

Giuseppe Ventriglia

La formazione del medico di medicina generale

1. Qualche iniziale flash

- sulla Medicina Generale, che si può considerare una «interfaccia tra la percezione di salute e di malessere dei singoli individui e la sua strutturazione come problema».

- sul Medico Generale...
che viene ancor oggi ricercato dal cittadino come «medico di fiducia» e come preciso *punto di riferimento* per aiuti – consigli – interventi personalizzati di tutela della salute, e che ha come elementi caratteristici e qualificanti del suo ruolo:
 - il rapporto di fiducia
 - interventi personalizzati
 - la continuità assistenziale

- sulla malattia, che oggi evidenzia...
 - l'importanza crescente dei fattori comportamentali
 - la difficoltà nell'indurre cambiamenti di abitudini e stili di vita scorretti
 - la scarsa efficacia delle grandi campagne di educazione sanitaria
 - la buona risposta ad interventi personalizzati e continuativi (*Counselling*)

Sulla base di queste considerazioni, possiamo affermare che *essere medico di famiglia oggi richiede...*

- un patrimonio tecnico-culturale molto vasto, medico e non medico
- la disponibilità a farsi carico di *tutti* i problemi dei propri assistiti (*approccio trasversale*)
- la capacità di convivere e gestire l'incerto, lo sfumato, l'indefinito
- una attenzione costante all'Uomo (*approccio olistico*)
- la capacità di gestire le conseguenze dell'informazione sanitaria incontrollata diffusa dai mass-media
- la disponibilità al confronto con cittadini spesso disorientati e desiderosi di autogestire la loro salute
- una forte motivazione per
 - l'aiuto alle persone
 - l'ascolto e la comunicazione
 - l'autovalutazione e l'aggiornamento continuo

- sulla comunicazione come strumento della relazione medico-paziente

Attualmente circa la metà del tempo del m.g. viene speso per parlare con il paziente, e già nel 1927 Sir Francis Peabody scriveva nel «Journal of American Medical Association»:

«i giovani laureati mostrano una preoccupante tendenza a conoscere sempre di più la patogenesi delle malattie, ma molto poco i loro pazienti».

In effetti una buona conoscenza del paziente ed un buon rapporto con lui sono essenziali. Ricordiamo insieme che...

«la raccolta di valide informazioni e la sincerità del rapporto dipendono in maniera rilevante dalla capacità del medico di comunicare con il paziente» (T. Szesz, M.M. Hollender);

«la soddisfazione del paziente dipende dalla qualità del rapporto ed influenza direttamente la predisposizione del paziente a seguire i consigli dati» (L.C. Reader);

«Se il medico comunica in modo efficace le istruzioni e l'uso dei farmaci, i pazienti commettono meno errori nelle cure» (B.S. Hulka, L.L. Jupper, J.C. Cassel);

«L'incidenza della cattiva pratica clinica è correlata all'imperfetta comunicazione tra medico e paziente» (L.C. Reader).

Inoltre è noto da anni che quasi il 90% delle diagnosi viene fatta sulla base dei dati raccolti in un buon colloquio con il paziente, e che di fatto la comunicazione medico-paziente è una delle azioni terapeutiche più efficaci di cui la medicina disponga.

Peraltro, il raggiungimento di questi obiettivi dipende dalla cultura del medico, dal suo «saper essere» e dalle sue capacità comunicative. Di qui la necessità di curare in modo particolare la formazione alla relazione ed alla comunicazione, importante in tutti i settori della medicina, ma assolutamente ineludibile in medicina generale.

2. La formazione alla Relazione

«La cura del paziente comincia con la formazione di un rapporto personalizzato tra medico e paziente» (Harrison)

In medicina generale, più che in altri settori del mondo sanitario, i problemi che i pazienti propongono al medico generale solo eccezionalmente sono soltanto fisici, e anche in tali casi gli aspetti puramente “biologici” sono profondamente condizionati dal vissuto del paziente, dalle esperienze personali e non, dalla sua condizione affettiva, dallo stato sociale e familiare, e così via.

È in sostanza necessario sempre più spesso sostituire al classico approccio biomedico un più complesso ma più efficace *approccio bio-psico-sociale*, centrato sulla *persona* più che sulla malattia, che sostituisce il classico rapporto attivo-passivo tra medico e paziente con un rapporto di guida-cooperazione (tipo padre-figlio) ovvero di partecipazione paritetica (tipo adulto-adulto), che sostituisca l'obbedienza con la *compliance*, il

comando con il consenso, l'imposizione con la proposta, i precetti con gli orientamenti, il sostegno con lo stimolo ad usare i propri mezzi, il trasporto con l'indicazione della via, le istruzioni-prescrizioni con il *counselling*.

Non si può dunque pensare di esercitare una "buona pratica medica" preoccupandosi soltanto dei "contenuti" e trascurando il "contesto". E questo obiettivo non può essere raggiunto senza una precisa attenzione al processo, ossia all'osservazione, alla comunicazione ed alla relazione medico-paziente.

Concordando su questo principio, risulta subito evidente come le qualità professionali del medico non debbano prevedere soltanto aggiornate e precise conoscenze tecniche, competenze diagnostiche e terapeutiche affidabili, abilità tecniche e manuali elevate. Oltre al *sapere* ed al *saper fare*, (e qualcuno aggiunge un po' ironicamente – visti i tempi – il *poter fare*) il *saper essere* si afferma come componente essenziale della professionalità del medico. Anzi, più che mai nella nostra epoca, improntata da una tecnologia sempre più sofisticata e da specializzazioni sempre più parcellari, è indispensabile recuperare un approccio di tipo olistico, umano, che non neghi, tutt'altro, i benefici della tecnologia, ma ne mitighi la natura di per sé fredda, arida, spersonalizzante.

Del resto una ricerca del CENSIS di otto anni fa aveva evidenziato come il 67% degli intervistati ritenesse che «il medico deve interessarsi non solo delle cause di malattia, ma anche della situazione personale del paziente, approfondendo temi riguardanti la sua vita familiare ed il lavoro».

E proprio il problema dell'ascolto del paziente da parte di un medico che abbia le connotazioni di "tecnico umanizzato", si fa ogni giorno più importante, se è vero che nella stessa ricerca il 34% degli intervistati dichiarò di aver lasciato il medico perché non lo ascoltava, né spiegava con sufficiente chiarezza cura e malattia.

Dunque ha ragione chi sostiene che «l'atto medico è non solo azione, ma è prima di tutto comunicazione».

Il *Counselling*, che come si è visto nelle premesse costituisce un momento strategico e di grande rilevanza dell'azione del medico, sia sul piano "quantitativo", sia rispetto ai risultati ottenibili in termini di salute dell'individuo, è pesantemente condizionato dalla capacità del medico di instaurare una buona relazione con il paziente e di saper controllare il più possibile ed in modo cosciente il processo della comunicazione interpersonale, con le cui regole è indispensabile prendere buona dimestichezza. Qualcuno impiegherà più tempo, altri meno; per tutti sarà sicuramente impegnativo, ma la fatica di imparare a rispondere in modo consapevole ed a finalizzare le proprie comunicazioni eviterà – come ci fanno notare Bert e Quadrino – «il disagio spesso intenso di sentirsi manipolati, confusi, forse "giocati" anche se non volontariamente, dal paziente e dai suoi familiari»¹.

La formazione alla relazione è una parte trascurata nella formazione del medico, forse perché, erroneamente, si è ritenuto che occuparsi di relazione con il paziente fosse sinonimo di entrare nel settore della psicoterapia. Il medico di famiglia, ma sarebbe meglio dire tutti i medici, dovrebbe acquisire – come è stato detto – conoscenza e qualche dimestichezza con quella che un relatore nei giorni scorsi ha definito la «dimensione psicoterapeutica», senza entrare nel campo specialistico della «competenza psicoterapeutica» propria di un ben definito curriculum formativo.

Sta di fatto che fino ad oggi la formazione universitaria di base non ha riservato alcuno spazio, nel pur lungo e complesso curriculum didattico, agli aspetti relazionali e comunicativi della professione medica; l'industria farmaceutica, fino ad un recentissimo passato, ha esercitato un ruolo molto importante – talvolta unico – nell'aggiornamento dei medici selezionando naturalmente i temi del farmaco, inteso come “bene sociale” perché destinato alla cura dei pazienti, ma anche come “bene economico” che richiede investimenti, al quale si dedicano opportune promozioni e dal quale ovviamente ci si attende un profitto.

La conseguenza è che altri aspetti non meno importanti, quali la diagnostica, la bioetica, la deontologia medica e, naturalmente, tutta la parte relazionale della professione, non hanno mai trovato a livello organizzativo ed istituzionale – fatte le doverose quanto rare eccezioni – né spazi, né sponsor.

A questo va aggiunta «la difficoltà di far acquisire i contenuti operativi del “saper essere” che non si esprimono come nozioni o come abilità manuali, ma soprattutto come atteggiamenti, espressioni verbali e non verbali, stili di comportamento personale, gioco più o meno manifesto di reazioni psicoemotive interattive»².

Da un punto di vista strettamente pedagogico, esistono problemi peculiari per l'insegnamento-apprendimento di queste *performance*, che richiedono non certo lezioni accademiche tradizionali, ma tecniche didattiche appropriate quali esercitazioni in *role-playing* o esperienze dirette in situazioni reali, tutte seguite da una successiva fase di analisi didattica.

Negli ultimi anni una maggiore e più diffusa (o forse sarebbe meglio dire *meno sporadica*) consapevolezza dell'importanza di questo aspetto della professione ha fatto sì che divenissero meno rare le occasioni di formazione alla relazione, anche se siamo ancora molto lontani da una presenza quantitativamente correlata all'importanza che il tema riveste nella pratica della medicina generale.

Per quanto riguarda l'esperienza didattica della Scuola SIMG di m.g., non abbiamo mai realizzato attività formative specificamente dedicate alla comunicazione ed alla relazione medico-paziente, ma in tutti i corsi orientati ai vari problemi della pratica professionale si riserva sempre uno spazio agli aspetti del colloquio, della comunicazione, della relazione con il paziente e con la famiglia.

Non mi addentro nel discorso dei *Gruppi Balint* che operano attivi in varie parti del Paese (dell'esperienza di Torino sponsorizzata dall'Ordine dei Medici parleranno altri).

La Società Italiana di Medicina Generale ha dedicato nel 1993 un Convegno nazionale al tema della “medicina dell'ascolto” ed a livello nazionale vengono organizzati corsi di *Counselling* come momento istituzionale di formazione “non sporadica” alla relazione.

Inoltre nella Scuola Nazionale SIMG per Animatori di Formazione è sempre stato dedicato ampio spazio alla didattica del *saper essere* e sono stati costantemente approfonditi argomenti specifici quali appunto le tecniche didattiche del saper essere, l'analisi della relazione, e così via...

Infine, recentemente, la stessa SIMG – che tanta parte ha avuto nell'attuale piano di formazione biennale specifica in m.g. – si è impegnata per il raggiungimento di due importanti traguardi:

- da un lato ha fatto tutto quanto era in suo potere perché il tirocinio si svolgesse il più possibile al di fuori dell'ambiente di corsia, per favorire al massimo l'apprendimento sia dei contenuti sia dei modelli operativi e relazionali propri della Medicina Generale;
- dall'altro ha dedicato una parte cospicua del suo corso di formazione per i futuri medici generali *tutor* proprio agli aspetti fondamentali del rapporto medico-paziente: modelli relazionali, variabili e caratteristiche della relazione interpersonale, relazione d'aiuto, empatia, ascolto ed influenzamento, modelli della relazione medico-paziente, atteggiamenti del medico e del paziente, principi della comunicazione interpersonale, problemi comunicativi nel rapporto medico-paziente, aspetti psicologici e personalità, etc...

Obiettivo finale era di fornire ai *tutor* gli stimoli di approfondimento ed alcune conoscenze e competenze di base in tema di relazione interpersonale, di analisi dei problemi della comunicazione, di struttura della relazione medico-paziente, da trasmettere direttamente ai tirocinanti, ma anche e principalmente da utilizzare nel corso del tirocinio nella precisa convinzione dell'importanza che il *tutor* fosse messo in grado di stabilire e controllare una buona *relazione didattica* con i medici in comportamento discente.

Abbiamo infatti condiviso appieno l'affermazione di Stott il quale affermava:

«Il fattore più importante del processo educativo nel tirocinio in ambulatorio è il rapporto Tutor-Tirocinante» (Stott, 1979).

3. La relazione nella formazione

In effetti il modello di relazione presente nella pedagogia tradizionale è sostanzialmente una relazione di tipo gerarchico, determinata e fondata sulle differenze di status tra docente e discente. Si trattava per noi, quando oltre dieci anni fa abbiamo iniziato ad occuparci di formazione continua dei m.g. in attività ed attualmente dovendo seguire anche la formazione specifica dei futuri medici generali, di sostituire a questo modello gerarchico, sicuramente poco adatto alle caratteristiche della didattica di adulti professionisti, un modello diverso che favorisse la reciprocità della comunicazione, l'instaurazione di un dialogo costruttivo, nel quale l'autorità del docente non fosse determinata solo dal ruolo istituzionale, ma fosse giocata "giorno per giorno" ed emergesse come conseguenza di un *gradiente* realmente esistente e riconosciuto, in una relazione complementare basata su obiettivi comuni e su ruoli condivisi. Un *setting* didattico nel quale l'errore non costituisse motivo di punizione (situazione tipica della relazione gerarchica tradizionale), ma un essenziale *feed-back* per il controllo del processo di insegnamento-apprendimento. Un contratto pedagogico che vedesse il medico in stato docente svolgere funzioni di *guida* e di *facilitatore* dell'apprendimento in cui le competenze tecniche venissero valutate dal medico in atteggiamento discente al pari di quelle umane, in una condizione nella quale «l'autorità del ruolo fosse un prodotto delle relazioni e non una premessa»³.

Una tecnica formativa molto efficace che è fondata su questi principi è quella dei gruppi di *peer-review*, nei quali lo studio e la discussione “tra pari” si è dimostrata estremamente efficace ed in grado di indurre profondi cambiamenti professionali.

Un altro aspetto importante concernente il problema “relazione nella formazione” è quello inerente il *triangolo docente-discente-paziente* – sorto con l’avvento del tirocinio in m.g. – nel quale da un lato il discente-medico (meno lo studente) può condizionare di fatto una relazione strutturata, personale e fiduciaria medico-paziente e dall’altro il modello di *setting* prescelto può condizionare anche pesantemente il processo formativo.

Non è infatti ininfluente per lo svolgimento del processo didattico la scelta dei vari modelli relazionali:

1. *Lineare tipo “supervisore”*, nel quale il docente osserva il tirocinante che interagisce con il paziente (si migliorano le capacità del tirocinante nel “saper essere”).
2. *Lineare tipo “supervisore inverso”*, nella quale il tirocinante svolge le funzioni di “supervisore” che commenta l’operato nel docente con il paziente (si migliora la capacità di osservazione ed analisi del tirocinante).
3. *Delega*, situazione di “coterapia non simultanea” in quanto il docente delega al tirocinante la visita del paziente per poi discuterla in un secondo momento.
4. *Triangolare*, vera “coterapia somultanea” nel quale i tre protagonisti interagiscono in modo integrato e funzionale; presuppone un rapporto reciproco buono e ben strutturato.
5. *Transitivo*, modello impostato dal paziente che trasferisce sul tirocinante la fiducia che egli ha nel suo medico.
6. Del “*personaggio muto*” (*kofôn Pròsopon*), altro modello relazionale impostato dal paziente che *esclude* di fatto il tirocinante dal suo rapporto con il medico.

Tutto questo non è stato un’operazione semplice e non siamo tutt’ora in condizioni di dire che tutti gli obiettivi sono stati raggiunti a pieno.

La SIMG, da oltre dieci anni, prima con iniziative estemporanee, poi in modo istituzionale con i Corsi sulle Metodologie Didattiche, si è assunta l’impegno di portare nel mondo della didattica medica – e della m.g. in particolare – i principi ed i metodi della pedagogia dell’adulto.

Tra gli altri suoi campi di studio e di promozione, essa ha sempre cercato di diffondere la consapevolezza dell’importanza – per una efficace formazione continua del medico – di creare una buona relazione didattica. Ed è per questo scopo che il programma di studio dei suoi *Animatori di formazione* prevede un ampio spazio anche per gli aspetti non strettamente “tecnico-pedagogici” quali la conduzione dei gruppi, l’analisi della personalità, e così via...

In questi anni, del resto, abbiamo avuto occasione di constatare quanto positivi siano stati i risultati di programmi formativi nei quali si sia cercato di rispettare i canoni prima espressi e quanto invece abbiano perso, in termini di efficacia didattica, le situazioni in cui le tensioni ed i problemi relazionali piuttosto che la scarsa qualità tecnica dei docenti hanno condizionato la compliance, la soddisfazione ed il gradimento degli allievi, e quindi in ultima analisi la loro capacità e disponibilità ad apprendere.

Concludo riaffermando la mia convinzione circa l'importanza assoluta degli aspetti relazionali sia nel rapporto medico-paziente, sia nella relazione educativa medico docente-medico allievo nella formazione specifica o in quella continua e richiamando un monito che considero sempre valido, nel campo dell'assistenza ma anche in quello della didattica:

«Il significato e l'importanza della stretta relazione interpersonale tra medico e paziente non sarà mai abbastanza enfatizzato. Da essa dipende un numero infinito di diagnosi e di terapie. Una delle qualità essenziali del medico è l'interesse per l'Uomo. Il segreto della cura del paziente è averne cura» (Sir Francis Peabody).

NOTE

- ¹ G. BERT, S. QUADRINO, *Il medico ed il counseling*, Il Pensiero Scientifico Ed., Roma, 1989.
- ² R. GALLINI, *Schola Medici*, NIS, Roma, 1991.
- ³ M. POSTIC, *La relazione educativa*, Armando Ed., Roma, 1994.