulla scorta delle indicazioni avute nel corso teorico, dovrà prestare attenzione alla dimensione personale del paziente mediante un lavoro di indagine fenomenologica (metodologia parzialmente mutuata dall'antropologia culturale e dalle metodiche della Medicina Narrativa) che inizia con la somministrazione di un questionario semi-strutturato e prosegue con un'attività di "osservazione partecipante", certificata dalla redazione incrementale di un "diario di bordo".

In quest'attività, per ciò che attiene alle questioni non meramente cliniche, lo studente sarà seguito dai tutor non medici in riunioni periodiche di confronto-approfondimento.



# Il tirocinio

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 (metodologia parzialmente mutuata dall'antropologia culturale e dalle metodiche della Medicina Narrativa), iniziata con la somministrazione di un questionario semi-strutturato e proseguita con 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 che lo conducesse dal momento meramente tecnico dell'anamnesi ad una considerazione allargata della biografia del paziente, ovvero ciò che costituisce 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. In quest'attività, per ciò che attiene alle questioni non meramente cliniche, lo studente è stato seguito da tutor non medici. I diari di bordo saranno oggetto di un'analisi successiva, ad opera della Scuola di Umanizzazione della Medicina, per meglio calibrare l'implementazione dell'iniziativa.



# Il Diario di Bordo

Lo studente nel “diario di bordo” deve riportare innanzitutto i dati e le informazioni circa il paziente "adottato", tracciandone così un profilo clinico, socio-demografico, culturale, un'impressione caratteriale e un rendiconto del contesto di vita e malattia. Il cuore del lavoro consiste nel raccogliere la narrazione dello stato di malattia, che inevitabilmente è inserita dal paziente nel racconto di vita come base significativa; ciò significa che il colloquio non dovrà essere necessariamente sempre ricondotto alla condizione di malattia, ma - in fase di interpretazione - lo studente cercherà di ricostruire il significato che il paziente dà al proprio vissuto di malattia sulla scorta della narrazione entro cui quest'ultimo l'avrà inserita ed incrociando quest'ultima con i dati raccolti. Qualsiasi dato emerga nella narrazione come rilevante per il vissuto di malattia va riportato, anche se in prima analisi pare sconnesso dal focus della ricerca.



The form cover includes the following text and logos:

- Logos of the University of Turin, the School of Humanization of Medicine, and the AO S. Giovanni Battista.
- Adotta un Paziente**
- Le vite degli altri:  
dall'anamnesi alla biografia**
- PROGETTO FORMATIVO SPERIMENTALE  
in collaborazione con il Reparto di Geriatria e Malattie Metaboliche dell'Ossò  
AUO S. Giovanni Battista di Torino - Prof. G. Isaia*
- DIARIO DI BORDO**
- DATI STUDENTE**
- Nome:
- Cognome:
- Indirizzo mail:
- Telefono:




# Il Diario di Bordo

«Perché lo studio delle narrazioni? Nell'incontro diagnostico, la descrizione e' la forma fenomenica in cui il paziente sperimenta la salute; incoraggia l'empatia e promuove la comprensione tra il medico e il paziente; permette la costruzione degli indizi e delle categorie analitiche utili al processo terapeutico; suggerisce l'uso di un metodo olistico. Nella ricerca, la medicina narrativa aiuta a mettere a punto un'agenda centrata sui pazienti e a generare nuove ipotesi» [T. Greenhalgh, B.Hurwitz ]

La Medicina Narrativa [...] pone attenzione alle storie di malattia come modo per ri-collocare e comprendere le persone nel proprio specifico contesto, mettere a fuoco, oltre che i bisogni, anche nuove strategie di intervento.

La narrazione dell'esperienza personale dovrebbe avere un ruolo significativo nelle relazioni di cura, perché la sofferenza richiede di essere inserita in racconti reali per acquisire un senso preciso, diventare condivisibile e trasformarsi in risorsa. Tuttavia raccogliere e portare alla luce un'esperienza non è facile, richiede tempi appropriati e riflessioni adeguate.

Istituto Superiore di Sanità, definizione di Medicina Narrativa (cfr. [www.iss.it](http://www.iss.it))



The image shows the cover of a form titled "DIARIO DI BORDO". At the top, there are three logos: the University of Turin on the left, the "Scuola di Umanizzazione della Medicina onlus" in the center, and the AO S. Giovanni Battista on the right. Below the logos, the text reads "Adotta un Paziente" in red, followed by "Le vite degli altri: dall'anamnesi alla biografia" also in red. Underneath, it says "PROGETTO FORMATIVO SPERIMENTALE" and "in collaborazione con il Reparto di Geriatria e Malattie Metaboliche dell'Ossò AO S. Giovanni Battista di Torino - Prof. G. Isaia". The main title "DIARIO DI BORDO" is in bold blue letters. Below that, it says "DATI STUDENTE" and lists fields for "Nome:", "Cognome:", "Indirizzo mail:", and "Telefono:".



# Analisi dei diari di bordo

L'analisi dei diari di bordo ha permesso di organizzare la fase di discussione/restituzione che ha chiuso il percorso formativo sperimentale.

Le parti significative del materiale sono state divise in quattro gruppi di citazioni divise per nuclei di osservazione:

1. approccio alla relazione;
2. il contesto di vita e di malattia;
3. dall'anamnesi alla biografia;
4. osservazioni conclusive.

Ciascuno di questi nuclei osservativi è stato discusso nel contesto del seminario conclusivo.

La presente relazione, non potendo dar conto del lavoro di discussione in aula, si limita a riportare - a titolo puramente paradigmatico - alcune citazioni utilizzate come spunti di riflessione e approfondimento.



# Analisi dei diari di bordo

## **Approccio alla relazione**

*Mi sono offerta volontaria perché ho pensato che potesse essere molto significativo ricordarci – e non sempre lo facciamo – che un paziente prima di essere tale è una persona con una propria vita, una propria storia, un proprio equilibrio dei quali spesso non riusciamo a prendere atto. Immaginavo già che potesse essere particolarmente difficile rapportarsi senza l'aiuto e la sicurezza che conferiscono il camice e le mura dell'ospedale, e in effetti è stato proprio così... Non nascondo che il percorso è stato sicuramente formativo, ma con non poche difficoltà.*

*Mi presento e spiego il progetto. Dovendo avvicinarmi “spogliandomi” delle conoscenze cliniche, il primo giorno decido di parlare con il paziente senza averne letto la cartella clinica affinché sia egli stesso a scegliere di raccontare gli avvenimenti che ritiene maggiormente significativi. Certa che il focus del discorso si sarebbe concentrato sulla malattia, ecco la prima sorpresa: P.G.M. comincia a parlarmi della propria vita.*

*Appena la specializzanda esce dalla stanza il paziente mi rivela le sue preoccupazioni per tutti i medicinali che gli saranno somministrati, poiché non avendo ricevuto buone spiegazioni dalla specializzanda, è convinto che il numero di farmaci sia inversamente proporzionale al suo stato di salute. Cerco di rendermi utile, spiegandogli che i farmaci extra consistono sostanzialmente in soluzione fisiologica e cortisonici, che gli saranno somministrati come premedicazione per il mezzo di contrasto per la TC, alla luce della sua nota allergia, per prevenire una reazione allergica al mezzo di contrasto stesso. Avendo compreso ciò, il paziente si tranquillizza e lo lascio riposare.*

*Mi affaccio nella stanza e lo vedo addormentato; non osando svegliarlo, decido di lasciare bianca la pagina del diario di bordo di oggi*



# Analisi dei diari di bordo

## **Il contesto di vita e di malattia**

*Vive l'attuale situazione con estrema apprensione; non sopporta l'immobilità, il pannolone, la dieta a cui è obbligata, non lamenta dolori particolari, al massimo a tratti presenta una lieve dispnea. Lamenta la poca gentilezza di parte del personale, riferendo di essere stata dimenticata alla radiologia per un'ora dopo aver eseguito una radiografia e che quando se n'è lamentata con chi era venuto a prenderla, si è sentita rispondere che sarebbe successo ancora. Il suo tono dell'umore è deflesso; il primo colloquio era incentrato sul suo desiderio di morire, mi chiede tra l'altro se può rifiutare la trasfusione, mettendomi in difficoltà: le spiego che in effetti potrebbe (glielo accenno velocemente) spiegandole però che la farebbe solo star peggio e non accorcerebbe significativamente la sua vita. Mi racconta anche, rilevando lei stessa la contraddizione, dello spavento provato sentendosi quasi morire qualche giorno prima per una forte tachicardia.*

## **Dall'anamnesi alla biografia**

*Il paziente riferisce che l'inizio della sua malattia (inteso, secondo il paziente, come incipit degli eventi che lo hanno portato al ricovero in ospedale) sia stato l'attacco ischemico transitorio avvenuto nel maggio 2011. Da questo evento sono seguite alcune visite specialistiche con relativi esami (RM, esami neurologici). La sintomatologia ha limitato sicuramente le condizioni di vita quotidiana del paziente. Egli ha accusato una paresi dell'emisoma sinistro che ha comportato indebolimento dell'attività motoria, con difficoltà nell'articolazione del linguaggio, nella scrittura e nella deambulazione, e in generale nella coordinazione motoria. Questi deficit sono vissuti dal paziente come molto limitanti (in particolare il paziente sottolinea più volte come l'impossibilità di scrivere sia molto frustrante per lui). In più tutto ciò limita il paziente nello svolgimento delle proprie ordinarie occupazioni (pur avendo intrapreso un percorso di riabilitazione). In realtà l'evento che ha portato il paziente ad essere ricoverato in ospedale (ove egli è attualmente in degenza) è un episodio di stipsi prolungata e severa della durata di 12 giorni, a febbraio 2012. [...]. Le sensazioni evocate dalla malattia sono state: dolore, disagio, mancanza di compagnia dovuta all'allettamento "forzato" (pur essendo sempre presente la compagna in casa).*



# Analisi dei diari di bordo

*Sulla base dei dati che ho acquisito formulo mentalmente ipotesi diagnostiche: crisi epilettiche? Sincopi? Ictus?*

*Il secondo giorno consulto la cartella clinica e con spazzante sorpresa leggo: diagnosi di bronchite cronica ostruttiva con esacerbazione; giunto in pronto soccorso per dispnea ingravescente da alcuni giorni, tosse poco produttiva con escreato chiaro, febbre; dimesso dalla pneumologia dell'ospedale di [...] con diagnosi di insufficienza respiratoria acuta in broncopneumopatia cronica ostruttiva riacutizzata e scompenso cardiaco; durante il ricovero a [...] infezione urinaria da Acinetobacter baumannii; fumatore, in ossigenoterapia domiciliare.*

*Nessun riferimento a episodi di perdita di coscienza.*

*“Ma perché è qui?”*

*“Gliel'ho già detto, signorina, sono caduto a terra.” “In cartella leggo che ha avuto febbre e difficoltà respiratorie...”*

*Il giorno del nostro ultimo incontro le è stato spiegato che doveva effettuare una Risonanza Magnetica, ma lei all'inizio ha rifiutato, perché soffre di claustrofobia. Poi parlandole con calma e assicurandole che le avrebbero somministrato dei sedativi, ha riconsiderato l'ipotesi. La malattia considerata dalla paziente non è tanto quella che ha causato il suo ricovero in ospedale, ma è piuttosto interpretata come la causa della perdita prima del marito e in seguito del figlio primogenito.*



# Analisi dei diari di bordo

## Osservazioni conclusive

*C. durante il ricovero ha continuato a chiedere informazioni sul suo cuore (ho la “tremarella”) ma è fondamentalmente una donna molto ansiosa, non particolarmente intelligente, non in grado di capire cosa le viene spiegato, né di cosa si sta parlando durante la visita. Questo ultimo aspetto mi ha colpita particolarmente, perché ho sempre immaginato che alcuni pazienti non capissero tutte le informazioni che gli vengono fornite, ma non mi ero mai scontrata con un simile grado di ignoranza e incapacità di comprendere da parte di un paziente.*

*All'inizio dell'esperienza pensavo che sarebbe stato difficile avvicinarmi al malato seguendo uno schema diverso da quello che avevo fino a quel momento imparato a usare, ma non avevo considerato che sarebbe stato altrettanto insolito per il paziente parlare con un tirocinante di medicina non solo della malattia, ma anche dei propri vissuti. Il mio errore era stato di non considerare quanto anche per P.G.M. l'esperienza fosse strana. Solo quando sono riuscita a comprenderne la diffidenza è stato possibile instaurare un dialogo sincero e costruttivo.*

*La mia preoccupazione più grande, almeno all'inizio, un po' anche dovuta al fatto che ho svolto la mia attività a domicilio e non in reparto, è stato l'imbarazzo nel fare domande molto personali non “protetta” dal camice o dall'ospedale e soprattutto senza che il paziente mi conoscesse. Nel mio caso specifico, però ho incontrato una persona molto incline al dialogo e interessato e l'attività si è trasformata per me in un momento piacevole e utile a farmi capire risorse e limiti di una comunicazione. Forse l'aspetto che mi ha fatto riflettere di più è che a volte nella comunicazione siamo abituati (e forse anche un po' costretti dal tempo) a cercare di raggiungere subito l'obiettivo, tramite domande dirette. Molte volte questo atteggiamento può servire nell'immediato e soprattutto in un luogo protetto come l'ospedale. Ma quando si vuole instaurare un rapporto con il paziente e guadagnarne la fiducia, forse è utile cercare di raggiungere gli obiettivi in modo più informale, soprattutto se questo viene fatto in un ambiente che non è quello consueto.*



# Criticità riscontrate

Il progetto ha sin da subito registrato un forte interesse da parte degli studenti, come evidenziato dal rapidissimo esaurimento dei 20 posti disponibili. L'interesse è poi maturato nel corso della fase teorica e si è consolidato nella fase di tirocinio, caratterizzata da una grande disponibilità degli studenti ad adattarsi alle approssimazioni organizzative e didattiche di un progetto totalmente sperimentale.

Questa prima edizione ha offerto altresì una molteplicità di elementi critici, soprattutto ma non solo di carattere organizzativo, in merito al tempo dedicato al tirocinio, che ha dovuto essere ridotto a causa dei molteplici impegni accademici concomitanti degli studenti, andando ad influire sulla possibilità di individuare step intermedi di tutoraggio che avrebbero consentito un miglior accompagnamento del percorso pratico.



# Implementazione del progetto

In forza del buon esito del progetto e dell'interesse suscitato presso gli studenti, si è concordato con la Presidenza della Facoltà e con il prof. Isaia che implementazione del progetto dovrà comportare un aumento del numero degli studenti coinvolti (da 20 a 50), ponendo maggiore attenzione alla programmazione degli elementi logistico-organizzativi dell'iniziativa. A tal fine, per soddisfare l'esigenza di un completo svolgimento del tirocinio, si è ritenuto di dedicare l'ADE del prossimo anno accademico agli studenti del sesto anno e di estendere le aree coinvolte - sempre con il coordinamento del prof. Isaia - all'oncologia geriatrica e ai disturbi del comportamento alimentare.

La fase teorica non ha evidenziato particolari criticità, motivo per il quale si sceglie di riproporre lo stesso impianto didattico e metodologico, con poche variazioni di contenuto. Ovviamente, ai fini del mantenimento del clima seminariale e delle modalità di lavoro in piccoli gruppi (svolta soprattutto nei primi due incontri, quello a carattere culturale e quello sulla comunicazione) l'eventuale aumento del numero dei corsisti imporrebbe una suddivisione degli stessi in gruppi di massimo 25-30 e dunque un'eventuale ripetizione degli incontri "teorici".



# Ringraziamenti

Prof. Ezio Ghigo - Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Torino

Prof. Giancarlo Isaia - Direttore della SDCU Geriatria e Malattie Metaboliche dell'Osso dell'AOU S. Giovanni Battista di Torino

Prof.ssa Rossana Cavallo - Presidente del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Torino

Prof. Mario Bo - Docente Università degli Studi di Torino

Prof. Gianluca Favero - Antropologo

Paolo Sbuttoni - Consulente Comunicazione e Pubblicità – Docente Università IULM Milano

I medici e gli specializzandi della SDCU Geriatria e Malattie Metaboliche dell'Osso e la Scuola di Umanizzazione della Medicina onlus



# Allegato: Analisi quali-quantitativa dei questionari

Si riporta qui di seguito una breve sintesi dei questionari somministrati nella fase preliminare ai 20 studenti coinvolti.

E' da notare come la ridotta entità del campione non consenta di attribuire pieno valore statistico alla rilevazione, che tuttavia è stata utile per inquadrare il livello delle aspettative dei partecipanti al corso.

Quali sono le principali motivazioni che l'hanno indotta a scegliere il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia?

1. inclinazioni personali	100%
2. tradizione familiare	0
3. motivi economici	0
4. facilità a trovare lavoro	28% (in aggiunta a motivazione 1)
5. contatti casuali con il mondo del lavoro	0
6. influenza degli amici	0

Il *cursus studiorum* fin qui intrapreso ha soddisfatto le sue aspettative ?

Sì	84%
No	16%

Note: Nel complesso l'organizzazione degli studi e la qualità della didattica soddisfano gli studenti. Alcune critiche si concentrano sull'organizzazione delle fasi di tirocinio e sulla loro connessione con il momento più prettamente teorico, in sintesi gli elementi di criticità possono essere riassunti come segue: "poco tempo dedicato alle materie non cliniche; mancanza di collegamento tra teoria e pratica clinica; organizzazione dei tirocini clinici poco curata".

Chi risponde negativamente adduce le seguenti motivazioni: "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."; "Gli insegnamenti sono tutti di ordine troppo teorico, ognuno di noi conosce a menadito il contenuto di uno svariato numero di libri, ma all'atto pratico siamo tutti incapaci. Poche sono le ore di tirocinio, ancor meno i medici e gli infermieri che hanno davvero voglia di insegnarci qualcosa".



# Allegato: Analisi quali-quantitativa dei questionari

Ha avuto fin qui problemi nel relazionarsi con la persona malata?

Sì	75%
No	25%

Se Sì, quali sono state le difficoltà maggiori?

1. paura del coinvolgimento	10%
2. paura di reazioni violente	0
3. timidezza	18%
4. timore di non essere preparato/a	72%

altro: “paura di non essere in grado a gestire la situazione nel modo giusto”; “paura di non riuscire a ottenere dal paziente le informazioni che mi era stato chiesto di ottenere; paura di non riuscire a spiegare chiaramente al paziente quando mi viene chiesto di spiegar qualcosa”.

Quale tra queste definizioni di “dolore” Le è maggiormente affine?

1. "un'esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale" (IASP)	25%
2. uno strumento utile quando rappresenta un campanello d'allarme	17%
3. un'esperienza personale spiacevole, e talvolta drammatica, difficile da descrivere per chi ne è colpito	58%
4. una sensazione fisiologica elaborata in specifici recettori e trasmessa attraverso vie nervose distinte	0
5. uno stato d'animo di profonda tristezza , d'angoscia, di disperazione	0



# Allegato: Analisi quali-quantitativa dei questionari

Esiste secondo Lei una relazione tra sofferenza e dignità della persona?

Sì	75%
No	25%

Note: Le risposte opposte sottendono in realtà due modi di concepire la domanda, ovvero chi nega una correlazione tra sofferenza e dignità della persona lo fa in forza di una mozione di tipo etico (la malattia non deve essere intesa come degradante della dignità personale, dunque una correlazione di fatto tra sofferenza e dignità non può essere accolta); la maggioranza, che dà risposta affermativa, nota invece come la sofferenza fisica, in particolar modo quella che induce limitazioni all'autosufficienza della persona, sia spesso intesa dal paziente stesso e dal clima socio-culturale prevalente come elemento di degradazione (in ciò ammette una relazione di proporzionalità inversa tra sofferenza e dignità), aggiungendo tuttavia – pressochè nella totalità delle risposte – come il lavoro stesso del personale sanitario debba comportare una “negazione” di una simile correlazione, riaffermando la dignità della persona nella malattia.