

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO – BICOCCA

Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione
“Riccardo Massa”

Dottorato in Scienze della Formazione e della
Comunicazione



SAPERE, SAPER FARE, SAPER ESSERE.

**STUDIO LONGITUDINALE SULLA FORMAZIONE AL
RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE**

Coordinatore: Chiar.ma Prof.ssa Laura FORMENTI

Tutor: Chiar.ma Prof.ssa Maria Grazia STREPPARAVA

Tesi di dottorato di:

Stefano ARDENGHI

Matr. 711345

Anno Accademico 2014/2015

SOMMARIO

RIASSUNTO	I
ABSTRACT	III
INTRODUZIONE	1
1. Storia e storie del rapporto medico-paziente	22
1.1 Il rapporto medico-paziente nelle popolazioni antiche	23
1.2 Il rapporto medico-paziente durante il Medioevo e il Rinascimento	31
1.3 Il rapporto medico-paziente tra Cinquecento e Seicento	33
1.4 Il rapporto medico-paziente dall'Illuminismo alla scienza moderna	36
1.5 Il medico e il paziente nell'età della tecnica.....	43
1.5.1 Medico amico o medico sovrano?.....	45
1.5.2 Medico-paziente: l'inizio di un corpo a corpo.....	49
1.5.3 Il paziente assente: medicalizzazione della salute, ospedalizzazione della malattia e specializzazione della medicina.....	50
1.5.4 Tecnica e antropologia nella formazione medica contemporanea.....	57
1.5.5 Il malato tridimensionale: illness, disease e sickness.....	59
1.5.6 Il medico filosofo	62
2. La malattia tra persona, medicina e società: dal modello biomedico al modello centrato sulla persona	66
2.1 Medicina disease/doctor-centered: il modello biomedico	67
2.1.1 Le origini storiche del riduzionismo	72
2.1.2 I vantaggi e i limiti del modello biomedico	74
2.2 La persona è più della somma delle sue parti: il modello biopsicosociale	76
2.3 Curare la relazione per curare la persona: l'empatia.....	84
2.3.1 Dall'empatia all'exotopia.....	96
2.3.2 Arricchire l'assistenza medica con l'Intelligenza Emotiva.....	99
2.4 Curare con il paziente: l'alleanza terapeutica	103
2.4.1 Il medico care-giver: una base sicura	110
2.5 Curare e prendersi cura: la medicina patient-centered.....	122
2.5.1 Dal sintomo alla persona: il metodo clinico patient-centered.....	131
2.5.2 Comunicare con il paziente: il colloquio clinico patient-centered.....	136
2.5.3 Perché una medicina centrata sul paziente	145
3. La selezione e la formazione al rapporto medico-paziente nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia	151

3.1	L'accesso a Medicina: stato attuale e prospettive future di un difficile processo di selezione	151
3.1.1	La situazione in Italia e negli altri Paesi	153
3.1.2	Proposta di un modello sperimentale per la selezione e l'accesso ai Corsi di Studio in Medicina e Chirurgia	157
3.2	Formazione clinica e clinica della formazione: per una pedagogia medica centrata sullo studente.....	166
3.2.1	Il Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia: il curriculum	169
3.3	La formazione dei professionisti della cura alla relazione medico-paziente .	200
3.3.1	Il contesto italiano ed internazionale.....	204
3.3.2	L'incontro di due persone e di due storie: medical humanities e medicina narrativa	217
3.3.3	Saper fare, saper essere: il role playing e l'esperienza del "come se"	227
3.3.4	Apprendimento in équipe: la discussione in piccolo gruppo	230
3.3.5	Il medico consapevole: la formazione dei professionisti della salute nei protocolli basati sulla mindfulness	234
4.	Studio longitudinale sulla formazione al rapporto medico-paziente: la ricerca...	240
4.1.	Selezionare gli studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia: alcune riflessioni per una discussione ancora aperta.....	243
4.1.1	Obiettivi	243
4.1.2	Metodologia	244
4.1.3	Risultati.....	263
4.2	Acquisizione e mantenimento di un approccio empatico e patient-centered: studio longitudinale sull'efficacia della formazione medica	289
4.2.1	Obiettivi	289
4.2.2	Metodologia	290
4.2.3	Risultati.....	299
4.3	Il medico "presente a se stesso": dispositional mindfulness e livelli di empatia/centratura sul paziente.....	317
4.3.1	Obiettivi	317
4.3.2	Metodologia	318
4.3.3	Risultati.....	322
4.4	Discussione dei risultati e sviluppi futuri.....	330
4.4.1	Riflessioni sulla selezione in Medicina	330
4.4.2	Riflessioni sulla formazione in Medicina	338

4.4.3 Riflessioni sul futuro della formazione in Medicina	342
5. Conclusioni.....	347
BIBLIOGRAFIA	350
ALLEGATO 1: Questionari	402
ALLEGATO 2: Revisione della letteratura	426

*Quando un medico prescrive un farmaco,
prescrive se stesso.*

(Balint, 1961)

RIASSUNTO

Nel corso degli anni la relazione medico-paziente è andata incontro a continui cambiamenti. Prima dell'ultimo trentennio, la relazione era principalmente tra un paziente in cerca di aiuto e un medico le cui decisioni erano silenziosamente osservate dal paziente. In questo modello paternalistico della relazione medico-paziente, il medico utilizza le sue competenze per scegliere gli interventi necessari e i trattamenti più adeguati per ristabilire la salute del paziente o per alleviare il suo dolore. Ogni informazione data al paziente è selezionata per incoraggiarlo ad aderire alle prescrizioni del medico. Questa descrizione dell'interazione asimmetrica o sbilanciata tra medico e paziente è stata messa in discussione negli ultimi trent'anni. I critici hanno proposto per il paziente un ruolo più attivo, autonomo e di conseguenza più centrato su di lui, che sostenga un maggiore controllo da parte del paziente, un ridotto predominio del medico ed una maggiore reciproca partecipazione. È molto evidente la positiva influenza di una cura centrata sul paziente su diversi esiti clinici: medici più empatici e più centrati sul paziente con tutta probabilità ottengono una maggiore soddisfazione del paziente stesso, una maggiore adesione ai trattamenti e migliori risultati clinici. Nel contesto della formazione medica risulta di conseguenza importante capire quali interventi educativi possano essere efficaci nel mantenere e promuovere l'empatia e un atteggiamento centrato sul paziente negli studenti di Medicina.

Per queste ragioni, lo scopo di questo lavoro di ricerca è stato quello di: (a) valutare la relazione statistica esistente tra alcune variabili sociali e psico-attitudinali (ad esempio, la motivazione a diventare medico, tratti di personalità, convinzioni di auto-efficacia, benessere psicologico percepito) e l'atteggiamento empatico/centrato sul paziente di studenti di Medicina in ingresso per ripensare i criteri di selezione e di valutazione di un esame di ammissione alle Facoltà di Medicina italiane che tenga conto anche delle abilità "non cognitive" degli studenti che presentano domanda per accedere alle Scuole Mediche; (b) esaminare i cambiamenti nel corso della formazione medica dei livelli di empatia e di centratura sul paziente degli studenti della Facoltà di

Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca al fine di valutare l'efficacia degli attuali programmi educativi volti alla promozione di un atteggiamento clinico empatico e centrato sul paziente negli studenti stessi; (c) esplorare il rapporto tra i diversi aspetti della *mindfulness* disposizionale e i livelli di empatia/centratura sul paziente in un campione di studenti di Medicina non-meditatori per fornire evidenze statistiche sull'opportunità o meno di implementare la formazione in Medicina con corsi dedicati alla pratica di meditazione *mindful*.

I risultati confermano relazioni statisticamente significative tra competenze psicosociali ed empatia/centratura sul paziente. Viene suggerito che la motivazione, la personalità e l'autoefficacia degli studenti dovrebbe essere presa in considerazione nell'ammissione alle Facoltà mediche e/o nei programmi finalizzati ad aumentare l'empatia nella formazione degli studenti di Medicina. È stata discussa la possibilità di implementare i test standardizzati di valutazione delle caratteristiche personali, i cosiddetti "test non-cognitivi", come parte del processo di ammissione. Un tale proposito, in ogni caso, solleva numerose questioni relative alla validità, correttezza, costi e praticabilità nel contesto formativo italiano di tali modalità di valutazione. Si conclude anche che avviene un significativo incremento nell'empatia e nella centratura sul paziente nel corso della formazione medica. L'aumento dell'empatia si verifica durante un periodo in cui il *curriculum* si sposta verso attività di cura del paziente (tirocinio del secondo anno presso l'ambulatorio del medico di medicina generale e tirocinio dal terzo al quinto anno svolto tra le corsie ospedaliere) e questo è il momento in cui l'empatia è maggiormente importante. Infine, nonostante le evidenze indichino l'utilità di insegnare pratiche di *mindfulness*, molteplici questioni devono essere considerate: a quale punto della carriera di un medico in formazione è più opportuno insegnare la *mindfulness*? Quale struttura del corso è più efficace, quando e per chi? Come può essere mantenuto nel corso del tempo ciò che è stato appreso? L'insegnamento della *mindfulness* dovrebbe essere integrato nel *core curriculum* della Scuola di Medicina?

Parole chiave: relazione medico-paziente, cure centrate sul paziente, formazione medica, ammissione, empatia, *mindfulness* disposizionale

ABSTRACT

The doctor-patient relationship has undergone a transition throughout the ages. Prior to the last three decades, the relationship was predominantly between a patient seeking help and a doctor whose decisions were silently complied with by the patient. In this paternalistic model of the doctor-patient relationship, the doctor utilizes his skills to choose the necessary interventions and treatments most likely to restore the patient's health or ameliorate his pain. Any information given to the patient is selected to encourage them to consent to the doctor's decisions. This description of the asymmetrical or imbalanced interaction between doctor and patient has been challenged during the last 30 years. Critics have proposed a more active, autonomous and thus patient-centered role for the patient who advocates greater patient control, reduced physician dominance, and more mutual participation. There is strong evidence for positive influences of patient-centered care on several clinical outcomes: more empathetic and patient-centered physicians are more likely to achieve higher patient satisfaction, adherence to treatments, and health outcomes. In the context of medical education, it is thus important to understand what educational interventions can be effective in maintaining and enhancing empathy and patient-centered attitude in undergraduate medical students.

For this reason, the aim of this research work was to: (a) assess the relationship between some social and psycho-attitudinal skills (e.g. motivation for being a doctor, personality traits, self-efficacy, well-being) and empathic/patient-centered attitude of freshmen medical students to rethink the selection and evaluation criteria of Italian medical school admission, considering non-cognitive skills of students who are applying to medical schools; (b) examine the longitudinal changes in medical students' empathy and patient-centeredness levels during medical school to evaluate the efficacy of current medical educational programs to enhance empathy and patient-centeredness among undergraduate medical students; (c) examine the relationship between dispositional mindfulness facets and empathy/patient-centeredness in non-meditating medical doctor students to provide a supportive evidence of the need for training undergraduate medical students in mindfulness practice.

The results confirmed statistically significant associations between psychosocial skills and empathy/patient-centeredness. It is suggested that motivation, personality and self-efficacy of students should be taken into account in medical admission and/or in educational programs to enhance empathy in undergraduate medical education. Has been discussed the possibility of implementing standardized testing of personal characteristics, so-called “noncognitive testing”, as part of the admissions process. Such a proposal, however, raises numerous questions about the validity, fairness, cost, and feasibility in the Italian educational context of such testing. It is concluded, also, that a significant increase in empathy and patient-centeredness occurs during medical school. The increase of empathy occurs during a time when the curriculum is shifting toward patient-care activities (2nd year internship at the GP’s office and 3rd-5th year internship in the hospital wards) and this is when empathy is most essential. Finally, although the statistical evidence points to the usefulness of teaching mindful practices, various issues remain to be considered: when is it best to teach mindfulness in the trajectory of a doctor’s career? What format works best, when and for whom? How can what is learned be maintained over time? Should mindfulness training be integrated into the medical school core curriculum?

Key words: doctor-patient relationship, patient-centered care, medical education, admission, empathy, dispositional mindfulness

INTRODUZIONE

La relazione medico-paziente è una delle interazioni umane più complesse e particolari in quanto porta due persone, spesso estranee tra loro, alla condivisione di informazioni personali, a un contatto fisico in situazioni che implicano molto spesso della sofferenza, presupponendo «sincerità, onestà intellettuale, l'uso di un linguaggio comune e la creazione di accordi terapeutici» (Milanese & Milanese, 2015). Si potrebbe pensare che la norma sia rappresentata da un rassicurante fluire di questa relazione, in cui il medico, consultato per un disturbo di cui è esperto, formula una diagnosi e prescrive un trattamento e il paziente, soddisfatto e grato per l'aiuto ricevuto, lo accetta e lo mette di buon grado in pratica. Purtroppo l'osservazione della realtà non ci permette di essere così ottimisti: la relazione tra medico e paziente oggi non gode generalmente di ottima salute, fino ad arrivare addirittura ad "ammalarsi" in casi estremi. Se analizzassimo in dettaglio l'attuale relazione medico-paziente, i sintomi che saltano subito all'occhio sono la scarsa *compliance* mostrata dai pazienti alle prescrizioni dei loro medici, il notevole incremento delle cosiddette "medicine alternative" (omeopatia, fitoterapia, ecc.), da sempre invece molto sensibili agli aspetti relazionali e comunicativi del rapporto di cura, l'alta prevalenza nei medici della sindrome di *burnout* (Gundersen, 2001; Panagopoulou et al., 2006), favorita non solo da un eccesso di lavoro percepito, ma anche dalla scarsa soddisfazione lavorativa e relazionale, e il numero sempre crescente di denunce e contenziosi legali che i medici subiscono da parte dei pazienti e dei loro familiari le cui ragioni principali non appaiono tanto legate al danno iatrogeno in sé (*malpractice*), quanto ad una comunicazione disfunzionale, inefficace, distaccata, sbrigativa o spazientita in cui i medici non hanno saputo tenere in debita considerazione la prospettiva dei loro pazienti (Beckman et al., 1994; Levinson, 1994; Roberti et al., 2006).

La relazione medico-paziente è da considerarsi come un veicolo attraverso il quale viene trasmessa gran parte della capacità terapeutica della medicina, strumento tecnico a cui è riconosciuta, dalla letteratura specialistica, grande rilevanza in ogni attività clinica poiché influenza direttamente i processi e le attività coinvolte nell'agire del medico e, in particolare, i risultati ottenuti nel processo terapeutico e nel

raggiungimento della *compliance* del paziente (Anderson & Zimmerman, 1993; Drossman, 1997). Questo sottotipo della più generale comunicazione umana o interpersonale si instaura con un'efficace modalità di comunicazione e un'approfondita relazione d'aiuto. Comunicare, anche etimologicamente, significa "mettere in comune" (dal latino: *communicare*, "mettere in comune"; derivato di *commune*, propriamente, che compie il suo dovere con gli altri; composto di *cum* "insieme" e *munis* "ufficio, incarico, dovere, funzione") e consiste in un comportamento che, non avendo un suo opposto, ha luogo non solo quando è intenzionale e/o efficace, ma anche quando è involontario e/o frainteso (Watzlawick, 1967): il medico non può non comunicare al paziente e viceversa. Questo principio stabilisce, con evidenza, che il comunicare con qualcuno con cui si interagisce non è un'opzione e che, durante il colloquio clinico, partono messaggi sia da parte del medico che del paziente che raggiungono entrambi, con effetti diversi dipendenti dal gioco di rappresentazioni che ciascuno attiva rispetto a se stesso, all'altro e al loro rapporto (Contini, 1994). Quindi collochiamo la comunicazione all'interno del paradigma della complessità, che la considera non più attraverso un modello trasmissivo, fortemente vincolato a concezioni lineari e meccanicistiche, ma attraverso un modello interattivo, in cui le informazioni derivano dall'azione interpretativa dei soggetti implicati in essa.

Nella medicina, il piano della relazione medico-paziente svolge un ruolo ineliminabile e l'abilità del medico nel comunicare con il paziente rappresenta un aspetto determinante della sua competenza clinica. La relazione tra paziente e medico è il luogo dove il "sapere" scientifico del medico viene travasato nella realtà particolare e specifica di quel determinato paziente. Essendo la medicina una scienza applicata all'uomo, si esige di conseguenza, da parte del medico, una competenza umana ed esperienziale accanto alla competenza tecnica necessaria a ben diagnosticare e a ben curare. Competenza umana vuol dire anzitutto essere capaci di avvicinarsi al malato attraverso un'esperienza consapevole delle peculiari caratteristiche nelle quali si configura la relazione medico-paziente (Cazzullo & Poterzio, 2007):

- asimmetria: il paziente si trova in una posizione di dipendenza, di ignoranza o di dubbio in merito alle proprie condizioni, mentre il medico si colloca nella posizione dell'esperto, della guida, del referente al quale ci si affida;

- intimità: caratteristica prodotta dalla vicinanza fisica ed emotiva in cui medico e paziente si trovano ad interagire che derivano, rispettivamente, dalla necessità del medico di visitare il suo paziente, auscultarlo, palparlo, e dall'espressività del paziente, dal suo modo di palesare in vari modi la propria sofferenza;
- apertura a movimenti affettivi: per quanto oggi possa svolgersi in modo neutrale e tecnicistico, la professione del medico rimane pur sempre una professione dell'aiuto e non può, quindi, prescindere dalla presa in carico degli stati emotivi del suo paziente, così come dell'alterazione patologica vera e propria che il medico è chiamato a curare;
- significatività: le situazioni interpersonali della visita e della cura lasciano sempre una profonda traccia nella sfera affettiva del paziente, tanto che è legge generale che non si dimenticano mai i medici dai quali si è stati curati;
- flessibilità: la relazione medico-paziente non può ridursi a uno schema mentale e comportamentale precostituito, ma comporta, di volta in volta, un processo di adattamento psicologico di entrambi i protagonisti alle particolarità contingenti in cui la relazione si svolge: tipo di patologia, contesto in cui ha luogo la relazione, età, sesso, ruolo sociale, cultura, presenza o meno di eventuali assistenti.

La comunicazione, e di conseguenza il colloquio clinico nella sua accezione più ampia, costituisce quindi l'elemento su cui fondare una relazione in cui la "cronaca" della patologia possa tener conto del vissuto soggettivo e delle emozioni di ciascun componente della relazione. La narrazione può configurarsi come lo strumento elettivo che organizza, interpreta e conferisce significato all'esperienza di entrambi, non semplicemente rappresentandola, riflettendola come in uno specchio, ma "costruendola" come un percorso non definito apriori e dotato di significato (Good, 1999). Rilevare la storia del paziente costituisce anzitutto per il medico una opportunità sia per rimettere al centro il soggetto umano sofferente, afflitto, combattente, sia per andare al di là delle angustie delle anamnesi biomediche convenzionali che «non comunicano nulla della persona, della sua esperienza, di come fa fronte alla malattia e lotta per sopravvivere» (Sacks, 1992). Un'efficace comunicazione è un importante indicatore della qualità dei servizi sanitari, che

influisce positivamente sull'*outcome* dei pazienti in termini di soddisfazione per le cure, aderenza e qualità di vita (Jette et al., 2007): rispetto alla relazione, la dimensione comunicativa in campo medico e sanitario, infatti, non implica qualcosa che ha a che vedere unicamente con la gentilezza, l'educazione o il marketing, ma qualcosa che ha a che vedere con la professionalità profonda degli operatori sanitari. Al contrario, una comunicazione medico-paziente scarsamente efficace è una delle fonti principali di disagio per i pazienti (Walker, 1996). Si sta, pertanto, ponendo un'enfasi crescente, a livello internazionale, sull'insegnamento delle abilità comunicative sia nei corsi di medicina, sia nella formazione continua del personale sanitario (Headly, 2007). La capacità di comunicare bene con i pazienti, di comprendere i loro bisogni e credenze, di elicitarne informazioni rilevanti e di spiegare opzioni, in modo tale che essi possano prendere decisioni informate riguardo al trattamento, è una capacità clinica fondamentale per ogni attore del sistema sanitario (Mari et al., 2011): ciò significa che i medici non devono esasperare la loro condizione "paternalistica" di "dispensatori del rimedio", limitandosi a prescrivere farmaci e cure al paziente, ma devono prima di tutto instaurare un "rapporto fiduciario" con esso, riconoscendo i propri limiti, mettendosi in gioco e, soprattutto, abbandonando i ruoli e le posizioni asimmetriche tra il professionista della salute e il paziente (Marceca & Russo, 2012). La disponibilità a voler costruire un rapporto autentico con una persona in stato di bisogno è una sorta di valore in sé, qualcosa che qualifica la relazione medico-paziente che la rende più ricca, più densa di contenuti e che può essere gratificante per tutti sia dal punto di vista umano che professionale (D'Alessandro, 2003).

Si può allora indicare una struttura gerarchica tale per cui il "saper essere" – ossia possedere una serie di attitudini, di atteggiamenti, di sentimenti indispensabili alla buona comunicazione col malato e alla buona relazione con lui – influenza il "saper fare" – le abilità operative comunicative e terapeutiche – ed entrambi influenzano il "sapere" – l'acquisizione delle conoscenze teoriche che costituiscono il fondamento della pratica medica (Bertolini & Carinci, 1994): un medico che non sappia interagire con il paziente diminuisce o distorce il suo patrimonio culturale che, per quanto bene appreso sui libri, va messo a frutto nella pratica. I pazienti, se insoddisfatti delle cure

ricevute da parte di un medico di cui non si fidano, posso attenersi alle prescrizioni mediche in modo inadeguato e possono sviluppare una serie di comportamenti disfunzionali come quello noto come *doctor shopping*: una condotta non patologica, ma profondamente disadattiva per il malato che consulta, per il medesimo problema, più specialisti, andando a cercare la cura come se fosse una merce, rappresentando, così, un costo enorme sul piano emotivo ed economico per il paziente, il medico e la società. Le capacità relazionali e comunicative della coppia medico-paziente costituiscono, quindi, una premessa ineliminabile all'esercizio dell'atto medico nell'interezza della dimensione professionale ed etica, e non una semplice appendice ad esso. Ciò implica la necessità di un passaggio da una paradigma puramente bio-medico a un paradigma bio-psico-sociale in cui, accanto alla malattia intesa in senso biologico, trovino spazio l'essere umano malato e il suo ambiente con l'adozione di un impianto pluricausale, pluridimensionale e olistico che cerchi di ricomporre il dualismo cartesiano mente/corpo che ha oggettivato il corpo – facendone una somma di parti senza interiorità, un corpo-macchina pronto per essere sezionato anatomicamente – e che ha decorporeizzato la mente spogliandola di ogni concretezza. La prassi medica è il frutto di una delicata sintesi tra la scienza e la tecnologia, a cui si aggiungono l'esperienza sapiente e l'identità personale del medico. Questa professione si realizza in quel particolare atto medico che è la cura, dalla diagnosi iniziale al trattamento. L'interpretazione della coppia salute-malattia non va centrata esclusivamente sull'oggettivazione della malattia da combattere in vista della sua soppressione, ma deve assumere al suo interno la complessità che presenta l'incontro con una soggettività malata. E questo non per un generico psicologismo o per l'emergenza di una *pietas* perbenista, ma in quanto fattore integrante della professione e di una ragionata efficacia terapeutica. La condizione di benessere nella relazione di cura richiede *in primis* quelle condizioni comunicative sociali, etiche, culturali in grado di costruire reciprocità, corresponsabilità e relazione di aiuto tra professionisti, utenti diretti e cittadinanza sociale. L'intervento sul benessere ha bisogno però di conoscenza complessa, di informazione diffusa, di autonomia e libertà di scelta, di auto-reciproco-riconoscimento, di riflessività, di *empowerment*, di *capabilities* interne ed esterne (Padoan, 2014). È necessario, dunque, ricomporre la cura, vista come eliminazione della malattia e della morte, con la cura intesa come promozione della salute. Del resto

l'etimologia di "cura" (radice *ku-* = *kau-*, *kav-*: osservare, guardare; cfr. cauto), ci conferma che la cura, oltre che negazione della malattia, anche custodia, promozione e valorizzazione di ciò di cui, appunto, si ha cura. L'autentica terapia comprende dunque entrambi gli aspetti (eliminazione del male e promozione del bene); sicché, se questi vengono separati, o addirittura scissi (magari anche a fin di bene, per esempio, con l'intento di conseguire una maggiore efficacia operativa), gli svantaggi di tale separazione rischiano di superarne i vantaggi (Tarca, 2014).

Il colloquio tra medico e paziente non può quindi essere considerato un atto unico, ma deve declinarsi in una progressione di incontri nel tempo, per fornire un'informazione graduale e permettere al malato di orientarsi, di capire e di formulare domande. Come sancito dal Codice Deontologico 12/2006, il medico deve infatti fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate. Il medico deve quindi orientarsi per capire la personalità, il livello intellettuale, l'estrazione sociale e il *milieu* culturale del paziente per creare il *setting* clinico adeguato affinché l'informazione non sia solo una trasmissione di dati e di notizie, ma ponga il paziente nella condizione di esercitare correttamente i suoi diritti e di promuoverne la massima partecipazione a scelte decisionali che siano autonome e basate su valori personali (Capo IV, art. 33, CD 2006). Il medico deve porre tutte le condizioni affinché una comunicazione degna e autentica si instauri tra lui e il malato; cioè, affinché un malato che voglia sapere del suo stato di salute ne possa venire a conoscenza in modo sereno, equilibrato, leale e nelle forme che ritiene più adatte a sé (Cattorini, 1996). Ogni atto medico, infatti, deve essere intrapreso con l'autorizzazione del paziente: il consenso è informato in quanto non deve essere un semplice atto formale che magari risulti dalla sottoscrizione da parte del paziente di una formula scritta, un puro atto burocratico senza alcuna valenza di negoziazione reale con il paziente, ma deve essere basato sulla sostanziale adesione del paziente alle proposte fatte dal medico. La premessa fondamentale perché questa adesione del paziente sia sostanziale è che il paziente sia stato messo in grado di ricevere e di comprendere ciò che quindi accetta di mettere in atto. Non sarebbe esatto, per esempio, presumere che il paziente non sia interessato alla sua malattia o

alla cura di essa soltanto perché non fa domande in merito; egli dovrebbe essere stimolato dal medico, e da qualunque altro membro dell'équipe di cui fa parte, nell'ambito del suo ruolo, a parlare delle emozioni, delle aspettative e delle credenze che ha sviluppato circa la propria malattia e la terapia proposta (Dunkelman, 1979). Tale condizione impegna il medico a dover svolgere un'efficace opera di informazione e di illustrazione completa dei vantaggi, degli svantaggi e delle possibili alternative relativi alla sua proposta terapeutica (Fioravanti & Tomei, 2010). Fino all'incirca agli anni Settanta del secolo scorso i pazienti si affidavano al medico con una cieca fiducia. L'immagine pubblica della medicina di quell'epoca era quella di una scienza da cui ci si immaginava la progressiva eliminazione di ogni malattia e i pazienti delegavano al medico le decisioni relative allo loro salute. Questi, guidato da un'etica paternalistica, doveva agire "in scienza e coscienza", senza necessariamente chiedere l'assenso del malato, poiché solo lui possedeva le competenze necessarie per decidere per il bene del suo assistito (principi etici di beneficenza e di non maleficenza). Nel secolo scorso, tuttavia, a partire dal Codice di Norimberga del 1946 e poi con la Carta dei Diritti del Malato (*Patient's Bill of Rights*) del 1973, abbiamo assistito al tramonto del paternalismo in medicina, ossia al tramonto dell'idea che il medico, in forza della sua competenza ed esperienza, abbia il diritto di decidere da solo in nome del bene del malato – avendo vantato da sempre nei confronti di quest'ultimo una sorta di «signoria coscienziale» (Gracia, 1993) – senza instaurare con quest'ultimo un dialogo (attraverso il quale comprendere quali siano realmente le preferenze personali del sofferente) o addirittura trasgredendo i valori in cui il malato crede, pur di realizzare quella che il medico ritiene essere la vera indicazione clinica: si fece strada il concetto di autonomia del paziente e del suo diritto a essere informato e partecipe delle decisioni che lo riguardano. Nacque così la bioetica moderna¹, da cui deriva la ben nota

¹ Il termine "bioetica", coniato negli Stati Uniti dall'oncologo Van Rensselaer Potter (1970), definisce una nuova scienza che include la riflessione sui principi e l'insieme delle prescrizioni etico-normative al fine di orientare le decisioni di medici, biologi e di tutti quegli operatori al bivio di dilemmi etici fondamentali relativi alla vita e alla morte. I principi di etica biomedica moderna sono quattro: 1. Autonomia: attiene al diritto di autodeterminazione del paziente e obbliga i professionisti a comunicare le informazioni, ad accertare la comprensione e la volontarietà e a favorire un'adeguata formazione delle decisioni. 2. Beneficenza: implica il promuovere il bene, eliminare il male, agire nell'interesse del paziente e della società. 3. Non maleficenza: esprime l'obbligo di non arrecare intenzionalmente danno (il *primum non nocere* di Ippocrate) e di evitare ogni possibilità di danno al paziente. 4. Giustizia: fonda l'obbligo di una giusta distribuzione dei benefici, dei rischi e dei costi (Beauchamp & Childress, 1999)

pratica del consenso informato, enunciata nel 1957 negli Stati Uniti e arrivata in Italia verso la fine degli anni Settanta. Tale cambiamento di prospettiva imporrebbe un mutamento comunicativo e relazionale fra sanitario e paziente, che diventa così il primo responsabile delle scelte relative a quale trattamento sottoporsi o non sottoporsi affatto.

Inoltre, aprirsi a quegli aspetti della persona che vengono per lo più trascurati durante il colloquio come, appunto, le caratteristiche di personalità, il comportamento, il contesto sociale e personale permetterebbe al medico non solo di comprendere a fondo l'esperienza di essere malati, ma anche di venire a conoscenza del modo in cui gli individui conducono la propria vita e interagiscono con il mondo, fattori che influenzano, al pari di quelli biologici, lo stato di salute e quello di malattia e la motivazione ad intraprendere un determinato percorso terapeutico. Occorre, dunque, che il colloquio sia centrato sul paziente (Moja & Vegni, 2000) – e non esclusivamente su ciò che pertiene al medico – e che la comunicazione fluisca secondo una struttura tendenzialmente orizzontale e paritetica e in cui l'attenzione del medico si rivolge verso settori di vita solitamente esclusi dal concetto positivista di malattia: un'interazione che ricostituisca, almeno in parte, il rapporto fiduciario che, in passato, attraverso l'istituzione del medico generico privato, era concesso solamente alle classi superiori (Laín Entralgo, 1969) e che il sistema mutualistico ha solo formalmente esteso a tutti i cittadini, creando medici di base e ospedalieri la cui comunicazione col malato avviene ormai per lo più attraverso ricette e prescrizioni di farmaci (Bert, 1977), così sprecando l'opportunità di una relazione terapeutica fondamentale ai fini della promozione della salute e della prevenzione della malattia. L'orientamento ad un approccio curativo multidimensionale centrato sul paziente, denominatore comune dei più noti documenti internazionali succedutisi, dal 1948 ad oggi², sui temi della

² La definizione di salute, contenuta nel Preambolo dell'atto costitutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, o *World Health Organization, WHO* in inglese), si fonda su due elementi, uno individuale e l'altro collettivo: «la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità [...] e dipende dalla più completa collaborazione tra gli individui e gli Stati» (OMS, 1948). La Dichiarazione di Alma Ata sulla *Primary Health Care* (assistenza sanitaria di base) del 1978 ribadisce l'integrazione dei settori sanitario, sociale ed economico a tutela del diritto fondamentale alla salute. La Carta di Ottawa, emanata durante la 1ª Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute del 1986, ne valuta i progressi ottenuti e prefigura azioni a favore della Salute per tutti entro l'anno 2000. Dal 1988 si succedono cinque Conferenze Internazionali fino all'emanazione della *Bangkok Charter for Health Promotion in A*

responsabilità e della partecipazione sociale nei processi di promozione e tutela della salute, chiama i singoli a diventare *partner* attivi delle decisioni che riguardano la salute propria e della propria comunità alla pari del servizio sanitario e invita quest'ultimo a rinnovare la cultura organizzativa in favore di logiche che trascendano la mera offerta di prestazioni cliniche e che restituiscano la priorità ai bisogni globali della persona intesa nella sua totalità (Giarelli & Venneri, 2009). Uno sbilanciamento dei rapporti di potere non trova più riscontro nella relazione fra medico e paziente che ha oggi aspetti ideali di *partnership* fra curante e curato (Singen & Siegler, 1996). Nella realtà clinica ci si trova di fatto a svolgere un patteggiamento, un negoziato, per giungere ad un progetto terapeutico condiviso. Per questo motivo in ambito medico viene utilizzato recentemente, oltre al termine *compliance* (in italiano "adattabilità"), intesa come accettazione delle scelte terapeutiche proposte e partecipazione attiva alla realizzazione delle stesse da parte del paziente – per tutta la durata dell'iter diagnostico, terapeutico e riabilitativo (che spesso si accompagna al trattamento), in termini di assunzione di farmaci, mantenimento di una dieta o di altra variazione dello stile di vita –, anche quello di *adherence to treatment* o anche di *concordance*, ad indicare questo accordo che deve essere raggiunto (Ripamonti & Clerici, 2008). Il passaggio dalla *compliance* alla *concordance* (Nettleton, 2006) si fonda su di un processo comunicativo tendente a implementare la comprensione tra medico e paziente e la partecipazione del paziente stesso alle proprie cure e alle scelte a esse correlate. La concezione paternalistico-ippocratica, così come definita dalla Leonzi (1999), in cui si registra la preminenza dell'esercizio del potere e del sapere da parte dell'operatore, non è più accettata senza riserve da parte dei pazienti che chiedono, manifestando il loro disappunto nei confronti dei medici e delle istituzioni sanitarie, una trasformazione di tale concezione. Il paziente chiede di essere considerato una persona dotata di autonomia e in grado di costruire la propria storia di cui è non solo attore, ma anche autore. In una recente rassegna che ha analizzato più di 700 studi sul tema, Di Matteo (2004) ha evidenziato come le proporzioni del fenomeno

Globalized World del 2005. La Carta di Bangkok aggiorna gli impegni sottoscritti ad Ottawa alla luce delle opportunità e delle sfide fraposte alla promozione della salute in un contesto globale caratterizzato da rapide trasformazioni sociali, economiche e demografiche e da un sostanziale aumento delle disuguaglianze di salute con sfavorevoli ripercussioni sulle condizioni lavorative, sui contesti educativi, sui modelli familiari e sul tessuto sociale e culturale delle comunità.

dell'inosservanza delle prescrizioni mediche siano oggi decisamente allarmanti, con 1 paziente su 4 che non segue le indicazioni del medico. Addirittura più sconcertanti sono i dati riportati da Vermeire e colleghi (2001) che stimano un tasso di mancato raggiungimento di *compliance* variabile tra il 30% e il 50%, trasversalmente a moltissime patologie.

Onde personalizzare la strategia di ogni prescrizione medica e aumentare così le probabilità che venga osservata dal paziente, bisogna incoraggiare il paziente stesso ad esporre liberamente tutti i suoi problemi, dimostrare autentico e genuino interesse per quanto il paziente racconta, definire i motivi per i quali il paziente consulta il medico, esplorare il punto di vista del paziente – trovando un'intesa con quello del medico –, accertarsi di come l'informazione sia stata recepita ed elaborata – ricordando che l'elaborazione non è solo un compito cognitivo e razionale, ma soprattutto emotivo e personale –, fare di tanto in tanto un riepilogo della conversazione, verificare il grado di comprensione del malato e il grado di informazione già in suo possesso – correggendo, eventualmente, precedenti comunicazioni distorte –, identificare le persone significative di appoggio e accertarsi della cosiddetta "agenda del paziente", ovvero delle esigenze, preferenze e aspettative che il paziente porta con sé nell'incontro con il medico (Del Piccolo et al., 2002; Haidet & Paterniti, 2003; Rimondini & Del Piccolo, 2002). È bene, inoltre, che, durante il colloquio, il medico non formuli giudizi, non utilizzi frasi di incoraggiamento banali, non dia risposte stereotipate o cambi argomento di fronte ad una domanda diretta, ma sappia ascoltare il paziente e, soprattutto, il portato emozionale dell'interazione col paziente. Tutte queste valutazioni debbono inoltre essere periodicamente verificate e controllate nel tempo perché nel tempo tendono spesso a cambiare le attese e le preferenze del paziente che non sono cristallizzate, ma dinamicamente mutevoli, e nel tempo variano anche le conoscenze e le informazioni mediche che seguono lo sviluppo delle ricerche scientifiche più attuali (Wade, 1955). La medicina centrata sul paziente contrappone alla diagnosi "tradizionale", centrata sulla malattia e tesa alla sua categorizzazione e al suo trattamento tecnico-professionale, la diagnosi "globale", più estensiva e panoramica della condizione fisica ed emotiva del paziente e dei suoi rapporti con se stesso e con gli altri, compreso il medico (Balint, 1975). Le modalità di

interazione medico-paziente, infatti, sembrano avere una importanza almeno pari a quella di variabili come la situazione clinica, la natura della malattia e il tipo di trattamento nel determinare l'osservanza o inosservanza delle prescrizioni mediche. È quanto evidenziato da una analisi di tutti gli studi pubblicati sul tema dal 1949 al 2008 condotta da Zolnierek e DiMatteo (2009), che hanno trovato una forte e significativa correlazione tra l'aderenza dei pazienti e le abilità comunicative e relazionali del medico. Particolarmente importante è lo stile di comunicazione usualmente adottato dal medico, spesso non sintonizzato sulle esigenze dei pazienti. È stato più volte evidenziato, infatti, come i pazienti preferiscano uno stile di comunicazione affiliativo e consultativo, caratterizzato da comportamenti che comunicano empatia, socievolezza, interesse, rassicurazione, rispetto, umorismo e non direttività, mentre ancora molti medici, invece, continuano a privilegiare uno stile basato sul controllo, caratterizzato da comportamenti che manifestano potere, autorità e distacco (Buller & Buller, 1987; Nardone, 1994; Roter et al., 1997; Clever et al., 2008). Questa discrepanza è legata spesso all'equivoco in cui molti medici cadono, ritenendo che per comunicare un'immagine "professionale" sia necessario adottare uno stile formale, impersonale e distaccato.

È importante ricordare anche che nell'incontro medico-paziente vengono a confrontarsi due linguaggi diversi e nessuna delle due parti in causa si rende compiutamente conto, in quel momento, di questo fatto. Il medico usa un suo linguaggio biologico, anatomo-fisiopatologico e tecnico che lui stesso non conosceva prima di iniziare i suoi studi universitari, ma che gli è ormai divenuto tanto abituale da supporre che esso sia chiaro e comprensibile per tutti (Verghese, 2001). Non si avvede perciò del fatto che tale linguaggio possa, invece, risultare incomprensibile per il malato o che, per lo meno, possa essere frainteso da chi lo ascolta. Il malato, qualunque sia il suo grado di istruzione e di cultura, usa un linguaggio che non ha appreso nelle accademie mediche, ma che deriva da altro genere di studi, da diverse consuetudini o da personali esperienze di vita. In questo confronto, il valore e il significato di molte parole può essere assolutamente diverso per i due interlocutori, ma chi parla però, sia esso il medico o il paziente, è sicuro che chi ascolta non possa dare a quella determinata parola un valore e un significato diversi da quelli che lui

intendeva all'atto di pronunciarla. Oltretutto, in una società in trasformazione sempre più variegata e multietnica quale è la nostra, la comunicazione può risentire negativamente non solo dei significati attribuiti alle parole, ma anche delle barriere linguistiche (Dames et al., 2005). È evidente che spetta innanzitutto al medico verificare, volta per volta, quale sia il reale significato che il malato attribuisce ad un determinato termine e, nel contempo, verificare se il malato ha apprezzato il reale significato che il medico stesso ha inteso dare alle sue parole. Solo in questo modo è possibile garantire una reciproca e corretta comprensione dei messaggi: di quelli che il malato trasmette al medico e di quelli che, a sua volta, il medico trasmette al malato. Il paziente interpreta a modo suo quanto e come il medico dice e fa durante il colloquio. L'essere umano, infatti, sano o malato che sia, organizza gradualmente, nel corso del proprio sviluppo individuale, i propri processi conoscitivi personali grazie ai quali, «pur vivendo in una realtà "oggettivamente" condivisibile, costruisce attivamente il suo punto di vista "dall'interno", assolutamente unico ed esclusivamente soggettivo» (Guidano, 1988; 1992); questi processi autoreferenziali, specifici e idiosincratici gli permettono di ordinare e decodificare il fluire continuo e multiforme degli stimoli ambientali e di trovare continue conferme al proprio senso di sé e del mondo nel corso dell'esperienza quotidiana. Anche la narrazione della malattia è, quindi, una forma nella quale l'esperienza è rappresentata e raccontata, nella quale gli eventi sono presentati come aventi significato e coerenza, e nella quale le attività e le esperienze associate agli eventi morbosi sono descritte lungo il significato che dona loro senso per le persone coinvolte (Good, 1999). L'esperienza vissuta e le attività sociali hanno quindi una relazione complessa con le storie attraverso le quali sono riferite. Ecco perché non si può fare della buona clinica se non si tiene conto che i sintomi e il disagio che il paziente riferisce sono sempre ancorati al modello di salute di cui è portatore e che, quindi, non corrispondono tanto alla sua esperienza di malattia quanto piuttosto alla sua interpretazione – o, perlomeno, al suo vissuto – dell'esperienza di malattia che, ricordiamo, è largamente influenzata sia dalla storia personale dell'individuo, sia dalle espressioni culturali entro le quali essa si compie (Bertolini, 1994). Le specificità della relazione interpersonale in medicina sono influenzate dai ruoli del medico e del paziente così come dalle caratteristiche individuali di ciascuno nelle quali rientrano non solo le variabili sociodemografiche, ma anche ciò che compone le caratteristiche di

personalità di ciascun individuo (Guidano & Liotti, 1983); la storia di malattia, con pensieri, convinzioni ed emozioni a essa associate; il contesto istituzionale così come quello socio-culturale in cui tale interazione avviene (Zani, 1993). La competenza del clinico non può limitarsi, dunque, ad essere una competenza esclusivamente di tipo tecnico-scientifico, ma deve anche essere una competenza “umana”. In altre parole, egli deve essere in grado non solo di comprendere il significato che per il paziente assume la sua malattia e la prospettiva della sua guarigione, ma anche di “lavorare” su quei significati: deve saperli condividere, valorizzare con quell’atteggiamento di massima apertura che proviene da un autentico rispetto della persona.

In accordo con la teoria della pragmatica della comunicazione (Watzlawick, 1967), durante il colloquio con il paziente, il medico deve tenere conto, inoltre, del fatto che il linguaggio verbale – “numerico” – non è la nostra “prima lingua”, ma che l’essere umano comunica anche, e soprattutto, attraverso gli occhi, la bocca, le palpebre, le sopracciglia, il tono muscolare, la vascolarizzazione e la postura, ovvero con quegli aspetti definiti “analogici” della comunicazione umana. Assieme al codice linguistico, infatti, chi comunica fa contemporaneamente riferimento ad una serie coerente e unitaria di sistemi non-verbali di significazione e di segnalazione (vocale, cinesico, prossemico, cronemico) che concorrono alla generazione e all’elaborazione del significato di qualsiasi atto comunicativo, producendo una specifica porzione di significato che partecipa alla configurazione finale del significato medesimo (Anolli, 2002). Per due principali ragioni la cosiddetta “comunicazione non verbale” (CNV) ha una particolare importanza per il colloquio medico-malato: la prima è che molti pazienti possono talora per ragioni di malattia (interventi chirurgici sugli organi vocali, bendaggio del volto, intubazioni, ecc.) trovarsi transitoriamente o definitivamente nelle condizioni di non poter parlare. La seconda ragione, che entra in gioco nella grande maggioranza dei casi, è che la mimica e i gesti del medico e del malato offrono all’uno e all’altro elementi preziosi non soltanto per la comprensione dei messaggi, ma anche per la percezione reciproca della personalità dei due dialoganti. La mimica facciale, lo sguardo, la gestualità, la postura, il comportamento spaziale vengono emessi in varie combinazioni che precedono, accompagnano o seguono l’espressione

verbale. Si tratta sempre di una *Gestalt*³ di segni che, se efficacemente codificata e decodificata, dà al medico preziose informazioni circa lo stato d'animo del paziente, consentendo al clinico di modificare, adeguandolo all'interlocutore e alla situazione, il proprio comportamento (Holland et al., 1987). Inoltre, molteplici altri elementi contribuiscono all'estrema variabilità del linguaggio parlato (il tono, il timbro, l'accento, l'intonazione, ecc.): un medico, che ascolti attentamente il malato quando parla, può trarre da questi numerosi elementi dell'eloquio importanti deduzioni circa la personalità del malato, il suo livello socio-culturale, il suo stato emotivo, ecc. D'altra parte, anche il malato che ascolta il medico mentre parla può trarre le sue deduzioni. L'ascolto reciproco è quindi un elemento essenziale del colloquio medico-malato, anche indipendentemente dai contenuti degli enunciati (Iandolo, 1983). È un dato di fatto, però, che agli studenti in medicina e ai giovani medici si insegnano, durante i corsi di semeiotica medica, molti elementi concernenti l'osservazione dell'organismo del malato a scopo diagnostico, ma ben poco viene insegnato della percezione che il medico deve avere del malato come persona, del suo comportamento e del suo stile comunicativo verbale e non verbale.

L'importanza dello studio della CNV durante la formazione medica deriva anche dal fatto che ad ogni segnale non-verbale della comunicazione – spesso incontrollato, non intenzionale, ma tuttavia sempre carico di valore relazionale – che gli individui interagenti si scambiano corrisponde, nella coscienza, una particolare esperienza emozionale (paura di separazione, tenerezza protettiva, collera agonistica, gioia della condivisione, desiderio erotico, ecc.) (Liotti, 2005). Queste specifiche sequenze di emozioni, che compaiono in funzione delle diverse e mutevoli contingenze ambientali, favorevoli o sfavorevoli al conseguimento di una meta relazionale (vicinanza protettiva, offerta di cura, competizione per il rango sociale, cooperazione tra pari, accoppiamento, ecc.), informano i contraenti della relazione stessa dell'attivazione in atto di una delle diverse forme di interazione sociale a cui siamo predisposti per via innata e che sono conosciute con il nome di Sistemi Motivazionali Interpersonali (SMI; Liotti, 2005; Liotti & Farina, 2011; Liotti & Monticelli, 2014): laddove stati emotivi

³ La parola tedesca «Gestalt» indica un tutto organizzato in cui ogni singola parte influisce su tutte le altre, con la conseguenza che il tutto è superiore alla somma delle parti.

connotati come positivi, quali gioia/piacere, segnalano il conseguimento dell'obiettivo, mentre emozioni di tipo negativo, quali disagio/sofferenza, indicano il fallimento dell'obiettivo e il perdurare dell'attivazione del SMI. Ad esempio nel SMI dell'attaccamento il raggiungimento dell'obiettivo – la rassicurazione nell'immediato o l'eventuale guarigione – sarà accompagnata da emozioni quali soddisfazione e tranquillità mentre il fallimento sarà legato a paura e tristezza. Nel SMI dell'accudimento il conseguimento dell'obiettivo è vissuto con soddisfazione e gioia mentre un fallimento con insoddisfazione, colpa e ansia. Infine il successo del SMI cooperativo è accompagnato da fiducia, condivisione e gioia, mentre il suo fallimento da frustrazione, colpa e sfiducia. Affinché la relazione clinica rimanga accordata sull'esperienza relazionale di pariteticità nell'impegno verso un obiettivo esplicitamente condiviso e non stoni con l'esecuzione di SMI che possano minare o, addirittura, rompere l'alleanza terapeutica (Liotti & Monticelli, 2014), il medico, proprio come il musicista che, mentre suona, riconosce e riproduce la successione e la combinazione delle note che si muovono sul pentagramma, ha il compito, mentre interagisce col paziente, di monitorare la "musica relazionale" che il duetto di cui fa parte sta componendo in quel momento, ovvero il pentagramma dei basilari sistemi comportamentali o "motivazionali" di interazione sociale a base innata (attaccamento, accudimento, agonismo, cooperazione paritetica e sessualità).

I medici non possono dimenticare, infine, di occupare una posizione di importante riferimento psicologico per i propri pazienti, una "base sicura" (Bowlby, 1972) dalla cui disponibilità, accettazione e affidabilità dipende la capacità di questi ultimi di sviluppare e mantenere un sentimento di fiducia e speranza. Il medico dovrebbe considerare il suo ruolo come quello di chi fornisce al paziente le condizioni da cui partire per esplorare i diversi aspetti infelici e dolorosi della sua malattia, molti dei quali il paziente trova difficile o forse impossibile riconsiderare senza un compagno di cui abbia fiducia, che gli fornisca sostegno, incoraggiamento, comprensione e che, al caso, faccia da guida. Fornendo al proprio paziente una base sicura da cui esplorare ed esprimere i propri sentimenti e pensieri rispetto alla sua condizione morbosa, il ruolo del medico è analogo a quello di una madre che fornisce al figlio una base sicura da cui esplorare il mondo (Bowlby, 1989). Come affermato da Friedrich Nietzsche (1978), il

compito del medico dovrebbe essere quello di «[...] tranquillizzare l'immaginazione del malato, che almeno non abbia a soffrire, come è accaduto fino ad oggi, più dei suoi pensieri sulla malattia che della malattia stessa». Nel comunicare la diagnosi, spesso i medici dicono tutto e subito, a volte anche le verità non richieste. Altre volte, invece, non alludono mai alla gravità della malattia, nella convinzione che il malato non possa capire o che non voglia parlarne. Talora, poi, si sottraggono al disagio di sgradevoli comunicazioni e all'angoscia dell'ascolto: forniscono informazioni limitate e deformate, informando magari solo i parenti, colludendo in una sorta "alleanza del silenzio" (Bertetto et al., 2006) ai danni del paziente; oppure, più spesso, tentano con sofferto disagio di mediare tra il "dire" e il "non dire", improvvisando secondo il buon senso e la propria personale esperienza.

Alla luce di queste preliminari riflessioni sulla natura del rapporto medico-paziente, possiamo concludere affermando che sarebbe opportuno che tutte le figure coinvolte nella cura della salute non focalizzino la propria attenzione esclusivamente sull'esplicitazione di una serie di mansioni tecniche, ma che tengano invece in debito conto la dimensione psicologica sia propria che del paziente (Adamo & Valerio, 1987; Del Corno et al., 1986; Cipolli & Moja, 1991; Lang, 2003). Il benessere fisico è imprescindibile da quello psicologico e quest'ultimo dipende da una molteplicità di fattori riconducibili alla realtà personale, sociale e ambientale. Inoltre, la medicina, non operando su modelli generali, ma su singoli pazienti, deve lasciare spazio al carattere umanitario della sua professione: l'esperto non può intervenire in quanto tale, ma solo lasciando passare innanzi ad ogni cosa l'essere "uomo" del paziente; il malato va guardato nella sua interezza come persona, rilevando anche gli aspetti psicologici e relazionali che la malattia porta con sé. Considerata la labilità dei confini tra il mondo della scienza e quello della vita, «quando si tratta dell'applicazione di conoscenze scientifiche alla proprie salute, non si può venire curati soltanto dal punto di vista scientifico» (Gadamer, 1994). Il medico deve guardare oltre l'oggetto specifico del suo sapere e della sua capacità pratica, se vuol essere un vero medico. Di conseguenza la sua posizione consiste in una difficile via di mezzo tra una vita professionale che non comporta un diretto interesse per l'uomo e un impegno umano, in un duplice obbligo di unificare la sua competenza altamente specializzata e il suo far parte del mondo

della vita. Per questi motivi è fondamentale che ciascun operatore nell'ambito della salute sia consapevole del fatto che il proprio intervento sul paziente – o la semplice relazione con esso – avrà ricadute sulla sua condizione fisica e sarebbe, pertanto, limitante demandare allo psicologo la responsabilità esclusiva del benessere psicologico di chi si ha in cura. Per non trasformarsi in un tecnico della patologia che entra in contatto col paziente solo al momento del ricovero o dell'intervento clinico, il professionista della salute dovrebbe quindi porre attenzione a quegli aspetti che caratterizzano la relazione con il paziente e che hanno a che fare con il suo bisogno di ascolto, di accudimento e con la possibilità di condivisione dei suoi stati emotivi (Ripamonti & Clerici, 2008). In caso contrario, la prassi medica scadrebbe sul piano dell'astratto, del teoretico, senza alcuna attenzione per quanto di umano ci possa essere nella relazione tra medico e paziente. È auspicabile, dunque, un ritorno ad un'«arte della salute», che ponga fine al primato metodico della malattia e dia spazio ad un medico che sia il «guaritore ferito» che condivide col paziente il dolore insito nella matrice umana, corporea e mortale (Gadamer, 1994). Per poter curare, il medico deve pensarsi nel suo aspetto di paziente, ponendosi in aperto dialogo con l'altro; in caso contrario, non è possibile porre in guarigione il paziente, laddove si creerebbe un freddo bipolarismo tra il medico sano e forte, da un lato, e il paziente malato e debole, dall'altro. L'immagine mitologica del «guaritore ferito» è molto diffusa e, da un punto di vista psicologico, ciò significa non solo che il paziente ha un medico dentro di sé, ma anche che nel medico esiste un paziente: l'immagine del *Christus patiens* contiene una doppia polarità, che rimanda all'archetipo del Redentore che porta su di sé la sofferenza; Chirone, il centauro che insegnò ad Esculapio l'arte del guarire, era affetto da piaghe incurabili; a Babilonia c'era una dea-cane con due nomi che indicavano, rispettivamente, la morte (Gula) e la guarigione (Labartu); in India, Kali è la dea del vaiolo e anche colei che lo cura (Guggenbühl-Craig, 1983).

Per questi e molti altri motivi, oggi è più che mai avvertita dalla classe medica l'esigenza di una riflessione su uno degli aspetti fondamentali della professione medica, il rapporto medico-paziente, ovvero quell'incontro che è stato definito dal medico Louis Portes (1964) «*une confiance rejoignant une conscience*» (una fiducia che incontra una coscienza). Argomento non certo facile se anche i grandi storici della

medicina hanno definito “tormentata” (Shorter, 1986) la storia di questo rapporto. Tale riflessione è sicuramente indotta da una società che continuamente cambia e dall’incalzante sviluppo tecnologico che inevitabilmente condiziona il modo di fare medicina. Da una parte, oggi, si ha un paziente consapevole di poter esercitare il proprio diritto alla tutela della propria salute; dall’altra, un medico che, pur aggiornato, preparato e attento ai progressi della scienza, deve convincersi della necessità di dimostrarsi capace di superare l’approccio specialistico determinato dai vari ruoli istituzionali (Zina Vignotto, 2006) e di instaurare un nuovo rapporto con il proprio assistito che non sia basato esclusivamente sul valore (*Value-Based Medicine, VBM*; Porter & Olmsted Teisberg, 2006) – dove per “valore” si intende il miglior rapporto possibile tra il risultato ottimale delle cure (ossia il ripristino del massimo stato di salute possibile) e la spesa sostenuta per generare quel risultato – o sulle evidenze e sulle prove di efficacia (*Evidence-Based Medicine, EBM*; Sackett et al., 2000) derivanti dalle ricerche scientifiche: la pratica clinica, specialmente per il suo *ethos* umanitario e per la singolarità dei pazienti e dei loro bisogni, non è riducibile ad un’equazione che rapporti gli esiti di cura nel loro complesso (efficacia, tollerabilità del trattamento, complicità) ai costi diretti e indiretti sostenuti complessivamente dal sistema o al trasferimento sul paziente dei risultati delle ricerche che riportano parametri e valori medi rilevati sulle popolazioni studiate, a cui l’individuo singolo non è necessariamente assimilabile. L’autorità del medico nei confronti del paziente, inoltre, non è più pensabile oggi come anni or sono in quanto la società è cambiata, la discussione è più aperta e la contestazione più facile, anche a tutto ciò che si riferisce all’opera e al comportamento del medico (Filippini, 1974).

Le difficoltà attuali nel rapporto medico-paziente non autorizzano, però, una idealizzazione del passato. Forme conflittuali nella relazione terapeutica sono sempre esistite. Ma le tensioni che caratterizzano la fase odierna di transizione hanno ragioni profonde e strutturali; non sono tutte interne alla medicina e, soprattutto, sono largamente indipendenti dai comportamenti dei singoli. Per dirlo con le parole di Shorter (1986): «il fatto che tra i medici e i pazienti divampi uno scontro senza precedenti non ha nulla a che fare con i vizi e le virtù private. I medici non sono né “brutali”, né “avid”, così come i pazienti non sono né “stupidi”, né “isterici”. Le origini

del conflitto sono da ricercare piuttosto nelle ben più profonde forze storiche di cui sono inconsapevoli gli uni e gli altri». La ricerca di queste forze storiche più profonde mi ha indotto, nel primo capitolo del presente elaborato, ad inquadrare questo rapporto nel periodo storico per comprendere quale sia stata e come sia cambiata nel corso del tempo, dall'antichità fino ai giorni nostri, l'attenzione della medicina nei confronti della sofferenza umana.

Nel secondo capitolo ho voluto proporre una riflessione teorica sul modello attuale di medicina centrata sulla malattia e la descrizione dei vantaggi e dei limiti che derivano da un approccio riduzionista che confina l'atteggiamento clinico allo studio delle sole variabili biologiche coinvolte nell'eziologia e nella patogenesi delle malattie; nello stesso capitolo, è stato presentato, quindi, un paradigma alternativo che ponga al centro dell'attenzione clinica la comprensione delle interdipendenze fra individuo e ambiente in una prospettiva dinamica e processuale e che interpreti le condizioni di salute e malattia come prodotto ultimo di una complessa interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali: il modello biopsicosociale. Alla luce di queste osservazioni, è stato delineato un modello di medicina allargato, il modello *patient-centred*. In particolare, la seconda parte del capitolo descrive le caratteristiche di un medico capace di "curare" (*to cure*), ma anche di "prendersi cura" (*to care*) dei suoi pazienti, tratteggia il modello in termini di metodo clinico e tecniche comunicative per realizzare delle visite *patient-centred*, illustra gli stimoli culturali che lo hanno generato e presenta le affinità e i vantaggi garantiti da un modello centrato sulla persona rispetto a quello tradizionale centrato sulla malattia.

Nel terzo capitolo è stato trattato l'annoso e complesso problema relativo alla selezione per l'accesso al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, procedura che dovrebbe individuare, nel gran numero degli aspiranti, coloro i quali possiedono quelle qualità che ne faranno futuri medici e medici del futuro, professionisti in grado di soddisfare le aspettative e le domande del paziente, la nuova idea di salute, benessere e vitalità che si va sempre più affermando nella nostra società in continua trasformazione (Familiari et al., 2009). Nel corso dello stesso capitolo è stato, inoltre, affrontato il delicato tema della formazione al rapporto medico-paziente nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia italiane: lo studente dovrebbe vivere attivamente momenti di

formazione che, non solo lo aiutino ad affrontare tutti i bisogni della persona-malato (e non solo quelli strettamente connessi alla patologia d'organo), ma gli ricordino anche, lungo l'intero arco degli studi universitari, che il malato è una persona, ovvero un soggetto di sentimenti, di dignità e di ruoli e non un mero numero, una pratica, un organo o una malattia. La proposta pedagogica contenuta nel capitolo consiste, pertanto, nel far compiere un percorso clinico a chi di clinica (dove per clinica intendiamo il gesto di abbassarsi sul letto – *kliné* – del malato) costantemente, a diverso titolo e grado, si occuperà, attraverso percorsi formativi che si rifanno ad un paradigma narrativo. Un movimento “clinico”, in altre parole, che ripete su di sé il gesto di cura che caratterizzerà il proprio lavoro quotidiano e che consentirebbe una comprensione e una appropriazione del senso del proprio futuro agire professionale e una riflessione profonda sui temi cruciali in gioco in ambito sociosanitario, quali sono appunto la salute, la malattia, la morte e la cura, ovvero su tematiche affrontate nelle aule universitarie sostanzialmente quasi sempre da un punto di vista unicamente biomedico.

Infine, nel quarto ed ultimo capitolo, alla luce di queste riflessioni circa le forti implicazioni psicologiche, relazionali e sociali su tutti i piani – dall'etico all'economico – della formazione e della professione medica (Groopman, 2008), ho deciso di articolare la ricerca in tre studi volti ad indagare quali momenti formativi e quali variabili, sia anagrafiche che psico-attitudinali, intervengano nel caratterizzare e differenziare gli esiti formativi nel percorso di studio professionale di un medico empatico e centrato sul paziente. In particolare, sono stati rispettivamente esplorati:

1. la relazione statistica esistente tra alcune variabili sociali e psico-attitudinali (ad esempio, la motivazione a diventare medico, tratti di personalità, convinzioni di auto-efficacia, benessere psicologico percepito) e l'atteggiamento empatico/centrato sul paziente di studenti di Medicina in ingresso per ripensare i criteri di selezione e di valutazione di un esame di ammissione alle Facoltà di Medicina italiane che tenga conto anche delle abilità “non cognitive” degli studenti che presentano domanda per accedere alle scuole mediche;
2. i cambiamenti nel corso della formazione medica dei livelli di empatia e di centratura sul paziente degli studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia

dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca al fine di valutare l'efficacia degli attuali programmi educativi volti alla promozione di un atteggiamento clinico empatico e centrato sul paziente;

3. il rapporto tra i diversi aspetti della *dispositional mindfulness* – intesa sia come qualità umana che come competenza professionale medica (Ludwig & Kabat-Zinn, 2008) – e i livelli di empatia/centratura sul paziente in un campione di studenti di Medicina non-meditatori per fornire evidenze statistiche sull'opportunità o meno di implementare il *curriculum studiorum* in Medicina con corsi di formazione dedicati alla pratica di meditazione *mindful*.

1. Storia e storie del rapporto medico-paziente

Troppo spesso il medico del nostro tempo concepisce il passato come una prigionia dalla quale fuggire e non come una dimensione che «dilata il presente e illumina il futuro» (Lippi & Baldini, 2000). Il passato della sua disciplina è da lui per lo più vissuto in modo passivo e acritico, è un fardello pesante, un Anchise che non vuol più portare sulle spalle. Questa perdita del senso del tempo storico, questa banalizzazione del passato mediante la sua identificazione con teorie e pratiche nei cui confronti si può solo provare imbarazzo, dà vita ad un sapere privo di radici: è un voto di povertà non necessario. La metafora di Bernardo di Chartres (m. tra il 1126 e il 1130) «*nos esse quasi nanos gigantium humeris insidentes*» ci dovrebbe ricordare il rapporto di dipendenza della cultura moderna rispetto all'antica; l'uomo – il medico – contemporaneo, può vedere più lontano non per l'acutezza della sua vista o per l'altezza del suo corpo, ma perché è portato in alto dalla grandezza dei giganti, ovvero dai millenari e innumerevoli insegnamenti della sua Storia.

Se si intende il termine “rapporto medico-paziente” come quell'insieme di implicazioni psicologiche e di dinamiche relazioni che inevitabilmente contrassegnano l'incontro tra un malato e il suo terapeuta, si può sostenere che la storia della relazione medico-paziente abbia inizi remotissimi (Cipolli & Moja, 1991). Ben più recente, invece, è il tentativo di comprendere caratteristiche, funzioni e limiti di tale relazione: da questo punto di vista la storia del rapporto medico-paziente appartiene interamente agli ultimi decenni. Questa constatazione può apparire sorprendente, in quanto per molti secoli la relazione medico-paziente è stato il principale – se non unico – presidio che, sul piano curativo, i medici hanno potuto offrire ai loro assistiti alla luce di una millenaria totale impotenza sia sul piano diagnostico che su quello terapeutico: se si definisce il *placebo* (dal latino “piacerò”) come un trattamento privo di qualsiasi proprietà terapeutica intrinseca, non possiamo che concordare con Arthur Shapiro (Shapiro & Shapiro, 1997) quando sostiene che la storia della medicina è in gran parte la storia dell'effetto *placebo*. In effetti, accenni all'utilità di controllare le emozioni e consigli su come suscitare appropriate aspettative nei pazienti attraverso un uso sapiente del linguaggio, della gestualità, dell'abbigliamento e del portamento

abbondano lungo tutta la storia della medicina, indipendentemente dal tipo di cultura e dal periodo storico di riferimento (classica, medioevale, moderna e contemporanea). Raccomandazioni e precetti avevano l'evidente scopo di fornire una serie di suggerimenti, particolarmente utili sul piano professionale, nei periodi di crisi della medicina, quando diventava più evidente la necessità di trovare punti di riferimento univoci per tutta la corporazione, per evitarne il discredito (Betri, 1984). Per il lettore contemporaneo questi "Galatei" testimoniano una visione riduttiva del rapporto medico-paziente, piegato a funzioni utilitaristiche immediate. Ciò che viene subito avvertito come mancante è la consapevolezza di una dimensione più profonda del rapporto interpersonale fra medico e paziente, che, come accennato, è stata raggiunta solo recentemente (Kaba & Sooriakumaran, 2007).

1.1 Il rapporto medico-paziente nelle popolazioni antiche

Prima dell'affermazione del positivismo, la pratica medica antica era prevalentemente empirica e suggestiva. Le soluzioni empiriche adottate per curare i malati in parte erano legate ad effettive osservazioni di fenomeni naturali, in parte invece si radicavano in interpretazioni di tipo magico. L'impiego di tali tipi di cure avveniva con modalità rituali all'interno di un rapporto fortemente suggestivo tra medico e malato. Non solo e non tanto ciò che prescriveva il medico, ma come lo faceva, che cosa diceva, come si poneva in rapporto al malato che lamentava i suoi disturbi, aveva forza di modificare la malattia o, meglio, il malato stesso ed il suo modo di percepirsi. L'interpretazione stessa della malattia, noi diremmo la diagnosi, avveniva entro questo clima ed atteggiamento suggestivo. Il ruolo del medico e la concezione stessa della malattia avevano, in quel contesto, i loro ascendenti nell'atteggiamento magico tipico dell'umanità primitiva. La malattia era considerata come l'effetto di forze malefiche che agivano sul malato e sul suo corpo; il medico-stregone come colui che aveva il potere di mobilitare forze positive per contrastare quelle negative e quindi consentire al malato di recuperare la salute. La sua parola era fortemente autorevole e aveva una grande forza di convincimento. La relazione medico-malato era l'elemento determinante della cura; all'interno di essa, con la forza dell'autorità che gli era riconosciuta, il medico poteva influire sul benessere del malato più di quanto non potesse sugli aspetti organici della malattia. Il medico prescientifico, sulla base della sua

intuitiva concezione unitaria dell'essere umano, entrava intuitivamente in rapporto col malato nella sua interezza, agendo sulle componenti su cui aveva qualche effettivo potere: quelle psicologiche, appunto, attraverso la suggestione. Il medico, in modo inconsapevole, dava una risposta alla richiesta emotiva del paziente ed era costretto invece a trascurare, per mancanza di conoscenza, un intervento pertinente sui disturbi organici.

Nell'antichità, le notizie riguardanti il rapporto tra i primi medici e i loro clienti sono estremamente scarse e sommarie e riguardano i medici sumerici, che operavano quattromila anni prima di Cristo. La medicina mesopotamica assommava in sé i caratteri della medicina religiosa ed empirica: la malattia veniva considerata una punizione divina. Demoni malvagi e demoni taumaturghi presiedevano all'esperienza dell'insorgere della patologia e della guarigione. La divinità più potente a questo riguardo era, però, Marduk, a cui il malato si rivolgeva nella preghiera: era evidente questa connessione tra medicina e religione anche nei ruoli della professione, dove si riconoscevano figure diverse, tra cui il *Baru*, preposto alla divinazione, alla diagnosi e alla prognosi delle malattie; l'*Astripu*, con una funzione prevalentemente esorcistica; l'*Asu*, depositario delle conoscenze mediche, terapeutiche e chirurgiche. Fra il medico e il cliente veniva stipulato un vero e proprio contratto, che contemplava i compensi per una determinata prestazione e le punizioni, in denaro o fisiche, da infliggere al medico se le cose non si fossero concluse nel modo più adeguato. Questa tipologia contrattuale di rapporto medico-paziente si conservò nella cultura sumerico-babilonese, anche se in Babilonia, nel famoso Codice di Hammurabi (XX secolo a. C.), il primo grande codice legislativo-deontologico, si stabilirono regole precise per le situazioni che era dato incontrare nella pratica medica; regole che prevedevano pene, dal punto di vista giuridico, decisamente più severe per il medico che infrangeva quelle norme. In questa grande raccolta di leggi ricorrevano, infatti, alcuni articoli che riguardavano da vicino la professione medica: formulati nella consueta forma casuistica, regolavano l'esazione dell'onorario del medico, prevedevano pene in caso di danno fisico, indicavano le malattie dello schiavo che potevano rendere nullo il contratto di vendita. Era pertanto, sotto questo aspetto, un rapporto medico-paziente prevalentemente di tipo giuridico.

In Egitto la medicina era, all'origine, una prerogativa della casta sacerdotale. Erano i sacerdoti i primattori sulla scena del curare e del guarire. Erano essi che placavano la collera degli dèi, che esorcizzavano la malvagità dei demoni, che invocavano l'aiuto divino, che confidavano nel soccorso degli spiriti, che affidavano la salute dei vivi al vivere in pace con i morti: tra le cause che potevano generare stati morbosi – riportate nei papiri medici che ci sono pervenuti e che costituiscono un corpus di 10 testi, a cui si aggiungono alcuni frammenti la cui datazione va dal XIX al XIII secolo a.C. – erano segnalate, infatti, la vendetta di un defunto, la punizione divina inviata dalla dea Sekhmet o la malevolenza dei nemici. In questa rete di relazioni extrasensoriali ed extrarazionali con il divino, il soprannaturale, l'immateriale, l'ultraterreno, il paziente egizio faceva gran conto della virtù terapeutica della preghiera e cercava assicurazione nell'osservanza dei giorni fausti, nel ricorso agli amuleti, nell'affidamento alle pratiche magiche (Cosmacini, 2001). *L'ars medendi* egizia prevedeva il coinvolgimento del malato fin dai primi incontri con il medico in quanto quest'ultimo non solo lo interrogava sulla sua specifica sintomatologia, ma gli affidava, nel momento in cui gli prescriveva una certa terapia, la preparazione del farmaco che avrebbe dovuto assumere. Per i medici egizi vigevano norme giuridiche analoghe a quelle a cui dovevano sottostare i colleghi babilonesi, con pene ancora più severe in caso di provato errore: le ragioni di tanta severità erano da rintracciare nella sacralità dei testi in cui erano depositati i precetti della medicina egizia; il dio Thot, a cui era spesso associato il titolo di *swnw* (medico), divino mentore di medici e scribi, godeva, all'epoca, di un tale culto che nessun rimprovero poteva essere mosso ad un suo adepto, anche in caso di morte del malato, purché si fosse attenuto ai precetti contenuti nei suoi libri. Se però il medico si discostava anche solo leggermente dai metodi accreditati dalle sacre scritture e il malato moriva, la pena prevista era la morte del curante stesso. Era, quindi, un rapporto medico-paziente di tipo religioso.

Distaccandosi completamente dalla medicina sacerdotale e magica, Ippocrate di Cos (460 o 459-tra il 365 e il 361 a.C.) le diede un fondamento razionale e sperimentale. Idea fondamentale del suo *Corpus* era la convinzione che salute e malattia fossero basate su una sorta di equilibrio e di disequilibrio: Ippocrate abbandonò la spiegazione ontologica a favore di una concezione naturalistica della

malattia, vista come disequilibrio, perdita dell'armonia naturale del corpo. La sua medicina "ieratica" (da *iatrèia*, cioè l'arte del guarire attraverso i rimedi – "rimediare", "curare", "venire in soccorso" sarà il latino *medéri*, donde *medicus*) era di stanza al di fuori dei templi e il medico era un tecnico non stanziale, ma itinerante, che si avvaleva tecnicamente dello sguardo, dell'udito e del tocco, del taglio delle parti, di medicazioni e fasciature (Cosmacini, 2001). La medicina era intesa come *eucheirìa*, ovvero un "buon lavoro con le mani", che poteva comprendere anche l'uso di utensili e strumenti. *Kairologia* e *chirurgia* erano le procedure di quest'arte. Ippocrate è considerato il padre della medicina moderna perché, per primo, affermò che le malattie umane non erano il frutto di punizioni divine, ma, secondo la sua "teoria umorale", erano l'effetto di una alterazione dell'equilibrio di quelli che venivano ritenuti i quattro umori dell'uomo (sangue, flemma, bile nera, bile gialla). La salute era la disposizione armonica degli umori in relazione alle qualità fondamentali (caldo, freddo, secco, umido), mentre la malattia derivava dalla prevalenza o insufficienza di uno di questi. La malattia (*discrasia*), quindi, era soprattutto la risultante di una disarmonia o di uno squilibrio degli umori, da ricercarsi in un mutamento delle qualità fondamentali dovuto a dinamiche ambientali, climatiche e stagionali, ma anche comportamentali (alimentazione, riposo, attività sessuale, vita emotiva). Queste cause "esterne" interagivano con le cause "interne" al corpo legate alla predisposizione a certe malattie dovuta al particolare temperamento individuali e con le cause "immediate" contingenti. Dunque, nel modello ippocratico la malattia derivava dalle stesse cause che producevano la salute, solo in proporzioni diverse. Non si trattava di qualcosa di nuovo e soprannaturale che entrava nell'organismo, ma di un cambiamento degli elementi naturali costitutivi dell'organismo stesso (Parodi, 2002). Lo sguardo della medicina greca è stato fin dalle origini orientato verso il contesto naturale in cui si esprimeva la vita: conoscere l'ambiente fisico in senso largo, dagli astri, alle acque, all'aria, è il presupposto essenziale per conoscere l'essere umano e le condizioni di salute e di malattia (Bottaccioli, 2010). L'immagine musicale dell'armonia permette di intendere la terapia medica come quella pratica tesa a costruire, continuamente, una proporzione che sia capace di essere conforme all'ordine del cosmo per creare la più bella melodia. La parola *harmonia* condivide la radice sanscrita con altre parole estremamente significative per il nostro tema, quali rito, arte,

articolazione, arto: una medicina armoniosa può quindi essere definita come quella pratica rituale che è capace di articolare le diverse parti del corpo e i corpi stessi tra loro alla ricerca della più bella composizione fisiologica e relazionale.

La medicina ippocratica era una *antropologia* coincidente con una *tèchne* che procedeva per esperienza e per tentativi, alla ricerca non tanto di improbabili certezze, quanto del *kairòs*, cioè del “momento opportuno” in cui intervenire con questa o quella prestazione. Per Ippocrate era il malato, nella sua globalità, a dover essere curato e non la malattia: non esistevano malattie, ma solo ammalati, e la cura era volta a ristabilire lo stato di salute di tutto l’organismo mediante un intervento globale: medicine, diete, prescrizioni di igiene fisica e mentale; si trattava, quindi, di un rapporto con l’ammalato di tipo globale perché, sempre secondo Ippocrate, psiche e soma interagivano fra di loro per ottenere l’*eucrasia*, cioè l’equilibrio. Il medico ippocratico rivolgeva la sua attenzione alla totalità della persona del malato, che veniva visto nel contesto della sua storia, del suo ambiente geografico, urbanistico, sociale, del suo modo di vivere e di lavorare. In questa prospettiva ciò che più contava era la presa in carico dell’intera esistenza del malato (e anche, in senso profilattico, del sano). Questo trattamento complessivo andava dall’attenzione all’ambiente fino alla regolamentazione degli esercizi fisici, dell’alimentazione, del modo di vita nel suo insieme. Nacque da qui l’idea di dieta o regime come governo complessivo della vita con finalità terapeutiche o preventive, analogo al buon governo della città, al regime democratico con finalità di armonia civile e di salute pubblica (Vegetti, 1992). Per il medico ippocratico, l’ispezione del malato coincideva con lo sguardo di simpatia, un contatto fisico che si attuava con il tocco della fronte, la presa del polso con la stretta della mano, la raccolta dell’anamnesi con l’ascolto del vissuto e la formulazione della prognosi con la risposta alla speranza di vita. Ippocrate fornì diversi consigli sul modo di rapportarsi al malato, consigli che, per la loro universalità e modernità, possono essere trasposti direttamente ai giorni nostri. Ad esempio, nel momento in cui il medico entrava nella stanza del malato, doveva ricordarsi di stare attento al modo di comportarsi, essere sereno nel volto e nell’agire, dedicarsi con cura all’ammalato e rispondere con tranquillità e non perdere la pazienza né la calma di fronte alle difficoltà che si presentavano. Il medico ippocratico, insomma, era l’archetipo del

medico tanto impegnato tecnicamente quanto umanamente coinvolto. Il rapporto tra medico e malato era fisico e storico: fisico attraverso la percezione pentasensoriale (ma con la vista e il tatto privilegiati tra i cinque sensi) di questo o quel segno di malattia; e storico, attraverso il rilievo anamnestico e prognostico dell'esistenza passata e futura. Ad un'alta professionalità, tutelante da ogni indebita invasione di campo, corrispondeva una altrettanto elevata deontologia, preservante da ogni caduta di moralità o di stile. La relazione medico-malato non era un rapporto simmetrico, fra uguali; era invece un rapporto asimmetrico, di tipo paternalistico, fra disuguali, dove al sapere-potere del medico corrispondeva il soffrire-patire del paziente: l'atteggiamento di surroga nell'assunzione di decisioni da parte del medico nei confronti del paziente, in riferimento a beni di pertinenza di quest'ultimo, veniva esercitato con il pretesto di una più adeguata tutela di essi in quanto rivolta a soggetti che si trovavano in una situazione di incapacità temporanea o permanente nell'assunzione di decisioni. Il modello di relazione medico-paziente in auge a quei tempi era del tipo "attività/passività" (Szasz & Hollender, 1976): l'unico soggetto attivo, col suo sapere unidirezionale e le sue univoche decisioni, nella reazione a due tra medico e paziente era il medico, mentre il paziente rappresentava soltanto il passivo oggetto delle pratiche diagnostiche e delle scelte terapeutiche dell'altro. Il rapporto medico-paziente era caratterizzato da un'etica medica paternalistica che prescriveva di agire, o di omettere di agire, per il bene di una persona senza che fosse necessario chiedere il suo assenso, in quanto si riteneva che colui che esercitava la condotta paternalistica (nel caso specifico il medico) avesse la competenza tecnica necessaria per decidere in favore e per conto del beneficiario (il paziente). Da questa prospettiva, il medico era impegnato a ripristinare una oggettiva condizione di salute (indipendente dalle preferenze del paziente) e la relazione era fortemente asimmetrica poiché il paziente veniva considerato non solo privo della conoscenza tecnica, ma anche incapace di decidere moralmente. I principi etici che erano alla base del paternalismo erano il principio di beneficenza – che prescriveva l'obbligo di agire per il bene del paziente – ed il principio di non maleficenza – che esprimeva l'obbligo di non arrecare danno al paziente. L'asimmetria di ruolo e di potere di questo rapporto era ancora più evidente nella situazione in cui sia il medico che il paziente erano schiavi. Mentre il medico libero cercava di curare le malattie determinandone l'essenza e interrogando in

proposito il malato nonché i suoi amici, istruendo lo stesso malato e non adottando prescrizioni prima di averlo indotto a condividere, entro un certo grado, il suo punto di vista, il medico schiavo prescriveva immediatamente a ognuno ciò che riteneva opportuno in base alla sua esperienza, sovraneamente, come un tiranno, e non indicava mai la ragione di alcuna malattia patita dal paziente schiavo, né si lasciava istruire in merito dal malato (Platone, 2005). Il medico, erede in qualche modo di una preesistente fase magica e religiosa della medicina (Jotkovitz & Clarfield, 2005), era considerato come l'unico a possedere competenza; il malato, al contrario, non ne aveva alcuna ed accettava questo divario culturale e di potere assumendo di fronte al curante un ruolo passivo. Non essendo un rapporto paritetico, non poteva essere imperniato sul diritto, imparziale ed equanime; doveva essere invece imperniato sul dovere. Il medico ippocratico ne aveva coscienza e provvedeva a riequilibrare le parti dandosi responsabilmente dei doveri. Nel rapporto medico-paziente di stampo ippocratico si raffrontavano, quindi, due situazioni umane che, pur nella loro fondamentale e intrinseca diversità, dovevano diventare compatibili: di fronte ad un ammalato, il medico era colui che sapeva e il paziente era colui che ignorava e, per questo, il malato aveva come unico dovere l'obbedienza. Egli, però, si poteva fidare ciecamente di un uomo che aveva intrapreso una professione solida sia dal punto di vista deontologico che scientifico: aveva giurato, «per Apollo medico e Asclepio e Igea e Panacea e per gli dèi tutti e per tutte le dee, chiamandoli a testimoni», che avrebbe curato anche i malati a prognosi infausta, che si sarebbe prestato gratuitamente ai malati indigenti, che avrebbe osservato un assoluto riserbo professionale e che si sarebbe astenuto dall'usare la propria influenza nel proprio interesse privato; e aveva anche introiettato il sapere degli antichi sulla natura degli organismi, ovvero sulla loro innata e spontanea tendenza al recupero dello stato di salute (da qui il motto *vis medicatrix naturae*) promossa e assecondata dal medico osservandone i movimenti e rimuovendo gli ostacoli alle sue reazioni. Il medico, oltre che sulla scienza naturale, fondò la sua professione sulla sua umanità, che lo rese disponibile ad aiutare ogni uomo afflitto da sofferenze fisiche, indipendentemente da fedi, visioni del mondo, politica, origine e razza. Confidando, da una parte, nella competenza professionale del medico e, dall'altra, nella forza vincolante di un codice etico e deontologico che imponeva al medico di non abusare di questa situazione di dominanza culturale,

impegnandolo a ricercare sempre e solo il benessere del paziente, il malato concedeva piena fiducia al medico, ponendosi in posizione subalterna. Il celebre giuramento di Ippocrate ci presentava, dunque, l'immagine del *medicus sacerdos*, che poneva la sua professione sotto la protezione delle divinità e che era, sempre con parole di Ippocrate, simile a un dio. Per i Greci, l'idea di *philia* (amicizia) aveva una connotazione diversa da come la recepiamo oggi e questo valeva anche per la concezione di amicizia medica. L'amicizia del medico ippocratico con il paziente, frutto dell'interconnessione tra la sua *philanthropía* e *philotechnía*, fu, in ultima analisi, amore per la perfezione della natura umana, individualizzata nel corpo del malato; amore riverente verso quanto c'era di bello nella natura (la salute, l'armonia) o conduceva alla bellezza (la naturale forza risanatrice dell'organismo) (Laín Entralgo, 1969). Il rapporto tra medico e paziente non ci appare modellato sul paradigma della *philia*, così come comunemente la intendiamo oggi, ma rifletteva piuttosto un atteggiamento magisteriale, più vicino al genitore che all'amico. Sarà il modello che più tardi verrà definito "paternalismo medico". Ciò appare evidente dai consigli che Ippocrate elargiva al medico: fare tutto con calma e ordine, nascondendo al malato, durante il tuo intervento la maggior parte delle cose, dare gli ordini opportuni con gentilezza e dolcezza, distraendo la sua attenzione, a volte rimproverandolo in modo conciso e severo, a volte incoraggiandolo con premura e abilità, senza comunicargli nulla di ciò che gli potrebbe succedere o del suo stato attuale.

Almeno cinque secoli più tardi rispetto a Ippocrate, lo stesso Galeno (ca. 129- ca. 201 a.C.), il più autorevole medico in epoca romana, in linea con i gli insegnamenti ippocratici, delineò la figura del *medicus gratiosus*, cioè amabile nel rapporto con il malato e a questi ben accetto: modello di medico che non apparisse odioso al malato, ma neppure spregevole, umano, morigerato, piacevole nel tratto e che sapesse conservare la sua dignità. Un medico dal discorso contenuto, ma eloquente, dal gesto confidenziale, ma autorevole, dall'abito elegante, ma sobrio, in ogni caso capace di modificare il proprio atteggiamento a seconda delle necessità e delle preferenze del malato (Cosmacini, 2003). D'altronde, se il malato non ammirava il medico quasi come un dio, non avrebbe seguito le sue prescrizioni.

Risulta evidente che il rapporto si fondava sull'asimmetria: era fondamentale che il malato restasse in una posizione decisamente inferiore, sia nelle conoscenze che nella capacità decisionale, rispetto a quella del medico. L'autorevolezza di Ippocrate e il suo punto di vista morale espresso nel suo codice deontologico condizionarono per molti secoli le varie culture mediche successive e condizionano tuttora il rapporto medico-paziente.

1.2 Il rapporto medico-paziente durante il Medioevo e il Rinascimento

In questo periodo, le abitudini igieniche e alimentari malsane rendevano le popolazioni europee particolarmente vulnerabili alle epidemie di peste, di colera e di lebbra, seminando morte in misura intensa e spietata.

La rivoluzione culturale operata dal Cristianesimo comportò un profondo mutamento di scenario anche nell'ambito della concezione di amicizia medica. Laín Entralgo (1961) definì tale mutamento con il termine di «spiritualizzazione della *philanthropía*»: la malattia, in questa prospettiva, veniva considerata *via perfectionis*, incommensurabile benedizione *sub specie aeternitatis*, caricandosi di un valore nuovo, ovvero quella di farmaco nell'ambito di una terapia spirituale che vedeva nella definizione terminologica di *patiens*-paziente il rimedio unico per contrastare la peste del peccato (Lippi & Baldini, 2000). La corporeità era diventata una condizione negativa e la malattia si rivelava come l'espressione di un'autodenuncia del corpo. La concezione della scienza medica dilatava quindi i termini della *philanthropía*, non limitando ai corpi i benefici dell'arte medica, ma preoccupandosi anche della cura dell'anima: diventava colpevole colui che cercava la guarigione come conseguimento di un bene materiale e caduco. La medicina del tempo era caratterizzata da una supervalutazione della malattia come via verso la redenzione, come possibilità offerta da Dio all'uomo per riscattarsi dal Peccato; in questa ideologia della salute, in parte dovuta anche alla generale impotenza dei mezzi terapeutici, la cura dell'anima era primaria, mentre quella del corpo acquistava un valore positivo solo se finalizzata al benessere del corpo inteso come contenitore fisico di un bene superiore, l'anima. Nel Medioevo cristiano, quindi, la malattia assunse sostanzialmente un doppio significato:

da un lato era la punizione mandata da Dio per i peccati commessi, dall'altro era anche il modo per conquistarsi la salvezza dell'anima raggiungendo l'espiazione attraverso la sofferenza fisica. La malattia era considerata una condizione naturale dell'uomo e il dolore era la croce che l'umanità era costretta a portare con pazienza e rassegnazione. Preoccupandosi essenzialmente dell'anima del malato, inducendolo a pregare per salvarsi, il medico stabiliva con il paziente un rapporto di tipo caritatevole: la particolare concezione dell'assistenza al malato introdotta dal Cristianesimo si manifestava soprattutto nell'uso della parola di conforto, nella condizione egualitaria nella cura, nell'assistenza gratuita e nell'istituzione di un'assistenza medica regolare grazie alla fondazione degli ospedali all'interno degli stessi monasteri (Laín Entralgo, 1955). La prassi medica non si configurava più come *téchne*, ma come *officium* caritativo. Come appariva nella Regola benedettina, secondo la quale «si deve prestare assistenza medica al malato come se la si prestasse a Cristo stesso», la pratica medica, più che una professione, si caratterizzava come vocazione e missione: un ideale estremamente elevato, che tuttavia, nella sua realizzazione storica, prolungherà l'adozione del modello paternalistico di stampo ippocratico. Nacque la figura del medico religioso, il monaco *tonsor, rasor et minor*, esperto di forbici e rasoio, che operava nei monasteri e che praticava l'assistenza medica all'infermo, come se stesse offrendo un servizio a Dio, attraverso salassi (*minuere sanguinem*) che estraessero dal sangue del malato la "materia peccante", funesta per la salute del corpo quanto il peccato per la salute dell'anima. La visita all'ammalato si fondava quasi esclusivamente sull'ispezione a vista, vuoi perché la cultura religiosa si poneva nei confronti del corpo come ad un mero abitacolo transitorio dell'anima, vuoi perché, per le scarse conoscenze del tempo, non occorrevo altri dati che l'osservazione.

Una visita di quel tipo aveva anche il vantaggio di evitare il contagio. In caso di epidemia, a causa del dilagante assenteismo dei medici laici locali, la cui vita e formazione erano per la comunità troppo preziose perché venissero messe a repentaglio dal contatto diretto con i pazienti infettati, le città erano costrette ad assoldare medici forestieri o stranieri. In ogni caso, si poteva parlare di un rapporto medico-paziente "a distanza": i pratici, seppur mediocri, barbieri-cerusici gridavano dalla finestra della stanza dell'ammalato i sintomi che riscontravano e il medico,

intimorito dal rischio di contagio, indicava dalla strada i provvedimenti terapeutici da intraprendere. I comportamenti appena descritti ci aiutano a gettare luce sul tipo di rapporto che poteva intercorrere tra medico e paziente in quei tempi: nei confronti del medico si nutrivano sentimenti di soggezione, diffidenza e paura. In caso di epidemia, medici corrotti celavano i veri sintomi della malattia dietro lauta ricompensa per permettere ai clienti abbienti di rimanere a casa evitando l'onta del lazzaretto, mentre i poveri non andavano dai medici per paura di essere denunciati e reclusi perché era sufficiente il sospetto di infezione perché il medico li costringesse all'isolamento, allontanandoli dalla famiglia, dall'attività lavorativa e dalla vita quotidiana; inoltre, il medico era soprattutto un filosofo, un intellettuale di ceto elevato, che vestiva in modo sontuoso, che parlava sistematicamente il latino incomprensibile al popolo e che incarnava, comunque, la figura di un professionista che aveva onorari esosi. Abito, cultura, linguaggio e moneta lo distanziavano sempre di più dall'ammalato, creando sentimenti di soggezione e diffidenza. Il rapporto medico-paziente era dunque un rapporto improntato al distacco e al timore. Ma il medico, con questa distanza, nascosto dal *fumus* accademico, assunse comunque prestigio e rilevanza a dispetto di un sapere medico che non poggiava ancora su solide basi scientifiche: non solo la medicina si avvaleva ancora, come principale e quasi unico strumento diagnostico, dell'uroscopia, ma discriminava i malati ricchi da quelli poveri per i quali erano previste, rispettivamente, una *medicina divitum* e una *medicina pauperum* (Naso, 1982): i consigli elargiti dai medici non erano adeguati alla malattia, ma alle disponibilità economiche e al ceto di appartenenza dei pazienti. Tra siffatti medici e l'ammalato, il rapporto era del tutto sbilanciato, a causa della possibilità del medico di esercitare un potere pressoché assoluto nei confronti del paziente. Ancora per tutto il XV secolo, di fatto, le conoscenze scientifiche ristagnavano nella peggiore arretratezza e la gestione laica dell'assistenza sanitaria era insufficiente per mancanza di qualsiasi disposizione governativa in merito, contribuendo, così, a creare un rapporto medico-paziente basato sulla sfiducia.

1.3 Il rapporto medico-paziente tra Cinquecento e Seicento

La medicina, pur versando in una profonda "crisi di crescita", nei secoli XVI e XVII si difendeva esaltando il proprio prestigio formale e filosofico-letterario: il medico

caritatevole e *gratiosus* uscì di scena e fece il suo ingresso quello *gloriosus* (Cosmacini, 2001). Il modello relazionale che aveva costituito la spina dorsale dell'etica medica occidentale dal V secolo a.C. era ancora in auge nel XVII secolo d.C.: secondo il modello tradizionale, che a ragione possiamo chiamare ippocratico, il medico esercitava sul malato un potere esplicito, senza complessi di colpa e senza bisogno di giustificazioni. Il potere si reggeva intrinsecamente sulla finalità che lo ispirava: era esercitato per il bene del malato. Rodrigo de Castro, medico del XVII secolo, nel suo trattato *Medicus politicus: sive de officis medico* (1614) arrivò ad affermare che, come il sovrano governava lo Stato e Dio governava il mondo, il medico governava il corpo umano. Si trattava di un potere assoluto, in cui chi stava in posizione dominante (*one up*) determinava in modo autoreferenziale che cosa era autorizzato a fare a beneficio di chi stava in posizione dominata (*one down*). Nel caso specifico della medicina, il medico stabiliva la diagnosi, indicava l'opportuna terapia e la eseguiva senza bisogno di informare il malato e senza necessità di ottenere un serio consenso, se non quello implicito nell'affidamento fiduciario. Nessun dovere esplicito gli richiedeva di dare conto al malato né della diagnosi, né della terapia prescritta. Obblighi di informazione e di coinvolgimento nelle scelte sussistevano, invece, nei confronti dei familiari del paziente, che erano i veri interlocutori del medico e sottoscrivevano con lui l'"alleanza terapeutica".

I medici del tempo erano in balia dei sarcasmi di commediografi e poeti. Basti pensare ai medici satireggiati da Molière (1622-1673). Fu disperata e violenta la sua battaglia contro la medicina del suo tempo. Attraverso l'arma dell'irrisione e della satira, colpiva da vicino una professione che si ammantava di lunghe toghe e si addobbava di chiacchiere senza consistenza. Nelle commedie di Molière, non un medico veniva salvato. Secondo l'autore, l'atto medico era il trionfo del salasso e del clistere e la medicina altro non era se non una serie di citazioni fatte a vanvera con una supponenza più che aulica. Molière, divorato dalla tisi, al re Sole che gli domandava: «Che cosa vi consiglia, Molière, il vostro medico?», rispondeva: «Sire... chiacchieriamo!», riassumendo in una parola la sua idea del rapporto medico-paziente. Per ironia della sorte, Molière morì interpretando Argan, al quarto giorno di rappresentazione de "Il Malato Immaginario", che divenne, così, il suo testamento

teatrale. Ricordiamo al lettore che il duplice scopo della commedia era, sì, quello di esprimere il disagio interiore del letterato (la frustrazione legata all'aver contratto una malattia incurabile a quei tempi – la tisi, appunto), ma anche, e soprattutto, quello di configurarsi come specchio caricaturale della propria società. La cinica sfiducia dell'autore e, quindi, del suo pubblico dell'epoca nei confronti dell'*ars medica* trovò massima celebrazione una volta giunti verso la fine della sopracitata commedia, quando Beraldo sconfessò completamente la medicina definendola addirittura come «una delle più grandi follie dell'umanità» in quanto, per il personaggio, è «[...] ridicolo un uomo che pretende di guarirne un altro» (Molière, 2011). Un'altra importante testimonianza della scarsa fiducia nella medicina ufficiale in questo periodo storico proviene, come riportato da un medico del tempo, da re Giacomo I (incoronato nel 1603), il quale, malgrado soffrisse di artrite e di disturbi epatici, intestinali e renali, sosteneva che «l'arte della medicina si regge su semplici congetture ed è inutile perché non centra» (Enright, 1989).

Frequentemente veniva maggior pericolo dal medico che non dall'affezione: la teoria medica, invece di fondarsi su fatti osservabili, era interamente campata in aria e quindi di nessuna utilità per la comprensione dei reali meccanismi dell'organismo (Shorter, 1986). Chiarissima era la logica sottesa a tali teorie: la malattia era causata da eccessi d'ogni genere, ovvero dall'imputridimento di qualcosa all'interno dell'organismo. Era sufficiente, quindi, espellere i cattivi umori e i fluidi in eccesso mediante evacuazione dei fluidi stessi dal più gran numero possibile di canali: abbondante salivazione, intenso movimento intestinale, flebotomia (fuoriuscita di sangue indotta mediante incisione di una vena), stimolazione renale per produrre un maggior flusso di urina e produzione abnorme di calore nell'ambiente per provocare abbondanti sudori. La convinzione prevalente era comunque che salute e malattia dipendessero dalla volontà del Signore, per cui la preghiera era considerata il rimedio migliore, oltre a quello di mantenere un comportamento retto per evitare castighi divini (Beier, 1985).

La gente si era infine accorta di star molto, ma molto meglio, senza la lancetta, l'emetico e la sanguisuga. Il medico, inoltre, si sentiva perfettamente in grado di pronunciare la diagnosi senza aver affatto visitato il paziente: l'esame organico non

prevedeva né palpazione dell'addome, né osservazione ravvicinata delle vene del collo, né alcun controllo dei nervi cranici, né l'auscultazione delle rumorosità interne, né, men che meno, esplorazioni sfinteriche (Shorter, 1986). Quando effettivamente la visita diretta veniva eseguita, tutto si riduceva all'esame del polso e della lingua. Era proprio in terapia che la medicina di quell'epoca mostrava il suo volto peggiore. Il trattamento era orientato essenzialmente all'evacuazione, e non c'erano che due modi per ottenerla: quello "chirurgico", cioè l'apertura di una vena mediante lancetta per consentire il deflusso di una pinta circa di sangue, e quello medico, consistente nella somministrazione di purganti, diuretici e pozioni per indurre nel paziente defecazione, sudorazione, salivazione; tifo addominale, malaria, febbre gialla, tubercolosi: i medici d'allora curavano tutto con il salasso.

Alla luce di questa insufficiente preparazione scientifica dei medici, non sorprende che l'ammalato prediligeva i rimedi domestici, preparati con erbe locali, così come l'ammalato contemporaneo adora i rimedi "da banco" che riempiono gli scaffali delle farmacie.

1.4 Il rapporto medico-paziente dall'Illuminismo alla scienza moderna

Le idee illuministiche che si propagarono per tutta Europa nel secolo dei Lumi introdussero nuove esigenze di autonomia e di libera scelta, fondate sui concetti dei diritti della persona e della dignità umana elaborati a partire dalle riflessioni etiche di Thomas Hobbes (1588-1679) e, successivamente, di John Locke (1632-1704) e Immanuel Kant (1724-1804). I loro trattati stimolarono una nuova presa di coscienza in fatto di diritti umani. Con l'Illuminismo, la ragione acquisì maggiore potere, grazie ai progressi scientifici e tecnologici, ma questo non implicò la definitiva scomparsa di modelli eziopatogenetici e terapeutici fondati su credenze religiose e superstiziose (Ripamonti & Clerici, 2008). La malattia poteva essere considerata l'effetto di un maleficio, di una possessione demoniaca o di un castigo divino (ricordiamo che in quest'epoca si credeva ancora nella stregoneria e molte donne furono messe al rogo perché ritenute colpevoli di provocare malattie e pestilenze).

Potrebbe sembrare, a partire da queste brevi considerazioni sui mutamenti ideologici di quel tempo, che il principio paternalistico del rapporto medico-paziente iniziasse a vacillare e che il medico, per la prima volta, non fosse più il protagonista assoluto dell'incontro con il paziente: il cittadino, d'altronde, aveva acquisito una nuova coscienza sul proprio diritto di scelta. Non fu così, quantomeno all'inizio del periodo storico qui considerato. Se il principio di autonomia prese campo nella vita sociale, politica e individuale, esso però stentava a penetrare nel mondo della medicina, che rimase impermeabile a tali mutamenti sino al XIX secolo.

La scienza, fatta di rimedi empirici e basata sulla classificazione del corpo e sulla ricerca di nuove terapie, si allontanò dalle pratiche legate all'esclusivo studio degli scritti antichi, trasformandosi sempre più nella medicina che oggi conosciamo, fondata sull'osservazione sistematica dei fatti. Tale medicina "scientifica" non poteva che disprezzare e svalutare la medicina tradizionale, tacciandola di cialtroneria e magia; le contrapponeva il rigore della propria scientificità e il proprio radicarsi nel terreno del biologico e dell'organico, quale ambito dove fosse finalmente possibile individuare cause sperimentalmente verificabili delle malattie e operare interventi terapeutici efficaci e controllabili. La medicina sperimentale di matrice positivista spinse a concentrare l'attenzione del medico più sulla malattia che sul malato: significativi furono le riflessioni di Claude Bernard (1813-1878), che vedeva, non più nell'uomo, ma nel laboratorio il vero santuario della scienza medica, o quelle di un famoso internista tedesco che affermava che il tempo impiegato nell'intervista al malato fosse tempo sprecato per la diagnosi (Laín Entralgo, 1978). Si arrivò all'assunto che l'oggetto della ricerca medica non era il malato, ma la malattia, da catalogare, rinchiudere descrittivamente in una categoria di riferimento. L'utilizzo di strumentazioni innovative spostò l'attenzione dalla testimonianza del paziente alla valutazione oggettiva degli indicatori di malattia: venne così tolta all'individuo gran parte della responsabilità "morale", che gli era stata attribuita nel corso del Medioevo, degli stati morbosi. Questi cambiamenti portarono alla nascita del modello biomedico, per il quale il malato assunse il ruolo di "paziente", caratterizzato da un atteggiamento di attesa passiva e acritica rispetto al medico e al suo operato: le dinamiche comunicative e relazionali furono tra «le prime vittime sacrificate dalla medicina scientifica in onore di

una scientificità positivista» (Cavicchi, 2000). Il graduale allontanamento da una prospettiva basata sul ruolo attivo che il paziente assumeva in tutte le fasi del processo morboso sfocerà nel XX secolo nell'affermazione della malattia – privata della sua dimensione umana ed equiparata a qualsiasi altra forma di patologia nel regno animale e vegetale – come unico polo di interesse del medico. Il compito del medico iniziava ad identificarsi, quindi, col contribuire al progresso scientifico, assumendo così, come unica preoccupazione, quella di precisare sempre meglio le conoscenze intorno alla malattia. Il riduzionismo tecnologico della medicina iniziò ad insinuarsi nella mentalità professionale medica fino a creare una specie di idolatria degli interventi tecnici. Si potrebbe dire che l'uomo, inteso come macchina anatomica, iniziò a svelarsi sempre più agli occhi del medico, ma il suo rapporto con l'ammalato non sviluppò di pari passo l'elemento di partecipazione emozionale. I medici agivano come abbagliati dai nuovi traguardi scientifici, forse perché troppe volte, dall'antichità in poi, si trovarono nella condizione di vedere senza però poter comprendere ed intervenire. Tale ribaltamento concettuale, che poteva essere definito come "la rimozione del soggetto" (Zina Vignotto, 2006), fece sì che la lotta contro la malattia prevalessesse rispetto all'unità psicofisica della persona malata. Si andò delineando, a partire dalla prima metà dell'Ottocento, un rapporto medico-paziente di tipo deterministico e meccanicistico: la malattia tornò ad essere un corpo estraneo, un'entità ontologica (microrganismo) che, come un nemico occulto (visibile solo al microscopio), "attaccava" l'organismo scatenando la malattia.

Dopo aver acquisito l'anamnesi, ossia la storia dei precedenti fisiologici e patologici dell'ammalato e della sua famiglia, il medico osservava attentamente il fisico del paziente, non già limitandosi ad esaminare il colorito della pelle e del bulbo oculare, bensì toccando, scrutando, ascoltando e tirando. Nel corso del XIX secolo, le tecniche erano state progressivamente elaborate fino ad allargare l'ispezione del paziente al di là del semplice esame a vista: si era così arrivati all'auscultazione, alla palpazione e alla percussione. Quel che siamo andati raccontando fin qui appartiene alla prima fase della rivoluzione diagnostica, la rivoluzione del "brillante clinico", del medico che osservava attentamente, che un po' picchiava, un po' auscultava, a lungo meditava sui differenziali che notava e infine formulava la prodigiosa diagnosi.

Questa era poi la prassi dell'osservazione clinica che si può riconoscere in un quadro famoso di Luke Fildes del 1891, *The Doctor*, ove è ritratto il medico seduto al capezzale di una bambina ammalata. Il buon clinico era quello molto attento sia ai sintomi obiettivi (i dati che lui stesso riscontra sul paziente), sia quelli subiettivi (cioè quelli riferiti dal paziente). Mentre il paziente di oggi va dal medico perché è costretto a passare da lui per procurarsi quei farmaci che tutti sanno essere efficacissimi, il medico moderno del XIX secolo possedeva invece le doti taumaturgiche che gli consentivano di curare i pazienti con la suggestione, cioè con tutto un arsenale di farmaci di scarso o punto valore (Shorter, 1986). Entusiasmato dai successi diagnostici autentici, ma anche da quelli terapeutici immaginari, il medico moderno prese a farsi un gran concetto di se medesimo: non appena gli uomini di medicina cominciarono a considerarsi socialmente un paio di tacche superiori ai comuni mortali, la loro capacità di curare i pazienti "psicologicamente" si accrebbe di conseguenza. Condizione fondamentale per guarire con la suggestione è infatti la fede implicita dell'ammalato nei poteri taumaturgici del dottore, convinzione tanto più facile da instillare quando il medico si erge nella scala sociale parecchi gradini più in alto del paziente.

Parallelamente a questa faticosa ascesa sociale, a partire dal XIX secolo, la medicina dovette combattere anche una difficile battaglia per la ricomposizione delle frammentarietà disciplinari e, in più, per l'adeguamento della pratica a principi comuni. Inoltre, la classe medica doveva affermare e imporre la propria dignità di categoria per sconfiggere il diffuso esercizio illegale di ciarlatani (Cosmacini, 1998). Si costituirono collegi e ordini che svolsero opera di difesa della categoria sia informando utenti e operatori sulle reali conoscenze mediche e sull'importanza del ruolo sociale del medico, sia educando i medici ad acquisire una nuova concezione del rapporto medico-paziente che prevedesse non solo il "parlare al" malato, ma anche il "parlare con" il malato. Con questo intento, per tutto l'Ottocento, in Italia e negli altri Paesi europei, si stamparono scritti (trattati, prolusioni accademiche, catechismi, galatei medici, dissertazioni inaugurali) che ebbero toni diversi (polemici, apologetico-propagandistici, moraleggianti), ora in veste aulica, ora in forma semplificata e divulgativa, ma sempre con dovizia di informazioni sull'operato dei medici e sul loro ruolo centrale nell'ascesa della scienza medica. In verità, nelle opere di molti medici,

da quelle di Ippocrate a quelle dei clinici dei nostri giorni, sono solitamente contenute riflessioni di ordine deontologico volte a evidenziare le qualità del medico ideale che avrebbero consentito un corretto ed efficace rapporto con il paziente; tuttavia, queste si sono moltiplicate nei periodi di crisi del ruolo del medico e, in particolare, sono divenute diluviali all'inizio dell'Ottocento, facendo trasparire «l'immagine di una classe medica disorientata, indebolita da dilacerazioni intestine, quasi assediata dall'idra dalle cento teste del ciarlatanismo, oggetto di un'acre satira popolare o dello scetticismo dei colti e tuttavia consapevole della necessità di ricomporre le frammentarietà dottrinarie, di adeguare la pratica a principi unificanti, di affermare e imporre la dignità categoriale e sconfiggere l'esercizio illegale» (Betri, 1984). Tutti gli estensori dei "Galatei" riservarono una particolare attenzione ai problemi inerenti alla comunicazione tra medico e paziente che sarebbe dovuta essere basata, da allora in poi, sulla fiducia e sul reciproco rispetto per superare la diffidenza e le forme di calunnia, le lagnanze e le accuse di impostura (Betri, 1984; 1987): in questi scritti si prescriveva al medico di essere cortese, serio, discreto e disponibile col paziente; di lasciar parlare per la maggior parte del colloquio il malato e, quando sarebbe dovuto intervenire per interrogare quest'ultimo, di non sfoggiare espressioni ampollose, un gergo affettato e bizzarro o di utilizzare un linguaggio incomprensibile alla gente comune formulando vaghe previsioni secondo lo stile delle profezie delle antiche sibille. Non si trattava certo di problemi nuovi, se già Platone nel suo *Fedro* affermava che sarebbe stato un grande errore se i medici non avessero considerato la totalità dell'essere (*hóle ousía*) e avessero separato la cura dell'anima da quella del corpo. Nella medicina della seconda metà dell'Ottocento, ci furono importanti tentativi di applicare le prescrizioni platoniche: basti pensare a grandi medici come William Osler (1849-1919), secondo cui «*the good physician treats the disease; the great physician treats the patient who has the disease*». Il contributo più significativo alla storia della etica morale occidentale, successiva a Ippocrate, fu sostenuto da Thomas Percival (1740-1804), medico, filosofo e scrittore inglese. Nel 1803, egli pubblicò il suo *Code of Medical Ethics*. La sua personalità, i suoi interessi in materie sociologiche e la sua stretta collaborazione con l'Ospedale di Manchester, lo portarono alla formazione di uno schema di condotta professionale relativa agli ospedali ed altre opere di beneficenza, dalle quali egli disegnò il codice che porta il suo nome e che può essere

considerato la prima manifestazione della dottrina del consenso informato (Sgreccia, 1988). I cambiamenti nel rapporto medico-paziente fecero seguito allo sviluppo, in una società laica, pluralistica, democratica e “illuminata”, del concetto di libertà e autonomia dell’individuo. Il mutato clima culturale, con la riflessione sui diritti individuali, con l’affermazione del principio di autonomia e l’influenza dell’utilitarismo, comportò la reintroduzione del soggetto nella pratica medica, ma con alcune precise connotazioni. Il modello paternalistico, come si è detto, si fondava sulla beneficenza del medico nei confronti del paziente: il beneficio aveva un’esclusiva connotazione biomedica, essenzialmente quello della cura, che andava imposta anche contro la volontà del paziente. In reazione ad esso, si affermò un altro modello, definito contrattualistico, più attento ai diritti del paziente. Il perno del rapporto tra medico e paziente non era più la beneficenza del medico, ma l’autonomia e la partecipazione del malato, di cui si cercava il consenso, perché esercitasse una funzione di negoziazione nel rapporto terapeutico. Per ogni atto medico divenne necessario un consenso libero ed informato. Alla luce di un quadro culturale e politico così profondamente cambiato, il paternalismo medico sembrava rappresentare un modello etico di comportamento non più adeguato, che andava a ledere il diritto individuale all’autodeterminazione. Ad esso si sostituì un modello di relazione che ponesse al centro il principio etico del rispetto dell’autonomia del paziente: il modello etico contrattuale. In tal modo la relazione medico-paziente veniva descritta come una relazione simmetrica i cui contraenti, autonomi, uguali ed aventi il medesimo potere di negoziazione, sottoscrivevano liberamente un patto. Col tempo, ne seguì l’introduzione nella prassi medica della pratica del consenso informato, vale a dire l’assenso che viene richiesto tutt’oggi ai singoli pazienti dal personale sanitario prima di sottoporli ad accertamenti diagnostici o ad atti terapeutici o di coinvolgerli in una sperimentazione, dopo avergli fornito un’adeguata informazione sul loro stato di salute e le alternative terapeutiche. Da questa prospettiva, diventarono rilevanti il dovere del medico di informare il paziente e di ottenere il suo consenso ed il diritto del paziente di decidere a quale trattamento sanitario sottoporsi o non sottoporsi affatto. Questo modello, tuttavia, mostrava – e mostra ai giorni nostri – dei limiti nel contesto del rapporto medico-paziente in quanto al paziente era richiesto di scegliere da solo dopo che il medico aveva esposto le opzioni. La comunicazione era ad una sola via, dal medico al paziente;

il malato otteneva informazioni dettagliate riguardo rischi e benefici e poi decideva. Il trasferimento di informazioni era visto come l'unico contributo legittimo del medico: egli si limitava a fornire indicazioni ed alternative senza esprimere opinioni personali e cercando di non influenzare per nulla le conclusioni dell'interessato. Questo modello relazionale era ancora molto lontano dal concetto di *partnership* che avrebbe implicato uguaglianza nel potere, ma anche condivisione di responsabilità: la caratteristica essenziale del modello di *partnership* è infatti la sua natura interattiva in cui medico e paziente stabiliscono ogni fase del processo di decisione in maniera parallela, entrambi rivelando le loro predilezioni ed entrambi esprimendo il loro parere in un clima terapeutico di fiducia. Col modello contrattualistico Ottocentesco, invece, il paziente si trasformò in semplice cliente, con gli evidenti limiti di tale cambiamento: da un lato, vi era la maggiore esposizione del medico a eventuali richieste che non rispondessero a bisogni obiettivi, ma a desideri del paziente. Inoltre, era diventata sempre più pressante la richiesta da parte del paziente di un'informazione esaustiva e di garanzie assolute. In questo contesto, era sempre più frequente che il malato pretendesse un risarcimento di fronte a conseguenze impreviste, con la conseguente cautela da parte del medico che ha cercato sempre più sicurezza nella cosiddetta medicina "difensiva", ovvero nella pratica di diagnostiche o misure terapeutiche condotte principalmente, oltre che per assicurare la salute del paziente, anche come garanzia delle responsabilità medico-legali seguenti alle cure mediche prestate.

I Galatei contribuirono alla diffusione della medicalizzazione e al superamento dell'analfabetismo sanitario e rappresentarono il primo passo verso un diffuso consenso sociale nei confronti dei medici, consenso che si manterrà negli anni a venire e orienterà il comportamento del paziente nei confronti del medico verso sostanziali fiducia e rispetto. Un rapporto medico-paziente, dunque, che trovò la sua realizzazione pratica nella figura del "medico condotto" (Zina Vignotto, 2006). Il medico condotto divenne la figura che ricostituì un rapporto medico-paziente di tipo globale, perché aperto e disponibile a tutti i bisogni, individuali e sociali, di quello che iniziò a chiamare "il mio malato". Fino alla scoperta dei sulfamidici e degli antibiotici intorno alla metà degli anni Trenta del Novecento i medici erano praticamente disarmati in termini terapeutici, continuando ad usare vecchi rimedi, come i purganti, i salassi o gli emetici,

del tutto inefficaci o addirittura dannosi. A questa inefficacia terapeutica dal punto di vista scientifico, però, corrispondeva una notevole attenzione data dal medico al vissuto e alla relazione con il malato (Troisi, 2012). La capacità del medico di ascoltare, rassicurare, suggestionare positivamente il paziente, insieme alla grossa attenzione data all'osservazione, auscultazione e palpazione del corpo, rappresentava quindi la parte fondamentale e preponderante dell'agire medico. Sguarnito di rimedi farmacologicamente efficaci, il medico non poteva che attingere a tutte le sue abilità comunicative e relazionali per favorire il processo di cura del paziente.

Il modello di relazione medico-paziente vigente era, quindi, del tipo "guida/cooperazione" (Szasz & Hollender, 1976) e prevedeva che il medico facesse, appunto, da guida tecnicamente sapiente, ma anche consapevole del proprio ruolo pedagogico, nei confronti di un paziente chiamato comunque a cooperare attivamente alla promozione della propria salute. Il medico condotto abitava e viveva in mezzo al popolo ed era depositario dei suoi dolori e delle sue speranze, incorporando spesso nella sua professione una dimensione di impegno civile e sociale. Ma l'elevata mortalità infantile, le precarie condizioni igieniche, le malattie infettive e le carenze alimentari lo obbligavano spesso ad una battaglia solitaria, con una possibilità di ospedalizzazione ridotta, disarmato da un punto di vista terapeutico, costretto ad un lavoro duro, generoso e continuativo che ancora oggi, nell'immaginario collettivo, viene ricordato attraverso i versi che Arnaldo Fusinato (1817-1888), poeta e patriota italiano, dedicò a questa figura professionale ai suoi tempi così amata e, forse, ai giorni nostri così rimpianta: «[...] arte più misera, arte più rotta non v'è del medico che va in condotta».

1.5 Il medico e il paziente nell'età della tecnica

Nel XX Secolo, come si è realizzato il passaggio dalla "piccola scienza" alla "grande scienza", si è verificata anche la transizione dalla "piccola medicina" – quella di Redi (1626-1697) e Murri (1841-1932) – alla "grande medicina" (De Solla Price, 1967). In particolare, l'esercizio della medicina è stato segnato da un macroscopico sviluppo tecnologico. Le conseguenze positive di questa trasformazione sono sotto gli occhi di tutti, anche se non sempre se ne colgono gli aspetti negativi, come il rischio, ad

esempio, che il medico finisca col divenire un'appendice dello strumento tecnologico, assumendo un atteggiamento di passività teorica. In altre parole, il progresso tecnologico rischia di provocare nella classe medica un progressivo declino della logica medica. Infatti, se nella tradizione umanistica l'uomo è posto al centro dell'azione trattamentale, in qualità di persona in dialogo con il medico, in una prospettiva tecnologico-consumistica al centro dell'azione trattamentale è collocato il prodotto, cioè il trattamento, e il paziente assume il ruolo di semplice consumatore, recettore passivo di propaganda, di informazioni e di proposte di acquisto (Girolami, 2009).

Inoltre, la "grande medicina" – al pari della "grande scienza" – è stata segnata profondamente nel Novecento dalla nascita della specializzazione. Questo è al tempo spesso un fenomeno positivo e negativo: consente infatti che le nostre conoscenze scientifiche progrediscano, ma, nel contempo, mina l'organicità delle scienze e ci fa perdere la comprensione delle cose nella loro unità.

In terzo luogo, la "grande medicina" è non solo una medicina che tende a perdere, a causa degli specialismi, il rapporto col malato come una unità psicofisica, ma, contemporaneamente, è incline anche a burocratizzare e tecnicizzare i rapporti con i pazienti. Troppo spesso, per esempio, la propensione dei medici per le parole altisonanti, pompose, paludate, per una terminologia molto specialistica spesso non esattamente equivalente ai corrispondenti termini non tecnici propri del linguaggio comune, per il "medichese", ovvero per un atteggiamento linguistico di dominanza che non tiene conto della differenza nelle conoscenze che intercorre tra loro e i pazienti, pone questi ultimi in un disagio interpretativo che solo in una bassissima percentuale dei casi chiedono di disambiguare per il timore di essere giudicati, per l'imbarazzo di sembrare ignoranti o per pudore, ancor di più se si trovano in situazioni di stress, malessere, confusione e preoccupazione per il proprio stato di salute (Russo et al., 2013). In questi casi il medico si serve del linguaggio come di un feticcio, come di uno *status symbol* volto ad intimidire i suoi uditori: l'adozione di un linguaggio altamente tecnico/specifico avviene come strumento di controllo della comunicazione con il paziente al fine di limitarne le domande, soprattutto se si trova sotto pressione temporale. Il medico tende, cioè, a dimenticare che la prima medicina per il malato è

lui stesso, diventando sempre più un «vertebrato a sangue freddo» (Lippi & Baldini, 2000), un burocrate grigio e stanco che parla *al* malato e non *col* malato.

1.5.1 Medico amico o medico sovrano?

Nell'affrontare la storia contemporanea del rapporto medico-paziente è necessario, a mio avviso, partire da due premesse ineludibili. La prima fu enunciata da Michel Foucault (1926-1984) e riguarda la caratteristica costitutiva del rapporto tra vita e Potere nella società moderna: per gli antichi, "Potere" era minacciare la morte del suddito da parte del Re, in quest'epoca è mantenere la vita. Il potere si coniuga con il sapere. Si crea una relazione asimmetrica inevitabile tra il profano e l'esperto. Come, per esempio, tra il paziente e il medico. La medicina ha in sé, come ogni altra istituzione che gestisce un potere, un carattere ambiguo: d'altronde l'ambiguità è, come osserva Foucault, il principale carattere che il Potere assume nella società moderna. È quello di presentarsi sotto un volto positivo, in quanto non trae la sua forza dalla repressione o dalla capacità di interdizione (anche se le esercita entrambe), ma dal fatto di detenere un sapere legittimato e produttivo a tutti i livelli; «quel che fa sì che il Potere regga, che lo si accetti, ebbene è semplicemente che non pesa solo come una potenza che dice no, ma che nei fatti attraversa i corpi, produce delle cose, induce del piacere, forma del sapere, produce discorsi» (Foucault, 1977). Si tratta di un groviglio di potere e di sapere che la medicina esercita «concretamente e nel particolare, con la sua specificità, le sue tecniche, le sue tattiche» (Corbellini, 2004) tanto da portare Illich (1926-2002) ad affermare che «la corporazione medica è diventata una grave minaccia della salute» (1977) citando, tra i molti esempi, il fenomeno dell'imperialismo diagnostico, fenomeno per cui la «burocrazia medica suddivide gli individui in quelli che possono guidare l'automobile, quelli che possono assentarsi dal lavoro, quelli che debbono essere rinchiusi, quelli che possono fare il soldato, quelli che possono andare oltre frontiera, fare i cuochi o praticare la prostituzione, quelli che non possono aspirare alla vicepresidenza degli Stati Uniti, quelli che sono morti, quelli che sono in grado di commettere un delitto e quelli che sono responsabili di averlo commesso» (Illich, 1977): una volta che una società è organizzata in modo tale che la medicina può trasformare gli individui in pazienti, inevitabilmente la popolazione cede una parte della sua autonomia ai propri terapeuti.

La seconda premessa è che la relazione medico-paziente non è più duale, ma il luogo in cui avviene questo incontro risulta stranamente affollato; è relazione tra un gruppo, quello dei sanitari, e un altro gruppo, quello della comunità del paziente, che è sempre di là da ogni possibile identificazione chiara e distinta: familiari, amici, conoscenti, tutori, rappresentanti legali, ecc. (Dizard & Gadlin, 1992). Nell'ambito di una medicina ogni volta più tecnicizzata e sempre meno personale, quella che nell'antichità veniva denominata *philia iatriké*, l'amicizia medica, fondata, da una parte, sulla beneficenza disinteressata del medico e, dall'altra, sulla gratitudine e la fiducia del paziente, non è più praticabile. Nel *Simposio*, Erissimaco utilizza il termine *philia* (amicizia), in connessione con *metrios* (misura), per sottolineare il ruolo della cura amorevole nella restaurazione della salute intesa come giusta misura: la prassi medica trovava nella comunicazione efficace tra medico, pazienti e familiari lo strumento della sua attuazione. Oggi se ne tentano alcuni surrogati, illudendosi che bastino semplici tecniche di comunicazione e determinati atteggiamenti strategici a costruire una relazione amicale. Invece, essa è il frutto di un insieme di qualità e di disposizioni personali, necessarie sia al medico che al paziente. Il primo dovrebbe essere capace di non limitarsi allo stretto dovere e di non giustificare la propria fretta e indifferenza con la mancanza di tempo o di risorse. Il secondo dovrebbe rispondere con la capacità di fidarsi e di affidarsi, che oggi è spesso incrinata dalla tentazione del sospetto e dal desiderio di garanzie assolute d'efficacia. L'autentica condivisione nel rapporto medico-paziente, più che tecniche da maneggiare con disinvoltura, richiede un atteggiamento di profondo rispetto per l'altro nell'unicità della sua persona e della sua esperienza di sofferenza, una combinazione di oggettività e di partecipazione personale, costituita rispettivamente dallo sforzo di restituire e di recuperare la salute e dalla condivisione reciproca d'intimità. La tesi che si vuole qui sostenere consiste nell'assunto che laddove la relazione interpersonale si caratterizzi in termini di un'asimmetria che non si ponga nel segno della reciprocità, il potere del più forte può facilmente assumere il carattere della violenza: d'altronde dove c'è vita c'è violenza e, non a caso, i greci indicavano la vita con il sostantivo *bios* e la violenza con il suo femminile *bia*.

Un sacro rapporto di fiducia in cui sono implicate norme più elevate di quelle meramente contrattuali e che preveda un atteggiamento personale da parte del medico che coniughi la competenza tecnica con la capacità d'intuizione e il rispetto delle istanze, delle preferenze e delle aspettative del paziente, perché «l'arte del vero medico non s'impara nelle scuole di medicina» (Jonas, 1999). Il medico, infatti, non è solo un tecnico in campo sanitario, ma è innanzitutto un uomo che, grazie alle competenze acquisite, si prende cura di un altro essere umano che versa nella condizione di malato. Questo tipo di rapporto si può definire una forma d'amicizia, perché vi confluiscono la fiducia, la confidenza, la benevolenza e la beneficenza, comprendente sia la competenza tecnica che l'attenzione alla persona del malato. I «rapporti lunghi», per utilizzare un'espressione di Ricoeur (1955), cioè quelli mediati dall'istituzione o dal contratto professionale, non devono necessariamente essere in conflitto con i «rapporti corti», quelli da persona a persona. Questa considerazione è ancora più importante se si riflette sull'essenziale fragilità della relazione di cura, che è segnata da un'evidente asimmetria: da una parte c'è chi sa e sa fare, dall'altra, c'è chi soffre e quindi non può. Ciò comporta la richiesta di aiuto e di cure, alla quale corrisponde una promessa di guarigione. Per questo motivo viene da chiedersi a quali condizioni sia possibile oggi un'autentica amicizia medica. In che misura quelle che sembrano essere le note essenziali dell'amicizia, la reciprocità e il disinteresse, possono darsi nel rapporto medico-paziente, che è invece asimmetrico e di carattere professionale. L'impersonalità dell'odierna relazione diadica medico-paziente inficia un'amicizia medica *stricto sensu*, nella quale il suo termine sia contemporaneamente un medico e il tal medico, per il paziente, nonché un paziente e il tal paziente, per il medico. Non vengono più a fondersi la *persona medici* (il medico in quanto medico) e la *persona huius medici* (il medico in quanto tale medico), da un lato; dall'altro, la *persona aegri* (il malato in quanto malato) e la *persona huius aegri* (il malato in quanto tale malato) (Laín Entralgo, 1969). In un'epoca come l'attuale, che vede la medicina oscillare tra una tecnologia affidabile, ma impersonale, e la strada delle terapie alternative, dove il ritrovato rapporto umano non è compensato dalla certezza dell'esito, queste considerazioni potrebbero sembrare superate oppure utopistiche. Esse esprimono invece un'esigenza che sentiamo forse più vivamente di ieri, per

colmare quel *deficit* d'umanizzazione presente in ambito medico e in tanti altri campi, che è spesso riconducibile a una crisi della fiducia (Luhman, 2002).

Questo allargamento di campo, che sostituisce all'immagine privata di rapporto diretto medico-paziente immagini di rapporti articolati e plurimi, mediati dalle tecnologie mediche, proiettati in scenari di luoghi pubblici e istituzionali di cura, sembra confermare la tesi di una medicina che, mentre diviene sempre più efficace e potente nella sua lotta alla malattia, grazie ai processi di tecnologizzazione e specializzazione, sempre più abbandona il terreno dell'antropologia relazionale (Rezzara, 1997). La relazione duale medico-paziente, essenza della pratica medica nell'immagine tradizionale, sfuma e si dissolve anche perché in essa si inseriscono come elementi terzi una serie di entità, apparati, oggetti che la rendono plurale, impersonale, mediata invece che individuale, personalizzata, diretta. Nello spazio che si apre e si allarga tra il medico e il paziente, luogo un tempo del dialogo, dall'ascolto, dello sguardo, dell'auscultare, palpare, osservare, entrano e si affollano gli strumenti tecnici, la tecnologia diagnostica, lo specialismo, l'oggettivazione della malattia che si sovrappone al malato, l'individuazione di organi, apparati e funzioni che spezzano l'uomo intero, i farmaci, la prescrizione, i protocolli di terapia che realizzano ed esauriscono il processo di cura. Ciò che spesso, infatti, si interpone nel rapporto tra il medico e il malato, divenendo un "terzo" ingombrante e pervasivo, è la malattia stessa, la trasformazione del malato nel quadro oggettivato della sua forma patologica. La tecnica, riducendo l'investimento umano sulle decisioni e sulle pratiche, è come se le avesse in qualche modo sottovalutate, minimizzate, mettendo in primo piano il valore economico e tecnologico di uno standard dell'esistenza umana. È un mutamento profondo, che spersonalizza la relazione, sostituendo all'individuo malato la definizione della sua malattia, e soprattutto configura una direzione relazionale diversa, tra il medico e la malattia piuttosto che tra medico e malato. In questo contesto, il classico triangolo ippocratico – malattia, malato, medico – cambia di natura: la malattia diventa un'entità indipendente e il malato viene quasi messo tra parentesi nella lotta fra il medico e la malattia. Il medico non chiede più l'aiuto del malato, ma piuttosto alla tecnica, al laboratorio, alla farmacologia (Fantini, 1995).

1.5.2 Medico-paziente: l'inizio di un corpo a corpo

Date queste premesse, possiamo collocare l'inizio della medicina postmoderna sul finire degli anni quaranta del secolo scorso, come portato di una vera e propria rivoluzione sia a livello diagnostico sia a livello farmacoterapico, mentre il paziente è entrato in fase postmoderna soltanto negli anni sessanta e settanta, di pari passo con la crescita dell'attenzione per i segnali emotivi e fisici che l'organismo lancia. L'avvento di un nuovo stile medicale e il ripiegamento sul proprio io di una intera generazione di pazienti, hanno trasformato la visita medica in uno scontro rabbioso, indebolendo la mano guaritrice del medico (Sapir, 1984; Shorter, 1986). L'*entente cordiale* tra medico e paziente ha cominciato a sgretolarsi più o meno dopo la seconda guerra mondiale, anche se è difficile dire esattamente quando. Hanno costituito sicuramente importanti elementi di disturbo nella relazione medico-paziente: il doppio attacco contro la psichiatria e l'ostetricia iniziato negli anni sessanta sotto la spinta della controcultura rappresentata da opere come, solo per citarne alcune, *Il mito della malattia mentale* (1960) di Thomas Szasz, *Qualcuno volò sul nido del cuculo* (1962) di Ken Kesey e il best-seller miliardario *Noi e il nostro corpo* (1971); l'impennata degli onorari medici; la tendenza della classe professionale a far quadrato attorno ai colleghi accusati sul piano deontologico; lo sfruttamento della persona del medico come puro e semplice nastro trasportatore di farmaci da parte di un paziente che si presentava sempre più frequentemente con una sua diagnosi e una sua terapia (Shorter, 1986).

Con il passar degli anni, lentamente, si è passati, inoltre, dalla "piccola scienza" (caratterizzata da ricercatori isolati che, sovvenzionati da un mecenate, ma talora anche a proprie spese, compivano esperimenti e osservazioni) alla "grande scienza" (la scienza delle équipes di ricerca, che ha bisogno di grandi investimenti economici) e, di conseguenza, dalla "piccola medicina", alla "grande medicina" accompagnata continuamente da un grandioso sviluppo tecnologico (Merton, 1981). Rendendo la medicina sempre più "aliena rispetto al malato" (Vanderford et al., 2001), la tecnologia ha comportato però un rischio nei confronti del rapporto medico-paziente, ovvero quello che il medico affidasse troppa parte della sua presenza alla sola tecnologia, dimenticando che i referenti concettuali della medicina continuavano ad essere sempre vita, salute, malattia e morte, concetti e valori antropologici della medicina

d'ogni tempo attinenti ad un paradigma totalizzante ed unificante (Cosmacini, 1995). Paradossalmente, la relazione medico-paziente è peggiorata da quando la medicina ha finalmente cominciato ad avere a disposizione terapie efficaci per le malattie più comuni e temute. Di fronte ad una diagnostica tecnologicamente sempre più sofisticata e capace di scrutare ogni più piccolo particolare del corpo umano, la relazione dialogica medico-paziente ha incominciato ad essere considerata un corollario inutile, se non, addirittura, pericoloso e dannoso dal momento che la "parola" potrebbe arrivare persino a distorcere, travisare e offuscare la cristallina nitidezza dell'informazione tecnologica e divenire occasione di negativi fraintendimenti. La cura invece supera ampiamente la corsa verso il progresso delle tecniche moderne: non solo è necessaria la mano, ma anche l'orecchio sensibile, che sa ascoltare la parola giusta, e l'occhio scrutatore del medico, che cerca di dissimularsi in uno sguardo pieno di tatto (Gadamer, 1994). Il trattamento della malattia di anziani, pazienti cronici e moribondi, ad esempio, dimostra in modo particolarmente doloroso i limiti della capacità tecnica e ci rammenta costantemente che il paziente è una persona e non un "caso".

1.5.3 Il paziente assente: medicalizzazione della salute, ospedalizzazione della malattia e specializzazione della medicina

Nell'età della tecnica lo sguardo clinico ha abbandonato sempre più la componente "umanitaria" fondata sulla comunicazione "comprensiva" tra medico e paziente e quel modello di relazione definito da Szasz e Hollender (1976) modello di "mutua comprensione/partecipazione" fondato sull'incontro umanamente paritario, seppur necessariamente asimmetrico, tra due persone e due storie che, prima di tutto, debbono imparare a narrarsi e comprendersi nei loro differenti saperi, linguaggi, bisogni, aspettative, soggettività, paure. In questo sguardo clinico oggettivante che percepisce il corpo come una macchina, la componente umanitaria non solo ha perso rilevanza, ma è divenuta addirittura di intralcio ad una visione scientifica e oggettiva. La medicina ha iniziato a considerare il corpo nel suo isolamento, un corpo organico inteso come *res extensa* in senso cartesiano (*Körper*), e non come corpo vivente in un mondo quale esperito dal soggetto attraverso la coscienza personale (*Leib*), limitandosi

a raccogliere fatti, invece di interrogare i fenomeni, cioè i vissuti soggettivi (Husserl, 1965); accostando la malattia con la sola componente scientifica non ne ha colto più il riverbero esistenziale dove si radica la malattia, il suo decorso e la sua prognosi (Jaspers, 1991). La scienza tecnologica, avendo impresso alla medicina degli ultimi cinquant'anni un'accelerazione irrefrenabile, più di quanto non fosse avvenuto nel corso dei precedenti duemilacinquecento anni, ha portato inevitabili modificazioni nel "far medicina". I medici hanno poco tempo, vivono freneticamente il loro lavoro, spesso subiscono cambiamenti organizzativi predefiniti da altri (politici, amministratori, economisti, teorici dell'organizzazione aziendale, ecc.), sono immersi in un ambito culturale e organizzativo in logaritmica evoluzione dove un'età media elevata (54-56 anni a seconda delle aree mediche) non favorisce la capacità di adattamento ai nuovi modelli organizzativi. La tecnologia, inoltre, inserendosi tra il medico e il paziente, ha promosso l'oblio del soggetto e la conseguente riduzione della medicina, dapprima intesa come arte, alla medicina intesa come scienza (Gadamer, 1994): la persona non è più il luogo della cura. In un momento storico in cui la biomedicina ha toccato un livello altissimo per ciò che concerne la diagnosi e la cura delle malattie, si ha la sensazione che fallisca nei suoi compiti primari: prendersi cura dei malati, alleviare la sofferenza, fornire un contesto in cui anche la morte sia più densa di significato e più umana. Come causa della divaricazione fra i successi della medicina e il grado di insoddisfazione espresso dai pazienti, sono stati ipotizzati diversi fattori, tra i quali il tecnicismo clinico che depersonalizza e rende meno evidente il ruolo del medico e la parcellizzazione delle conoscenze che disgrega l'individuo nelle sue componenti anatomiche.

Da quando la scienza medica ha individuato i più comuni agenti patogeni e ha messo a punto valide terapie per curarli, la relazione medico-paziente è invece peggiorata (Shorter, 1986). La pervasiva medicalizzazione ha orientato l'intervento del medico unicamente alla rimozione parcellizzata degli effetti della malattia individualizzabili sul singolo malato e ha tradotto in termini tecnici problemi che avrebbero dovuto spesso essere affrontati con metodi relazionali e psicologici, in quanto legati alle reazioni che ciascuno di noi mette in atto di fronte alla sofferenza: il rapporto medico-malato impostato soltanto sull'atto terapeutico non costituisce in

sostanza un atto sanitario (Berlinguer, 1982). La tendenza sempre più presente a dare una lettura in chiave medico-biologica dei fenomeni ha comportato il rischio di collocare sotto il dominio biochimico (e, quindi, alla fine farmacologico) tutta una serie di malesseri dell'uomo che non sono però riconducibili ad alterazioni organiche.

L'ospedalizzazione dei malati, sempre più frequente, ha diminuito la possibilità di intervento del medico di famiglia. Il medico di medicina generale, meno coinvolto dalla variabile "tecnica" della pratica medica, si potrebbe porre con il malato in un rapporto molto più globale e continuativo, potenzialmente più aperto alla considerazione complessiva dello stato di malessere oltre i limiti specifici della malattia e del sintomo. Il medico generico, nonostante possa instaurare con il paziente una relazione di maggiore confidenza e fiducia, è stato però posto in secondo piano rispetto al percorso terapeutico del malato che si svolge interamente nell'ospedale, tempio moderno della salute, enorme industria medica nella quale la persona si trasforma in un caso clinico o numerico alimentando una macchina che funziona secondo i criteri dell'economicità, dell'efficienza, della rapidità e della funzionalità, ancora oggi non del tutto capace di mediare tra gli aspetti organizzativi, gestionali, tecnologici e le esigenze di chi vive l'ambiente ospedaliero stesso, come, ad esempio, i pazienti, i visitatori e, non ultimo, il personale sanitario: i ricoveri dei pazienti sono sempre più brevi e più numerosi e la rotazione, l'interscambio e la precarietà degli operatori sanitari sono sempre più accentuati. È l'urgenza che stabilisce i tempi dei reparti e tutto deve essere eseguito con la massima fretta, non perché il paziente richiede cure urgenti, ma perché il tempo è denaro. Il luogo dell'incontro e della visita si è spostato progressivamente dalla casa dell'ammalato allo studio del medico o alla corsia dell'ospedale, con la perdita di quella familiarità che deriva dal ricevere qualcuno nella propria abitazione: in tali luoghi di cura, il paziente non ha nessuna certezza di essere trattato per due volte consecutive dal medesimo infermiere né l'infermiere di ritrovare la mattina seguente lo stesso paziente nel medesimo letto. L'uso sempre più diffuso di strumenti per la diagnosi ha comportato una drastica riduzione del tempo dedicato all'ascolto delle storie di malattia ed anche del contatto fisico con il paziente al fine di rintracciare i sintomi e i segni delle diverse condizioni morbose. Per la prima volta dalla nascita della medicina in epoca preistorica, l'atto

medico veniva enucleato dal contesto più desiderato: il rapporto interpersonale. Una delle più grandi piaghe che affliggono la medicina postmoderna è, infatti, la rapidità con cui lavorano tutti i medici: al giorno d'oggi il medico non dispone del tempo necessario a permettere che il paziente racconti la propria storia (Korsch et al., 1968) privandolo così di quel bagno di premure mediche certamente ristoratore (Shorter, 1986). La *vis medica* della consultazione consiste, infatti, nella catarsi che il paziente ricava dal raccontare le proprie vicende a qualcuno di cui si fida come "guaritore"; ostinandosi a badare soltanto alla manifestazione principale del disturbo e ignorando il potere terapeutico non formalizzato che attiene alla visita medica in sé, i medici hanno contribuito ad umiliare le potenzialità terapeutiche dell'incontro con il paziente. L'ingresso del medico in organizzazioni tecno-burocratiche, pur alleggerendo la responsabilità del singolo medico, ha compresso la sua libertà di rapporto con i pazienti confinandola all'interno dell'aspetto tecnico del ruolo che la concomitante spinta dell'innovazione tecnologica e della specificità funzionale ha condotto ad una specializzazione sempre più accentuata (Secundulfo, 1979). All'interno dell'istituzione ospedaliera, il medico entra in rapporto col malato come rappresentante del potere e dell'autorità dell'istituzione stessa che, attraverso il suo ruolo, si rapporta al malato. Quest'ultimo, al contrario, ingabbiato in un ruolo che lo rinchiude nella sua atomizzata individualità e che, estraniandolo dai contesti sociali in cui egli si trova inserito da "sano", lo identifica principalmente come anonimo portatore di una malattia la cui conoscenza gli è sottratta, nulla può opporre alle decisioni e agli interventi medici che spesso non gli vengono neppure comunicati se non nella forma di ordini e disposizioni cui assoggettarsi, senza discutere (Rohde, 1977). La struttura comunicativa che quindi si instaura è omologa alla comunicazione di massa (Di Nallo, 1977) in quanto non prevede *feed-back* comunicativo da parte del malato se non nella forma dell'adempimento alle disposizioni che il medico, nel suo ruolo di appartenente all'organizzazione sanitaria, emette. Il malato, da soggetto dell'assistenza sanitaria, diviene l'oggetto delle strutture ad essa preposte. All'interno delle strutture pubbliche di ricovero, l'interazione medico sconosciuto-paziente anonimo avviene per lo più nella forma impersonale di un reperimento di informazioni da parte del medico, finalizzate all'intervento curativo. Il progressivo abbandono dell'attenzione all'ascolto e la crescente insistenza sulla sintomatologia organica hanno significato la perdita di

elementi preziosi della visita medica. L'orientamento maggiore verso la malattia rispetto che al malato diviene concausa del deterioramento del rapporto medico-paziente perché costituisce per il malato stesso una grave perdita: viene a mancare l'atto catartico del raccontare le proprie vicende, cioè un vero e proprio vantaggio terapeutico. Il medico dovrebbe, quindi, usare se stesso come farmaco (*medicus ipse pharmacum*) al di là delle sue capacità tecnico-professionali: sarà il suo interessamento, manifestato con la disponibilità ad ascoltare attentamente, a determinare o, almeno, a contribuire alla terapia perché «non è soltanto la bottiglia di medicina o la scatola di pillole che contano, ma anche il modo in cui il medico le offre al suo paziente» (Balint, 1961; 1973).

Infine, la specializzazione della stessa medicina, con la tendenza ad una totale autonomia, ha ridotto la possibilità dei rapporti: l'aumento del numero di medici che si occupa di una singola persona (specialisti) determina la frammentazione del paziente e la sua fatica ad instaurare un rapporto di fiducia solido con un singolo curante causa fraintendimenti ed incomprensioni. L'approccio specialistico, che presidia l'incontro tra medico e paziente, e frutto degli enormi progressi della conoscenza medica, presuppone necessariamente l'individuazione scissa di organi, apparati, funzioni e un approccio settoriale al malato perdendo, così, la possibilità di rapportarsi ad un uomo intero. L'avvento e l'imporsi della medicina specialistica hanno rappresentato una minaccia e un'antitesi forte all'idea stessa del rapporto medico paziente come luogo di incontro, perché affollano la scena di quell'incontro di una pluralità di protagonisti che annullano la dimensione duale e spezzano e diluiscono la comunicazione. Per effetto dell'eccessiva meccanizzazione e specializzazione, l'arte della medicina è diventata frammentaria, organicista e ha perso di vista l'uomo nella sua globalità dimenticando che «la *res cogitans* può dilatarsi positivamente alla *res extensa*» (Luban-Plozza & Pozzi, 1986). La nascita delle specialità mediche significò la scomposizione della relazione con il medico curante in molteplici rapporti parziali con esperti in specifiche aree della clinica. La definizione di malattia elaborata dal nostro sistema culturale parcellizza e rende oggettivo, misurabile ed individuale il disagio ed il malessere, preconfezionandolo in vista dell'intervento tecnico-professionale del medico, la cui preparazione è finalizzata prevalentemente, se non unicamente, ad interventi

parcellizzati, limitati a specifici stati individuali di malessere fisico (Bert, 1974; Foucault, 1969). L'oggetto della cura medica ha acquisito lo «status di una entità esistente separatamente sia dal medico che dal malato» (Illich, 1977). Con la reificazione e l'autonomizzazione del malessere umano rispetto all'uomo stesso, il paziente non è divenuto altro che il mezzo attraverso il quale la malattia si manifesta. La specializzazione, esplodendo la realtà corporea del malessere in una costellazione di circoscritti stati morbosi e l'ospedale rispondendo a ciascuno di questi con uno specifico apparato tecnologico (Rohde, 1977), hanno concretato nella realtà la dissoluzione dell'identità socio-culturale del malato come membro di un sistema sociale patogeno e in molti casi anche della sua stessa unitarietà psico-fisica, riducendo lo stato di malessere ad una combinazione di sintomi e stati patologici riconducibili a concetti autonomi ed a lui estranei, quali le malattie. Una volta attuata questa separazione, al centro del sistema medico si colloca, anziché l'uomo sofferente, la malattia, definita in modo da poter essere sottoposta a verifiche, misure, esperimenti e interventi tecnici, comportando un'importante, anche se spesso inavvertita, deriva riduzionistica (Marano, 2006). Affondare lo sguardo scientifico e indagare, con lo scopo di meglio conoscere per accrescere le possibilità di aiuto, ha significato anche delimitare il campo della realtà, isolarlo da tutto il resto, considerarlo indipendente: "specializzazione" ha significato, purtroppo, anche "scissione e separazione". Con il passare del tempo, lo sguardo del medico si è spostato dall'uomo intero ad un determinato organo, focalizzandosi sempre più su un particolare del suo corpo o, addirittura, verso la sua rappresentazione grafica tracciata su un video, fino al punto in cui il paziente assunse l'aspetto di un fantasma virtuale, senza odore, senza tatto, senza sguardo e senza più la possibilità, quindi, di elicitare nel medico quell'atteggiamento clinico che lo avrebbe, un tempo, fatto piegare verso di lui (Zina Vignotto, 2006).

L'esperienza clinica – dal greco *klínē*, "letto", propriamente quello del malato – viene ormai intesa come un accostamento semplice di uno sguardo e di un viso, di un colpo d'occhio e di un corpo muto, una sorta di contatto a distanza, preliminare ad ogni discorso e libero dagli impacci del linguaggio, tramite il quale due individui viventi sono "ingabbiati" in una situazione comune, ma non reciproca (Foucault, 1969). Un

esame clinico oggi è condotto principalmente mediante l'uso di strumenti ed è stato ridotto al minimo il contatto diretto del paziente da parte del medico come se fosse sempre necessario che il contatto umano sia mediato dall'acciaio dello stetoscopio, dal legno dell'abbassalingua o dal caucciù del martelletto (Older, 1982). Nel corso della malattia e delle cure ospedaliere, le esigenze di sicurezza e protezione del malato certamente diventano più pressanti e il contatto fisico può divenire invece di grande importanza (Autton, 1992). Le sensazioni di vulnerabilità, d'impotenza e rabbia sono frequenti quando i malati affrontano nuove minacce alla loro stessa esistenza in quanto persone. Il ricovero in ospedale, il distacco dai familiari e dall'ambiente sociale creano tensione e incertezza nella maggior parte dei pazienti. L'ammalato è collocato in mondo a sé: si trova in uno strano ambiente, attorniato da apparecchiature, modi di vestire e terminologie che non gli sono familiari; è isolato dal mondo "sano", così come dalla famiglia e dagli amici; ci si aspetta che si uniformi alle regole istituzionali. Il mondo sembra ridursi entro i confini della corsia e l'attesa provoca molta solitudine e spesso una riduzione della stima in se stesso; cresce la paura dell'isolamento, della debolezza, della sofferenza e del dolore che lo possono attendere. Il malato è solo, tagliato fuori dal suo precedente modo di vivere, prova incertezza per il futuro e perde la fiducia nell'integrità del suo corpo, che sembra averlo tradito così crudelmente e spesso in maniera così improvvisa (Ardrey, 1966). In tali circostanze, il malato preoccupato o impaurito coglie ogni opportunità di trattenere una mano o un braccio, con la stessa tenace presa di un bambino spaventato. Nessun altro sistema di comunicazione regge il confronto con gli effetti confortanti e rassicuranti del contatto fisico (inteso come "allo-contatto", ovvero il gesto di tocco del corpo altrui). L'eloquenza del contatto fisico, infatti, è in grado di provocare il sollievo e lo sfogo emotivo di chi ne è il destinatario (Young, 1965). Così, per i medici, gli assistenti e gli infermieri diviene importante imparare a usare le mani, sia a livello strumentale per effettuare le più delicate procedure mediche, chirurgiche o infermieristiche, sia a livello espressivo come preziosa forma di comunicazione (Dominian, 1971; Watson, 1975). Ma sebbene il contatto fisico, come metodo per assistere e per instaurare un rapporto fiduciario di presa in carico, possa trasmettere interesse, approvazione, fiducia, conforto e benessere (Whitcher & Fisher, 1979), coloro che assistono i malati professionalmente hanno bisogno di sapere quando, come, con chi e in quali

circostanze il contatto e il distacco personale sono adatti e pertinenti sotto il profilo terapeutico (Farrah, 1971; Fisher et al., 1976; Patterson, 1976).

1.5.4 Tecnica e antropologia nella formazione medica contemporanea

Non sorprende che medici provenienti da un tipo di formazione professionale affrontata soprattutto sotto il profilo specialistico e tecnico – mentre è stato ed è meno considerato quello umanistico e relazionale – abbiano sviluppato una certa insensibilità nei confronti della dimensione umana, bio-psico-sociale (Engel, 1977), della malattia; appare, quindi, abbastanza logico che siano diventati riluttanti a trattare il paziente come persona: non è un caso che, nel corso del processo di spersonalizzazione e disumanizzazione della sanità, il “signor Rossi” sia divenuto, improvvisamente, l’“ematemesi del letto in fondo” (Lepore, 1982).

Spesso l’aspetto comunicativo-relazionale della professione è lasciato all’autodidattica, al buon senso, al buon uso, alle doti personali e all’attività svolta sul campo a contatto diretto delle situazioni comunitarie, ambientali, familiari, esistenziali. La biochimica, così come le altre scienze di base più recenti, presenta essenzialmente agli studenti un quadro organico della patologia: le malattie insorgono nel disordine delle molecole, ma si può ripristinare l’ordine mediante i farmaci adatti. Si tratta, come si vede, di un’ottica patologica che ignora la psiche. E a mano a mano che nelle facoltà e nelle scuole di medicina guadagnavano terreno le materie orientate alla chimica, gli studenti si sono sempre più convinti che, essendo la malattia di origine organica, loro compito fosse quello di aggredirla con i farmaci. Se prima della seconda guerra mondiale, le facoltà di medicina ponevano l’accento sul “trattamento del paziente nella sua interezza”, cioè sull’interpretazione olistica della patologia di un essere umano sofferente (Robinson, 1939), le nuove materie quali la biochimica, la microbiologia, la farmacologia, l’immunologia e la genetica, tutte orientate chimicamente, richiedevano non solo la settorializzazione, ma anche tanto tempo in più per l’insegnamento e l’apprendimento. Quest’insistenza esagerata sulle scienze di base ha distratto, e distrae tutt’ora, i medici dalla consapevolezza che la patologia può avere origine nella psiche, rendendoli incapaci di considerare tale eventualità già quando sono nelle aule universitarie. In questo modo, lo studente, la cui formazione

ha enfatizzato esageratamente l'impostazione biomedica, una volta diventato medico, impara a trattare efficacemente le malattie organiche con medicinali ed esercita la professione medica con la convinzione che tutte le malattie rientrerebbero nella categoria delle patologie suscettibili di farmacoterapia. Il prodotto finale sarà così costituito da soggetti emotivamente coatti e ansiosi, i quali si sono concentrati ossessivamente sul voto: il fatto grave è che le doti necessarie per conquistare i voti più alti non sono necessariamente quelle che consentono al medico di trattare efficacemente i suoi pazienti (Light, 1975). L'ovvia conseguenza di questo tipo di formazione è quella paventata da Rita Charon, medico internista responsabile del Programma di Medicina Narrativa presso il *College of Physicians and Surgeons* della Columbia University, in un'intervista rilasciata a *l'Espresso* nel 2011, secondo la quale i medici, una volta investiti del camice bianco, agiscono «sotto la spinta perenne della velocità da un lato, e degli aspetti tecnici dall'altro, concentrandosi sulla patologia a scapito della malattia, dell'affezione nel senso più ampio del termine». Nella stessa intervista, la docente della Columbia University ha dichiarato, inoltre, che «la capacità di ascoltare e rispettare i malati nel momento della loro sofferenza risulta assai difficile da insegnare e da imparare, e richiede più tempo e denaro rispetto all'insegnamento e all'apprendimento di un atto medico o strumentale: per questo non molti amministratori o politici sono entusiasti all'idea di promuoverla»⁴. In altre parole, il mestiere del medico oggi è condizionato, deformato dall'avidità, e in questo contesto non c'è molto interesse a promuovere un approccio culturale che rende poco e che richiede investimenti. Non si tratta, ovviamente, di tornare ai "buoni primitivi", ma di rendersi consapevoli che soggettività del paziente e identità del medico sono sempre più minacciate dall'accorciarsi della distanza tra ricerca scientifica, pratica medica, industria e profitto.

Applicando i metodi della pedagogia medica ai contenuti della psicologia medica è possibile creare metodi di insegnamento/apprendimento e programmi di studio che aiutino lo studente a confrontarsi con la propria realtà psichica, con quella del paziente e con la relazione tra queste due realtà. Si potrà così ridurre la separazione tra "insegnamento della medicina" e "formazione del medico", in modo

⁴ Codignola, A. (2011). "Ascoltare non costa nulla", *l'Espresso*, 29 giugno 2011.

che “saper fare” e “saper essere” possano trovare una collocazione organica nel piano di studi, al fianco del più tradizionale “sapere”. Al futuro medico deve essere chiaro che medico e paziente sono innanzitutto due persone e non due ruoli e che il loro scambio non si può limitare a problemi come l’esposizione dei sintomi, l’esame obiettivo, la diagnosi, la prescrizione, la prognosi. A tal proposito, indimenticabili le parole scelte da Donald Winnicott (1974) in apertura di un suo libro: «ai miei pazienti che hanno pagato per insegnarmi».

1.5.5 Il malato tridimensionale: *illness, disease e sickness*

È stato del tutto conseguente, allora, che, dinanzi alla settorializzazione e alla frammentazione di un sapere sempre più specialistico, sempre più tecnico e insofferente nei confronti delle grandi domande che accompagnano l’uomo, lo stesso rapporto umano tra paziente e medico si sia incrinato e che al suo posto sia subentrata la freddezza tecnico-burocratica magistralmente descritta, ormai più di cento anni fa, dal genio di Tolstoj (1828-1910) in un celebre passo de “La Morte di Ivan Il’ič” (Tolstoj, 1996) nel quale viene descritto un episodio di colloquio tra medico e paziente alla fine del quale Ivan tornò a casa «lentamente e tristemente rimuginando senza tregua per tutta la strada su quanto aveva detto il medico, sforzandosi di tradurre in linguaggio comune tutti quei complicati ed incomprensibili termini scientifici e di trovarvi una risposta alla domanda che più gli premeva», ovvero, quanto e se fosse grave la sua malattia. Il trionfo della biomedicina è da intendersi – al di là di ogni enfasi celebrativa – come autoaffermazione perentoria delle scienza biomediche tanto nel campo conoscitivo, con conoscenza sempre più approfondita della realtà fisiopatologia della salute e della malattia, quanto nel campo operativo, con realizzazione sempre più vasta delle possibilità di cura dell’uomo. L’arte della cura e della guarigione, dopo un cammino multisecolare tra parziale insipienza e subtotale impotenza, è approdata ad una comprensione tendenzialmente totalizzante dei processi biologici dell’organismo umano e a un’interventistica anch’essa tendenzialmente totalizzante sulle alterazioni e disfunzioni dello stesso organismo.

Nel corso del Novecento si è giunti lentamente alla comprensione che il paradosso del fenomeno “malattia”, pur essendo uno degli eventi più individuali, sta nella sua natura sociale, non solo perché un certo numero di istituzioni si fanno carico

delle diverse fasi della sua evoluzione, ma anche perché gli schemi di pensiero che permettono di individuarla, di darle un nome e di curarla sono eminentemente sociali: pensare alla malattia significa fare già riferimento agli altri (Augé & Herzlich, 1986). Il sistema d'interazione sociale di tipo triadico – mutevole a seconda delle società, delle culture e del tempo storico nell'ambito di una medesima società – che coinvolge la persona, la medicina e la società, ovvero quello che possiamo chiamare il “triangolo della malattia” (Giarelli & Venneri, 2009), prevede quell'insieme di processi di attenzione, percezione, risposta affettiva, cognizione e valutazione rivolti alla malattia e alle sue manifestazioni (*illness*); la nosologia, l'eziologia, la diagnosi dell'anormalità nella struttura e/o nella funzione degli organi espressi in un linguaggio altamente specialistico ed esoterico quale quello della medicina (*disease*); le diverse modalità con cui il sistema societario riconosce o meno una determinata esperienza di *illness* come malattia, la rappresenta, la interpreta, la stigmatizza o meno, le attribuisce determinati diritti, doveri e ruoli sociali (*sickness*) (Kleinman, 2006; Young, 2006).

Avendo abbracciato una visione rigorosamente positivista che ha confinato la medicina nell'ambito delle “scienze della natura” – delle quali è propria la spiegazione causale dei fenomeni –, separandola dalle “scienze dello spirito” – delle quali è propria, invece, la comprensione storica dei fenomeni (Federspil, 2004) –, la professione medica ha fatto e fa tutt'ora i conti con una crisi interna, nel cui ambito il medico talora o spesso vede nel paziente non tanto una totalità, cioè un organismo complesso, una unità psicosomatica, un soggetto umano implicato in situazioni patogene, quanto piuttosto un uomo ridotto totalmente alla sua dimensione biologica, una somma oggettuale di organi, dei quali alcuni malati e altri no. Il medico d'oggi riduce il proprio mestiere alla sola tecnica oggettivante, trascurando gli aspetti soggettivi e intersoggettivi: la relazione interumana, che rappresenta l'anima antropologica dell'“arte lunga”, è stata persa per strada dalla ragione tecnologica della medicina scientifica comportando un'attività di cura dimezzata, diminuita.

Oggi lo sviluppo tecnico-scientifico si è già molto inoltrato nel campo biomedico, incentivato dall'approccio riduzionistico che favorisce l'instaurarsi di una concezione di malattia spinta fino ai minimi livelli – microbiologici, biochimici, biomolecolari – della ricerca, dell'analisi diagnostica e della terapia mirata. Ma la cura

– preventiva, precauzionale, rimozionale, riabilitativa e di controllo della cronicità – deve conoscere anche un approccio olistico conforme ad una concezione che incorpora le categorie del danno ambientale, del nocimento occupazionale, della precarietà socioeconomica, del rischio multifattoriale esercitato non solo ai livelli minimi dell’organismo, ma anche a livelli superiori, afferenti all’individuo somatopsichico e alla persona psicosociale. L’odierna professione medica deve approdare ad una medicina della complessità adeguata a una società tanto avanzata sul piano tecnologico quanto articolata sotto l’aspetto antropologico (Bocchi & Ceruti, 1985). Gli assistiti e i malati di cui questa medicina è chiamata a occuparsi sono persone rispettivamente minacciate da rischi e colpite da danni che sono, insieme, affezioni e affezioni. L’affezione patologica o guasto “oggettivo” dell’organismo (*disease*) è inscindibile dall’affezione esistenziale o stato soggettivo di sofferenza (*illness*) anche se lo stesso *disease* può causare esperienze straordinariamente diverse di *illness* in ciascun individuo: l’una e l’altra sono strettamente congiunte in una cattiva qualità fenomenica obbiettivata come patologia (da curare) e soggettivamente percepita come malessere (di cui prendersi cura).

Nel corso del secolo scorso, quindi, anche o soprattutto attraverso prese di coscienza estranee al mondo medico, è cresciuta la consapevolezza dei condizionamenti psicologici, ambientali e sociali della salute umana. I sistemi sociali dell’Occidente raggiunsero importanti obiettivi in termini di *Welfare* e di partecipazione democratica alla gestione della salute. Si è andato così affermando un nuovo concetto di salute in cui l’individuo è stato sempre più coinvolto attivamente nella gestione del proprio benessere, anche attraverso la prevenzione. Quindi il malato, da “oggetto” che in passato subiva passivamente la malattia e le cure, è cresciuto di ruolo, di partecipazione e di responsabilità diventando così “soggetto attivo” e parte integrante del sistema della salute (Colozzi, 1989). Negli anni sessanta e settanta del XX secolo prese dunque piede la convinzione che, per fare della buona medicina, fosse necessario smantellare la vecchia immagine patriarcale per instaurare quella di un medico democratico posto sul medesimo piano del paziente, genuinamente interessato alle traversie della condizione umana e che avesse la

responsabilità unica di occuparsi di entrambe le prospettive – *illness* e *disease* – senza screditarne alcuna (Smith & Hope, 1991).

La medicina contemporanea, compiendo un percorso non sempre lineare e a volte faticoso, ha incorporato progressivamente la nozione che al valore ingente del proprio patrimonio tecnico-scientifico si deve aggiungere il plus-valore inestimabile legato al concetto che la salute, come la malattia, è una variabile dipendente non solo da fattori individuali e naturali – genetici, biochimici, biomolecolari – ma anche collettivi e sociali. Parallelamente, la spinta verso la specializzazione e la tecnica analitica è stata la necessaria conseguenza dell’espansione e della frammentazione delle conoscenze. Nella seconda metà del Novecento la tendenza si è accentuata. Non ha giustificato però il degenerare delle applicazioni mediche nello specialismo, nel tecnicismo o addirittura nella tecnocrazia. Non si tratta di recuperare la benemerita figura del “medico di famiglia” o “di condotta” ottocentesco; si tratta di consentire al medico di recuperare la nozione globale della propria attività, ispirata a un paradigma ippocraticamente perenne, dove l’interesse per i fattori somatici e psichici di equilibrio interno si prolunga nell’interesse per i fattori esterni di salubrità. La medicina auspicata è una *slow medicine* che non sia solo sobria, rispettosa, giusta e generosa (Bert et al., 2013; Frank, 2004), ma che vada verso una nuova qualità della cura, fatta di efficacia e umanità, di assistenza e di ascolto, di competenza clinica e abilità sociale, convinta insomma che fare di più non significa necessariamente fare meglio, che i valori e le aspettative delle persone sono – anche quando diventano “pazienti” – diversi ed inviolabili, che gli interventi diagnostici e terapeutici debbano essere appropriati, tagliati su misura per il soggetto sofferente, egualitari, ossia accessibili a tutti i cittadini, qualunque sia la loro provenienza geografica o sociale.

1.5.6 Il medico filosofo

La biomedicina ha degradato i due elementi che nel vissuto potrebbero avvicinare il medico al paziente, ovvero l’anamnesi e la visita fisiologica vera a propria, sostituendoli con l’impersonale raccolta e interpretazione dei dati di laboratorio. Il colmo della spersonalizzazione si ha però nella ricerca dei risultati di laboratorio più per soddisfare la curiosità accademica dei sanitari che non per contribuire alla terapia. Tanti sono gli esami che servono a definire meglio la diagnosi, ma che non fanno molta

differenza ai fini del risultato finale (Shorter, 1986). Il prezzo da pagare per questo intensificarsi delle tecniche di laboratorio è lo scadimento delle fasi di anamnesi e di esame organico, cioè di quei due aspetti della visita medica che hanno potere terapeutico di per sé. Del resto, già dagli inizi degli anni cinquanta, la fase anamnestica era considerata operazione di *routine* più che un'analisi personalizzata del caso specifico. Il risultato di questo vasto insieme di rivolgimenti è stato il distacco crescente tra paziente e medico. L'irruzione della "scienza" ha dunque fatto evaporare, almeno in parte, quella che un tempo era l'empatia del medico e la sua capacità di dimostrare interessamento verso la persona in quanto tale, mentre tutta l'attenzione va al suo fegato, ai suoi polmoni, ai suoi reni, al suo cuore (Lepore, 1982). L'empatia, intesa come il "sapersi mettere nei panni dell'altro" e come apertura del soggetto verso le intenzioni degli altri attori sociali nella relazione faccia-a-faccia attraverso il processo di introspezione (Stein, 1986), sarebbe di grande significato per l'agire professionale del medico e degli altri professionisti sociosanitari che vogliono considerare il paziente come persona, anziché come sommatoria di sintomi e organi. La diagnostica, invece, ormai avviene mediante apparecchiature e indagini di laboratorio che si fanno sempre più numerose, mentre la terapia è divenuta un'applicazione, calcolabile e sempre più complicata, di strumenti al caso clinico già sviscerato attraverso i suddetti dati diagnostici. Il malato ha iniziato a vedere se stesso in un mondo di apparecchiature che lo analizzano senza che egli comprenda il senso di procedure che passano sopra la sua testa; si vede di fronte a medici nessuno dei quali è il suo medico. Ma medico e malato sono entrambi uomini e, come tali, condividono un destino. Il medico non è né un semplice tecnico, né solo un'autorità, ma un'esistenza (*Existenz*) per un'altra esistenza, «un essere umano transeunte insieme all'altro» (Jaspers, 1991). Il problema della medicina non risiede tanto nella tendenza a oggettivare l'essere vivente, in quanto si tratta di un passaggio essenziale per adempiere alla sua funzione riparatrice, che consiste in ogni caso in un'operazione sul corpo; il problema risiede semmai nella tendenza a rendere definitiva, irreversibile tale oggettivazione, cioè nel sottrarsi al doveroso processo di de-oggettivazione una volta compiuto l'atto operatorio (Girolami, 2009). Lo stesso Malherbe (2003) mette in guardia dalla pretesa della medicina di curare sottraendosi ad una doverosa operazione di re-attribuzione alla singolarità della persona delle conoscenze

scientifiche acquisite: «la medicina se perde di vista il soggetto, è essa stessa perduta. [...] negando implicitamente il soggetto che è chiamato a servire, egli stesso si imprigiona in una oggettività che lo riduce al silenzio» (Malherbe, 1997).

Se la medicina ha salvato e salva i propri contenuti umani e sociali, spesso lo ha fatto perché li ha ritrovati non nell'attuale realtà del proprio pur inestimabile patrimonio tecnico-scientifico, ma nella propria tradizione culturale, attenta all'uomo nella sua totalità somatica e psichica e nella sua integrazione con l'ambiente di vita. Ritrovare questa tradizione non significa tornare indietro, alla pre-analisi, alla non-specializzazione. Significa invece andare avanti, oltre la iper-analisi, oltre la super-specializzazione. Significa progettare diversamente la formazione, la ricerca, la scienza e la professione (Cosmacini, 2001).

Una cultura medica esclusivamente scientifico-tecnica non è più sufficiente a garantire al medico del XXI secolo una preparazione adeguata a comprendere e ad affrontare molti problemi ineludibili che gli si parano davanti. La formazione può e deve arricchirsi, allora, attraverso l'attivazione di corsi di *medical humanities* che promuovano la formazione di un medico che non si abitui a pensare in termini esclusivamente biologici, ma che sappia tener conto del fatto che dietro l'organismo che si andrà ad indagare vi è una persona con la sua dignità, la sua volontà, la sua storia personale ed il mondo dei suoi valori (Federspil, 2004). La ricerca può arricchirsi, più di quanto ora non faccia, dei contenuti dell'epidemiologia, orientandosi non solo a spingere l'analisi del corpo fino al molecolare, ma anche a riflettere sull'ambiente di vita e sulla società di cui l'uomo, sano o malato, è parte determinata e determinante. La scienza può arricchirsi dei contenuti dell'epistemologia, indirizzandosi non solo a rinsaldare e aumentare i suoi legami con la tecnica, ma anche a recuperare e consolidare i suoi legami con la filosofia, con una concezione generale dell'uomo e del mondo. La professione medica, infine, può arricchirsi non solo aggiornandosi e specializzandosi, ma anche e soprattutto acculturandosi, riappropriandosi cioè della cultura sua propria, antropologica oltretutto tecnologica, una cultura "ippocratica" per la quale la *téchne*, l'arte della cura, è il mezzo, l'*ánthropos*, l'uomo, è il fine ultimo, o primo: quello del medico è un mestiere che è anche e soprattutto un servizio in quanto l'oggetto della tecnica – l'uomo – è il soggetto – uno dei due soggetti – del rapporto

umano intersoggettivo tra medico e paziente (Cosmacini, 2001). Celebre è il detto di Ippocrate «*iatros philosophos isotheos*»: il medico che si fa filosofo diventa pari a un dio. Con ciò non si allude a chi si limita a studiare filosoficamente, ma al «medico che agisce, che è filosofo mentre, nel fluire della vita, facendo il medico, pensa secondo norme eterne» (Jaspers, 1991). Come medico, infatti, si avvale dell'immenso sapere scientifico che ben conosce e sa applicare, ma non con l'atteggiamento onnipotente del salvatore desiderato in segreto da tanti malati, ma con la consapevolezza propria del filosofo che conosce i limiti di ogni forma di sapere, per cui non si professa *sophos*, ma *philo-sophos*, disponendosi nei confronti del sapere «non come un possidente nei confronti del suo territorio, ma come un viandante nei confronti della sua via» (Girolami, 2009).

2. La malattia tra persona, medicina e società: dal modello biomedico al modello centrato sulla persona

L'umanesimo medico è andato scomparendo progressivamente nel corso del XX secolo come conseguenza di diversi fattori: l'istituzione del medico mutualista pagato non come nell'antica Cina sulla base del buon stato di salute della propria popolazione di assistiti, ma sulla base della prestazione, la mancata pianificazione dell'accesso universitario al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia degli anni '60 e '70 con conseguente pleora e appiattimento professionale, l'eccessiva fiducia nella strumentazione diagnostica, l'eccessiva specializzazione delle competenze e ultimo, ma non meno importante, il riduzionismo statistico impostosi con il dogma della cosiddetta *Evidence-Based Medicine* portata al suo eccesso. La medicina rischia di dimenticare che i pazienti rappresentano l'obiettivo primario dell'assistenza clinica, pazienti intesi come persona integra, fonte univoca per l'osservazione di fenomeni particolari propri e specifici di esseri umani integri. Questo concetto olistico era chiaramente capito dai medici del passato che, in assenza di tecnologie avanzate e servendosi di utensili assai semplici (abbassalingua, stetoscopio, martelletto) dovevano concentrarsi sull'esame accurato del paziente in maniera diretta. In quella vecchia epoca, un medico che voleva sapere cosa stava accadendo al paziente non aveva altra scelta se non elicitare il racconto dettagliato degli eventi e dei fenomeni associati ai disturbi lamentati e servirsi al contempo delle informazioni ricavate da semplici manovre e osservazioni effettuate sul paziente. L'integrazione dell'immensa quantità di dettagli derivati dal rituale della cosiddetta anamnesi e della visita medica era lasciata al giudizio clinico in grado di soppesare, valutare, scartare e selezionare le informazioni ottenibili ai fini della decisione clinica, avendo anche come riferimento, oltre che la propria esperienza, la teoria della medicina appresa all'università.

Essendoci avvalsi sempre più della statistica come strumento interpretativo che, attraverso meccanismi di riduzionismo e di inferenza basata sulla teoria delle probabilità e sul presupposto di linearità, ha permesso di descrivere, interpretare e giudicare i singoli fenomeni morbosi, la tendenza che si è instaurata negli ultimi 50 anni è stata quella di assoggettare la scienza medica che si occupa della persona

integra a questo tipo di riduzionismo, rinunciando così a priori ad utilizzare al meglio l'informazione *soft*, derivabile da dati multidimensionali spesso soggettivi e sfumati, a vantaggio di dati *hard*, obiettivi, monodimensionali. In questo modo la descrizione dettagliata che permette di definire un dolore toracico come "angina pectoris" è stata rimpiazzata dalla "misurazione dello slivellamento del tratto ST all'elettrocardiogramma". Una diversa, ma ancora più grave conseguenza è che nel caso in cui il dato *soft* o soggettivo non trovi una merce *hard* di scambio, il fenomeno viene semplicemente ignorato, non essendo possibile sottoporlo ad analisi statistica. È così che una serie di fenomeni complessi, che caratterizzano ad esempio i sentimenti di una persona, vengono esclusi dall'analisi statistica. Anche se la "clinimetria" ha fatto passi da gigante, grazie all'apporto di farmacologi clinici ed epidemiologi illuminati che si sono sforzati di inventare scale, punteggi e parametri atti a misurare le sensazioni soggettive, il mondo scientifico ufficiale ha finito per privilegiare fenomeni *hard*, come l'ospedalizzazione o la morte, il dato più *hard* di tutti quelli immaginabili, come eventi chiave attraverso cui valutare l'efficacia di una determinata terapia rinunciando a fenomeni più *soft* come il sollievo, il benessere o la capacità funzionale (Grossi, 2004).

2.1 Medicina *disease/doctor-centered*: il modello biomedico

La professione medica, come ogni professione, ha la necessità di riconoscere una struttura teorica, alle proprie spalle, che espliciti e giustifichi, in modo chiaro e operativo, gli obiettivi della professione stessa (Weston & Brown, 1995). La funzione di un modello teorico è fondamentalmente quella di guidare la pratica professionale e di fornire una terminologia e una griglia interpretativa univoca e condivisa rispetto a ciò che, nel proprio lavoro, il professionista realizza. Un modello efficace propone una semplificazione della complessità della realtà, focalizzando l'attenzione intorno ad alcuni aspetti, necessariamente parziali, ma che consentono di comprenderla e di operarvi.

Per quanto riguarda la medicina, il modello oggi imperante è certamente il modello biomedico, di cui la biologia molecolare costituisce la disciplina scientifica fondante (Engel, 1977): tale modello propone una definizione chiara di ciò che è l'oggetto della medicina e indica gli scopi specifici che devono, di conseguenza,

caratterizzare ogni intervento sanitario. In continuità con i modelli scientifici della conoscenza della natura, esso indaga i fenomeni empirici della malattia, che vuole conoscere in modo riproducibile e oggettivo avvalendosi dell'approccio quantitativo e riduzionista, con strumenti di conoscenza traslazionale ed applicativa in maniera deterministica e probabilistica (Familiari, 2012). La definizione di "malattia", l'oggetto cruciale del modello biomedico, si esprime integralmente ed esaurientemente in un'alterazione dalla norma di variabili biologiche, somatiche, misurabili (Engel, 1977). Al medico, come principale attore della pratica medica, è affidato il compito di definire la presenza di una patologia nei malati, tramite una diagnosi corretta, e di intervenire attraverso delle strategie terapeutiche che sono state dimostrate scientificamente. Il malato contribuisce solo con l'impegno ad essere docile e osservante delle prescrizioni, in un rapporto paternalistico di affidamento fiduciale. Egli non ha, di per sé, nulla da dire in merito all'atto terapeutico, che rimane affidato a quanto il medico stabilisce per il suo bene. Tutto quello che il malato ha da fare è di diventare "paziente", in tutti i significati del termine (anche in senso morale, in quanto la pazienza è la principale virtù che è chiamato a esercitare). In questo modello, l'alleanza terapeutica tra colui che si dedica all'opera della guarigione e chi riceve questo servizio ha una connotazione fortemente religiosa in senso ampio, in quanto, allo stesso modo dell'alleanza che è il pilastro centrale della religione ebraico-cristiana, mette in relazione due fondamentali diseguaglianze (Spinsanti, 2004). Nell'alleanza religiosa si tratta del legame che si instaura tra la divinità, in quanto fonte della potenza che produce la salvezza, e la situazione di necessità propria del popolo che ha bisogno di redenzione. L'unione dei due mediante l'alleanza salva dalla condizione di bisogno (schiavitù, peccato, ecc.). Analogamente, la guarigione in medicina, nel modello tradizionale, si ottiene mediante l'unione tra la scienza-coscienza del medico (che include il suo sapere, la filantropia, la volontà di fare il bene del paziente) e la volontà del paziente di mantenersi dentro questo rapporto di alleanza. L'osservanza della prescrizione medica è la condizione essenziale perché l'alleanza possa esplicare i suoi effetti benefici, e quindi procurare la guarigione. Il contraente dell'alleanza, che è il malato, si deve affidare e accettare le condizioni che gli vengono poste per la guarigione; il medico, che concede l'alleanza, lo guida verso la salvezza, identificata con la guarigione.

Il modello *disease-centred* permea di sé l'agire di tutta la medicina, dalla ricerca all'organizzazione della sanità, dalla formazione degli operatori sanitari fino a influenzare la visione sociale e il metodo clinico della medicina stessa (Moja & Vegni, 2000). Così come è al centro dell'attenzione del modello *disease-centred*, anche nel metodo clinico il principale evento, l'oggetto del principale atto medico è la malattia definita in termini puramente biologici. In funzione di questa centralità, il medico diventa l'accreditato esperto della malattia biologicamente intesa. I protagonisti della consultazione sono dunque due: il *disease* e l'esperto del *disease*. Questo passaggio del modello teorico alla pratica clinica potrebbe essere descritto come una conversione di un modello *disease-centred* in un metodo clinico *doctor-centred*: l'interpretazione del sintomo parte dal medico, in qualità di unico depositario di conoscenza, segue un andamento solo a lui noto; il medico cerca, sulla base delle competenze acquisite, i segni e i sintomi della malattia, li arricchisce con i reperti delle indagini diagnostiche e, infine, decide quali provvedimenti assumere. Se l'oggetto è il *disease*, è il medico e solo il medico che, in nome delle sue conoscenze scientifiche, può identificare la malattia e decidere quale rimedio è indicato. Il paziente è presente solo come figura ausiliaria, come portatore della malattia e depositario di informazioni e come ricettore passivo delle decisioni che il medico reputa necessarie. Persino nella fase di ascolto, fondamentale per l'anamnesi, il medico accoglie, recepisce e considera come importanti solo quegli elementi che si connettono all'ipotesi di un danno/problema biologico: sin da subito entra in funzione una "maglia" di selezione delle informazioni per raccogliere solo quelle che si "incastrano" nella mappa biomedica, eliminando a priori, come poco significative, le informazioni connesse con tutto ciò che biologico non è. Il punto di vista del paziente sulla malattia e il suo essere malato sono svuotati d'importanza e considerati entrambi un impedimento al processo diagnostico (Butler et al., 1992). Al centro delle consultazioni *disease/doctor-centred* troviamo la malattia intesa come alterazione dalla norma di variabili biologiche: il punto di vista del paziente e il suo modo di vivere la malattia non sono "accreditati" dal medico fintanto che non vi è la conferma dei dati laboratoristici. La struttura dello svolgimento di una visita medica *disease/doctor-centred* risulterebbe, quindi, a piccoli blocchi indipendenti, con l'avvio sempre generato da un intervento del medico: le informazioni che originano dal paziente servono a riempire delle caselle vuote nel

processo diagnostico che sta seguendo il medico; non devono generalmente diventare oggetto di un'elaborazione o di uno scambio, ma semplicemente essere acquisite; non c'è alcun interesse a svilupparle. Il dialogo può essere definito *doctor-centred* proprio perché il controllo sull'evoluzione degli scambi è interamente gestito dal medico che inserisce le risposte del paziente sulla base del proprio schema di ipotesi. Il medico gioca un ruolo determinante nella gestione degli scambi comunicativi durante un colloquio *doctor-centred*, esercitando un controllo costante, attraverso il ricorso a domande chiuse, sulla quantità e qualità delle informazioni che originano dal paziente: sul piano della qualità, il paziente è chiamato a rispondere a domande pertinenti alla malattia secondo il punto di vista del medico e la rilevanza delle informazioni è attribuita loro dal medico; sul piano della quantità, il paziente è "moderato" nei suoi interventi dalle domande chiuse e dalle interruzioni.

È uno stile di conduzione del colloquio predominante anche nella nostra realtà sanitaria, caratterizzato, sul piano delle strategie e delle tecniche di comunicazione, dal prevalere di domande "direttive" del medico (le cosiddette "domande chiuse") e dal progressivo ridursi degli interventi del paziente, il cui spazio risulta presto confinato a risposte monosillabiche, che non veicolano di fatto informazioni, ma sono esclusivamente in funzione della conferma/disconferma dell'ipotesi del medico, sono tasselli (presenti o assenti) di un percorso già integralmente determinato nell'ipotesi diagnostica (Moja & Vegni, 2000). Un colloquio clinico *doctor/disease-centred* pare quindi concentrarsi sul sintomo, sulla parte malata, dando poco spazio alle esigenze del paziente, al suo bisogno di comprensione rispetto a quanto gli sta succedendo, di rassicurazione di fronte alle eventuali funeste fantasie da cui è assalito: dal momento che la risposta idiosincratca del paziente è considerata solo un impiccio al giudizio tecnico, i suoi pensieri, sentimenti, idee e preoccupazioni sono messe da parte a vantaggio dell'analisi del funzionamento dei suoi organi (Cassel, 1985). Un dialogo riduttivamente anamnestico, durante il quale difficilmente pare si possa instaurare quella fiducia, quella comunicazione, quella partecipazione di entrambi gli interlocutori al dialogo che corre e conduce verso il senso della malattia (*illness*). Un simile rapporto tra medico e paziente sembra allora connotarsi prevalentemente come rapporto di dipendenza del paziente dal medico, in cui il paziente pare delegare la gestione della

sua malattia e della sua salute al medico, e il medico essere investito di un potere e di una responsabilità quasi illimitati (Palmieri, 1997). L'incontro tra medico e paziente – luogo in cui dovrebbe avvenire un avvicinamento sintonico che permette al medico di instaurare una relazione terapeutica basata non solo sull'individuazione della malattia e sull'uso del sapere medico, ma anche sulla comprensione e sull'elaborazione dei significati che la malattia ha per il malato (Bertolini & Ceruti, 1994) – si trasforma piuttosto nel rapporto del medico con la malattia, con i suoi sintomi, si trasforma in un problema diagnostico. Ciò che viene diffusamente eluso è proprio la dimensione soggettiva della relazione, le implicazioni emotive ed affettive, l'orizzonte dei significati che essa possiede per i protagonisti (Rezzara, 1997).

Sulla base dei dati della letteratura (Byrne & Long, 1976; Platt & McMath, 1979; Beckman & Frankel, 1994), possiamo descrivere un colloquio *disease/doctor-centred* come caratterizzato da:

- a. Un alto controllo degli scambi da parte del medico e un concomitante basso controllo da parte del paziente; all'interno di questo processo, l'input degli scambi origina sempre, o per lo più, dal medico e dai suoi schemi di riferimento e la risposta del paziente raramente viene raccolta dal medico come stimolo per rilanciare la comunicazione.
- b. un contenuto della comunicazione esclusivamente ricondotto alla dimensione biologica della patologia.

Tale modello è stato, ed è tuttora, vincente. È un fatto storico, dice ancora Engel, che nella società occidentale contemporanea il modello biomedico, non solo abbia costituito una base per lo studio scientifico delle malattie e per il trattamento delle stesse, ma è diventato l'unica possibile modalità di affrontare la malattia nella nostra cultura, è divenuto il nostro modello "popolare" (Fabrega, 1975) e condiviso di approccio alla malattia e alla salute. Esso è così profondamente penetrato nella nostra cultura da rendere difficile pensarlo come un modello e persino averne consapevolezza: è, come dire, ovvio che compito del medico sia quello di diagnosticare una patologia e trattarla e che l'unico modo di affrontare le malattie sia quello

biologico. In realtà anche questo modello si è costruito attraverso una lunga sequenza di passi che hanno una collocazione storica precisa.

2.1.1 Le origini storiche del riduzionismo

È tradizione collocare l'origine del moderno concetto di malattia e la nascita del modello biomedico nell'atmosfera culturale del XVII secolo. Il primo, ovvio nome nella storia della medicina seicentesca è quello di Cartesio (1596-1650). È infatti in parallelo alla formulazione del dualismo cartesiano, in cui si assume una separazione fra mente e corpo, che nasce la teoria dell'uomo-macchina. La separazione netta fra mente e corpo proposta da Cartesio, al di là di una certa ritualità commemorativa, ci interessa per due fondamentali motivi, entrambi conseguenze di un presupposto comune: la "disumanizzazione" del corpo dell'uomo che, poiché privato di spirito, diviene del tutto paragonabile a una macchina. Da un lato, la macchina-uomo può essere studiata come una serie di meccanismi di causa-effetto molto complicati, ma, in quanto meccanici e costanti, anche comprensibili, oggetto di scienza e non di metafisica. Una lettura del corpo come macchina consegna alla medicina, almeno concettualmente, la possibilità di "anticipare" una serie di eventi: questa capacità predittiva, un punto di grande forza del modello medico tradizionale è resa possibile dalla costanza dei processi meccanici che avvengono nel corpo, sia malato che sano. Dall'altro lato, la corporeità della macchina umana bandisce, in modo sempre più forte e coerente con le regole dell'oggettività e della replicabilità, il contributo delle scienze umane alla medicina così come l'interesse per la presenza di uno "spirito" dentro a un corpo malato. La scomposizione dell'uomo in corpo e spirito è così la miglior garanzia per gli studi anatomico-patologici che diverranno nel tempo solida base per ogni tentativo di classificazione e di studio del corpo umano, anche e soprattutto in condizioni patologiche. Dunque, il dualismo cartesiano è il primo, imprescindibile fondamento del modello biomedico.

Alle spalle di questa nascita seicentesca, però, non vi sono solo i contributi dei filosofi, ma anche dei clinici: i primi consapevoli esempi di una medicina centrata sulla malattia possono infatti essere identificati proprio negli scritti di un clinico seicentesco inglese, Thomas Sydenham (1624-1689). In polemica con le vedute degli antichi e dei suoi contemporanei, che vedevano un legame indissolubile tra il paziente e il suo male,

Sydenham affermava che la natura produce delle malattie agendo «con uniformità e costanza al punto che, per la stessa malattia in persone diverse, i sintomi sono per lo più gli stessi, e che si possono osservare fenomeni identici nel male di un Socrate o di uno sciocco» (Grmeck, 1996). Sempre a detta del clinico inglese, nella descrizione di una malattia bisognava distinguere i sintomi propri e costanti da quelli accidentali ed estranei, ovvero da quelli che dipendevano dall'età, dal temperamento del malato e dal modo di trattare le malattie. Negli scritti di Sydenham è chiara la distinzione tra il malato e la malattia e la considerazione di quest'ultima come cosa in sé, sulla quale deve focalizzarsi in modo esclusivo l'attenzione del buon medico. Si trattava di una prospettiva nuova, di una concezione ontologica della natura del male, che finì per prevalere su tutte le altre e che caratterizza ancora oggi l'approccio del modello biomedico: la malattia che è diversa dal malato e che è uguale in ogni malato.

Nei due secoli successivi ai suoi esordi, tra Settecento e Ottocento, questo modello biomedico *in nuce* si arricchì attraverso l'esplicitazione del metodo scientifico, oggettivo e ripetibile, che lo caratterizzava e che confermò l'ipotesi secondo cui la malattia avesse uno statuto ontologico e che questo fosse riducibile ad aspetti fisici e sensibili. Gli scopi della medicina erano già interamente delineati: descrivere la malattia come entità biologicamente intesa, riconoscerla tramite le sue manifestazioni corporee, combatterla.

Al dualismo e alla malattia come cosa in sé si sommano l'anatomia patologica e la biologia: a questa struttura del modello biomedico il Novecento non ha molto da aggiungere. Esso porta alla medicina il successo mediato dall'acquisizione della tecnologia diagnostica e della terapia farmacologica. Un'unica, metodologica, culturale, grande innovazione caratterizza il nostro secolo: l'introduzione del disegno sperimentale, attraverso cui le acquisizioni della medicina sono verificate. Il disegno sperimentale costituisce un nodo metodologico oggi irrinunciabile della medicina.

Attraverso questi passaggi (il radicamento nel dualismo cartesiano, l'ipotesi della realtà ontologica delle malattie, l'affermarsi dell'anatomia patologica, le scoperte della biologia e l'introduzione del disegno sperimentale) si giunge a grandi balzi a ricostruire le fondamenta della medicina odierna e di quel modello *disease-centred*

che, almeno implicitamente, la caratterizza. Si tratta di un modello rigorosamente biologico, radicato nella fisicità degli agenti patogeni, delle alterazioni d'organo o di tessuti, della farmacologia, un modello che si è fatto strada attraverso l'applicazione rigorosa di un metodo scientifico. Esso identifica chiaramente l'oggetto del suo interesse, la malattia, e definisce tale oggetto come l'alterazione di parametri biologici.

Su queste basi, il modello, che a buon diritto viene detto "centrato sulla malattia", commissiona alla medicina dei ricercatori e dei medici un duplice scopo: primo, quello di identificare e classificare la malattia attraverso i suoi segni e i suoi sintomi e, secondo, utilizzando questa classificazione, quello di contrapporre alla patologia un rimedio che scientificamente si è dimostrato efficace in precedenti studi clinici controllati e randomizzati.

2.1.2 I vantaggi e i limiti del modello biomedico

L'aspetto macroscopico del successo della medicina odierna consiste nella possibilità, finalmente concreta, di curare le malattie: con tutti i limiti osservati da un crescente numero di studiosi, è indubbio che, per la prima volta nella storia della medicina, nel nostro secolo i clinici hanno a disposizione una serie di mezzi, farmacologici, chirurgici, comportamentali, per curare e prevenire le patologie. "Con tutti i limiti" nel senso che ci sono numerosi contributi esterni alla medicina (ad esempio, banalmente, il miglioramento della rete fognaria) che ne hanno favorito le vittorie, oppure nel senso che la sconfitta delle patologie croniche è ancora lontanissima e che nuove epidemie si sono sostituite alle vecchie, ormai sconfitte (si pensi all'AIDS e alla malaria) (Cochrane, 1978; Illich, 1977; McKeown, 1978).

Senza ombra di dubbio è la struttura teorica del modello a determinarne la tenuta. Sul piano teorico possiamo identificare almeno cinque aspetti che costituiscono i punti di forza della medicina centrata sulla malattia (McWhinney, 1989; 1993):

1. semplicità: l'evento malattia è analizzato attraverso la sua scomposizione in elementi minimi che lo costituiscono e lo esauriscono; l'approccio biologico consente la riduzione di un fenomeno complesso qual è la malattia a un rapporto semplificato di causa (biologica)-effetto (patologico);

2. predittività: la malattia è l'effetto di una causa biologicamente identificabile che si ripresenta in soggetti diversi: la costanza dei rapporti di causa-effetto consente al medico non solo di diagnosticare malattie ma di indicarne la prognosi;
3. chiarezza del metodo clinico: sono indicati non solo i grandi obiettivi della medicina (identificare le patologie e trattarle), ma soprattutto sono esplicitati in modo preciso gli obiettivi che il medico nella consultazione deve raggiungere e i passi che deve effettuare per raggiungerli;
4. verificabilità: non solo l'approccio anatomico-patologico garantisce la possibilità di verificare la diagnosi clinica, ma la chiara e semplice identificazione dell'oggetto di pertinenza della medicina consente la verifica di ipotesi attraverso il disegno sperimentale;
5. insegnabilità: il metodo clinico – come testimoniano le università – è oggetto di insegnamento e di apprendimento.

È chiaro che i cinque aspetti citati costituiscono la struttura portante dell'attuale medicina, una struttura logica e così solida, sul piano scientifico, che è estremamente difficile rinunciarvi. È possibile, anzi, che un rinnovamento pur radicale del modello di medicina debba condividere comunque questi cinque aspetti e proporsi non in alternativa, ma come modello allargato: un modello che ampli la struttura della medicina *disease-centred*, ma che non ne rinneghi l'impostazione scientifica.

Eppure, il modello non ha soltanto punti di forza. È interessante riflettere sul fatto che una serie di punti di debolezza della nostra medicina, ad esempio le accuse di disumanizzazione, di parcellizzazione, di ipermedicalizzazione, possa essere il contrappeso negativo e paradossale di alcuni dei punti di forza del modello stesso. Questi tre effetti negativi sono quelli che Illich (1977) definisce un «fenomeno di controproduttività specifica». Tale termine indica la possibilità che in un qualsiasi settore alcune acquisizioni, positive all'origine, siano esasperate fino a produrre degli effetti negativi che addirittura compromettono gli originali positivi.

La disumanizzazione della nostra sanità, che è lamentata in primo luogo dai malati, è un esempio di debolezza del modello, che deriva appunto da presupposti

teorici positivi e necessari della medicina. Il concetto di astrazione – così importante per staccare la medicina scientifica dalla medicina antica – ha finito per giustificare quell'allontanamento dal soggetto malato che caratterizza la nostra sanità. Un'astrazione dall'uomo che soffre, la quale mira a comprendere il *disease* a un solo livello, quello biologico, ripulito da ogni circostanza in cui esso si manifesta e si sviluppa.

Un altro concetto fondante la medicina, ma rischioso, è quello della semplicità. Un approccio che mira alla semplificazione, a sciogliere la complessità della malattia in una successione di eventi causa-effetto, a raccogliere le costanti nelle manifestazioni delle malattie, un approccio esclusivamente orientato alla biologia delle parti in causa, alle costanti che si ripetono di malato in malato facilmente scivola nel semplicismo, nel riduzionismo, nell'errore di considerare un approccio alla malattia la sola e unica sua dimensione.

Infine, un ultimo esempio, quello della *overmedicalization* (Conrad, 1992). Con questo termine si intende una lettura in chiave medico-biologica dei fenomeni anche quando essi non sono medici, proprio perché all'interno del modello non ci sono possibili alternative. In qualche modo il successo della medicina nel curare il "corpo" ha prodotto nel pubblico fruitore dei farmaci e della tecnologica aspettative probabilmente non commisurate alle reali forze della medicina stessa: essa ha inizialmente risposto con un ampliamento del campo di competenza, accogliendo al suo interno e medicalizzando una serie di malesseri dell'uomo, ma questi malesseri, non essendo del tutto riconducibili ad alterazioni organiche, non possono essere affrontati dal modello biomedico o, se lo sono, vengono costretti a forza e contenuti con scatole di pillole (Illich, 1977; McKeown, 1978; Ongaro Basaglia, 1982).

2.2 La persona è più della somma delle sue parti: il modello biopsicosociale

Come abbiamo visto nel paragrafo precedente, secondo il modello bio-medico tradizionale la malattia è ritenuta una deviazione dalla norma di variabili biologiche oggettivamente misurabili. La relazione con il paziente in tal caso è finalizzata all'analisi dei sintomi e alla formulazione di una diagnosi, cui fa seguito l'indicazione di un

particolare trattamento terapeutico. L'indagine clinica si presenta, pertanto, come una raccolta di informazioni ottenute attraverso domande specifiche tese ad avvalorare le ipotesi interpretative del medico. In quest'ottica è il medico la figura chiave del rapporto, il regista che dirige il colloquio ora richiedendo puntualizzazioni, ora controllando che i contenuti espressi dal paziente non debordino dalla dimensione propriamente patologica. L'enfasi posta sulla componente biologica quale causa principale della malattia induce a trascurare, quando addirittura non arriva ad escludere, i fattori emotivi del paziente, la capacità di tollerare le frustrazioni, la rappresentazione soggettiva dei concetti di salute-malattia, il sentimento di poter efficacemente agire in considerazione del trattamento terapeutico proposto.

Questa impostazione, che fa del dottore e della malattia (medicina *doctor/disease centered*) i punti centrali del rapporto, non solo riserva uno spazio minoritario a chi è bisognoso di cure, ma rafforza i due significati che, etimologicamente, caratterizzano il termine "paziente": paziente come colui che soffre, ma anche come colui che, in posizione del tutto asimmetrica rispetto al medico, è collocato in un ruolo di dipendenza. Tuttavia, questa dipendenza non sempre assicura il mantenimento della relazione da parte del malato. Fatta eccezione per i casi in cui è il medico che deve decidere con tempestività l'intervento più adatto alla situazione, in quanto le condizioni fisiche del paziente sono gravemente compromesse (es. infarto, ferite, ecc.) o le condizioni psichiche sono alterate (es. coma, delirio, ecc.), l'esclusione della dimensione soggettiva può infatti indurre il malato a comportamenti di rifiuto, di insufficiente *compliance* e di sottovalutazione delle prescrizioni mediche (Becker, 1985).

Certamente significativo è stato l'invito caldeggiato dalle riforme sanitarie (1978; 1992; 1999) affinché gli operatori della salute si sensibilizzassero, anche attraverso un lessico adeguato, a recepire le richieste degli ammalati, sempre meno disposti a mantenere un rapporto di sudditanza e sempre più orientati verso un rapporto di *partnership* (Szasz & Hollender, 1976). Venne perciò proposto di sostituire nel linguaggio abituale il termine "paziente" (termine che condensa significati di passività, dipendenza, precarietà) con quello di "utente" e di "cliente"; parole queste che avrebbero dovuto assicurare dignità al malato e il riconoscimento di un ruolo

attivo nei confronti dei servizi medici (possibilità di scegliere il curante o la struttura ritenuta migliore, valutazione dell'assistenza erogata, partecipazione nelle decisioni concernenti la sua malattia, ecc.).

È noto che tra pensiero e linguaggio esiste una profonda e reciproca interazione; al riguardo non pochi, infatti, si sono domandati se siano le parole a generare le idee/concetti, o se invece le idee preesistano alle parole e trovino in esse "solo" il mezzo che le esprime (Wittgenstein, 1922). Tuttavia, non è sufficiente modificare il lessico perché, *tout court*, cambi la mentalità degli operatori nella direzione volta ad accogliere il sofferente con rispetto e partecipe disponibilità. L'esigenza di costruire una relazione d'aiuto efficace non comporta un rinnegamento delle conoscenze scientifiche, ma semmai un'apertura verso la dimensione emotiva e i bisogni del paziente. A tal proposito, Engel (1977), affermando che «benché esistano motivi importanti per cui un particolare processo patologico debba essere definito e chiarito come entità a sé stante, l'obiettivo finale deve essere sempre quello di analizzare il processo in quanto parte dell'esperienza individuale della malattia», propone un approccio olistico (*òlos* etimologicamente significa "intero"), una *whole-person medicine*, che metta da parte il paziente e permetta al medico di conoscere l'uomo portatore di un problema (Bellomo, 2004). L'incontro tra medico e paziente non è un semplice dialogo razionale o un colloquio diagnostico, né un puro esercizio anamnestico; è invece un «viaggio di scoperta compiuto insieme in un territorio sconosciuto» (Luban-Plozza, 2001).

Tramontato il modello classico di malattia quale unità morbosa, entità biologica indipendente, in una visione riduzionista che ha per fondamento il dualismo cartesiano mente-corpo, essa viene oggi indagata e valutata quale fenomeno "psico-antropologico" (Caporale, 2012) secondo il quale «l'individuo della specie *sapiens*, del genere *homo*, della famiglia degli *ominidi*, dell'ordine dei *primati*, della classe dei *mammiferi*, è un essere bio-psico-sociale» (Castaldo, 2013). Rifacendosi alla "teoria generale dei sistemi" elaborata dal biologo von Bertalanffy (1950), Engel (1977, 1980) individua nel modello bio-psico-sociale il correttivo al riduzionismo dell'impostazione biomedica e la possibilità di costruire più efficaci percorsi operativi in campo clinico (Gadamer, 1994). Tale modello, infatti, integra il sistema biologico, che rappresenta il

substrato molecolare-anatomico della malattia e i suoi effetti sull'organismo; il sistema psicologico, che esprime le componenti soggettive del paziente (emozioni, motivazioni, stili di elaborazione cognitiva delle informazioni, ruolo delle esperienze pregresse, strategie di *coping* in risposta allo stress); il sistema sociale, che evidenzia gli atteggiamenti culturali e ambientali nei confronti della malattia, quali la definizione di malato, il riconoscimento e il mantenimento dei suoi diritti o, al contrario, la perdita di status e di autonomia, la responsabilità dei servizi sanitari nel trattamento terapeutico, le convinzioni religiose e gli orientamenti ideologici (Kaplan & Sadock, 1999). L'approccio bio-psico-sociale alla malattia evidenzia i limiti di una lettura in chiave organicista del fenomeno morboso, e propone una visione integrativa di tipo psicofisiologica aprendo verso una prospettiva capace di cogliere la natura culturalmente costruita della malattia: considera la malattia non come un guasto alla macchina corporea, ma come un avvenimento che coinvolge anche la sfera psichica e, più in generale, tutte le dimensioni dell'individuo in quanto unità inscindibile (Colombo & Rebughini, 2006; Mangone, 2013). In un orizzonte interpretativo di tipo olistico che consideri i modelli culturali, i legami sociali, gli aspetti dinamici della malattia, la corporeità è un *unicum* di parti organicamente unificate nell'esistenza personale, una totalità inseparabile (Caporale, 2012). Il modello bio-psico-sociale riconosce alla medicina la sua posizione di prestigio tra scienze umane e scienze della natura in quanto le permette di recuperare il privilegio di studiare l'uomo sia nella sua complessità e singolarità esperienziale, sia nelle sue malattie (Visioli, 1994). In continuità con i modelli umanistici della conoscenza dell'uomo, esso deriva dagli elementi di natura affettiva e simbolica offerti dal malato ed ha come strumenti privilegiati la "narrazione" e l'approccio olistico, di tipo qualitativo, orientato alla comprensione dello spirito umano, del primato del malato sulla malattia e dell'unicità di ogni incontro che il medico avrà con il singolo paziente (Familiari, 2012). Il modello bio-psico-sociale si configura come un modello sistemico che prende in carico le componenti cognitive, emozionali e dinamiche, ossia il modo in cui gli elementi intrapsichici interagiscono tra di loro (Caporale, 2012). Applicare questa visione alla salute significa concepire l'individuo non come soggetto ininfluenza, ma come agente che ha il potere di favorire o ostacolare le condizioni adeguate al proprio benessere.

La teoria “generale dei sistemi” ha avuto implicazioni molto forti per lo sviluppo del nuovo modello della salute, basato sull’approccio biopsicosociale, poiché ha collegato in un tutto unico le scoperte delle scienze fisiche, filosofiche e psicologiche, concependo la biosfera alla luce di un modello ecologico globale, in cui l’organismo umano – la persona che comprende i vari sottosistemi che la costituiscono (fisico, emozionale, cognitivo, ecc.) – è compreso come uno dei sistemi più ampi: il microsistema (famiglia, luoghi di lavoro, amici, ecc.), il mesosistema (tutti i sistemi interagenti nella vita quotidiana), l’esosistema (agenzie governative, sistemi economici, organizzazioni religiose, ecc.) e il macrosistema (cultura, convinzioni comuni, aspettative sociali, ecc.). Le nuove teorie ecologiche, costellate di equilibrio, autopoiesi e sistemi auto-organizzanti hanno fornito una visione della vita come rete di sistemi viventi (Bateson, 1976; 1979; von Bertalanffy, 1968; Gould & Eldredge, 1993; Jantsch, 1980; Lovelock, 1979; Maturana & Varela, 1987; Weiner, 1961). Pertanto, la persona non è stata più considerata un sistema chiuso e statico, ma un sistema aperto e in continua evoluzione grazie alla relazione reciproca e scambievole con l’ambiente circostante. Si è trattato di un cambiamento che ha rinnovato la visione del soggetto in un’ottica della complessità, in cui non si assegna alla scienza il compito esclusivo di fare ordine. Questa visione contrappone alla frammentazione del paziente, e delle scienze che si fanno carico della sua malattia, l’unità della persona umana in uno scenario articolato e organizzato che non fa da sfondo, ma che ne è parte integrante (Petrillo, 2006). L’idea di sistema vivente come macchina fatta di parti discrete con le proprie caratteristiche essenziali cambia per andare verso un’idea di sistema vivente come rete di relazioni. Il passaggio dal concetto di salute a quello di benessere sposta il focus da una dimensione oggettiva di salute ad una soggettiva di bene-stare. È una concezione di benessere multidimensionale contempla l’inter-azione di parametri oggettivi quali lo stato di salute fisica, l’istruzione, il reddito, le condizioni abitative, l’accessibilità ai servizi, e parametri soggettivi quali l’auto-efficacia, il senso di appartenenza e fiducia, la qualità di vita e delle relazioni sociali (Caporale, 2012). Il concetto di salute globale porta in sé una concezione della persona quale unità inter-agente con l’ambiente, con la realtà biologica, naturale, inter-relazionale. Lo stretto legame fra comunità, ambiente, famiglia e salute corporea conduce ad un’idea di sofferenza condivisa, di fenomeno collettivo. La malattia quale alterazione di equilibrio

si definisce in relazione a fattori non più solo clinici, ma sociali e ambientali (alimentazione, igiene, condizioni lavorative, abitazione, ecc.) e diviene occasione per promuovere un processo di crescita di consapevolezza e responsabilità nel paziente al fine di prevenire l'insorgere di nuove patologie.

I valori chiave, i principi e i presupposti di una cornice biopsicosociale comprendono (Saba, 2002):

- **Contesto di salute e malattia.** Un'indagine contestualizzata su salute e malattia fornisce molte più informazioni preziose di un'indagine condotta in isolamento. Il contesto da tenere in considerazione è quell'ampia rete di sottosistemi che spaziano dall'immensità all'infinitesimale (cosmo, universo, biosfera, nazioni, cultura, sottocultura, comunità, famiglia, individui, sistemi comportamentali, emozionali e organici, molecole, atomi, particelle subatomiche e quark). Si allarga al di là della pelle per connettersi con altri sistemi umani ed ecologici.
- **Sviluppo di malattie e patologie.** Piuttosto che ricercare ed identificare una singola causa di malattia, si presume che molteplici fattori hanno creato il contesto per la malattia, senza che vi sia un singolo sistema che costantemente superi gli altri in termini di responsabilità per la malattia stessa.
- **Ambito e metodologia di indagine.** L'ampiezza e la profondità dei contesti dei pazienti sono l'ambito di indagine per l'operatore biopsicosociale. Il suo lavoro inizia con la comprensione dei sintomi all'interno del loro contesto di emergenza. A differenza dell'approccio biomedico, secondo cui si identificano le caratteristiche, si categorizzano i sintomi e si fa la corretta diagnosi, nel modello biopsicosociale le lenti che orientano l'indagine sono le interazioni, i legami e le relazioni.
- **Sistema relazionale come paziente.** Un individuo fa parte di una rete di relazioni, famiglia, gruppo amicale e comunità. La rete delle relazioni più intime dovrebbe essere considerata come l'unità di cura, piuttosto che l'individuo. Il concetto di paziente si espande e si contrae a seconda delle persone coinvolte in quella particolare problematica in un determinato momento.

- Rete di cura. La realtà delle cure sanitarie consiste in una varietà di professioni che interagiscono con i pazienti. L'approccio biomedico spesso pone i singoli pazienti in svariate situazioni di relazione con diversi operatori, senza alcun coordinamento. Nell'approccio biopsicosociale, l'obiettivo è quello di formare un gruppo di lavoro che comprende le persone chiave dei sistemi degli operatori e del paziente con la finalità di mantenere un ambiente olistico in cui fare le valutazioni e prendersi cura dei pazienti attraverso regole di comunicazione e programmi di cura condivisi. Le relazioni umane tra gli operatori e tutti i membri del sistema del paziente sono il nucleo della cura. La cura della salute, piuttosto che essere un'applicazione di conoscenze scientifiche alla malattia, si affida all'interazione umana per poter essere efficace.
- Operatore in quanto persona. La persona dell'operatore è inestricabilmente legata al processo di diagnosi e cura. Ogni singolo operatore apporta risorse particolari alla relazione. I professionisti della salute hanno modelli personali di cura che orientano le loro decisioni cliniche (Liddle, 1982). Questi modelli si basano su premesse spirituali e filosofiche significative per il singolo operatore e si sono sviluppati attraverso l'esperienza familiare, formativa e clinica.
- Storie e significati. La mitologia, la creazione di mappe e la costruzione di modelli, da parte del paziente, sono tentativi di riempire di significato le esperienze della vita che sembrano confuse e misteriose, proprio come, ad esempio, l'esperienza della malattia. In un rapporto di cura della salute che coinvolge svariati professionisti e molti membri di una famiglia, possono interagire una grande varietà di modelli di salute e malattia (Becker et al., 1998). L'operatore biopsicosociale ha il compito di facilitare l'esplicitazione dei suddetti modelli e narrative di tutte le persone coinvolte nella relazione di cura e mediare eventuali importanti discordanze.
- Da un modello di guarigione ad un modello di cura. Il processo di cura comporta fornire alle persone i mezzi per affrontare i vari aspetti della malattia (paura, perdita, isolamento, perdita di controllo, ecc.). La cura è una meta sempre auspicabile e raggiungibile, indipendentemente dal fatto che sia

possibile la guarigione. Le cure tentano di creare nel rapporto medico-paziente un contesto per dare significato alle esperienze attuali e produrre dei cambiamenti in altre relazioni al fine di rafforzare il senso di controllo e i legami.

- Processo di cura. L'operatore biopsicosociale aiuta i pazienti e i loro familiari a sentire che possono esercitare un controllo sul decorso clinico, piuttosto che prendere su sé il controllo totale della situazione. È questo il vero senso del processo di *empowerment*. Per promuovere i processi di cura, gli operatori devono creare un contesto che sostituisca il senso di isolamento, frammentazione e scissione con un senso di appartenenza e interdipendenza: molto spesso, infatti, la malattia e il dolore defraudano l'uomo sofferente della possibilità di determinarsi in modo libero e autonomo, di fronte allo scenario delle molteplici possibilità esistenziali. Il percorso di cura efficace e mirato è soprattutto quello di un medico la cui *ars* sia dedita e attenta a «restaurare e ricomporre l'integrità emotiva e assiologica della persona malata, accompagnandola nel cammino di reinterpretazione del proprio universo esistenziale, drammaticamente sovvertito per priorità, valori e potenzialità» (Piccinini & Gardini, 2010). Si ricorda che il senso del processo di *empowerment* del paziente non è quello di mettere quest'ultimo in posizione *one up* e il medico in posizione *one down*, invertendo i rapporti di potere che siamo soliti associare con l'esercizio della medicina (dove il medico è considerato tanto più bravo quanto più esercita un'autorità indiscutibile e induce il paziente a essere "osservante" o *compliant*). Non sarebbe un progresso se il medico diventasse l'esecutore nelle decisioni del paziente; anzi ciò costituirebbe una minaccia per la salute, perché al paziente verrebbe a mancare il bagaglio di conoscenze proprie del sapere professionale del medico. L'*empowerment* è invece un cambiamento di rapporti complesso, che ha luogo su diversi piani (Spinsanti, 2004):
 - l'autonomia come principio etico che bilancia il principio del "bene del paziente" stabilito unilateralmente dal medico;
 - più ampia partecipazione del paziente alle decisioni che lo riguardano (definizione consensuale degli obiettivi dell'intervento sanitario, compresa

la decisione se privilegiare le azioni rivolte a salvare e prolungare la vita o quelle finalizzate a risparmiare inutili sofferenze);

- responsabilizzazione dell'individuo per le scelte sanitarie e, più in generale, per la propria vita;
- autodeterminazione personale (l'individuo, non la famiglia come referente delle informazioni e soggetto delle decisioni).

Questo mutamento culturale di grande rilievo per l'intero corpo sociale implica e coinvolge gli stessi processi formativi del medico, assegnando anche agli operatori della salute un ruolo professionale che richiede il concorso di nuove competenze che sconfinano dal campo strettamente biomedico per includere le dinamiche psicologiche e sociali. Va, inoltre, sottolineato che l'attenzione alle componenti socio-psicologiche non è da intendersi come un'aggiunta all'impostazione biomedica tradizionale, qualcosa da lasciare alla libera iniziativa o alle inclinazioni spontanee del professionista, ma costituisce un vero e proprio viraggio del modo di fare medicina. Un riorientamento clinico che, senza nulla togliere al medico, rende il paziente più collaborativo verso il trattamento proposto e più responsabile verso la propria salute.

2.3 Curare la relazione per curare la persona: l'empatia

Come è noto, il concetto di empatia ha come matrice il Romanticismo del XIX secolo. Filosofi e letterati europei dell'Ottocento avevano in vario modo sviluppato la tematica della ricerca di un contatto intimo e profondo con la propria essenza attraverso la condivisione dello spirito che permea i fenomeni della natura e, attraverso di essi, della matrice comune di tutte le cose del mondo (Stein, 1986). Era grazie alla percezione sensoriale degli eventi naturali che, sempre secondo questa visione, era possibile "sentire da dentro" gli eventi della natura, permettendo di penetrare in questo modo la matrice originaria dei fenomeni della vita (Abbagnano, 1961). Questa visione, dunque, rimanda ad almeno tre aspetti: (a) una comprensione intuitiva, non mediata cioè da riflessione né dalla logica, ma fondata sulle esperienze sensoriali dirette del fenomeno; (b) una comprensione che avviene per immedesimazione, attraverso la riproduzione in prima persona del fenomeno osservato; (c) tramite la riproduzione e l'immedesimazione si verifica la condivisione e,

assieme a questa, una coscienza di comunione con gli stati del mondo che può assumere il carattere di una fusione del sentire. È in questo senso che il termine empatia (*Einfühlung* in tedesco) si afferma nella visione di Lipps (1851-1914) che lo applica al campo dell'estetica, concependola come modalità fondamentale di comprensione dell'opera d'arte (Lipps, 2002).

Ci sono molti modi per definire l'empatia, ma ecco come inizia, per esempio, quello proposto da Baron-Cohen (2012): «c'è empatia quando smettiamo di focalizzare la nostra attenzione in modo univoco (*single-minded*), per adottare invece un tipo di attenzione "doppia" (*double-minded*)», che tenga presente non solo la propria mente, ma anche quella di qualcun altro. È possibile estendere la definizione di empatia non solo in termini di capacità di identificare ciò che qualcun altro sta pensando o provando, ma di rispondere a quei pensieri e sentimenti con un'emozione corrispondente ed appropriata. Non esiste relazione sociale significativa che non comporti empatia (Bonino et al., 1998; Albiero & Matricardi, 2006; Hojat, 2007; Stein, 1986). L'empatia è ritenuta una dimensione fondante dell'agire umano, cruciale per la costruzione di relazioni interpersonali positive e la promozione di comportamenti cooperativi e prosociali (Deutsch & Madle, 1975; Murphy, 1947; Rogers, 1959; Stotland, 1969; Strayer, 1987; Titchener, 1909; Wispé, 1987). Il comportamento empatico è un passo importante per l'evoluzione dell'umanità e per le sue interazioni sociali, perché consente di condividere lo stato emotivo di un altro e di adottare il suo punto di vista. Quindi l'empatia fa riferimento ad un processo intersoggettivo tramite il quale le esperienze cognitive ed emotive di un altro vengono ad essere condivise, senza perdere di vista la sorgente originale dell'esperienza (Decety & Jackson, 2004). A tal proposito, la connessione sociale tra il paziente sofferente che esprime il proprio disagio e il medico empatico è il fulcro della relazione medico-paziente (Benedetti, 2012; Perfranceschi, 2013). "Empatia" (dal greco *empátheia*), etimologicamente, vuol dire sapersi calare dentro (*en/em*) nel punto di vista e nei sentimenti (*páthos*) di qualcun altro, vicariandone lo stato emotivo, esattamente quello che chiede la medicina *patient-centred* al medico: utilizzare le competenze biomediche sapendo però che esse devono servire a una persona che ha un punto di vista diverso da quello del medico, un punto di vista che deve essere compreso per poter essere realmente

d'aiuto al malato. L'empatia dunque è l'elemento trasversale che deve coprire, attraversandola, tutta la lunghezza della visita medica (Moja & Vegni, 2000).

Una relazione empatica è caratterizzata da due qualità che debbono essere espresse dal medico: l'interesse e il rispetto. Il rapporto empatico (Bohart et al., 2002) si caratterizza, quindi, come un atteggiamento esplicitato dal clinico attraverso cui egli comunica la sua disponibilità ad accettare e comprendere l'esperienza del paziente e a sostenerlo nei suoi sforzi di guarigione e crescita personale. Poiché il medico non sa, né può sapere, cosa il malato porti di sé e della sua malattia, tutto ciò che egli dice lo riguarda, tutto ciò che egli dice è importante. Inoltre, lo sguardo del medico non può esprimere un giudizio verso il paziente e quello che dice: è uno sguardo incondizionato, che accoglie e accetta senza riserve quello che viene detto in una dimensione dialogica che rimanda al concetto cardine della filosofia ad indirizzo fenomenologico, quello di *epoché*, ovvero di "sospensione di giudizio", di "messa tra parentesi" dei dati sensibili e teoretici che strutturano la coscienza cosciente al fine di apprendere, nella pura intenzionalità della coscienza, che è sempre "coscienza di", l'essenza eidetica della realtà (Husserl, 1961). Se certamente non può e non deve essere sostenuto che il medico nell'accostarsi al malato faccia *tabula rasa* di quelle che sono le categorie proprie del linguaggio scientifico per analizzare i fenomeni morbosi che intende debellare, è altresì prezioso sottolineare che queste stesse griglie interpretative non devono configurarsi come rigide strutture in cui forzare ciò che proviene dal «mondo della vita», bensì come strumenti capaci di accogliere duttilmente il diverso, l'altro da noi: «la vera medicina, la medicina che oltre a guarire possa e debba sempre avere cura, richiede una comprensione allargata, aperta, accogliente, atta a perlustrare in uno slancio non esclusivamente razionale bensì profondamente emotivo, intuitivo e appassionato l'altro che soffre, l'altro che spera, l'altro che disperava» (Piccinini & Gardini, 2010). A tal riguardo esiste un'immagine archetipale della medicina in grado di esprimere chiaramente i concetti di cura e prendersi cura, ovvero la parabola evangelica del Buon Samaritano:

Un uomo scendeva da Gerusalemme a Gerico e s'imbattè nei briganti che lo spogliarono, lo ferirono e poi se ne andarono lasciandolo mezzo morto. [...] Ma un samaritano che era in viaggio, passandogli

accanto, lo vide e ne ebbe pietà; avvicinatosi, fasciò le sue piaghe, versandovi sopra olio e vino; poi lo mise sulla propria cavalcatura, lo condusse ad una locanda e si prese cura di lui. [...] (Lc 10, 25-37)

In questo passo evangelico sono ben raffigurati i tre principali atti che fanno parte dell'attività medica e la scansione degli stessi non è casuale, ma ripercorre una particolare metodologia che è propria della tradizione sanitaria di ogni tempo: l'atto della presa di coscienza delle condizioni di salute di colui che versa in pericolo («mezzo morto») e l'atto terapeutico nella sua concretezza («fasciò le sue piaghe, versandovi sopra olio e vino») sono preceduti e accompagnati dal primo vero atto clinico che consiste in uno sguardo comprensivo ed empatico, che genera partecipazione e compassione («ne ebbe pietà»).

L'interesse per l'alterità si accompagna inevitabilmente al rispetto per quello che il paziente porta di sé. Lo sviluppo di una capacità empatica quindi richiede – e forse si basa su – una modificazione della percezione da parte dei medici degli scopi del loro intervento (McWhinney, 1989; 1993; 1997). Nel modello centrato sulla malattia, il medico sa a priori ciò che lo riguarda: la dimensione biologica della patologia organica. Tutto ciò che esula da questa è “bloccato”, escluso: di tutte le cose che il paziente dice, le sole interessanti riguardano la malattia. Nel modello *patient-centred* è vero che il medico sa a priori che gli interessa sia la malattia in senso biologico sia l'esperienza che ne fa il malato, ma il medico non può sapere cosa questo secondo aspetto significhi se non lasciando che sia il malato stesso a comunicarglielo. La comunicazione empatica può essere definita, quindi, come sforzo, continuo e attivo, da parte del medico di rimanere sintonizzato con le comunicazioni emotive del paziente nel dispiegarsi del processo terapeutico (Bohart et al., 2002). Proprio da questo deriva il profondo e totale interesse del medico verso il suo paziente: non ci sono, da un certo punto di vista, “dati inutili” che il malato dà al medico, tutti sono dati interessanti per comprenderne l'agenda. Non solo, il medico non è in grado di giudicare se la posizione del malato rispetto alla malattia sia giusta o sbagliata; il medico, in qualità di esperto, può sapere se è corretta o scorretta sul piano scientifico, ma non ha parametri per valutare il significato di malattia, il cui maggior esperto è un altro, è il paziente. Ecco allora che deve rispettarne il punto di vista. Il medico accoglie

le emozioni del paziente così come sono, senza pregiudizio. Il comportamento medico empatico non “giudica” il modo in cui il paziente prova un’emozione, che è ben diverso dal concetto di assentire o dissentire i comportamenti dell’altro. L’empatia incoraggia l’autonomia, le abilità e il rispetto delle differenze individuali, etniche e ideologiche (Rogers, 1970). La diversità, in un’ottica empatica, è vista quindi come una risorsa da sapere e potere utilizzare e non da sopprimere. Il saper comunicare in modo efficace è un’altra attitudine strettamente connessa all’empatia. Da questa modalità è escluso il giudizio, ma anche il consiglio e il compito del “dover darsi da fare” per risolvere il problema. Interesse e rispetto, però, non significano un’accettazione acritica della posizione del malato. L’empatia comporta il difficile compito di essere in contatto con l’esperienza altrui fino a raggiungerne una comprensione profonda, ma questo non esclude la possibilità di negoziare e discutere questa esperienza per approdare a una visione comune, che appartenga allo stesso tempo al medico e al malato. Tra il modello paternalistico classico e quello di autonomia sancito dalla medicina contemporanea, è forse necessario ripensare alla relazione clinica come equidistante da questi due pericolosi estremi. Se infatti appare oggi inaccettabile l’esercizio dell’autorità del curante sul malato pur alla luce del principio di beneficenza (che tradizionalmente ha sempre presupposto che il medico fosse l’unico depositario della conoscenza del vero bene del paziente e delle modalità per conseguirlo), appare altresì insufficiente il solo principio di autonomia: compito del medico appare dunque, non certo quello di sottostare pedissequamente alle volontà di un malato in virtù di un principio di autonomia che rischierebbe di sfociare o quantomeno di essere inquinato dall’abbandono terapeutico pur di evitare l’eteronomia, bensì quello di rispondere alla domanda di guarigione che il sofferente rivolge al curante con una risposta di accoglimento solidale e partecipato della sua esistenza smarrita, confusa e disgregata dall’evento malattia che, pur nella legittima neutralità che l’atto medico richiede, deve comunque «trasparire e colorare di una sfumatura calda, affettiva, protettiva la relazione medico-paziente» (Carotenuto, 2004). La presa in carico del medico nei confronti del paziente deve percorrere tutti gli stadi enunciati da Guttentag (1953, 1979): quello dell’«amicizia recettiva», legata all’ascolto non soltanto della dimensione biologica o biologico-organicista, ma all’anamnesi secondo le parole e il linguaggio del corpo del paziente, quello del «distacco», fase oggettivante orientata verso la

nosografia – stadio che si radica nella competenza clinica del medico – e, in ultimo, quello della «comunicazione personalizzata», ovvero della partecipazione reciproca che fa appello al nucleo propriamente etico della relazione medico-paziente.

Soprattutto negli ultimi anni, l'empatia è stato un tema abbondantemente trattato – a volte forse abusato o svilito di senso e significato – da varie discipline e in vari campi di azione, suscitando molto interesse, ma anche l'emersione di numerosi punti di criticità, primi fra tutti il *burn-out* e l'elemento della “giusta distanza” tra operatore e paziente nei contesti della salute e della cura (Depalmas & Ferro Allodola, 2013). Nel linguaggio comune e nell'uso che di frequente ne viene fatto in psicologia, il concetto di “empatia” ha assunto dei contorni ben definiti e il suo significato appare chiaro anche se prevalentemente a livello intuitivo. Di fatto, in questi usi, l'empatia rimanda a un sentire comune agli altri che permette di farne proprie le esperienze e di comprenderne in questo modo gli stati d'animo e i punti di vista: più semplicemente, empatia significa mettersi nei panni dell'altro (Williams & Dazzi, 2006). Sullo sfondo di questo interesse c'è l'ipotesi che la crescente complessità delle interazioni che regolano la nostra vita di gruppo e, con essa, buona parte dei nostri sforzi di riproduzione e sopravvivenza, scaturisca dalla capacità di interpretare nel modo più accurato possibile il comportamento sociale dei nostri conspecifici (Baron-Cohen, 1997; Tomasello, 1999). Quasi nessuno sembra dubitare che lo sviluppo della comprensione dell'altro sia un aspetto fortemente consolidato nell'essere umano e che esso abbia recato alla nostra specie innumerevoli vantaggi sul piano dell'adattamento individuale e sociale: migliorare la coordinazione degli obiettivi di gruppo e rendere possibile la cooperazione culturale; ingannare l'altro a fini egoistici e, allo stesso tempo, essere in grado di decodificare gli inganni dell'altro.

Nonostante al tema sia stata dedicata una ampia e documentata attenzione, il dibattito sulla natura e sulla operazionalizzazione dell'empatia è ancora aperto, accompagnandosi alla questione dei criteri e delle procedure di quantificazione, la scelta dei quali discende, ovviamente, dall'assunzione di una specifica prospettiva teorica (Albiero et al., 2006; Albiero & Lo Coco, 2001; Bonino et al., 1998). Gli autori che si richiamano ad un approccio di tipo cognitivo definiscono l'empatia come l'abilità di riconoscere e comprendere i pensieri, le intenzioni e i sentimenti di un'altra persona

(Borke, 1971; Hogan, 1969). Nella prospettiva affettiva l'empatia denota, invece, l'esperienza di condivisione affettiva dello stato d'animo altrui (Bryant, 1982; Mehrabian & Epstein, 1972; Zhan-Waxler et al., 1979). Una visione unidimensionale, che focalizza solo o l'aspetto cognitivo o quello affettivo, si dimostra troppo riduttiva e neppure tanto esplicativa dei processi e dei meccanismi coinvolti nella generazione della risposta empatica (Davis, 1980; 1983; 1994). Nell'intento di superare i limiti contenuti nei due tradizionali orientamenti, è auspicabile adottare un approccio integrato che riconosca il ruolo congiunto di cognizione e affetti e che enfatizzi la connessione, piuttosto che la separazione, fra le diverse espressioni della responsività empatica. Precursori dell'approccio integrato, secondo il quale gli elementi cognitivi e quelli affettivi – lungi dall'essere separati – concorrono congiuntamente a definire la natura multidimensionale dell'atto empatico, possono essere ritenuti i modelli di Feshback (1975; 1987) e di Hoffman (1984) nei quali la reazione affettiva, vicaria alla situazione emotiva di un'altra persona, è mediata da prerequisiti cognitivi che si articolano in modo sempre più complesso lungo l'arco evolutivo, dispiegandosi attraverso modalità differenti che vanno dall'imitazione motoria nel neonato (Meltzoff & Moore, 1983) alla capacità di riconoscimento e di etichettamento delle emozioni nel bambino, fino allo sviluppo maturo della abilità di *role taking* che consente la comprensione dei sentimenti altrui e delle cause che hanno concorso a determinarli.

Come in altri settori delle neuroscienze, la messa a punto delle nuove tecniche di neuroimmagine, insieme ai metodi più tradizionali di mappatura delle funzioni cerebrali, ha consentito di fare notevoli progressi anche nel campo dello studio delle interazioni sociali. Ad esempio, grazie all'utilizzo della risonanza magnetica funzionale (*functional magnetic resonance imaging*, fMRI), tecnica di *imaging* biomedico che consente di visualizzare la risposta emodinamica correlata all'attività neurale del cervello, i neuroscienziati hanno tracciato un quadro chiaro delle aree cerebrali che hanno un ruolo centrale quando si entra in empatia. Essi concordano sul fatto che nell'empatia non è coinvolto l'intero cervello, ma una decina di regioni fra loro interconnesse (Frith & Frith, 2003). La capacità empatica sarebbe, quindi, resa possibile dalla risposta selettiva che alcune aree del cervello mostrano a stimoli dalla qualità indiscutibilmente sociale quali il volto di un conspecifico, le espressioni facciali

delle emozioni e i movimenti del corpo orientati ad uno scopo (Rizzolatti et al., 1996). Tale rete di circuiti cerebrali, definita da Brothers (1990) “cervello sociale”, consentirebbe la comprensione immediata delle intenzioni e delle motivazioni dell’altro attraverso una decodifica istantanea del comportamento del proprio conspecifico o anche di individui di altre specie:

- Corteccia mediale prefrontale (*medial prefrontal cortex*, MPFC). “Hub” per l’elaborazione dell’informazione sociale, importante per confrontare il proprio punto di vista con quello di qualcun altro (Amodio & Frith, 2006; Mitchell et al., 2006; Ochsner et al., 2005). La sua parte dorsale (*dorso-medial prefrontal cortex*, dMPFC) è coinvolta nella rappresentazione dei pensieri e dei sentimenti degli altri (Amodio & Frith, 2006; Coricelli & Nagel, 2009), mentre la parte ventrale (*ventro-medial prefrontal cortex*, vMPFC) è utilizzata sia quando si pensa alla propria mente sia nella valutazione del comportamento sociale attraverso le connessioni che essa stabilisce con l’area limbica e, in particolare, con l’amigdala (Damasio et al., 2000).
- Corteccia orbitofrontale (*orbito-frontal cortex*, OFC). Area cerebrale legata alla capacità di giudizio sociale, all’inibizione comportamentale e alla valutazione del dolore.
- Opercolo frontale (*frontal operculum*, FO). Equivalente di un’area del cervello delle scimmie che è coinvolta nella codifica delle intenzioni e degli obiettivi degli altri animali (Kumar et al., 2008).
- Giro frontale inferiore (*inferior frontal gyrus*, IFG). Regione legata al riconoscimento delle emozioni (Shamay-Tsoory et al., 2009).
- Corteccia cingolata anteriore (*caudal anterior cingulate cortex*, cACC; *middle cingulate cortex*, MCC) e l’insula anteriore (*anterior insula*, AI). La cACC/MCC si attiva come parte della “matrice del dolore”: questa regione non è attiva soltanto quando si prova dolore, ma anche quando si sta osservando il dolore in altri (Hutchison et al., 1999). La AI, invece, ha un ruolo negli aspetti corporei della consapevolezza di sé, che a sua volta è strettamente legata all’empatia (Craig, 2009).

- Giunzione temporoparietale destra (*right temporo-parietal junction*, RTPJ). Questa regione ha un ruolo chiave nel giudizio delle intenzioni e delle credenze di qualcun altro e, quindi, nel formulare una “teoria della mente” (Saxe & Kanwisher, 2003).
- Solco temporale superiore posteriore (*posterior superior temporal sulcus*, pSTS). Le cellule dell’STS rispondono quando la persona monitora la direzione dello sguardo altrui (Campbell et al., 1990).
- Corteccia somatosensoriale (*somatosensory cortex*). Area della corteccia coinvolta non soltanto nella codifica di un’esperienza tattile, ma anche nella semplice osservazione di altri che vengono toccati (Keysers et al., 2010; Keysers et al., 2004; Blakemore et al., 2005; Ebisch et al., 2008; Ishida et al., 2010). Quando ci identifichiamo con il disagio di qualcun altro, lo facciamo in un modo molto sensoriale. Se la nostra corteccia somatosensoriale è danneggiata o temporaneamente fuori uso, la nostra capacità di riconoscere le emozioni altrui è significativamente ridotta (Adolphs et al., 2000; Pitcher et al., 2008). I chirurghi, per esempio, sono in grado di svolgere il loro lavoro proprio perché non hanno questa reazione emotiva (Cheng et al., 2007).
- Lobulo parietale inferiore (*inferior parietal lobule*, IPL). Parte del sistema dei neuroni specchio, costituito da quelle parti del cervello che si attivano (nell’uomo come nei primati) sia quando si esegue un’azione sia quando si osserva un agente animato che esegue la stessa azione (Rizzolatti & Craighero, 2004). Alcuni autori hanno osservato che l’IPL destro sarebbe coinvolto nella distinzione di base tra le azioni compiute in prima persona e quelle compiute dall’altro, in quanto il processo di attribuzione di stati mentali all’altro comporterebbe sempre la sua attivazione (Decety & Jackson, 2004; Frith & Frith, 2003; Ruby & Decety, 2003). Ogniqualvolta il soggetto cerca di mettersi nella prospettiva dell’altro, attribuisce all’altro lo stato interno che sperimenta attraverso il feedback propriocettivo della propria imitazione comportamentale. L’attivazione dell’IPL destro sarebbe, quindi, il meccanismo neurale grazie al quale il soggetto compie questa attribuzione e riesce così a

discriminare la provenienza delle informazioni determinate dalla risonanza imitativa.

- Amigdala. Regione situata sotto la corteccia, nel sistema limbico. Essa è coinvolta nell'apprendimento emotivo e nella regolazione delle emozioni (LeDoux, 1998; Lee & Siegle, 2009; Wager et al., 2008).

Nel complesso, i dati sin qui riportati ci danno l'immagine della complessità e della stratificazione delle componenti implicate nella comprensione degli stati d'animo degli altri. L'empatia sembra implicare il contributo non di una sola area cerebrale, ma di una rete di strutture che interagiscono fornendo ciascuna un contributo funzionale specifico. A sostegno di una visione multidimensionale della responsività empatica, risultati ottenuti con studi di bioimmagine suggeriscono che la comprensione degli altri sulla base dell'assunzione di prospettiva personale cognitiva e dell'empatia utilizzino reti neurali distinte (Hein & Singer, 2008). Secondo le neuroscienze cognitive, l'empatia coinvolge componenti di elaborazione ascendenti e discendenti (Decety & Moriguchi, 2007; Goubert et al., 2009). L'elaborazione ascendente implica una componente automatica e inconscia di imitazione, che stimola il "contagio emotivo" (Hartfield et al. 1997) durante le interazioni inter-personali: nelle interazioni interpersonali si assiste al fenomeno relativo alla sintonizzazione automatica delle espressioni facciali e posturali, della voce, dei gesti, e delle correlate componenti vegetative – soprattutto frequenza e ritmo cardiorespiratorio –, tra i soggetti interagenti (Preston & De Waal, 2002). Tale automatismo è sostenuto dall'attivazione, nel soggetto percipiente, degli schemi di attività viscerale e sensomotoria sintonici con quelli relativi all'emozione vissuta dall'altro. Per alcuni autori questo meccanismo è innato, attivo già nelle prime fasi di vita (Rochat & Striano, 2002). Dal punto di vista neuroanatomico, la sede primaria della regolazione dello stato sensomotorio-vegetativo è costituita dalle aree troncoencefalico-ipotalamiche e dei nuclei della base. Con riferimento all'empatia, la risonanza percettiva ne costituisce una componente necessaria, ma non sufficiente: è necessaria in quanto fondamento basilico e primario della sintonizzazione tra sé e l'altro, per cui in sua assenza l'empatia non può realizzarsi, ma non è sufficiente in quanto la rilevante componente automatica, propria appunto del processo percettivo, agisce in completa assenza di componenti emozionali-cognitive.

I meccanismi neurobiologici relativi al fenomeno della risonanza emotiva, invece, sono stati ben evidenziati in uno studio di neuroimaging funzionale (Carr et al., 2003): durante l'osservazione o l'imitazione di immagini di soggetti esprimenti diverse emozioni, si evidenzia, analogamente a quanto accade durante l'espressione in prima persona delle stesse emozioni, un'attivazione simultanea nelle aree dell'insula (area corticale primaria della rappresentazione viscerale, che ha connessioni con i neuroni specchio e con il sistema limbico) e dell'amigdala (area del sistema limbico responsabile dell'attivazione vegetativo-viscerale propria delle emozioni). Recenti risultati neuroscientifici hanno suscitato l'ipotesi che alla comprensione sociale delle emozioni contribuisca un meccanismo *mirror* per le emozioni, ovvero un meccanismo che permette di comprendere le emozioni altrui, non appena la stessa emozione è osservata in un altro individuo, mediante il reclutamento diretto dei centri corticali attivi durante l'esperienza soggettiva della stessa emozione (Gallese, 2001; Gallese et al., 2004; Rizzolatti & Sinigaglia, 2006). Questa ipotesi è stata supportata principalmente da studi di neuroimmagine, nei quali erano individuate le regioni corticali reclutate quando il partecipante provava una certa emozione, e successivamente studiate quando lo stesso partecipante osservava la stessa emozione provata da qualcun altro. È interessante notare come in almeno un paio di studi sia stata descritta una correlazione positiva tra il grado di attivazione dei centri implicati nel riconoscimento delle emozioni (tipicamente l'insula), ed il punteggio ottenuto dagli stessi soggetti nei test di valutazione dell'empatia (Jabbi et al., 2007; Singer et al., 2006). Il meccanismo *mirror* emozionale dovrebbe avere il ruolo di generare una modalità di comprensione degli altri, un'interpretazione del mondo "interno" altrui a partire dal suo comportamento esibito, ovvero dalla sua espressione emozionale, impiegando una regione del cervello dell'osservatore preposta all'esperienza dell'emozione in questione mediante una simulazione corporea preconettuale (cioè che non necessita di un esplicito ragionamento inferenziale) e automatica (cioè la cui attivazione è involontaria e obbligata) (Caruana & Gallese, 2011). Anche in questo caso, la risonanza emozionale ne costituisce una componente necessaria, ma non sufficiente: è necessaria in quanto è il fondamento della sintonizzazione emotiva tra sé e l'altro, ma non è sufficiente in quanto la rilevante componente automatica, ben

espressa dal termine “contagio emotivo”, agisce in completa assenza di componenti cognitive.

L’elaborazione discendente, invece, modula e regola sia questo sistema automatico che i conseguenti comportamenti prosociali (Decety et al., 2009). Dal punto di vista neuroanatomico, la sede della regolazione dell’emozione è la corteccia prefrontale orbitoventromediale, con le fondamentali connessioni con il sistema limbico e con l’area parietale che, ricordiamo, risulta coinvolta anche nei compiti relativi alla differenziazione tra sé e l’altro, ovvero nella distinzione fra azioni *self-produced* e azioni *others-produced* (Ruby & Decety, 2001; Chaminade & Decety, 2002; Farrer & Frith, 2002); neuropsicologicamente, a tale area sono ascritte le cosiddette “funzioni esecutive emozionali” (Ardila, 2008), a significare la stretta combinazione tra elementi affettivi e cognitivi propria dei processi gestiti da questo livello strutturale del sistema nervoso centrale (Gainotti, 1996). Questa tipologia di elaborazione emozionale costituisce la componente sufficiente, basica e preverbale, per l’emergere dell’empatia, in quanto è a tale livello rappresentazionale che l’automatismo della sintonizzazione percettiva ed emozionale si combina con quel livello della differenziazione tra sé e l’altro che permette al soggetto di produrre una primordiale regolazione cognitiva preverbale degli stati percettivo-emozionali semplici, basata sulla valutazione del contesto relazionale, sociale e culturale entro cui avviene l’interazione con l’altro. A tal riguardo, la rappresentazione linguistica di sé-con-l’altro-nella-società di appartenenza linguistico-culturale, permette la regolazione della relazione interpersonale secondo codici socialmente condivisi in quanto, intervenendo sulla decodifica interpretativa sul senso della relazione e orientando l’azione in osservanza a codici di comportamento sociale, riduce l’intensità del contagio emotivo proprio dell’interazione diretta e concreta del mondo interpersonale (Ceccarelli, 2015). In quest’ottica, il linguaggio, ovvero l’identificazione verbale delle emozioni elicitate durante l’atto empatico, consente sia di modulare la risonanza emozionale semplice (Lieberman et al., 2007), sia di attivare schemi di azione che, nella misura in cui sono espressione delle narrazioni socialmente condivise, sono regolati da strutture cognitive proposizionali e sequenziali.

Le prove che si vanno accumulando suggeriscono quindi che nel comportamento empatico siano implicate sia una componente emotiva che una cognitiva, ma mentre la prima sostiene la nostra capacità di empatizzare emotivamente (“sento ciò che tu senti”), la seconda comprende componenti cognitive complesse quali l’assunzione di prospettiva empatica e la mentalizzazione (“capisco come ti senti”) (De Waal, 2007; Shamay-Tsoory et al., 2009). Il contagio emotivo – cioè la nostra abilità di empatizzare emotivamente, cioè di condividere i sentimenti dell’altra persona – attiva la corteccia somatosensoriale e insulare, come pure la corteccia anteriore del cingolo (Hein & Singer, 2008), mentre l’empatia con prospettiva personale – che implica componenti cognitive complesse grazie alle quali si riesce a dedurre lo stato mentale dell’altra persona, il che è conosciuto anche come “Teoria della Mente” (Premack & Woodruff, 1978) o “mentalizzazione” (Frith & Frith, 2003) o “lettura della mente” (Baron-Cohen, 1995) – attiva le regioni frontali mediali (Gallagher & Frith, 2003; Frith & Frith, 2003; Vogeley et al., 2001), il solco temporale superiore, il polo temporale e la giunzione temporo-parietale (Frith & Frith, 2006; Saxe, 2006). Che vi siano due sistemi indipendenti per le capacità empatiche emotive e per l’empatia cognitiva è mostrato, oltre che da studi sperimentali di *neuroimaging* funzionale, anche da studi che impiegano lesioni cerebrali specifiche (Shamay-Tsoory et al., 2009): essi hanno trovato una doppia dissociazione importante, anatomica e comportamentale, tra il deficit di empatia cognitiva (lesioni frontali ventromediali) e quello di empatia emotiva (lesioni del giro frontale inferiore); inoltre, il mappaggio anatomico preciso delle lesioni ha indicato l’area 44 di Brodmann come critica per l’empatia emotiva e le aree 11 e 10 come necessarie per l’empatia cognitiva.

2.3.1 Dall’empatia all’exotopia

Mentre l’empatia ha a che fare con la capacità di mettersi nei panni degli altri, l’exotopia (dal greco: *éxō-*, “al di fuori” e *-tópos*, “luogo”) ha a che fare con la capacità di riconoscersi diversi dagli altri. Con l’exotopia non mi limito a vedere e a sentire quello che mi aspetto di vedere e di sentire. Osservo l’altro permettendogli di essere diverso da me. Accetto di essere smentito, spiazzato. È una scelta esistenziale, è un cammino in altri mondi per conoscere se stessi. Per “exotopia” si intende una tensione dialogica in cui l’empatia gioca un ruolo transitorio e minore, dominata invece dal

continuo ricostituire l'altro come portatore di una prospettiva autonoma, altrettanto sensata della nostra e non riducibile alla nostra (Sclavi, 2003).

L'empatia attiva elementi di con-fusione che portano in primo piano tutti gli aspetti condivisi (valori, modi di dire e fare, convinzioni, ecc.) spostando sullo sfondo tutti gli aspetti che evidenziano differenze. L'empatia si comporta come una configurazione, una *gestalt* che tende a stabilizzarsi: io e te ci capiamo, questo significa che ci assomigliamo in tantissime cose fino al limite, quasi, di considerarci uguali. Ma è davvero questo che serve nella relazione di aiuto? A mio avviso è fondamentale invece costruire modelli di formazione medica e sanitaria in cui allenare la capacità del professionista di decentrarsi dai propri modelli di costruzione socio-cognitiva della realtà senza, però, annullarsi nella prospettiva del paziente: è quello che viene definito da Bachtin (2000) "exotopia". Nell'empatia, infatti, l'operatore isola e decontestualizza alcuni tratti dell'esperienza dell'altro per comprenderla in base alla propria esperienza, quindi mantenendo valido il proprio contesto. Simula, in qualche modo, di "mettersi nelle scarpe dell'altro", ma in realtà, all'ultimo momento, mette l'altro nelle proprie scarpe. Nell'exotopia, invece, la ricerca inizia quando, avendo cercato di mettersi nelle scarpe dell'altro, ci si accorge che non gli vanno bene. Ma per accorgersi di questo bisogna «esporsi», mettersi in discussione. Bisogna, cioè, attivare un atteggiamento riflessivo rispetto alla propria epistemologia professionale ed al proprio sapere implicito che determina potentemente le pratiche di cura.

Molto spesso, nella formazione universitaria e continua dei professionisti della salute e della cura, non viene dato un posto di rilievo all'empatia, né tantomeno all'exotopia nei termini e nelle funzioni che ho appena sinteticamente accennato, nonostante siano elementi indispensabili per entrare in relazione con il paziente, comprenderne i bisogni, instaurare un rapporto di fiducia e funzionali a quella che – nel linguaggio medico – prende il nome di *compliance*. Come vedremo nel prossimo capitolo, nella prospettiva offerta dal modello narrativo, l'operatore muta il proprio posizionamento sia conoscitivo, sia metodologico, sia etico. La scelta e l'utilizzo dei film in formazione ha l'intento di proporre una riflessione su alcune sequenze significative, nelle quali si avverte il "passaggio" dall'empatia verso l'exotopia, dal riconoscimento dell'altro all'attribuzione di valore all'altro ed al suo processo di *empowerment*

(Folgheraiter, 2000). D'altra parte, il cinema ci permette di costruire uno sguardo capace di osservare, di interpretare e di riflettere in profondità. L'utilizzo del film è orientato proprio a produrre occasioni per sviluppare forme di pensiero riflessivo ed a promuovere una più incisiva conoscenza delle proprie idee e delle proprie emozioni" (de Mennato, 2010). La natura narrativa dell'esperienza filmica produce, infatti, cambiamenti di prospettiva; aiuta ad osservare la storia attraverso lenti deformanti e a riconoscere il valore generativo del punto-di-vista assunto dai protagonisti, induce a ripercorrere, in forma di immagini e di suoni, i processi di sviluppo dell'esperienza agendo con valore trasformativo e interattivo in cui il soggetto è, o diviene, attore del proprio processo formativo ed esistenziale (de Mennato, 2012).

L'operatore non è tale in quanto esperto per i contenuti, ma perché diviene esperto per il processo di generazione della "realtà" discorsivamente intesa, tale da configurare aspetti pragmatici differenti da quelli attuali. Ciò comporta il distogliersi dal costrutto di "empatia" per posizionarsi in quella che Bachtin chiama appunto "exotopia". Nella prospettiva costruttivista, questa competenza è rappresentata dalla capacità di disporsi, come dice Schön (1993), ad una «conversazione riflessiva con la situazione» perché «la riflessione consiste nel far emergere, criticare, ristrutturare e verificare sul campo le comprensioni intuitive di fenomeni dei quali si fa esperienza». Una "conversazione riflessiva con la situazione" ha luogo, allora, quando si è disposti a calarsi nella situazione problematica, a rimanere aperti alla "risposta impertinente" della situazione, ad una risposta che potrebbe turbarci e disattendere le nostre aspettative. Essere aperti all'imprevisto e all'incerto, al riconoscimento dei diversi modi di configurazione della realtà significa riconoscere la complessità del reale, riflettendo «sui processi circolari e le dinamiche dell'interdipendenza e mutua coordinazione nella costruzione e nel cambiamento dei contesti, dei mondi possibili [...] muovendosi in un ambito relazionale e riflessivo, in cui l'osservatore è parte del sistema osservato» (Sclavi, 2003).

L'exotopia poggia proprio su una scelta di alterità, in cui la differenza è considerata una condizione necessaria alla comprensione dell'altro da sé. Nel confronto con l'alterità, le nostre reazioni divengono, dunque, materiale indispensabile per la comprensione e questo può avvenire proprio attraverso il confronto di cornici e

modi di costruzione della realtà differenti. La capacità di riflettere ed agire in modo trasformativo su tutto questo configura un modo nuovo di intendere se stessi e l'altro e può rappresentare un potente strumento di gestione costruttiva della relazione di cura, soprattutto nei momenti di criticità e conflitto.

2.3.2 Arricchire l'assistenza medica con l'Intelligenza Emotiva

La teoria dell'intelligenza emotiva è basata su diverse idee chiave. Dal campo dell'intelligenza è stata presa l'idea che l'intelligenza emotiva coinvolge soprattutto la capacità di ragionamento astratto. Dal campo di ricerca sulle emozioni, è stata tratta l'idea che le emozioni sono segnali che conferiscono significati costanti e ben discernibili sulle relazioni umane. Ad esempio, la felicità è un segnale di accettazione o unione con gli altri; la collera riflette generalmente il fatto di essere ostacolati nel raggiungimento delle proprie mete; la paura viene esperita quando si è minacciati, e così via. L'idea che almeno alcune emozioni siano universali viene (tra gli altri) da studi approfonditi sulle espressioni facciali delle emozioni di base in tutti gli esseri umani e nei primati (Ekman, 1973) e dagli studi sperimentali di intelligenza artificiale che indicano come sia possibile una comprensione delle emozioni da parte dei computer (Dyer, 1983).

Il concetto di Intelligenza Emotiva fu introdotto da Salovey e Mayer (1990) per descrivere la capacità che hanno gli individui di «monitorare le proprie e altrui emozioni, di differenziarle e di usare tali informazioni per guidare il proprio pensiero e le proprie azioni». Il modello a quattro rami (*Four-Branch Model*; Mayer & Salovey, 1997; Mayer et al., 2010) di intelligenza emotiva coinvolge le seguenti abilità:

1. Percezione delle emozioni (ramo 1). L'abilità di percepire le emozioni in se stessi e negli altri, così come negli oggetti, nelle arti, nelle storie, nella musica e in altri tipi di stimoli.
2. Facilitazione del pensiero (ramo 2). L'abilità di generare, usare e provare le emozioni quale abilità necessaria per comunicare i sentimenti o impiegarli in altri processi cognitivi.

3. Comprensione delle emozioni (ramo 3). L'abilità di comprendere le emozioni, le loro combinazioni e il loro crescendo nel corso dei cambiamenti relazionali, e di rendersi conto di tali significati emotivi.
4. Gestione delle emozioni (ramo 4). L'abilità di essere aperti ai sentimenti e di modularli in se stessi e negli altri in modo da promuovere la comprensione e la crescita personale.

Il termine fu poi reso maggiormente popolare da Goleman (1995) che ha descritto il costrutto di Intelligenza Emotiva come un insieme di cinque competenze o caratteristiche personali e sociali fondamentali per affrontare con successo la vita:

1. Conoscenza delle proprie emozioni. L'autoconsapevolezza, in altre parole la capacità di riconoscere un sentimento nel momento in cui esso si presenta.
2. Controllo delle emozioni. La capacità di controllare i sentimenti in modo che essi siano appropriati alle situazioni contingenti.
3. Motivazione di se stessi. La capacità di dominare le emozioni per raggiungere un obiettivo che comprende, oltre al controllo emozionale, la capacità di ritardare la gratificazione e di reprimere gli impulsi.
4. Riconoscimento delle emozioni altrui. L'empatia, ovvero la sensibilità ai sottili segnali sociali che indicano le necessità o i desideri altrui.
5. Gestione delle relazioni. L'arte delle relazioni consiste in larga misura nella capacità di dominare le emozioni altrui e indurre risposte desiderabili negli altri.

Nonostante queste competenze possano promuovere nelle persone una percezione più sicura di ciò che realmente provano, una ripresa molto più veloce dalle sconfitte e dai rovesci della vita, una maggiore produttività ed efficienza in qualunque ambito si applichino e aumentino la popolarità, la *leadership* e l'efficacia nelle relazioni interpersonali (Goleman, 1995), troppo spesso l'assistenza sanitaria moderna manca di intelligenza emotiva. Troppo spesso medici e infermieri sono frettolosi o indifferenti al disagio e alla sofferenza dei pazienti, ignorando le reazioni emotive proprie e dei propri assistiti, anche quando si prendono gran cura delle loro condizioni fisiche. Questa indifferenza verso la realtà emozionale della malattia ignora i dati, sempre più numerosi, che dimostrano come lo stato emotivo possa avere, a volte, un ruolo

significativo nella vulnerabilità dell'individuo alla malattia e nel decorso della convalescenza e di come sia importante, quindi, trovare il tempo di assicurare e informare, oltre a quello di somministrare medicine. Ma la tendenza corrente sembra portare a un universo professionale nel quale il personale sanitario sia del tutto ignaro della vulnerabilità dei pazienti, o comunque troppo sotto pressione per occuparsene. Dovendosi confrontare con la dura realtà di un sistema sanitario nel quale i tempi sono sempre più spesso scanditi da contabili e ragionieri, le cose sembrano andare peggiorando.

Al di là delle argomentazioni umanitarie affinché i medici offrano attenzioni e non solo cure, altre ragioni convincenti inducono a considerare la realtà psicologica e sociale dei pazienti non separatamente, ma come un elemento del quadro di interesse medico. Oggi si può dimostrare scientificamente che – curando lo stato emotivo degli individui insieme alla loro condizione fisica – è possibile ritagliare un margine di efficacia in termini medici, sia a livello di prevenzione che di trattamento. Naturalmente questo non vale in ogni caso e per qualsiasi condizione. Tuttavia, l'analisi dei dati raccolti in centinaia e centinaia di casi, dimostra come in media si riscontrino – in termini medici – miglioramenti sufficienti per ritenere che l'intervento a livello emotivo debba costituire, nelle malattie gravi, una normale componente dell'assistenza medica.

Storicamente, nella società moderna la medicina ha identificato la sua missione nella cura della patologia – il disturbo fisico – trascurando l'esperienza della malattia – l'esperienza umana. I pazienti, facendo proprio questo approccio al problema, contribuiscono anch'essi a ignorare le proprie reazioni emotive alla malattia – o a liquidarle come irrilevanti ai fini del suo decorso. Questo atteggiamento è rinforzato da un modello medico contrario completamente all'idea che la mente possa influenzare il corpo in modo consequenziale.

Le scoperte di numerosi ricercatori (Ader & Cohen, 1975; Cohen et al., 1991; Felten et al., 1985; Friedman & Boothby-Kewley, 1987; Rabin et al., 1989) sui diversi modi – rivelatisi numerosissimi – attraverso i quali il sistema nervoso centrale e il sistema immunitario comunicano tra loro, aprirono la strada allo studio delle vie

biologiche che rendono la mente, le emozioni e il corpo entità non separate, ma intimamente interconnesse. Dopo la scoperta di Ader (1975) che anche il sistema immunitario, proprio come il cervello, è capace di apprendere, sono state fornite da Felten e collaboratori (1985) prove convincenti dell'esistenza di una via diretta che permette alle emozioni di avere un impatto sul sistema immunitario individuando il punto in corrispondenza del quale il sistema nervoso autonomo, attivato durante l'esperienza emozionale (*arousal*), comunica direttamente, regolandone la secrezione nel sangue, con linfociti e macrofagi, ossia con le cellule del sistema immunitario. Un'altra fondamentale via di collegamento fra emozioni e sistema immunitario si esplica nell'influenza esercitata dagli ormoni liberati in condizioni di stress. Le catecolamine (adrenalina e noradrenalina), il cortisolo e la prolattina, come pure gli oppiacei naturali beta-endorfina ed encefalina, vengono tutti liberati in quello stato di attivazione fisiologica che segue allo stress: l'influenza principale di questi ormoni, mentre la loro concentrazione aumenta nell'organismo, è quella di inibire e sopprimere, anche per lungo tempo in caso di stati cronici di sofferenza psicologica, la funzione delle cellule immunitarie (Rabin et al., 1989), aumentando così la probabilità che l'individuo si ammali (Cohen et al., 1991).

Questi riscontri scientifici, fanno delle emozioni negative un fattore di rischio importante come, ad esempio nel caso delle cardiopatie, il fumo di sigarette o un elevato livello di colesterolo. Nonostante tali dimostrazioni, molti medici, forse la maggior parte, sono ancora scettici sull'importanza clinica delle emozioni e non soddisfano le esigenze psicologiche dei propri pazienti. Il fatto di avere medici e infermieri empatici, in sintonia con i pazienti, capaci di ascoltarli e di farsi ascoltare, alimenterebbe un'assistenza centrata sulla relazione e comporterebbe numerosi vantaggi clinici. Come abbiamo visto, aiutare gli individui a gestire meglio i sentimenti negativi – la collera, l'ansia, la depressione, il pessimismo e la solitudine – è una forma di prevenzione. Molti pazienti, inoltre, possono trarre beneficio misurabile quando le loro esigenze psicologiche sono oggetto di cura insieme a quelle strettamente fisiche. La medicina può ampliare la propria concezione della salute e includervi le realtà emotive della malattia in molti modi. Intanto, i pazienti potrebbero ricevere normalmente informazioni più complete, essenziali per prendere le necessarie

decisioni relative alla loro salute e per consentire loro di stabilire un rapporto più paritario con i propri medici. Un altro approccio è quello di istituire programmi che, nell'arco di qualche minuto, insegnano al paziente a porre domande efficaci al proprio medico in modo tale che, se in sala d'aspetto il paziente ha in mente tre domande da rivolgere al medico, dovrebbe uscire dall'ambulatorio con tre risposte. Dal momento che il ricovero può essere un'esperienza di grande solitudine e impotenza, si potrebbero progettare le camere per la degenza in modo che i familiari possano stare con i pazienti, cucinando per loro e accudendoli come se fossero a casa. Infine, si potrebbero insegnare ai pazienti tecniche di rilassamento che li aiutino a superare parte della sofferenza derivante dalla loro sintomatologia, come pure a gestire le emozioni che probabilmente la stimolano o la acuiscono.

2.4 Curare con il paziente: l'alleanza terapeutica

Quanto detto nei paragrafi precedenti, se da una parte mette in luce l'importanza della comprensione del malato e della relazione medico-paziente anche in termini psicologici, dall'altra può far sorgere qualche dubbio: c'è infatti il rischio, non solo teorico, di psicologizzare la medicina, trasformandola in una cattiva psicoterapia o in una povera medicina. Il medico, in quanto tale, non ha bisogno di una formazione simile a quella dello psichiatra o di una psicoterapia personale: ciò di cui ha bisogno è di una riflessione e di un addestramento specifico alla relazione medico-paziente. Questa relazione è del tutto peculiare e non si può confondere né con una relazione amichevole di tutti i giorni, né con un rapporto di tipo psicoterapeutico (Vigorelli & Vigorelli, 1985). La relazione terapeutica, al pari di qualsiasi altro tipo di relazione professionale, di per sé non è paritetica, ma anzi si fonda sulla non-pariteticità tra medico e paziente. L'adesione a copioni di ruolo culturalmente canonizzati è precondizione per articolare le relazioni in ambito sociale, in riferimento all'osservanza di valori, regole di comportamento e costumi connessi ai diversi ruoli e funzioni che ciascuno di noi svolge in un determinato contesto sociale. Tale osservanza, sostenuta dal sistema motivazionale affiliativo e spesso implicante il sistema di rango (il professionista può facilmente essere percepito in una posizione di rango sociale dominante), marca in modo significativo la non-pariteticità tra professionista e cliente. Nel caso della relazione di cura, inoltre, la non-pariteticità tra medico e paziente è

ulteriormente marcata dalla naturale asimmetria connessa all'attivazione del sistema di attaccamento nel paziente (correlata alla condizione di sofferenza personale) e del sistema di accudimento del medico (connessa allo svolgimento di una relazione professionale di aiuto).

La pariteticità, che segnala la pari dignità tra medico e paziente, intrinseca all'attivazione del sistema cooperativo, non costituisce dunque un elemento primario e spontaneo, necessario per la fondazione della relazione terapeutica: essa è piuttosto un obiettivo che il medico deve porsi attivamente, un obiettivo verso cui la relazione terapeutica deve tendere affinché si istituisca un'alleanza terapeutica per mezzo della quale il medico aiuta il paziente ad aiutare se stesso ad intraprendere il faticoso processo terapeutico finalizzato al suo benessere (Bara, 2007). L'alleanza terapeutica implica l'esperienza fondamentale della pariteticità interpersonale, definita da un obiettivo congiunto, pur all'interno delle differenze di ruolo tra medico e paziente. L'attivazione durevole del sistema cooperativo nel clinico, innescato dalla percezione di un obiettivo (la cura del paziente) meglio perseguibile attraverso un'azione congiunta (con il paziente), comporta un'analoga attivazione del sistema cooperativo nel paziente grazie alle funzioni del sistema dei neuroni specchio (Liotti & Monticelli, 2014). È grazie al riconoscimento della pariteticità tra sé e l'altro tramite il fondamentale riferimento ad un fine comune e condiviso che l'"io-tu" si emancipa dai vincoli della somiglianza-diversità individuali per aprirsi al "noi", cioè all'incontro tra soggettività in cui somiglianza-diversità sono pariteticamente al servizio del fine comune (Ceccarelli, 2015). La presenza di un fine comune e condiviso dai partecipanti all'interazione – terapeuta e paziente/i –, fattore che consente la costruzione del "noi" nella relazione terapeutica, è altresì un fattore cruciale per l'attivazione empatica nel medico la quale è direttamente proporzionale alla quota di interazione cooperativa presente nella relazione terapeutica con il paziente.

È certamente possibile attuare, sin dai primi minuti del primo incontro con il paziente, una condotta comunicativa tesa alla riduzione della naturale non-pariteticità relazionale. Invitare implicitamente il paziente ad assumere un ruolo attivo nella gestione del dialogo terapeutico, ponendo domande prevalentemente su contenuti espressi spontaneamente dal paziente piuttosto che sottoporlo ad una serie di

domande tecniche (come nella classica anamnesi medica), è la prima strategia attuabile per ottenere la riduzione della non-pariteticità relazionale. Quello della cooperazione paritetica è un assetto relazionale particolarmente rilevante ai fini delle interazioni medico-paziente, che guida i comportamenti coordinati di collaborazione finalizzati al raggiungimento di obiettivi congiunti e concordati. A tal fine è utile che il medico tenga al centro della propria attenzione le risorse e non solo i *deficit* (legati alla malattia), man mano che le prime e i secondi traspaiono da quanto il paziente va dicendo di sé. Il colloquio clinico è, in ultima analisi, un dialogo fra due esperti, in cui il medico è un esperto del corpo umano in generale e il paziente è un esperto – anzi, l'unico esperto – del proprio corpo. Anche se è il paziente – esperto di sé – a gestire il flusso comunicativo, è il medico che, grazie all'agenda mentale propria della sua formazione e competenza, orienta, tramite le domande su contenuti spontaneamente espressi dal paziente, il percorso tematico del dialogo. Grazie alle sue domande, il medico consente la costruzione di catene associative tematiche da contenuti inizialmente periferici a contenuti che ritiene centrali. In una conversazione cooperativa, nell'ambito di una relazione di cura efficace e solida, certe mosse linguistiche dovrebbero essere escluse in quanto conversazionalmente improprie. Il contributo del medico alla conversazione deve essere «tale quale è richiesto, allo stadio in cui avviene, dallo scopo o orientamento accettato dallo scambio linguistico in cui è impegnato» (Grice, 1987). In altre parole, dire più dell'indispensabile, aumentare le informazioni tecniche, seppellire il paziente sotto il peso della scienza nella speranza di convincerlo, non serve quasi a niente. Durante il colloquio con il paziente, il medico dovrebbe quindi rispettare quelle che Grice (1987) ha definito “massime conversazionali”, ovvero quelle quattro norme comportamentali alle quali dovrebbero affidarsi le persone durante una conversazione affinché questa proceda comprensibile e senza intoppi rispettando i principi di cooperazione. Esse prescrivono di fornire all'interlocutore un contributo tanto e non più informativo di quanto richiesto (quantità), di dare un contributo che sia vero e per cui si hanno prove adeguate (qualità), di fornire un contributo pertinente con la conversazione (relazione) e di evitare l'oscurità di espressione, l'ambiguità preferendo ad esse brevità e ordine nell'esposizione (modo). Inoltre, il medico dovrebbe sempre ricordarsi che le motivazioni comunicative sociali dell'uomo non si limitano solo alla richiesta o

all'offerta di aiuto o di informazioni, ma che a queste due motivazioni comunicative fondamentali se ne deve aggiungere una terza, di marca più espressiva e condivisiva, volta a «condividere atteggiamenti e sentimenti in modo da incrementare il terreno comune tra noi e gli altri» (Tomasello, 2009) e selezionare così, secondo un criterio di affinità, i conspecifici autorizzati a far parte del proprio gruppo sociale: tanto più il medico saprà riconoscere nel corso del colloquio queste ultime intenzioni comunicative del paziente, tanto più quest'ultimo identificherà il medico come un membro della propria specie di cui potersi fidare e con cui potersi alleare per il raggiungimento di un obiettivo condiviso quale è la sua guarigione.

Sul piano teorico, riconducendo l'alleanza alla frequente e sincrona attivazione del sistema motivazionale cooperativo sia nel medico che nel paziente durante lo scambio clinico, possono esistere tanti tipi di flessione e crisi dell'alleanza quanti sono i sistemi motivazionali interpersonali (Tabella 2.1) che possono «spostare il sistema cooperativo dalla funzione sovraordinata che assume durante la costruzione efficace dell'alleanza» (Liotti & Monticelli, 2014).

Tabella 2.1 – Attivazione, mete e sequenze emozionali tipiche dei Sistemi Motivazionali Interpersonali
(Fonte: Adattato da G. Liotti & F. Monticelli, 2014)

Sistema Motivazionale Interpersonale	Attivazione	Meta	Sequenze emozionali tipiche
Attaccamento	Percepita vulnerabilità personale per minacce ambientali, solitudine, sofferenza.	Conseguimento di vicinanza protettiva.	Paura di separazione, protesta (collera), tristezza da perdita, distacco emozionale. Gioia di ricongiungimento, sicurezza.
Accudimento	<i>Separation cry</i> emesso da un membro del gruppo sociale. Altri segnali di richiesta di aiuto/comforto.	Offerta di cura.	Ansiosa sollecitudine, tenerezza protettiva, gioia per la protezione offerta. Colpa per non aver risposto alla richiesta.
Agonistico (di rango)	Percezione che una risorsa ambientale è limitata. Segnali di sfida emessi da un membro del gruppo sociale.	Definizione del rango sociale di potere e di dominanza/sottomissione per regolare all'interno di un gruppo il diritto prioritario di accesso alle risorse limitate.	Collera, paura, vergogna, resa (umiliazione), tristezza per la sconfitta. Orgoglioso trionfo, disprezzo verso lo sconfitto.
Sessuale (di coppia)	Segnali interni (aspetti ormonali). Segnali esterni	Formazione e mantenimento della coppia sessuale con il	Desiderio erotico, eccitamento da contatto sessuale,

	(ferormoni, comportamenti di seduzione).	valore biologico della riproduzione e del sostentamento della prole.	orgasmo.
Cooperativo (paritetico)	Invito a condividere l'interesse per un qualche aspetto della realtà.	Conseguimento di un obiettivo comune, più facile da raggiungere attraverso un'azione congiunta.	Piacevole condivisione, interesse, fiducia, gioia per il raggiungimento congiunto di un obiettivo. Lealtà reciproca, colpa e collera per tradimento (agito o subito).

Se la sintonizzazione motivazionale interpersonale tra medico e paziente si stabilizza prevalentemente sul registro agonistico – SMI che regola la definizione dei ruoli e si esprime attraverso comportamenti aggressivi che però non sono finalizzati a danneggiare l'altro, ma a definire posizioni e gerarchie – si possono manifestare tre diversi scenari relazionali. Il primo di questi scenari vede il paziente in posizione di sottomissione e il medico in posizione di dominanza (per esempio ingiungendo comportamenti o prescrivendo apoditticamente terapie che il paziente accoglie supinamente). Il secondo, all'opposto, vede il paziente assumere un atteggiamento giudicante negativo e il medico giustificarsi in modo imbarazzato oppure riconoscere, anche solo tacitamente, la propria vera o supposta inefficienza. Il terzo si configura come una sorta di competizione irrisolta per la dominanza, con paziente e medico che si scambiano simmetricamente accuse di atteggiamenti inappropriati, scorretti o controproducenti per la terapia. La relazione dialogica tra medico e paziente ha dei vincoli ben precisi ad essa intrinseci, ed è quindi definita da un contratto; come abbiamo visto, questo si fonda evidentemente su di un obiettivo condiviso che è la salute del paziente, il suo star bene, o comunque meglio (Bert & Quadrino, 2002). Ciò che spesso non è condiviso, invece, è il percorso che conduce a questo obiettivo: quello che il paziente immagina, spera o suggerisce non trova necessariamente d'accordo il medico, e viceversa. Se il conflitto tra le istanze del paziente e le prescrizioni del medico dovesse diventare centrale, assorbirebbe tutte le energie dei due protagonisti e l'obiettivo originale – la salute del paziente – scomparirebbe e verrebbe sostituito dall'obiettivo di vincere il confronto. Nel caso in cui non esista accordo tra gli interlocutori, e poiché il professionista è il medico, spetterà a lui promuovere il raggiungimento di una qualche forma di cooperazione i cui principi

invitano medico e paziente a portare le proprie risorse e sforzi, nel rispetto del proprio ruolo e competenze, al processo di *decision making*, condiviso secondo modalità di rispetto reciproco. Inoltre, la cooperazione difficilmente può avere luogo se il paziente non capisce il senso delle prescrizioni mediche; e tuttavia capire il senso non significa capire la razionalità delle prescrizioni stesse. Per esempio, molto spesso il medico, per uscire dallo stallo in cui è caduto il processo terapeutico, si ingolfa in complicate (e sempre più irritate) spiegazioni e argomentazioni logiche a favore delle proprie scelte cliniche a cui il paziente, altrettanto spesso, risponde (quando risponde) con desolati, ma irremovibili rifiuti di aderire alle prescrizioni proposte dal medico.

Poiché il sistema di attaccamento del paziente è naturalmente sollecitato in una relazione di aiuto (Liotti, 2007), i più comuni tipi di flessione dell'alleanza sono riconducibili al prevalere di questo sistema nel paziente e del complementare sistema di accudimento nel medico. In condizioni di malattia, infatti, il paziente si sente vulnerabile e in pericolo con sensazioni di ansia e paura. Questo vissuto attiva il SMI dell'attaccamento verso il medico a cui si rivolge per chiedere aiuto, percepito non solo come specialista ma anche come figura di attaccamento con caratteristiche di saggezza, forza e protezione. Reciprocamente alla richiesta di cura e protezione il medico risponderà attivando il SMI di accudimento. Nell'ambito del trattamento sanitario, mentre in situazioni acute è necessario essere accudenti, tale comportamento risulta potenzialmente dannoso una volta superata l'emergenza, soprattutto con pazienti che mostrano un attaccamento di tipo resistente. Ancor più che nel caso di flessioni dell'alleanza riconducibili al prevalere di motivazioni competitive, il tipo di flessione da attivazione prevalente dell'attaccamento del paziente (e dell'accudimento nel medico) può esprimersi in scenari relazionali diversi, determinati dai diversi stili di attaccamento. Per esempio, i pazienti con attaccamento ansioso-resistente o disorganizzato tendono a indurre un tipo di frattura nell'alleanza espresso da richieste di aiuto e conforto pressanti e continue, apparendo allo stesso tempo inconsolabili oppure oscillando bruscamente nella direzione di un rifiuto spaventato delle risposte accudenti del medico (Eames & Roth, 2000). I pazienti con stile di attaccamento evitante, invece, possono indurre scenari relazionali più vicini al tipo di rottura dell'alleanza che Safran e Muran (2000) chiamano "da ritiro" e sono più

portati a quel genere estremo di rottura dell'alleanza che consiste nella brusca interruzione, non giustificata o preannunciata, del rapporto clinico.

Infine, ad apparire relativamente rari fra i tipi di flessioni dell'alleanza sono invece quelli caratterizzati dal prevalere, in entrambi o in uno dei due membri della diade terapeutica, di motivazioni erotiche e di atteggiamenti di seduzione sessuale, in genere sottili e inconsapevoli, che non sfociano mai in relazioni sessuali. L'inconsapevole reciproca seduttività erotica fra medico e paziente può essere confusa con l'esperienza di pariteticità e di uno scambio clinico fluente e interessante che caratterizzano l'alleanza terapeutica. Nella relazione medico-paziente è il caso di pazienti particolarmente insicuri che in una situazione di vulnerabilità, quale può configurarsi l'incontro con il medico, mettono in atto comportamenti seduttivi di tipo intellettuale («quanto è bravo!») o di iniziale corteggiamento. Questa è una modalità relazionale finalizzata ad assicurarsi la completa e stabile presa in carico da parte del medico.

In letteratura, ci si riferisce ad un coinvolgimento attivo e collaborativo del paziente a cui si chiede di partecipare alla pianificazione e all'attuazione del trattamento, elaborando un consenso basato sull'accordo, con il termine "aderenza" (*adherence*; Myers & Midence, 1998). Mentre il termine *compliance* – classicamente definita come il grado in cui il comportamento di una persona (in termini di assunzione di farmaci, osservanza di diete, attuazione di cambiamenti nello stile di vita) coincide con le raccomandazioni del medico (Haynes et al., 1979) – presuppone la concezione del paziente come di una persona da cui è lecito attendersi un'acritica obbedienza al medico e la piena osservanza delle sue prescrizioni e del medico come infallibile e in possesso di indiscusse abilità terapeutiche, il termine "aderenza" è più spesso utilizzato per indicare una valida alternativa, concettuale e pratica, allo sbilanciamento della situazione precedentemente descritta (Majani, 2001). In questo schema, un fallimento terapeutico non viene più attribuito alla *non compliance* del paziente che non ha seguito alla lettera le raccomandazioni del medico, ma, poiché il terreno sul quale può nascere l'aderenza delle prescrizioni mediche è quello di un buon rapporto medico-paziente, un'eventuale non aderenza al trattamento è da interpretare come un segnale di inefficacia della comunicazione o di inadeguatezza del rapporto. Fin da

quando Eva mangiò il frutto proibito fu chiaro che a volte la gente preferisce non seguire le raccomandazioni (Blackwell, 1992): solo un paziente collaborante e attivamente coinvolto nella gestione della malattia, un rapporto medico-paziente che si configura come un'alleanza da costruire e difendere e, infine, una medicina che non perde di vista i valori della persona e la dignità della sofferenza, pur declinandosi nelle superspecializzazioni e nell'abbagliante potere della tecnologia d'avanguardia, aumenta significativamente le probabilità che il paziente entri in un programma di trattamento e lo porti avanti con continuità, fissi e rispetti gli appuntamenti per le visite di controllo, assuma i farmaci prescritti in modo corretto, attui appropriati cambiamenti nello stile di vita, gestisca correttamente i regimi terapeutici domiciliari ed eviti i comportamenti a rischio per la propria salute (Meichenbaum & Turk, 1987). Sostanzialmente, il modello di interazione medico-paziente di stampo deliberativo (Emanuel & Emanuel, 1992) – dove il medico aiuta il paziente a comprendere quali valori sono contemplati nelle opzioni disponibili, attraverso la discussione e non attraverso le minacce o la direttività, e indica quelli ai quali si dovrebbe aspirare, fornendo le relative ragioni – evita sia le trappole del vecchio modello paternalistico, sia le nuove paludi del modello informativo, spesso sostenuto in ambito bioetico o medico-legale, ma che riconduce la professionalità del medico all'offerta di un sapere tecnologico e confonde l'autonomia del paziente con la licenza di "acquistare" il prodotto sanitario che più lo convince in solitudine decisionale e morale.

2.4.1 Il medico *care-giver*: una base sicura

La relazione medico-paziente si colloca all'interno di quella dimensione ampia e complessa della relazione d'aiuto professionalmente individuata, ma perché possa dirsi tale, ha bisogno di fondarsi e di iscriversi all'interno di una cornice teorica di riferimento, che ne giustifichi l'esistenza, la forma strutturale e procedurale e la validità significativa (Bruni et al., 2003). Da un punto di vista psicologico, la spiegazione della relazione terapeutica in medicina non può prescindere dalle caratteristiche della relazione interpersonale che sono alla base delle interazioni sociali tra le persone e quindi anche quelle tra medico e paziente (Bisanti et al., 2006). In tal senso alcuni modelli teorici derivanti dagli studi dell'etologia umana si prestano in modo particolarmente efficace a orientare un'analisi della relazione interpersonale e dei

differenti stili relazionali così come la relazione tra medico e paziente. Le riflessioni più promettenti in tale analisi sono quelle rappresentate dalla psicologia evoluzionista a orientamento cognitivista di Gilbert (2000), dalla Teoria dell'Attaccamento di John Bowlby (1972) e quindi dalle successive concettualizzazioni della teoria dei Sistemi Motivazionali Interpersonali – da qui in avanti SMI – particolarmente sviluppata in ambito cognitivista da Liotti (2005).

La scelta della Teoria dell'Attaccamento come modello teorico di riferimento per l'interpretazione della relazione medico-paziente riconosce principalmente due ragioni: la necessità di disporre di un modello della mente e del comportamento umano sufficientemente ampio e articolato e il bisogno di disporre di un *focus* euristico intorno al quale predisporre gli interventi tecnici. La Teoria dell'Attaccamento, inoltre, a differenza di altri sistemi concettuali, è caratterizzata contemporaneamente da un solido impianto di base, ma anche da un alto grado di flessibilità e insaturazione, intesa come assenza di cristallizzazioni concettuali e presenza di concetti e categorie ancora suscettibili di esplorazione. La genesi multiculturale della teoria, la concettualizzazione della mente come sistema aperto e plastico, il ruolo cruciale svolto dalle relazioni, si traducono nella possibilità di sempre nuove prospettive e di sempre diversi interventi applicativi non in serie, ma, bensì, individualizzati. I concetti di storia e di stile di attaccamento, quelli di modelli operativi interni e della loro genesi relazionale, quelli di trasmissione di *pattern* intergenerazionale sono solo alcuni dei presupposti teorici che possono giustificare, in senso psicologico, la considerazione della specificità individuale. Individuare lo stile di attaccamento di una persona in particolare, considerare come quella persona vive e interpreta le relazioni con gli altri, come modula le sue emozioni e quali schemi comportamentali utilizza abitualmente, permette, quindi, di elaborare una strategia terapeutica adeguata e differenziata.

La Teoria dell'Attaccamento prende origine dagli studi di John Bowlby (1972) che hanno avuto avvio in modo sistematico con le prime osservazioni dirette delle interazioni tra madri e bambini. Secondo la Teoria dell'Attaccamento, alcuni comportamenti e modalità di relazione interpersonale si basano sull'assunto che in ciascun individuo esista una tendenza biologicamente preordinata a cercare la

vicinanza protettiva di una figura ben conosciuta, ogni qual volta la persona sperimenti situazioni di pericolo, dolore, fatica, solitudine, vulnerabilità, rischio per la propria integrazione, reali o soggettivamente percepite. La sua attivazione è finalizzata alla ricerca attiva e al mantenimento della vicinanza con la figura di attaccamento, cioè colui che è in grado di garantire protezione e sicurezza. Il SMI dell'accudimento, il reciproco del precedente, è attivato da richieste di aiuto o conforto e organizza il comportamento allo scopo di offrire cura e protezione, il cui fine adattivo è la sopravvivenza dei conspecifici. Dalle prime osservazioni di tipo naturalistico, ulteriori sviluppi sono venuti dall'applicazione di metodologie sperimentali volte alla misurazione dei comportamenti di attaccamento (Ainsworth et al., 1978; Main et al., 1985). Si è così giunti a un'iniziale codifica di diversi stili relazionali che caratterizzano l'attivazione del sistema dell'attaccamento: ovvero sicuro (*pattern B*), ansioso-ambivalente o ansioso-resistente (*pattern C*) e ansioso-evitante (*pattern A*). Questi sono anche definiti come pattern di attaccamento, sottolineando le diverse componenti che lo caratterizzano: comportamenti, pensieri ed emozioni.

L'attenzione e il sostegno empatico, da parte del medico, oppure la promozione degli atteggiamenti esplorativi o della ricerca dell'autonomia del paziente significano agire da "base sicura", ovvero significa assumere un ruolo relazionale che promuova la modulazione adeguata degli affetti, la condivisione con un partner affidabile e l'esplorazione e la crescita affettiva e cognitiva. Non si tratta quindi di un mero agire in termini di sostegno, quanto di avere la consapevolezza che il disporre di una "base sicura", di una relazione sperimentata come affidabile, permette di realizzare un cambiamento nell'assetto mentale del paziente. Il medico orientato all'attaccamento, riconosce la persona nella sua globalità, nei suoi aspetti equilibrati e disfunzionali, lavora nel qui ed ora della relazione, a diretto contatto con l'esperienza che si svolge nello spazio-tempo dell'incontro (Marrone, 1998); è in grado di sintonizzarsi sulle lunghezze affettive del paziente e, al tempo stesso, è attento a non confondersi, a non smarrire la propria identità; si lascia raggiungere dalla tristezza come dalla difficoltà, è disponibile a condividere la paura come le sensazioni di smarrimento e di inquietudine, è capace di vivere la sofferenza dell'altro come la sua gioia. Funzionando da "base sicura", il medico permette al cliente di esplorare liberamente, di sviluppare le istanze

di autonomia, di individuare soluzioni e strategie alternative per risolvere i propri problemi; aiuta il paziente a focalizzare l'attenzione su aspetti inizialmente trascurati, su emozioni e sentimenti negati o svalutati, sul significato di esperienze e di vissuti. Stimolato in questo senso, il paziente si trova allora a cambiare prospettiva, a guardare il suo problema da un altro vertice. La qualità della relazione va quindi a modulare la capacità di pensare dell'altro e lo mette in condizione di pensare in modo diverso, di scoprire modalità nuove di interpretazione di sé e del mondo. Attraverso la condivisione affettiva, si promuove cioè un cambiamento cognitivo, si favorisce l'attività della funzione riflessiva (Fonagy & Target, 2001). Il farsi carico, da parte del medico, delle aspettative, delle credenze e delle emozioni del paziente, significa mettere quest'ultimo in condizione di fare esperienza di un oggetto nuovo e di una modalità di relazione diversa da quella che si sarebbe attesa. Questa capacità di contenimento del medico permette al paziente di internalizzare un nuovo modo di funzionamento mentale e di esplorare nuovi modi di vivere la complessità. Il paziente è così aiutato a scoprire qualcosa di sé che ignorava e a scoprire attivamente le risorse di cui dispone, le strategie che meglio si adattano ad affrontare la situazione contingente, le prospettive altre da cui guardare il problema che lo affligge. A tal riguardo, nonostante sia stata largamente confermata l'ipotesi della continuità tra le esperienze di un soggetto con i propri genitori e la capacità di costruire rapporti affettivi (van Ijzendoorn, 1992), cambiamenti ambientali, o fasi particolari della vita come diventare genitori, o il vivere una relazione significativa (Kobak, 1991), o le stesse esperienze sanitarie (Main, 1991) possono trasformarsi in circostanze in cui si sviluppano nuovi modelli relazionali che andranno a confrontarsi con i modelli preesistenti; dal confronto, può nascere una riorganizzazione adattiva dei modelli di sé e del mondo, cosa che produce anche una rinegoziazione dei rapporti.

Gli esseri umani di ogni età sono più sereni e in grado di affinare il proprio ingegno per trarne maggior profitto se possono confidare nel fatto che al loro fianco ci siano più persone fidate che verranno loro in aiuto in caso di difficoltà. La persona fidata, nota come figura di attaccamento, può essere considerata come quella che fornisce la sua compagnia assieme ad una "base sicura" da cui operare (Bowlby, 1982). Creare un clima di fiducia non equivale, però, a generare nel paziente

automaticamente un sentimento di fiducia inteso come quell'«aspettativa di esperienze con valenza positiva per l'attore, maturata sotto condizioni di incertezza, ma in presenza di un carico cognitivo e/o emotivo tale da permettere di superare la soglia della mera speranza» (Mutti, 1994). Quanto più tormentata è stata la sua relazione di attaccamento primaria, infatti, quante più sofferenze e contraddizioni hanno segnato la sua esperienza relazionale, tanto più il paziente avrà difficoltà a fare affidamento sul medico e tanto meno correttamente potrà vivere a livello emotivo e cognitivo gli interventi del clinico: le differenze di stili di attaccamento delle persone – in particolare sulla dimensione sicuro-insicuro – possano incidere sulla modalità con cui gli individui affrontano un percorso di malattia e di cura (Bisanti et al., 2006). In una prospettiva di attaccamento non si può prescindere dalla considerazione dell'influenza che le esperienze passate giocano sul presente, sul qui ed ora: l'analisi delle modalità di reazione alla frustrazione, alla separazione o alla perdita che la malattia può comportare e di come queste siano retaggio di situazioni passate, permette al paziente di riconoscere quanto il presente sia occupato e deformato dal passato deducendo le proprie modalità cognitive e affettive di funzionamento e di modificare atteggiamenti e comportamenti mettendo in atto nuove risorse e modalità di affrontare il disagio. In letteratura troviamo diversi studi che hanno evidenziato, ad esempio, il legame tra uno stile di attaccamento insicuro e il rischio di sviluppare una malattia fisica sulla base di meccanismi quali una vulnerabilità maggiore allo stress, una tendenza alla regolazione esterna degli stati affettivi e comportamenti inefficaci nella ricerca di aiuto (Maunder & Hunter, 2001). Lo stile di attaccamento inoltre è stato associato anche alla capacità di *coping* o fronteggiamento delle malattie croniche (Schmidt et al., 2002).

Ricordiamo che il sistema di attaccamento è forse uno dei più importanti sistemi comportamentali che si sono evoluti per promuovere la sopravvivenza e per garantire la riproduzione della specie. La funzione del comportamento di attaccamento è strettamente legata alle esigenze di protezione che un organismo in via di sviluppo richiede. L'incremento dell'ansia e dello stato di allarme, in presenza di un pericolo, provoca l'attivazione del comportamento di attaccamento e la ricerca della figura significativa di riferimento. Se la funzione di modulazione dell'ansia e dell'angoscia rappresenta una delle finalità principali del comportamento di attaccamento, si

comprende facilmente come in una situazione di disagio fisico e/o psichico si possa assistere ad una massiccia e intensa attivazione dei pattern di attaccamento. La paura, la tristezza, il sentirsi fragili o impotenti inducono, in genere, la persona che ne è affetta a ricercare una soluzione, la spingono a chiedere aiuto agli altri. Tenendo conto del fatto che il comportamento di attaccamento è potenzialmente attivo per tutta la durata della vita e che esso assolve una funzione biologica vitale, sarebbe un grave errore supporre che quando tale comportamento è attivo in un adulto, esso sia indizio o di patologia o di regressione a un comportamento immaturo (Bowlby, 1972).

In accordo con gli assunti della teoria etologica, Bowlby assume che, parallelamente e simmetricamente al comportamento di attaccamento, evolva il sistema di accudimento: se stimoli interni e/o esterni percepiti come pericolosi o stressanti o dolorosi attivano nel bambino il sistema di attaccamento, ugualmente situazioni interne o esterne che il *caregiver* percepisce o immagina come pericolosi o dolorosi per il bambino (es. separazione, segnali di malessere, ecc.), attivano e inducono il complementare sistema di accudimento nella figura di attaccamento. Esso si può costatare comunemente in un adulto nei confronti di un bambino o di un adolescente, ma lo si trova anche in un adulto nei confronti di un altro adulto, soprattutto nel medico in caso di malattia, emergenza o vecchiaia (Bowlby, 1969). In alcuni casi, come nel caso di una malattia, la figura familiare, etologicamente attesa come destinataria dell'attaccamento, perde in qualche modo di importanza in termini di riferimento e disponibilità d'aiuto, in quanto non competente e non abile a risolvere il problema del paziente. Ecco che allora il sistema di attaccamento si rivolgerà a figure altre, ritenute dotate di autorevolezza e competenza, reputate capaci di dare aiuto e legittimate socialmente in tal senso: medici, docenti, assistenti sociali, psicologi, *counselors*, ecc.

Se assumiamo che il medico possa essere vissuto dal paziente come figura di attaccamento temporanea, allora non dovrà sorprenderci che la relazione medico-paziente possa essere fortemente condizionata oltre che informata dallo stile di attaccamento dei protagonisti. Anche il fatto che il comportamento di attaccamento sia una caratteristica innata e universale della specie e che ogni individuo presenti una configurazione di attaccamento specifica, permette di inferire come nella relazione

terapeutica entrino in gioco sia lo stile d'attaccamento del paziente che quello del medico. La relazione terapeutica è un processo in divenire la cui storia è strettamente dipendente dai singoli che la compongono e dalla qualità della loro reciproca interazione (Horvath & Luborsky, 1993). Il sistema di credenze, aspettative, valori e bisogni che caratterizza l'uno (paziente) può essere più o meno congruente con quello dell'altro (medico) e, di conseguenza, può interagire con esito positivo o negativo. La conoscenza del proprio stile di attaccamento, oltre che la familiarità con il proprio funzionamento psichico, può allora offrire al medico uno strumento ulteriore di monitoraggio della situazione e metterlo in condizione di ridurre la possibilità di fallimento.

Gli stili di attaccamento insicuro sono, come dimostrano differenti studi clinici (Mikulincer & Shaver, 2012), associati a solitudine, ansia, depressione, sintomi psicosomatici o funzionali, bassa autostima e neuroticismo; ciò induce a pensare che i soggetti insicuri abbiano indubbiamente problemi di adattamento e che, in condizioni di disagio marcato, possano realizzare un investimento affettivo massiccio sul clinico. Soggetti con attaccamento insicuro possono mettere a dura prova la relazione di attaccamento/accudimento, oscillando tra tentativi di distanziamento e bisogno di vicinanza e di rassicurazione: le persone con un attaccamento di tipo insicuro (ansioso-resistente e ansioso-ambivalente) mostrano difficoltà quando il SM dell'attaccamento è attivo, come nel caso ad esempio di malattia, a chiedere e ricevere aiuto in modo adeguato dalle persone percepite in grado di fornirlo come, ad esempio, i curanti.

Nel caso di una persona con un attaccamento di tipo ansioso-resistente (o *pattern C*) le richieste di protezione e aiuto delle prime esperienze relazionali sono state caratterizzate da una figura di attaccamento che tende a rispondere in modo ambivalente, iper-protettiva o anticipando i pericoli. È possibile quindi che la persona tenda a sviluppare un'immagine del mondo come potenzialmente pericoloso e un'immagine di sé come vulnerabile con difficoltà alla separazione. Dato che le richieste di attaccamento risultano ipersviluppate, questo significa che lo stile relazionale di pazienti di questo tipo è caratterizzato dalla tendenza ad affidarsi eccessivamente al curante, delegando a questi il trattamento della malattia, ricercando continue rassicurazioni per preoccupazioni che difficilmente riescono a diminuire,

ponendosi in una posizione di dipendenza assoluta, amplificando la percezione e la rappresentazione del disagio o del malessere. A volte si tratta di modalità relazionali che possono generare da parte del curante stati emozionali quali, ad esempio, l'irritazione rispetto alla continua richiesta di attenzione. È importante con questi pazienti dare significato a tali richieste. Questa chiave di lettura può facilitare il curante a gestire la propria irritazione e al contempo ad accogliere la preoccupazione del paziente, attivandosi su una modalità adeguatamente rassicurante, evitando il rischio di incrementare l'ansia del paziente. Uno studio di Ciechanowski et al. (2002a) ha evidenziato come i pazienti con uno stile di attaccamento di tipo ansioso-resistente si configurano tra i maggiori fruitori dei servizi di medicina di base a differenza di quelli con attaccamento ansioso-evitante che mostrano il minor utilizzo. A livello generale i pazienti con attaccamento insicuro tendono a riportare un numero maggiore di sintomi fisici rispetto ai pazienti con attaccamento sicuro. In un secondo studio realizzato con pazienti affetti da epatite C (Ciechanowski et al., 2002b), è risultato che i pazienti con un attaccamento di tipo ansioso-resistente mostrano un numero maggiore di sintomi fisici non spiegati a livello medico. La spiegazione a questi risultati concerne l'ipotesi che vi sia una tendenza alla somatizzazione da parte di individui che hanno sviluppato uno stile di attaccamento insicuro (Stuart & Noyes, 1999).

Questo risulta prevedibile utilizzando la Teoria dell'Attaccamento dal momento che le persone che presentano uno stile di attaccamento sicuro (*pattern B*), hanno avuto fin dalla nascita la possibilità di sperimentare che in caso di necessità, l'esplicitare una richiesta di aiuto trova generalmente una risposta positiva. Ciò si traduce nel fatto che questo tipo di paziente è in grado di bilanciare tra le richieste di aiuto e la capacità di attivarsi in modo autonomo sia rispetto alle prescrizioni del medico sia rispetto al trattamento da intraprendere.

Al contrario, nelle persone con uno stile di attaccamento di tipo ansioso-evitante (*pattern A*), l'individuo ha fatto esperienza del fatto che l'esplicitare delle richieste di aiuto e protezione non trova generalmente una risposta adeguata ma, più spesso, indifferenza o addirittura una risposta avversa. Ciò significa che questo tipo di pazienti potrebbe trovarsi in difficoltà sia nel chiedere aiuto che nel riceverlo data la carenza di fiducia che vi sia qualcuno disponibile ad aiutarlo, tendendo, anche nel

momento della difficoltà, a non affidarsi veramente alle cure del *caregiver*. Proprio per questo la tendenza è quella di rendersi e mantenersi autonomi occultando il disagio provato, parlando e comportandosi in modo da sminuirne l'importanza o a negarne la presenza: questo è il caso tipico delle persone che sebbene si trovino nella necessità di consultare il medico per sintomi che perdurano nel tempo, procrastinano la consultazione. Oppure una volta consultato il medico, non seguono la terapia indicata, hanno difficoltà a ricevere conforto e cura da parte del personale sanitario, nonostante i ripetuti sforzi da parte di quest'ultimo. Alle volte questo stile relazionale si manifesta con atteggiamenti chiaramente ostili, sia attivi sia passivi. In alcuni casi questa tipologia di persone non giunge nemmeno a richiedere cure sanitarie e comunque si tratta di pazienti di difficile gestione a livello relazionale che spesso appaiono difficilmente trattabili, generando sentimenti di frustrazione in coloro che cercano di offrire delle cure. È stato ipotizzato che questo stile di attaccamento nella relazione medico-paziente possa avere effetti negativi sugli esiti della consultazione medica, quali il coinvolgimento e la soddisfazione del paziente. In particolare uno studio condotto su pazienti diabetici (Ciechanowski et al., 2001) ha evidenziato come i pazienti con attaccamento ansioso-evitante mostrano una minore adesione al trattamento rispetto a quelli con altri tipi di attaccamento

L'influenza dei Modelli Operativi Interni (MOI; o *Internal Working Models*, IWM) – rappresentazioni mentali di sé e del mondo, costruite dall'individuo, informative su chi siano le sue figure di attaccamento, su dove le si possa trovare, su come ci si può aspettare che reagiscano e che, quindi, gli consentono di fare previsioni e crearsi aspettative sugli accadimenti della propria vita relazionale – è particolarmente evidente nelle persone che svolgono professioni di aiuto (Baldoni, 2006). Ricerche controllate hanno infatti dimostrato che caratteristiche psicologiche del clinico hanno un'influenza sui risultati terapeutici fino a tre volte superiore a quella di una terapia *evidence-based* (Luborsky et al., 1985). I medici con stile di attaccamento sicuro si adattano meglio alle diverse condizioni cliniche (integrando funzione riflessiva, informazioni cognitive e comunicazione emotiva). In realtà, le caratteristiche psicologiche maggiormente evidenziate nelle professioni sanitarie, soprattutto nei medici, sono differenti: tratti ossessivi, scarsa empatia, pretese sul

comportamento degli altri, eccessivo impegno e iperproduttività sul lavoro, ridotta capacità di divertirsi (Krakowsky, 1982); perfezionismo, dubbi, sensi di colpa, difficoltà nel provare ed esprimere le emozioni (nei casi più estremi Alessitimia), difficoltà nella gestione della dipendenza e della aggressività (Gabbard & Menninger, 1989); tendenza alla somatizzazione e all'ipocondria, difficoltà coniugali (Vaillant et al., 1972); sono tendenzialmente evitanti e solitari, non cercano aiuto per le loro difficoltà fisiche o psicologiche (Rosvold & Bjertness, 2001); frequentemente hanno sofferto durante l'infanzia (eventi traumatici, malattie e lutti di familiari stretti) (Johnson, 1991).

I medici con stile di attaccamento insicuro si rivelano meno efficaci nella relazione clinica. Il distanziamento della rabbia e il diniego della vulnerabilità e della paura limitano l'espressione autentica della sofferenza e favoriscono lo spostamento sugli aspetti somatici, tecnici e specialistici (esami, test, farmaci) (Wilkinson, 2003). I clinici con stile di attaccamento sicuro, al contrario, si adattano meglio alle diverse condizioni terapeutiche e riescono ad avvicinarsi ai bisogni specifici del paziente integrando le proprie capacità riflessive con le informazioni cognitive e la comunicazione emotiva. Ne consegue un migliore qualità della relazione clinica e una maggiore soddisfazione personale del lavoro svolto (Dozier et al., 1994).

Prendiamo in considerazione alcuni esempi di come i diversi stili di attaccamento possano influenzare la relazione clinica (Tabella 2.2).

Tabella 2.2 – Influenza dei modelli operativi interni sulla relazione clinica

Medico	Paziente	Probabili esiti relazionali
A (Distanziante)	A	Approccio rigidamente tecnico-cognitivo. Focalizzazione sul somatico. Aree inesplorate ed evitate. Distanziamento dalle emozioni negative.
C (Preoccupato)	C	Enfasi emotiva. Eccesso di aspettative. Prolungarsi delle consultazioni. Conflitti relazionali.
A C	C A	Parziale compensazione. Difficoltà di comprensione. Interruzione terapia.
B (Sicuro)	A, B, C	Capacità riflessiva. Comunicazione affettiva e cognitiva.

Ogni operatore porta con sé, nella vita come nella professione, la propria storia di attaccamento che condiziona, in maniera diversa, la qualità delle relazioni interpersonali. A seconda del proprio stile di attaccamento, il medico potrebbe sentirsi eccessivamente coinvolto dalle vicende del paziente o al contrario distaccato, svalutante.

Nel caso di un ipercoinvolgimento, il medico tenderà a stabilire una relazione di dipendenza ostacolando inconsciamente i tentativi del cliente di recuperare i propri spazi di autonomia e ricorrendo a interventi fortemente direttivi. Quando un clinico con uno stile di attaccamento insicuro preoccupato (*pattern C*) – che spesso vive la condizione lavorativa in modo ambivalente e conflittuale – si rivolge a un paziente anch'esso preoccupato, si potrà manifestare una collusione tra i due atteggiamenti e la relazione tenderà ad assumere queste connotazioni: si verificherà la tendenza da parte di entrambi ad enfatizzare le emozioni e ad alimentare aspettative di cura eccessive e irrealistiche, con una difficoltà a mantenere la relazione all'interno di limiti corretti e la propensione a prolungare eccessivamente le consultazioni nel tempo. Dopo un primo momento in cui paziente e terapeuta avranno l'impressione di trovarsi sulla stessa lunghezza d'onda (come se fossero amici), si potranno manifestare nel tempo conflitti relazionali conseguenti alla delusione delle reciproche aspettative ed eventuali interruzione della terapia.

Altre volte, più frequentemente, può prevalere nel medico un atteggiamento distanziante e svalutante nei confronti del paziente. Atteggiamento che porta ad una forma più o meno intensa di rifiuto del paziente considerato come troppo lamentoso, o insopportabile o fastidioso. Quando un clinico insicuro distanziante (*pattern A*) – con l'inclinazione a sviluppare relazioni tecnico-formali e superficiali con pazienti e colleghi – si incontra con un paziente con le stesse caratteristiche, i loro stili di attaccamento con ogni probabilità colluderanno e la relazione tenderà ad essere caratterizzata da un approccio rigidamente tecnico-cognitivo (richiesta eccessiva di esami strumentali, prescrizione di farmaci, spiegazioni razionali, ma superficiali, dei disturbi visti soprattutto da un punto di vista biologico); l'evitamento di aree problematiche che

rimarranno poco esplorate (difficoltà relazionali, depressione, fantasie suicidarie, traumi o lutti irrisolti); un sistematico distanziamento delle emozioni negative con la tendenza a falsificare gli affetti pericolosi per il Sé (ad esempio sorridere o scherzare quando si affrontano argomenti dolorosi o spaventosi). Rabbie e paure del paziente possono in altri casi andare a colludere con simili sentimenti del medico e creare una situazione di alta conflittualità, in cui l'uno riterrà l'altro responsabile del proprio disagio e della propria frustrazione.

Al contrario, un medico con alle spalle una storia di attaccamento sicuro (*pattern B*) sarà in grado di rispondere con prontezza e competenza alle richieste di aiuto, mostrerà sensibilità e attenzione per il dolore e la sofferenza del paziente, saprà accogliere i bisogni di accudimento e, allo stesso tempo, saprà facilitare i processi di autonomia valorizzando le potenzialità dei suoi assistiti. Non si lascerà spaventare dall'angoscia dell'atro, ma sarà in grado, piuttosto, di contenerla e di restituirla adeguatamente, riuscendo così non solo a rassicurare il paziente, ma a promuovere in lui una disponibilità alla fiducia, una disposizione alla collaborazione, un atteggiamento propositivo. Il medico, inoltre, può funzionare come sicura figura di attaccamento/accudimento nella misura in cui si pone come figura presente; la presenza va qui intesa come una facile accessibilità piuttosto che come una presenza reale e immediata, mentre l'assenza va intesa come inaccessibilità. In queste condizioni, il clinico affronterà la relazione terapeutica in modo più consapevole, equilibrato e non conflittuale, manifestando capacità di mentalizzazione, di comprensione empatica, di comunicazione e di analisi razionale dei problemi, collaborando con il paziente e adattandosi al meglio, in modo duttile e equilibrato, alle sue specifiche caratteristiche e necessità (indipendentemente dagli stili di attaccamento di quest'ultimo). Affronterà le difficoltà lavorative (tecniche e relazionali) con relativa fiducia in sé e negli altri, esprimerà adeguatamente le emozioni e manifesterà la capacità di integrare le informazioni cognitive (logiche) con l'affettività propria e del paziente e saprà capire il punto di vista di pazienti e colleghi senza trascurare il proprio.

Ovviamente un medico distanziante potrà incontrarsi con un paziente con caratteristiche preoccupate, oppure la situazione contraria. In questo caso potrà

verificarsi una parziale compensazione delle tendenze di entrambi, ma frequentemente si manifesteranno mancanze e incomprensioni riguardanti le aree trascurate dei reciproci stili di attaccamento (come abbiamo visto, l'affettività per i soggetti distanzianti e la cognitività per quelli preoccupati) con il risultato di una difficoltà di comprensione reciproca e di condivisione dei risultati. Una delle conseguenze potrà essere la scarsa *compliance* terapeutica o, anche in questo caso, l'interruzione improvvisa della cura. Possiamo avere anche il caso di un paziente con attaccamento sicuro che si rivolge ad un clinico distanziante o preoccupato. In questo caso il paziente cercherà di favorire il compito dell'altro, compensandone i limiti e valorizzandone le competenze. Se la relazione terapeutica, però, non risulterà soddisfacente, il paziente non avrà difficoltà a rivolgersi ad un altro professionista.

2.5 Curare e prendersi cura: la medicina *patient-centered*

Negli ultimi quarant'anni, numerosi fattori hanno contribuito a modificare il rapporto medico-paziente: un incremento delle aspettative nei confronti della medicina, una maggiore omogeneità dei livelli di scolarizzazione generale e di disponibilità economiche con un conseguente progressivo riequilibrio di ruolo sociale tra medico e paziente, una forte tendenza all'auto-prescrizione e all'auto-cura da parte dei cittadini (il 70% di essi provvede ad assumere farmaci di propria spontanea iniziativa, senza prescrizione medica), una maggiore attenzione alla prevenzione, l'aumento delle malattie croniche in rapporto a quelle acute ed una crescente richiesta di terapie alternative (Gross & Del Piccolo, 2003; Trombini & Chattat, 2002). A complicare ancora di più la situazione, si aggiunge l'ulteriore evoluzione dell'atteggiamento del paziente avvenuta grazie allo sviluppo delle moderne tecnologie informatiche. Sempre più persone, infatti, si rivolgono a quello sconfinato oceano di informazioni che si trova su *internet*: pagine *web*, *blog*, *newsgroup* sono tutti mezzi con cui il paziente contemporaneo cerca di trovare informazioni utili per la propria salute. Dopo aver avuto una diagnosi dallo specialista, le persone possono subire uno *shock* psicologico e possono attraversare una fase particolarmente critica, di grande disorientamento. In questa situazione avere a disposizione una fonte di informazioni come *internet* può servire per rispondere, almeno in parte, alle paure che nascono guardando al proprio futuro, per cercare notizie rispetto ad una eventuale

terapia da iniziare, per trovare i centri specializzati nel proprio Paese ed eventualmente all'estero, o ancora per cercare quel sostegno emotivo che familiari e amici possono non essere in grado di dare, perché ancora più preoccupati e spaventati del paziente stesso (Spaggiari, 2007). La comunicazione veicolata da *internet* non serve ai suoi utenti unicamente per ottenere informazioni, ma facilita anche le discussioni e gli scambi di opinioni, trasformando il paziente da *esperto* a *riflessivo* (Fox et al., 2005): attraverso la condivisione delle proprie esperienze e l'ascolto delle esperienze altrui, questi soggetti sono infatti portati a riflettere sul rapporto tra sé e la malattia, tra sé e il personale medico, e sui cambiamenti che il loro stato di salute ha comportato, ad esempio, nella relazione con amici e familiari. Molti pazienti arrivano, quindi, negli ambulatori medici con bagagli di conoscenze, dati, numeri e riflessioni, portando con sé plichi di pagine stampate da *internet* – che riportano informazioni non necessariamente sempre corrette e adeguate – e chiedendo ulteriori approfondimenti al medico. Spesso il paziente non ha bisogno di informazioni, ma di conferme, chiarimenti, o di far svanire false speranze, e talvolta usa queste informazioni per contestare al medico la diagnosi o la terapia (CENSIS, 2005; De Santi & Simeoni, 2010; Ardis & Marcucci, 2013). In una recente ricerca di Bowes e colleghi (2012) è stato rilevato che i pazienti adoperavano *internet* come mezzo di informazione sulla propria salute al fine di fare un uso migliore del tempo limitato del medico e per consentire a quest'ultimo di considerare con maggiore serietà il loro problema. Dallo studio è emerso che i pazienti si aspettavano che il medico riconoscesse le informazioni, le discutesse, le spiegasse e le contestualizzasse, presentando poi la sua opinione professionale. Tuttavia, se il medico si mostrava disinteressato, sprezzante e presuntuoso, si deteriorava la relazione medico-paziente fino al punto da spingere i pazienti a cercare una seconda opinione o a cambiare completamente il medico di riferimento. D'altro canto, l'avvento della tecnologia non ha modificato solo la condotta del paziente durante la consultazione clinica: l'utilizzo del computer da parte del medico per leggere e/o inserire i dati clinici durante il colloquio ha ridotto drasticamente la durata e la frequenza del contatto visivo con il paziente. In uno studio qualitativo svolto in Inghilterra nell'ambito della medicina generale, Heath (1984) ha indagato le conseguenze derivate dal tentativo dei medici di consultare lo schermo dei loro computer e in contemporanea ascoltare i pazienti: questi ultimi aspettavano di

fornire la loro risposta alla sollecitazione del medico fintanto che non ottenevano il contatto visivo; si interrompevano a metà del loro discorso quando il medico leggeva gli appunti e proseguivano quando ottenevano nuovamente il contatto visivo; il flusso del loro discorso si deteriorava quando il medico guardava altrove ed era recuperato quando si ristabiliva lo sguardo. Questi risultati sono stati confermati anche recentemente da Robinson (1998) e Ruusuvoori (2001).

Tutti questi aspetti hanno reso necessario il maggiore coinvolgimento del paziente durante la consultazione, riconoscendogli un ruolo di “esperto di sé” e dei problemi associati alla propria malattia. Con tale espressione si sottolinea il ruolo rinnovato del paziente che mette a disposizione la propria esperienza di malattia che solo lui può conoscere fino in fondo, per aiutare il medico a personalizzare il processo di cura (Vettore, 2014). Il medico può determinare l’eziologia, proporre gli strumenti diagnostici, gli interventi e le strategie terapeutiche, ma è il paziente che, meglio di chiunque altro, può definire la propria esperienza di malattia, l’impatto che questa ha sulla vita quotidiana, sul suo stile di vita e il grado di influenza che su di essa hanno i propri valori e preferenze. L’esigenza di tenere conto di questi aspetti ha progressivamente valorizzato l’importanza di quello che viene definito un “approccio centrato sul paziente” (Mead & Bower, 2000; Moja & Vegni, 2000).

Durante gli studi universitari – e anche durante i corsi di perfezionamento postuniversitari – l’attenzione dello studente e poi del medico è rivolta essenzialmente alla descrizione e alla comprensione delle malattie. Quando poi lo studente incomincia a frequentare le Cliniche Universitarie si trova subito di fronte a problemi che si pongono in modo ben diverso rispetto a quelli dei testi di Clinica Medica, rendendosi presto conto che le abilità comunicative non sono una componente aggiuntiva e opzionale del proprio agire professionale e che senza una adeguata formazione al riguardo le sue conoscenze e capacità intellettuali risulterebbero senza alcun dubbio sterili. Lo studente non si trova più di fronte a delle malattie, ma si trova di fronte a delle persone che lamentano questo o quel disturbo da cui bisogna cercare di risalire alla diagnosi e alla terapia. La diagnosi, infatti, non è il risultato di un semplice confronto tra il caso concreto che stiamo osservando e il quadro morboso teorico che già ci è noto, ma è il risultato di un processo logico complesso che parte dai segni e

sintomi presentati dal paziente e che giunge a definire qual è la malattia che è più probabile che si presenti in quel particolare modo. Mentre negli studi si procede dalla sintesi (l'entità nosologica) all'analisi (la descrizione dei segni e dei sintomi), nella pratica professionale si compie il tragitto inverso: si parte dall'osservazione di alcuni dati e si risale, per tappe successive, all'entità nosologica. Il processo diagnostico della pratica medica compie cioè a ritroso l'iter descrittivo riportato nei trattati. Ciascun medico, all'inizio della professione, si è trovato a compiere una specie di rivoluzione sia nei metodi che negli obiettivi: dagli anni di studi centrati sulla malattia è passato ad una professione centrata sul malato. Questa premessa ci serve per sottolineare che tutto ciò che succede nella pratica medica passa, a un certo punto, attraverso la realtà di un rapporto tra due persone. Le comunicazioni, sia verbali che non, che servono per la diagnosi e per la terapia passano attraverso il filtro e le distorsioni provocate dalla personalità del medico e del paziente. È importante rendersi conto che il medico non può funzionare come un computer che elabora delle schede di dati; il medico non è un puro osservatore di una certa situazione clinica che gli è estranea. In realtà, il medico è una persona che, nel momento in cui osserva il paziente, influisce sul paziente stesso, sul suo modo di vivere e di descrivere il proprio stato di salute e di malattia, e ne resta a sua volta influenzato. Se veramente si vuole passare da una medicina centrata sulla malattia, come quella degli studi universitari, a una medicina centrata sul malato, è necessario tener conto delle implicazioni del rapporto medico-paziente (Vigorelli & Vigorelli, 1985). Probabilmente, per capire il perché di certi fallimenti e il perché di certi successi in medicina, sarebbe utile studiare una clinica del rapporto medico-paziente, con una sua epidemiologia, una sua semeiotica, una sua diagnostica e una sua terapia.

Il primo tentativo di giungere a una formalizzazione del concetto di *patient-centred medicine* risale agli inizi degli anni '80 (Brown et al., 1986; Levenstein et al., 1986; Stewart et al., 1986). Nella letteratura internazionale il termine è tradotto in vari modi: *patient-centered care*, *patient-centered approach* e *patient-focused care* (Hobbs, 2009; Saha et al., 2008). Come il nome stesso sottolinea, questo approccio integra la dimensione biologica della medicina tradizionale con una prospettiva in cui il malato è protagonista e, in tal modo, propone una soluzione alle critiche di disumanizzazione

della medicina stessa. Non lontano dalla proposta di Engel (1977; 1980), il modello *patient-centred* presenta una trasformazione dei presupposti teorici e delle basi su cui la medicina si fonda, proprio nella consapevolezza dell'influenza che il modello assunto esercita sull'agire medico. Ma la medicina centrata sul paziente non si limita a un intervento teorico, proponendo invece anche degli obiettivi specifici per il medico e degli strumenti e dei percorsi pedagogici per acquisire tali strumenti: in questo modo il modello *patient-centred* diviene anche un metodo clinico che risponde alle esigenze di concretezza e operatività legittimamente avanzate dai medici (Moja & Vegni, 2000).

Nella medicina centrata sul paziente hanno pari dignità sia la patologia, in senso biologico, del malato sia il suo vissuto di malattia: la medesima malattia, pur presentando caratteristiche uniformi che la rendono riconoscibile da malato a malato (è uguale per tutti i pazienti), è vista anche in ciò che distingue un paziente dall'altro, nel modo, cioè, in cui ciascun malato la vive a seconda della propria storia. La medicina *patient-centred* non rinnega la fondamentale utilità del modello tradizionale, di cui ripropone invariati gli scopi fondamentali: è importante sottolineare – ancora una volta – che essa non dimentica in alcun momento l'imprescindibile compito di definire e trattare la patologia. Senza rinnegare, e anzi riproponendo gli obiettivi del modello *disease-centred*, la medicina *patient-centred* aggiunge alla necessità di individuare una malattia e di trattarla la necessità di confrontarsi con il significato, puramente soggettivo, che la malattia acquisisce nel malato che ne soffre.

La modificazione degli scopi generali della medicina viene poi tradotta in un metodo clinico: a partire dalla constatazione del fatto che i pazienti, nel momento in cui accedono allo studio del medico, portano con loro la malattia e il suo significato confuso con la loro storia, allora il clinico dovrà disporre di un metodo che tenga conto dell'interconnessione fra aspetti biologici, psicologici e sociali e porsi come obiettivi e il trattamento della malattia e la cura del malato (Canestrari & Cipolli, 1991; De Bellis, 2014; Virzì, 2007). Una visita medica *patient-centred* coinvolge attivamente il paziente e garantisce che il suo punto di vista, i suoi bisogni, le sue preoccupazioni siano articolati nella relazione con il medico, al punto che la loro comprensione diviene uno scopo prioritario per l'agire del medico. La visita è caratterizzata da una complementarità delle competenze del medico e del paziente, l'uno e l'altro

partecipano in modo equipollente alla visita, tenuto conto delle proprie peculiarità esperienziali. Il punto di vista del paziente non è isolato come superfluo e inopportuno ma è attivamente utilizzato nel processo clinico. Questo avviene non sostituendo le competenze del medico ma completandole per ciò che il medico non può conoscere e che appartiene al vissuto del malato: le competenze del medico si arricchiscono con le competenze del malato, ovvero – nei termini della medicina centrata sul paziente – l’agenda del medico si integra con l’agenda del malato.

Sinteticamente, l’obiettivo generale della medicina *patient-centred* raccoglie in sé l’obiettivo della medicina *disease-centred* (effettuare una diagnosi di malattia e impostare un trattamento terapeutico), ma accanto a esso il modello allargato riscontra la necessità di indagare la dimensione soggettiva della malattia. Si può verosimilmente affermare che l’obiettivo generale si sposta dal *to cure* della medicina centrata sulla malattia al *to care*. Nel curare (*curing*) l’attenzione del medico è incentrata prevalentemente sull’organismo, sulle sue alterazioni e sui trattamenti più efficaci per ristabilire l’omeostasi o, quantomeno, per ridurre il danno. In tale ottica le competenze acquisite, e via via ravvivate da corsi d’aggiornamento in materia biomedica, vengono considerate non solo elementi necessari, ma anche sufficienti per un corretto e responsabile esercizio della professione. Nel prendersi cura (*caring*) è presente, invece, un atteggiamento aperto ad accogliere il più possibile i bisogni del paziente: da quelli legati alla sua malattia a quelli inerenti al mondo delle sue relazioni affettive e sociali (Schneider, 1972; Myerscough, 1996; Di Guglielmo & Polenzani, 1999; Moja & Vegni, 2000). Il concetto di cura deve essere quindi inteso nella sua duplice e inscindibile accezione: da un lato il gesto di curare e dall’altro l’atteggiamento del prendersi cura. Il compito del medico è, quindi, quello di curare, assistere, comprendere ed essere al servizio dell’uomo. Anche se è un vero e proprio *non sense* parlare di umanizzazione della medicina, in quanto non esiste una medicina disumana, è pur vero che occorre oggi necessariamente recuperare quel bagaglio complesso di *humanitas* da cui non può prescindere lo studente, oggi, e, un domani, il medico (Familiari, 2012). Il problema è tanto reale che l’*Harrison (Principles of Internal Medicine)*, in tutte le sue edizioni, dalla prima alla diciannovesima, dedica il primo capitolo al rapporto medico-paziente, sottolineando che il primo atto terapeutico è, o

può essere, il medico stesso se capace di instaurare un solido e diretto rapporto di fiducia con il paziente (Mangone, 2006). A questo riguardo si riporta inoltre il recente articolo 20 del Codice di Deontologia Medica 2014: «il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su una informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura».

Ricordiamo al lettore che il significato originale di “curare” è “prendersi cura”, cioè esaminare, analizzare e farsi carico responsabilmente di eventi di crisi all'interno di un individuo o di un gruppo sociale. Per costume ideologico, per abitudine, siamo portati a considerare e valutare il concetto di cura non nella sua natura di processo, di scambio comunicativo, ma, sulla base di un'eredità positivista, unicamente in rapporto al suo risultato, nel suo aspetto terminale di fallimento o guarigione (Donghi & Preta, 1995). L'alternativa tra curare come sinonimo di guarire, produrre la guarigione nel malato, e il curare come prendersi cura, accezione che invece riflette attenzione, protezione, sollecitudine e salvaguardia nei confronti dell'altro (Gadamer, 1994), rappresenta la scelta tra il privilegiare il prodotto del trattamento, la guarigione, oppure il processo, cioè l'accompagnare il malato nel suo rapporto con la malattia. Inoltre, il “prendersi cura” è il fondamento di ogni relazione significativa il cui prototipo è rappresentato, sia sul piano filogenetico che su quello ontogenetico, da quel complesso di atteggiamenti tramite i quali la madre accudisce il figlio facilitandogli la sopravvivenza e l'adattamento all'ambiente. In campo etologico Lorenz (1950) ha evidenziato con il fenomeno dell'*imprinting* quella spinta che, in particolari fasi dello sviluppo ontogenetico (periodi critici), porta il cucciolo a legarsi precocemente alla madre, o ad un suo sostituto, che ne diventa così modello di comportamento. Ma l'attaccamento alla propria figura di riferimento non deriva solo dal bisogno di ricevere cibo con cui appagare la pulsione della fame, ma anche dal soddisfacimento di altri bisogni, quali contatto fisico, tenerezza, calore affettivo, protezione (Harlow, 1959; Bowlby, 1972; 1989). Maslow (1970), studiando le caratteristiche proprie delle persone psicologicamente sane, propose un sistema gerarchico dei bisogni che, ordinato secondo un principio di priorità biologica, perviene via via a motivazioni più complesse e meno legate ai bisogni da carenza. Alla base di quest'ideale piramide Maslow colloca

infatti i bisogni fisiologici e, procedendo verso il vertice, i bisogni di crescita espressi nell'autorealizzazione e creatività. Anche Erikson (1968) nel suo diagramma epigenetico pone la fiducia come elemento di primaria importanza nella relazione madre-bambino, ed è singolare come egli esemplifichi con la fase dell'eruzione dei denti la qualità del rapporto tra chi dà e chi riceve aiuto e conforto. Se nelle prime fasi evolutive il bambino dipende completamente dalle cure dell'adulto, è pur vero che anche nelle fasi della vita matura, in particolari situazioni di dolore e privazione, la persona può trovarsi impreparata ed incapace ad affrontare da sola i nodi esistenziali che l'affliggono.

Il concetto di medicina si deve quindi spostare da una corrispondenza biunivoca con la scienza fisico-chimica a un modello in cui anche i fattori personali, psicologici e sociali vengono riconosciuti come presenti e importanti: il medico non deve più, come invece suggeriva Freud (1912), «essere opaco per l'analizzando e, come una lastra di specchio, mostrargli soltanto ciò che gli viene mostrato» e «mettere da parte tutti i suoi affetti e persino la sua umana pietà nell'imporre alle proprie forze intellettuali un'unica meta: eseguire l'operazione nel modo più corretto possibile». L'atteggiamento del medico più appropriato era, secondo l'autore, quello improntato ad una freddezza emotiva, vantaggioso sia per il medico, che protegge la propria vita affettiva, sia per il paziente, che solo in tal modo ottiene il migliore aiuto, mentre, a nostro avviso, la medicina può occuparsi degli affetti senza rinunciare alla sua scientificità. Le maggiori differenze fra i modelli *doctor/disease-* e *patient-centred* si riscontrano, infatti, sul piano relazionale: la relazione fra medico e paziente non è più un mezzo al fine di formulare una diagnosi, ma diviene essa stessa uno scopo della medicina. La relazione viene riconosciuta come parte di un processo che ha come protagonista il malato, unico vero esperto della propria salute, e che si sviluppa da un punto di vista temporale prima, durante e dopo il momento dell'incontro fra medico e paziente. All'interno di una visita medica centrata sul paziente, infatti, il malato non occupa più una posizione esclusivamente passiva; gli esperti, nella visita medica *patient-centred*, sono due: il primo, in qualche modo "ereditato" dal modello tradizionale, è il medico – esperto in *disease*; l'altro, che sale alla ribalta nella medicina *patient-centred*, è il paziente stesso, esperto di *illness*. In qualità di unico esperto della

propria malattia, il malato deve essere interpellato e ascoltato e deve divenire, da oggetto di applicazione delle conoscenze scientifiche del medico, un soggetto protagonista dell'incontro. Il malato è il solo a poter esprimere, non solo i segni e i sintomi di una patologia, ma soprattutto l'esperienza propria – il vissuto – della malattia, materia in cui è l'unico, irrinunciabile competente (Tuckett et al., 1985). Il concetto di "vissuto" (*erlebnis*) – inteso, in una accezione fenomenologica (Husserl, 1965), come il proprio punto di vista su un oggetto insieme alla mia relazione con l'oggetto stesso – comporta la consapevolezza da parte del medico dell'impossibilità di fare i conti con la "realtà", ma sempre con realtà "riportate" e "filtrate" sia per ciò che riguarda il significato di sé, sia per ciò che si riferisce ad ogni altro da sé: «vissuto è dunque organizzazione della memoria, scelta di come impaginare, di quali didascalie mettere, di come e a chi far vedere l'album dei propri ricordi» (Dallari, 1994).

Il nuovo modello ha dunque, oltre ai punti di forza del modello *disease-centred*, i seguenti elementi positivi (Moja & Vegni, 2000):

1. Conservazione inalterata del modello *disease-centred* per quanto concerne l'approccio alla patologia.
2. Ampliamento degli obiettivi generali del modello all'area dell'*illness*.
3. Specificità degli obiettivi che caratterizzano il metodo clinico relativamente all'*illness*.
4. Verificabilità degli obiettivi specifici, intesa sia come verificabilità del loro raggiungimento a conclusione della visita sia come verificabilità sperimentale.
5. Insegnabilità degli strumenti comunicativo-relazionali necessari per raggiungere gli obiettivi specifici relativi alla *illness* che possono, appunto, diventare oggetto di percorsi pedagogici specifici e non sono, quindi, affidati all'istinto o all'attitudine dei singoli professionisti.

Con ciò non si vuole affermare che la comunicazione direttiva o centrata sul medico/malattia non debba mai essere adottata – le situazioni di emergenza, per esempio, richiedono spesso un approccio direttivo. La questione non è tanto quale sia il paradigma migliore, ma, piuttosto, quale sia il più appropriato in un preciso momento: come fanno notare Lussier e Richard (2008), la risposta a questo

interrogativo dipende dal contesto e dalla natura del problema clinico che si sta affrontando, così come dai bisogni e dalle preferenze del paziente e del clinico in quello specifico momento. Per esempio, mentre molti pazienti desiderano che il medico fornisca loro più informazioni, una minoranza ne desidera addirittura meno; tuttavia, non è assolutamente semplice prevedere in quale gruppo si collocherà il paziente: è per questo motivo che una strategia fondamentale del processo comunicativo *patient-centred* riguarda la verifica preliminare della necessità generale di ciascun paziente di ricevere informazioni e la valutazione del bagaglio di conoscenze che il paziente già possiede.

In ogni caso, in accordo con i principi di una medicina centrata sulla persona, l'autodeterminazione del paziente, in quanto articolazione fondamentale dei suoi diritti (per capire la differenza del paradigma, basti pensare che nel modello tradizionale si parla solo di doveri del medico e non di diritti del paziente) diventa un criterio di qualità. L'intervento sanitario non può più essere deciso unilateralmente dal medico che si basa sul suo sapere professionale, ma deve essere individuato insieme al paziente, spesso con un faticoso processo di negoziazione (Spinsanti, 2004). La buona medicina appare così come il frutto di una "contrattazione" molteplice, che deve tener conto di tre diversi parametri: l'indicazione clinica (il bene del paziente), le preferenze e i valori soggettivi del paziente (il consenso informato) e infine l'appropriatezza sociale in una prospettiva di uso ottimale di risorse limitate, solidarietà con i più fragili ed equità.

2.5.1 Dal sintomo alla persona: il metodo clinico *patient-centered*

La medicina *patient-centred* afferma che la dimensione biologica non esaurisce il senso di una malattia: il paziente, e ciascun paziente a suo modo, risponde alla malattia esprimendo un vissuto soggettivo.

Uno dei contributi più originali della proposta di una medicina centrata sul paziente consiste nell'introduzione del concetto di "agenda del paziente" (Figura 2.1). A differenza del concetto di vissuto, che è solipsistico, il concetto di agenda implica la necessità di una comunicazione, è relazionale: è il vissuto portato al medico. Dunque l'agenda del paziente è ciò che il malato porta con sé nel momento in cui richiede

l'intervento del medico, quando, metaforicamente, bussa alla sua porta (Moja & Vegni, 2000). È possibile identificare quattro categorie all'interno dell'agenda, quattro dimensioni principali in cui essa è organizzata (Levenstein et al., 1986; Brown et al., 1986):

1. Le emozioni del paziente. Le emozioni possiedono uno specifico valore informativo in quanto portatrici d'indicazioni vitali circa le esigenze e i bisogni dell'individuo in un dato momento e rispetto alle sue relazioni con gli altri e con il mondo esterno (Rezzonico et al., 2012). Sono strategie evolutivamente vincenti per rispondere in modo rapido a situazioni rilevanti per l'organismo, «potenti super-euristiche capaci di far prendere velocemente decisioni spesso vitali» (Adenzato & Meini, 2006). Le emozioni che si presentano durante una consultazione hanno un effetto diretto su alcuni parametri relativi all'incontro tra medico e paziente. A volte, infatti, le emozioni che compaiono nel colloquio hanno l'effetto di destabilizzare sul piano personale anche il sanitario, con ovvie ripercussioni sull'andamento dell'incontro e condizionano il modo in cui ci si prende cura dei propri pazienti (Novack et al., 1999; Firth-Cozens, 2001; Meier et al., 2001; Shanafelt, 2002), spesso senza che di questo processo vi sia consapevolezza (Smith et al., 1999). Non sorprende, quindi, che le emozioni – essendo strumenti fondamentali di conoscenza personale ed interpersonale – siano una costante in ogni risposta soggettiva alla malattia sia nel medico che nel malato stesso. Ma benché una risposta emotiva all'essere malati costituisca una reazione universale, i suoi contenuti sono del tutto personali e non omologabili con quelli di altri individui: la più importante cautela necessaria nel prendere in considerazione le emozioni dei pazienti è infatti quella di non formulare arbitrarie e aprioristiche associazioni tra uno specifico stato morboso e la presunta emozione provata da un particolare paziente (es. «Tutti i malati di cancro hanno paura»). Emozioni e sentimenti sono spesso il “biglietto da visita” dell'agenda del paziente, si presentano immediatamente senza doverli cercare: le emozioni si evidenziano nei comportamenti, verbali e non-verbali, dei malati. Le emozioni sono l'aspetto più manifesto dell'agenda del paziente a partire da cui è possibile ripercorrere all'indietro il significato che il paziente attribuisce ai

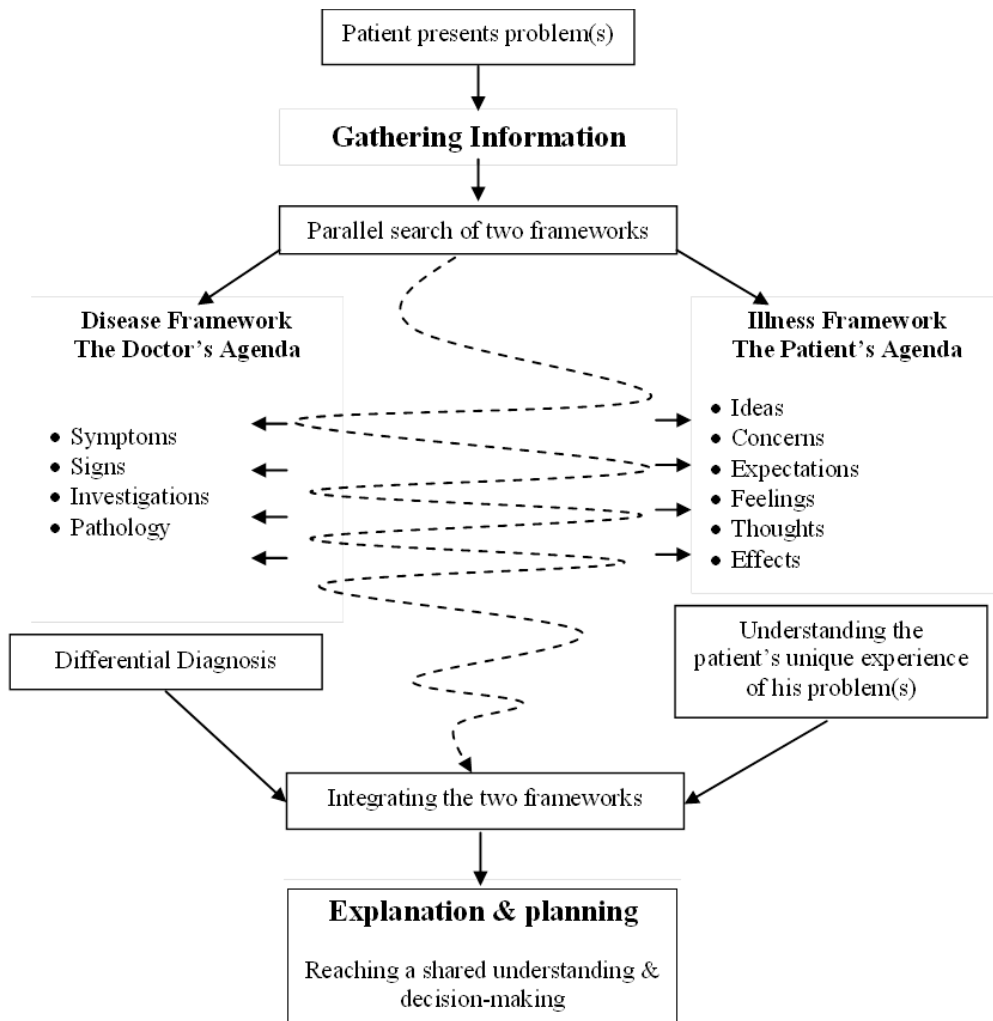
sintomi, l'interpretazione complessiva che ne dà e poi ancora i motivi che hanno originato tale interpretazione. Essendo al centro del processo del sentirsi ammalati, le emozioni – la paura, l'ansia, la rabbia, la depressione, ecc. – possono influenzare l'intensità e la qualità della percezione del sintomo stesso. La percezione dolorifica, per esempio, può essere modulata in molti modi dalle emozioni, cosicché l'entità del dolore riferito dal paziente è ad esse strettamente correlato (Benedetti, 2012). La paura e l'ansia nei confronti del dolore può avere effetti radicali sull'esperienza dolorifica globale (Asmundson, 2004). In confronto all'ansia, sono invece molto meno conosciuti, anche se ampiamente studiati, i meccanismi neurobiologici che legano altre emozioni spiacevoli, come la rabbia e la depressione, al dolore e ad altri sintomi (Bruehl et al., 2003; Klauenberg et al., 2008; Rainville, 2004).

2. Le idee e interpretazioni del paziente riguardo a ciò che non va, i cosiddetti modelli ingenui o “popolari” di malattia più o meno espliciti non-scientifici dei quali il primo portavoce è il paziente (Norman, 1993): i malati hanno spesso modalità di interpretazione dei sintomi e ipotesi sulle malattie assai diverse da quelle dei loro medici curanti. Spesso idee e interpretazioni si articolano fra loro fino a generare una composizione complessa, i cosiddetti *frames* (Evans et al., 1986). All'origine di un *frame* ci possono essere informazioni derivanti dalla propria esperienza, dall'osservazione di altri, dalla televisione e dai giornali, e forse anche dal proprio medico. Ma il frame non è soltanto un corredo di informazioni che tendono a spiegare dei fatti, attraverso delle interpretazioni e delle ipotesi; un frame comporta un agire del malato. A seguito di un nucleo centrale di idee e interpretazioni su sintomi, cause, aree colpite, trattamenti possibili, il malato compie tutta una serie di comportamenti (dalle azioni preventive fino alla richiesta più o meno tempestiva di vedere il medico) che condizionano l'incontro con il curante.
3. Le aspettative e i desideri riguardo a ciò che dovrebbe essere fatto (Barsky III, 1981; Campbell & Roland, 1996; Kravitz et al., 1996; Uhlmann et al., 1984). Fino a tutta la prima metà del XX secolo i pazienti si “consegnavano” al medico con una cieca fiducia rispetto alle possibilità sue e della scienza medica. In quell'epoca si diffuse l'idea di una medicina fondata su basi scientifiche dalla

quale ci si aspetta l'eliminazione di ogni malattia: l'immagine pubblica della medicina era indubbiamente e interamente positiva, e i pazienti chiedevano al medico di utilizzare "gli strumenti più scientifici" (Reiser, 1983) per risolvere i loro problemi: si aspettavano pillole e tecnologia. Con la seconda metà del XX secolo, invece, si assiste a un mutamento di tendenza (Marcel et al., 1957). Il pubblico, da allora in poi, non sembra più accontentarsi della tecnologia e avanza pretese del tutto nuove: per la prima volta dalla rivoluzione farmacologica, la pillola e la tecnologia diagnostica lasciano insoddisfatto il paziente, che si aspetta dal clinico anche l'espressione di un interesse per quegli aspetti non biologici che ciascun malato reca con sé (Freidson, 1961). È possibile distinguere, all'interno del campo delle aspettative, due "oggetti" della richiesta rivolta esplicitamente o meno al medico (Lazare et al., 1975): è possibile infatti parlare di aspettative che il paziente ha relativamente all'obiettivo della visita – l'effetto che il paziente vorrebbe raggiungere come risultato dell'intervento – e di aspettative che si riferiscono invece ai mezzi con cui raggiungere tale obiettivo – il percorso che il paziente ipotizza per ottenere il suo scopo.

4. Il contesto familiare, sociale e lavorativo. Il contesto contribuisce a determinare le interpretazioni del malato, a generarne i sentimenti, a plasmarne le aspettative. In questo senso potremmo indicare il contesto come un "generatore" dell'agenda (Brorsson & Rastam, 1993). Il contesto è una componente causale non tanto del *disease* ma dell'*illness* del malato, del modo in cui egli reagisce alla malattia, la interpreta e prende provvedimenti contro questa, determinando tempi e modalità di ricorso al medico. Il contesto agisce dunque a monte del vissuto e dell'agenda e ne costituisce l'*humus* sopra il quale si articolano i sentimenti, le interpretazioni, le aspettative di quel malato (Epstein et al., 1993).

Figura 2. 1 – Disease-Illness model (Fonte: Adattato da J. Silverman et al., 2005)



Questa organizzazione dell'agenda in quattro categorie consente di tradurre il vissuto di malattia in obiettivi specifici che possono diventare oggetto d'indagine nella visita: le quattro categorie costituiscono una "trama" per il medico, sulla base della quale gestire la consultazione. Le quattro dimensioni dell'agenda costituiscono una griglia per il medico sulla base della quale possono essere stabiliti gli obiettivi specifici relativi al versante esperienziale della malattia, all'*illness* del malato. Al termine di una visita centrata sul paziente, il medico "possiede" non solo i dati biologici del malato, ma anche gli elementi importanti della sua agenda. L'agenda costituisce, inoltre, l'elemento transpersonale che, però, di volta in volta è riempito di contenuti differenti, ciascuno in base al soggetto che vive la malattia. La specificità dei contenuti di ciascuna dimensione dell'agenda, fatta salva l'universalità dei quattro contenitori, rende necessaria l'indagine dell'agenda di quel paziente in quella situazione di malattia. Non

è possibile, dunque, determinare a priori i contenuti dell'agenda, ma la consapevolezza delle quattro dimensioni costituisce per il medico uno strumento valido per tutte le visite.

Il metodo clinico *patient-centred*, proponendo l'integrazione dell'agenda del medico (l'identificazione della malattia e il suo trattamento sulla base delle proprie conoscenze teoriche e competenze tecnico-pratiche) con l'agenda del paziente, supporta e rafforza la relazione, favorisce il processo di diagnosi, rende i colloqui più efficaci ed efficienti e pone le basi per una spiegazione della malattia e una programmazione delle fasi dell'intervento condivise tra medico e paziente. Il medico, in una visita *patient-centred*, deve quindi negoziare (Quill, 1983; Quill & Brody, 1996) la propria agenda con l'agenda del malato. Il mancato raggiungimento degli obiettivi specifici relativi all'agenda può inficiare i risultati clinici di una consultazione medica. L'adozione di un metodo clinico centrato sulla persona non comporta però, come si potrebbe credere, un significativo allungamento della durata delle visite: i dati della letteratura dimostrano che le visite centrate sul paziente non sono mediamente più lunghe di quelle *disease-centred* (Marvel et al., 1998) e che una buona visita *patient-centred* può essere effettuata in un tempo non superiore a nove minuti (Stewart et al., 1995).

2.5.2 Comunicare con il paziente: il colloquio clinico *patient-centered*

L'importanza dell'applicazione dell'approccio *patient-centred* all'interno della consultazione medica è stata largamente riconosciuta: la comunicazione medico-paziente in medicina è diventata un tema di ricerca molto diffuso, producendo ogni anno, un incremento esponenziale di pubblicazioni che prendono in considerazione diversi aspetti, quali, ad esempio, l'efficacia del modello teorico (Smith & Hope, 1991; Smith, 1996; Zimmermann, 1996), la validazione di sistemi di classificazione dell'intervista (Brown et al., 1995; Roter, 1977; 1991; Ong et al., 1995; Stiles, 1978) o di corsi formativi nell'uso di tecniche comunicative (Goldberg et al., 1980; Gask et al., 1987; 1988; Smith et al., 1998).

Il metodo clinico *patient-centred* mira a integrare l'agenda del medico – e quindi gli obiettivi propri del metodo *disease-centred* – con l'agenda del paziente, coniugando la comprensione della patologia con l'indagine dell'*illness*. In questa prospettiva è chiaro che si richiedono al medico nuove competenze, le quali non appartengono all'area tecnologica o biomedica: non è attraverso la tecnologia, per quanto innovativa ed eccezionalmente precisa, che il medico riuscirà a individuare le interpretazioni del paziente. Le nuove competenze richieste si collocano all'interno di un'altra area, quella comunicativo-relazionale. È chiaro che la comunicazione all'interno della medicina *patient-centred* assume un ruolo del tutto differente rispetto al modello *disease-centred*: essa non è un "in più", non è un orpello, ma accanto alle competenze e alle abilità biomediche costituisce parte integrante e irrinunciabile dell'attività del clinico (Moja & Vegni, 2000). Questa posizione paritaria della comunicazione rispetto alle competenze del medico orientate al *disease* impone anche una profonda modificazione nei percorsi formativi dei medici. Tanto quanto impara a palpare un addome, il medico deve imparare a utilizzare in modo consapevole e appropriato una serie di tecniche di comunicazione (Lloyd & Bor, 1996). Per acquisire ed esercitare una sufficiente buona capacità relazionale, infatti, non c'è da contare soltanto sulla dotazione di base, di personalità, di ogni singolo operatore: vi sono metodi di formazione che possono sia coltivare la capacità relazionale di base – aumentando la consapevolezza della comunicazione non verbale e, dunque, la consapevolezza del significato delle relazioni – sia cogliere le strutture affettivo-emotive degli operatori per aumentare la conoscenza di se stessi e le proprie capacità di coscienza (Imbasciati, 2008).

Durante il colloquio i pazienti lanciano una serie di preziosi indizi (*cues*, in inglese) del loro punto di vista sulla malattia, oppure suggerimenti impliciti (*prompts*, in inglese) rispetto alla loro agenda che il medico può utilizzare (Brown et al., 1986; Levenstein et al., 1986). *Prompts* e *cues* rappresentano, dunque, opportunità estremamente potenti per raggiungere l'agenda del paziente e indirizzano il medico sulle informazioni importanti della sua *illness*; generalmente si tratta di termini su cui il paziente modifica (accentua) il tono di voce, argomenti introdotti dal paziente e

svincolati dal contesto specifico e temi reiterati e riproposti soprattutto al termine della visita.

È possibile identificare tre grandi funzioni della comunicazione nelle consultazioni (Cohen Cole, 1991; Lipkin et al., 1995; Ong et al., 1995). La comunicazione garantisce la creazione o il mantenimento della relazione fra medico e paziente, la raccolta di informazioni dal paziente (inclusa la verifica degli *outcomes* delle visite precedenti) e la restituzione di informazioni al paziente.

2.5.2.1 La raccolta delle informazioni

La raccolta di informazioni tratte dal paziente è fondamentale per il medico al fine di poter determinare la natura del problema, o monitorarne l'evoluzione qualora la diagnosi sia già stata fatta (Cohen Cole, 1991; Lipkin et al., 1995; Enelow et al., 1996; Larsen et al., 1997; Elwyn & Gwyn, 1999; Billings & Stoeckle, 1999). Questa funzione della comunicazione viene tradizionalmente identificata con la raccolta dell'anamnesi, benché gli obiettivi che possono essere associati a essa siano assai più ampi. In particolare è possibile identificarne quattro (Lipkin et al., 1995):

1. La diagnosi della malattia del paziente.
2. La comprensione della risposta del paziente alla percezione del proprio malessere (il vissuto di malattia, ovvero la sua agenda).
3. Il monitoraggio delle modificazioni sia nel quadro clinico che nel vissuto del paziente.
4. L'acquisizione di informazioni imprescindibili per la pianificazione di un progetto terapeutico.

Le capacità comunicative che consentono al medico di raccogliere informazioni dal paziente possono essere raggruppate in due aree: la prima relativa alle capacità di chiedere (*questioning skills*) e la seconda che raggruppa le capacità di ascoltare (*active listening skills*). Le capacità di chiedere consentono di sollecitare l'espressione del punto di vista del paziente e di identificare i sintomi e le informazioni, nuove o in corso di modificazione rispetto all'ultimo incontro, che possono essere utili nel colloquio

clinico; le capacità di ascoltare rendono di fatto possibile la ricezione di tali informazioni e ne consentono l'utilizzo.

Il *question asking* è la modalità di comunicazione più frequentemente utilizzata dai medici nelle consultazioni: circa un quarto di tutto il tempo in cui parla il medico è dedicato al fare domande (Roter & Frankel, 1992). Possiamo principalmente distinguere due tipologie di domande: le domande chiuse (convergenti) e le domande aperte (divergenti). Le prime sono certamente la forma più usata in medicina di *questioning skills*, fino a essere talvolta l'unica presente nella visita medica. Una domanda chiusa si caratterizza per il fatto che prevede una risposta specifica. Le domande chiuse richiedono una risposta breve, che può essere una singola parola (sì/no) fino al solo cenno del capo. Un colloquio caratterizzato da numerose domande chiuse è definito in letteratura come *high control style* (Platt & McMath, 1979), uno stile tipico della medicina, indispensabile per focalizzare una sintomatologia, funzionale all'acquisizione di dati per la formulazione di una diagnosi che si basa su una tassonomia rigorosa delle patologie. La letteratura segnala che uno stile ad alto controllo del medico riduce anche il numero di informazioni rilevanti che il malato riesce a dare (Roter & Hall, 1987; Marvel et al., 1999) proprio perché lo spazio lasciato al paziente per una elaborazione di una risposta alle richieste che gli vengono rivolte è assai esiguo. È chiaro inoltre che, nel caso di domande chiuse multiple e concatenate, il paziente può avere difficoltà a dedicare sufficiente attenzione a ciascuna delle domande e non risponde, alla fine, a nessuna di esse o ricorda soltanto l'ultima della lista (Platt & McMath, 1987), perdendo totalmente, in questo caso, la loro potenzialità informativa. L'altra forma fondamentale assunta dalla *questioning skill* è quella delle domande aperte. Al contrario delle domande chiuse, le domande aperte (dirette o indirette) rappresentano una modalità di interrogazione in cui non si anticipa implicitamente la risposta del paziente: sono domande concepite per introdurre un'area di indagine senza configurare o restringere eccessivamente il contenuto della risposta; il paziente è più libero di includere nella risposta anche informazioni a cui il medico non aveva pensato (Roter e Hall, 1987). La ricerca ha rilevato l'utilità delle domande aperte soprattutto nella fase iniziale ed esplorativa dell'intervista, dimostrando in particolare che i medici che utilizzano in proporzione un numero

maggiori di domande aperte sollecitano l'espressione di un numero maggiore di informazioni e ottengono risultati migliori anche in termini di efficienza (Roter & Hall, 1987). Altre due utili tecniche di comunicazione che appartengono all'area delle *questioning skills* sono la tecnica di eco (Beckman & Frankel, 1984), che consiste nella ripetizione in forma interrogativa di un termine utilizzato dal paziente su cui la comunicazione paraverbale (la frequenza e l'intonazione del parlato) o non-verbale (la gestualità, la mimica del paziente) ha catturato l'attenzione del medico, e la *trigger question*, domanda-stimolo che invece consente al paziente di articolare il discorso nel modo che egli ritiene più consono: l'interesse per la risposta che il paziente dà non dovrebbe essere limitato ai contenuti; domande di questo genere non solo consentono al medico di raccogliere anche l'informazione relativa all'importanza che il paziente attribuisce a questi contenuti, prestando attenzione alla loro articolazione e successione nel flusso di informazioni, ma danno anche l'occasione al paziente di approfondire il discorso su un tema che lui stesso ha portato o che ritiene prioritario comunicare al suo medico (Tabella 2.3).

Tabella 2.3 – Questioning skills (Fonte: Adattato da R. De Bellis, 2014)

Questioning skills	Esempio
<i>Domande chiuse</i>	Ha capogiri al mattino?
<i>Domande aperte dirette</i>	Come mai non assume la terapia?
<i>Domande aperte indirette</i>	Mi dica di più di questo dolore...
<i>Domande stimolo</i>	Da dove vogliamo partire?
<i>Tecnica di eco</i>	P: Avevo così male che non mi era mai capitato... ero spaventato. M: Spaventato?

Le *questioning skills* non esauriscono il campo delle capacità e tecniche di comunicazione coinvolte nella raccolta di informazioni: è naturalmente necessario chiedere al paziente, ma non è sufficiente. Il medico deve essere anche capace di ascoltare (*active listening skills*): un medico che ascolta attivamente, rivolgendo l'attenzione a tutto il messaggio, ma anche all'interlocutore e alla sua stessa capacità di ascoltare, incoraggia i malati a esprimere integralmente le loro preoccupazioni e a mostrare il loro punto di vista sul problema (Balint, 1961) permettendo l'emergere dell'agenda del paziente. Ricordiamo che il desiderio di narrazione, che come esseri umani ci segue sempre, aumenta durante le cosiddette esperienze apicali dell'esistenza: fra queste la nascita, la separazione, la perdita, la morte, la malattia, il vissuto del dolore. La narrazione del disagio affettivo, in questi momenti, aiuta a

ridurre l'attivazione del sistema nervoso autonomo e sembra proteggere dalla formazione di sintomi somatici (Anderson, 1981; Berry & Pennebaker, 1993; Pennebaker, 1985; Pennebaker & Susman, 1988), permette di scambiare esperienze e significati, non nel senso di una mera trasmissione di contenuti da un narratore a un ascoltatore, ma all'interno di un'azione circolare di reciprocità, scambio e co-costruzione di senso. Parliamo gli uni con gli altri per co-costruire insieme significati da dare alle nostre vite, alle nostre esperienze, alle nostre emozioni più profonde. Un paziente che si sente ascoltato è un paziente che riesce a spiegarsi meglio, a offrire maggiori dettagli per una corretta diagnosi. È un paziente che non si ritrae, ma che partecipa in prima persona alla dinamica dell'alleanza terapeutica. Un paziente che sa di essere ben ascoltato si sente in buone mani, tende a richiedere meno incontri, un numero minore di seconde diagnosi, aderisce alla cura proposta con consapevolezza, soggettività e senso di responsabilità, con conseguenti minori sprechi e una migliore opinione rispetto alla qualità delle cure e del servizio offerto. Inoltre, l'applicazione dell'ascolto della narrazione del paziente può rappresentare, nei suoi futuri e consapevoli sviluppi, uno strumento fondamentale nella gestione e nella prevenzione del contenzioso in medicina: al di là delle negligenze commesse che vanno ovviamente individuate e risarcite nel modo dovuto, sappiamo che il contenzioso può a volte nascere dal bisogno di raccontare una storia di malattia (e dolore, paura, speranza, cura) relegata in precedenza al silenzio, una storia che non era riuscita a dispiegarsi prima, che non era stata altrimenti detta e altrimenti ascoltata e che trova nelle sedi legali l'unica via di sbocco e l'unico scenario possibile, una storia a cui semplicemente, per distrazione, mancanza di tempo, fretta, inconsapevolezza, non era stato prestato l'orecchio (Tucci, 2010).

Fondamentale per l'ascolto è l'uso consapevole e strategico del silenzio. Questa tecnica per la raccolta di informazioni, poiché non si basa sulla formulazione di una richiesta da parte del medico, è l'unica che può consentirgli l'accesso a informazioni assolutamente imprevedibili (McWhinney, 1989). Il silenzio – che etimologicamente (dal verbo latino *silere*, “cessare di parlare”) significa non comunicare per mezzo della parola parlata, ma non significa non comunicare affatto – è una tecnica che consente al paziente di esplicitare, e al medico di ascoltare, il livello di significato che è più vicino

alla sua esperienza con informazioni talvolta del tutto lontane dalle ipotesi del medico. Benché apparentemente semplice da applicare, l'uso del silenzio non sembra essere frequentemente praticato dai medici nelle visite: Byrne e Long (1976) hanno rilevato che l'uso del silenzio come strumento di comunicazione è presente soltanto nel 7% delle visite. Altri dati della letteratura confermano, seppure in modo indiretto, questo scarsissimo uso del silenzio. La prima interruzione viene fatta dal medico in media 18 secondi dopo l'inizio dell'esposizione del problema (Beckman & Frankel, 1984), un tempo assai breve che non permette verosimilmente di esporre per intero il problema clinico: il medico è spinto ad applicare i suoi *frame* diagnostici nel minor tempo possibile e cerca quindi di riconoscere all'interno del testo e delle parole del paziente quegli elementi che possano ricomporre velocemente un quadro diagnostico conosciuto, dare un *label*, una definizione di malattia e quindi una conseguente cura (Tucci, 2010). Inoltre, solo il 23% dei pazienti riesce a concludere attraverso una narrazione continuativa l'esposizione dei propri problemi, mentre tutti gli altri sono interrotti prima: il 54% dei malati viene fermato dal medico alla conclusione del primo problema, il 12% viene interrotto addirittura prima di poterne concludere l'esposizione (Beckman & Frankel, 1984). L'effetto di un comportamento comunicativo caratterizzato da frequenti e precoci interruzioni può farsi sentire non solo sul piano relazionale, influenzando il rapporto del medico con il paziente, ma anche da un punto di vista clinico, compromettendo la completezza della raccolta anamnestica, una manifestazione di *clinical hypocompetence* (Platt & McMath, 1979; Marvel et al., 1999) tra le più diffuse fra i medici. L'ascolto attivo del paziente può essere favorito, oltre che dal silenzio, anche da alcune sollecitazioni da parte del medico che incoraggino il malato a proseguire: si tratta delle cosiddette "tecniche di continuazione" (Othmer & Othmer, 1999) – definite anche *back channel responses* (Roter, 1991) –, interventi caratterizzati da un utilizzo espressivo del tono di voce che invita il paziente a continuare. Il vantaggio di queste tecniche è quello di permettere al paziente di raccontare con le proprie parole il disturbo che lo ha portato dal medico, senza che alcun sintomo sia suggerito dal medico stesso con delle domande (Tabella 2.4).

Tabella 2.4 – Active listening skills (Fonte: Adattato da R. De Bellis, 2014)

Active listening skills	Esempio
-------------------------	---------

Silenzio	P: Sabato notte mi è capitato in casa un piccolo incidente che mi ha messo un po' sottosopra... M: mmmh... P: ... beh, ho avuto parecchio bruciore... la mia ulcera...
Tecnica di continuazione	P: Sono andata a letto alle 22:30, poi mi sono alzata poco dopo la mezzanotte... M: Sì...

La letteratura suggerisce di adottare uno stile di conduzione dell'intervista "a cono" (Cohen Cole, 1991; Goldberg et al., 1983) per la raccolta dei dati, che consiste nel cominciare il colloquio con prevalenza di *listening skills* e domande aperte per poi "stringere" il *focus* con domande più focalizzate e chiuse soltanto quando l'area dell'inchiesta diviene più chiara. Un stile di domande più aperto all'inizio incoraggia il paziente a raccontare la sua storia, concede al medico il tempo per ascoltare, riflettere e formulare la domanda successiva e rinforza la partecipazione del paziente (Silverman et al., 2005). Una "buona" visita è caratterizzata da un inizio in cui la voce del paziente dovrebbe sentirsi molto di più di quella del medico, il quale, invece, dovrebbe intervenire più frequentemente solo a colloquio inoltrato (Platt & McMath, 1979).

2.5.2.2 La restituzione delle informazioni

La restituzione delle informazioni è caratterizzata da un flusso di comunicazione che va dal medico al paziente: il medico è cioè l'emittente, colui che deve trasmettere informazioni in modo da favorire la comprensione e la memorizzazione da parte del malato, ovvero il suo apprendimento e i suoi processi di cambiamento (Grüniger, 1995). L'efficacia della trasmissione del messaggio informativo non dipende soltanto dal suo contenuto (che, nel caso di una consultazione medica, è oltretutto spesso un contenuto biomedico e tecnico, di per sé difficile per il paziente-ricevente), ma dalla modalità con cui il messaggio è trasmesso, ovvero dalle strategie e dalle tecniche che il medico utilizza. In particolare, in un colloquio *patient-centred* la trasmissione efficace del messaggio biomedico passa anche attraverso il continuo coinvolgimento del paziente e l'integrazione del suo punto di vista nel percorso clinico definito dal medico. In quest'ottica la restituzione di informazioni da parte del medico è costantemente interrelata con la raccolta-verifica di informazioni dal paziente, in una sorta di meccanismo circolare retro-attivo di cui ogni passaggio è favorito dall'uso di tecniche comunicative specifiche. La restituzione di informazioni del medico è, infatti,

costantemente interrelata con la raccolta-verifica di informazioni dal paziente, in una sorta di meccanismo di retroazione di cui il TOTE (Test – Operate – Test – Exit; Miller et al., 1973) costituisce un valido modello di rappresentazione: un percorso teso a uno scopo con un meccanismo di auto controllo a *feedback*.

La verifica, da parte del medico, della comprensione delle informazioni ricevute si concretizza attraverso l'uso di *checking skills* e *reflection skills*, mentre il controllo della comprensione delle informazioni da parte del ricevente – nel nostro caso il malato – utilizzando le cosiddette *checking back skills*. Lo scopo delle sopracitate tecniche di restituzione è quello di costruire un terreno comune di informazioni condivise, a partire da cui è possibile impostare un progetto clinico efficace.

All'interno della categoria delle *checking skills*, le tecniche più utili sono le parafrasi e le brevi ricapitolazioni: queste tecniche hanno lo scopo di verificare se la comprensione da parte del medico coincida con quello che intendeva comunicare il paziente. Le parafrasi ripropongono una singola informazione del paziente, elaborata nel linguaggio del medico, mentre le brevi ricapitolazioni ripropongono sinteticamente molteplici dati espressi dal malato, anche in momenti differenti della visita. Queste ultime in particolare consentono al medico di controllare la comprensione globale del problema e di verificare l'“effetto” che tutte le informazioni collegate hanno sul paziente (Tabella 2.5).

Tabella 2.5 – Checking skills (Fonte: Adattato da R. De Bellis, 2014)

Checking skills	Esempio
<i>Parafrasi</i>	Se ho capito bene, mi ha detto che il dolore al petto è scomparso?
<i>Brevi ricapitolazioni</i>	Dunque abbiamo detto del dolore opprimente al petto, dopo mangiato, che le mancava il respiro...

Anche le *reflection skills* costituiscono una modalità di restituzione delle informazioni, ma, a differenza delle *checking skills*, si tratta di interventi di restituzione delle informazioni che riguardano l'agenda del malato, e in particolare la dimensione dei suoi sentimenti. Il loro scopo non è semplicemente quello di verificare l'esatta comprensione del messaggio del paziente: esse riflettono, esplicitandolo, il contenuto della comunicazione del malato; esse comunicano la comprensione del medico. Sul piano delle tecniche di comunicazione generalmente annoverate sotto la categoria

delle *reflection skills* ci sono interventi di legittimazione, interventi di supporto e, infine, le espressioni empatiche. Queste tecniche hanno la funzione di esprimere la liceità del punto di vista del malato e quindi la sua accettazione incondizionata da parte del medico (Tabella 2.6).

Tabella 2.6 – Reflection skills (Fonte: Adattato da R. De Bellis, 2014)

Reflection skills	Esempio
<i>Espressioni empatiche</i>	Credo che sia stata una giornata difficile per lei...
<i>Interventi di legittimazione</i>	Tutti sarebbero spaventati...
<i>Interventi di supporto</i>	Vorrei essere certo che lei sappia di poter contare su di me...

Nell'ambito del passaggio di informazioni dal medico al malato vengono utilizzate tecniche definite di "orientamento" che servono a favorire e focalizzare l'attenzione del paziente rispetto al procedere della visita, rendendolo più partecipe e coinvolto in un fase in cui l'esperto, e dunque colui che esercita maggiormente il controllo sulla successione degli eventi, è il medico. Annoveriamo tra queste tecniche quella del *focusing*, che è finalizzata ad attrarre l'attenzione del malato su un punto davvero fondamentale della visita, la categorizzazione, che esplicita al malato i vari passaggi in cui si articolerà l'incontro e la sintesi, che riformula gli elementi essenziali forniti dal medico stesso (Tabella 2.7).

Tabella 2.7 – Tecniche di orientamento (Fonte: Adattato da R. De Bellis, 2014)

Tecniche di orientamento	Esempio
<i>Focusing</i>	Ascolti Angela...
<i>Categorizzazioni</i>	Adesso le spiego come assumere la pastiglia...

2.5.3 Perché una medicina centrata sul paziente

Se consideriamo un approccio medico-epidemiologico, una letteratura imponente è testimone della modificazione delle patologie di cui le persone si ammalano (WHO, 1998; Cosmacini, 1994), con una progressivo diminuire delle patologie acute e, contemporaneamente, un continuo aumentare delle malattie croniche. Questa variazione impone nuove modalità di assistenza in cui all'intervento "eroico", tempestivo e limitato nel tempo si deve sostituire l'accudimento del soggetto malato, l'accompagnamento nella malattia e l'assistenza continuativa. È chiaro che, in queste condizioni, un approccio *disease-centred*, che mira a risolvere o per lo meno a trattare la malattia, è riduttivo per il paziente e frustrante per il medico. L'aumento

delle patologie croniche rende particolarmente rilevante un metodo clinico che consenta sia al medico che al malato di affrontare le difficoltà, nuove, di convivenza con una malattia che non si può, o non si riesce, a sconfiggere.

Alcuni autori (Shorter, 1986), rilevano che i malati hanno modificato il loro modo di percepire la malattia e di definirsi malati. In particolare, rispetto al paziente tradizionale, il paziente post-moderno definisca “malattia” una percentuale di sintomi molto più alta (Conrad, 1992): i medici devono fronteggiare richieste che spesso non hanno a che vedere direttamente con una patologia organica. I medici incontrano sempre più spesso nuovi temi e nuovi bisogni, che dipendono da una diversa percezione della salute e della malattia, in continua modificazione, e le richieste talvolta non possono essere risolte semplicemente riportando alla normalità l’alterazione biologica. È chiaro che il modello di medicina *patient-centred* offre al medico strategie di contenimento e di gestione di queste richieste, che non necessitano del ricorso alla tecnologia o alle farmacologie, e che più probabilmente possono essere comprese attraverso specifiche modalità di comunicazione.

In un’epoca in cui il mercato è entrato nel mondo sanitario trasformando gli ospedali e le organizzazioni sanitarie in aziende, è chiaro che il “paziente-cliente” deve prestare maggiore attenzione nella programmazione dei servizi, soprattutto alla luce di una variazione sostanziale del suo ruolo nella relazione di cura, del suo status – di cliente, appunto – e del suo “potere contrattuale” (Parsons; 1965; Szasz & Hollender, 1976). Con questo non si vuole sostenere, in un’ottica mercantile, che le leggi della concorrenza debbano divenire i motori determinanti della sanità. Le considerazioni sul cliente, però, non possono attualmente essere negate e suggeriscono ancora una volta la forza dell’adozione del modello *patient-centred* in medicina: di un modello, cioè, che oltre ad affermare il trattamento del *disease* si preoccupi di raccogliere il punto di vista del malato per negoziare questa sua prospettiva con quella del clinico.

Infine, il modello *patient-centred* comporta numerosi vantaggi clinici per il medico che decide di adottarlo nell’esercizio quotidiano della sua professione. Rispetto al metodo clinico *doctor-centred*, l’approccio *patient-centred* sembra fornire al medico una migliore comprensione del problema e una maggiore informazione sul paziente,

più completa e più ricca. Un rapporto medico-paziente centrato sulla persona del paziente è utile ai fini diagnostici e terapeutici per numerose vie: perché il paziente porti al medico i suoi sintomi e non li nasconda, perché il paziente non porti al medico un'infinità di sintomi, misconoscendo magari i più importanti e giungendo a disorientarlo, perché accetti di eseguire gli esami diagnostici necessari e perché ricordi, comprenda e segua in modo corretto i consigli terapeutici del medico (Vigorelli & Vigorelli, 1985). In letteratura è ben documentata l'efficacia di una comunicazione "non direttiva" – ma non per questo più dispersiva – nella raccolta anamnestica (Freemon et al., 1971; Platt & McMath, 1979; Stewart et al., 1979; Cox et al., 1981; Starfield et al., 1981; Beckman & Frankel, 1984; Stewart, 1984; Stoeckle & Billings, 1987; Cox et al., 1988; Roter et al., 1988; Henbest & Stewart, 1990; Smith & Hope, 1991; Roter et al., 1997). Il frequente uso delle domande chiuse e le precoci interruzioni caratterizzano lo stile *high control* del medico tradizionale e ne costituiscono uno dei più vistosi limiti; la medicina *patient-centred* ha provveduto a colmare questo difetto attraverso un allargamento delle tecniche di comunicazione, ovvero introducendo strategie di intervista aperte e sottolineando l'utilità delle tecniche di ascolto che favoriscono l'espressione del punto di vista del paziente. I tempi di una visita *patient-centred* non sono significativamente maggiori rispetto a visite rigorosamente biomediche: nella pratica medica il lasciar parlare di più il paziente e il sollecitare l'espressione dell'agenda del malato consentono al medico che ascolta attentamente di ottenere a parità di tempo molti più dati clinicamente utili a scopo diagnostico e terapeutico, mentre è l'abuso di domande chiuse – che vengono utilizzate per modulare in modo *doctor-centred* il racconto del paziente, illudendosi di ottimizzare il tempo nella fase della raccolta anamnestica – a compromettere la quantità e qualità dei dati raccolti (Smith & Hope, 1991).

Al miglioramento qualitativo e quantitativo delle informazioni raccolte segue, in una visita *patient-centred*, il miglioramento degli *outcomes*, degli effetti della consultazione sul paziente (Stewart et al., 2000). La letteratura suggerisce che un colloquio *patient-centred* migliora i cosiddetti *outcomes* a breve termine, ovvero gli effetti sul paziente appena uscito dallo studio: la capacità di facilitare il percorso di cura attraverso tecniche specifiche di colloquio contribuisce a migliorare la

comprensione e la memorizzazione del trattamento proposto dal medico (Roter et al., 1987; Hall et al., 1988), l'aderenza (*compliance*) al progetto terapeutico (Eraker et al., 1984; Stewart, 1984; Roter, 1989; Butler et al., 1996) e la soddisfazione del paziente (e dei medici), intesa come qualità percepita della visita (Suchman & Matthews, 1988; Suchman et al., 1993; Roter et al., 1997; Gothill, 1998). Kuhl (2002), per esempio, ha dimostrato che i medici che banalizzano o ignorano la prospettiva dei loro pazienti o non prendono in considerazione le loro preoccupazioni possono involontariamente causare quello che egli ha definito una "sofferenza iatrogena", ovvero un dolore e una sofferenza inflitti da qualcuno in maniera non intenzionale. La soddisfazione del paziente, oltre a essere importante di per sé, è verosimilmente collegata a due importanti effetti che la ricerca ha dimostrato essere altamente correlati alla *patient-centredness* della visita (Francis et al., 1969; DiMatteo, 1998; Marvel et al., 1998; Safran et al., 1998; Williams et al., 1998): la riduzione delle cause legali per *malpractice* (Beckman et al., 1994; Levinson et al., 1997; Santosuosso, 1996) e la riduzione del fenomeno del *doctor shopping* (Kasteler et al., 1976). Infine, tra le diverse caratteristiche che dovrebbe assumere una relazione terapeutica affinché possa essere definita *patient-centred*, Miller e Colloca (2009) hanno individuato 8 fattori alla base della comunicazione medica in grado di amplificare l'effetto *placebo* – inteso come tipologia di trattamento che si ritiene non abbia specifici effetti curativi su un determinato disturbo o malattia, ma la cui somministrazione può portare a concreti miglioramenti nella situazione clinica del paziente (Beecher, 1955; Wolf, 1950) – indotto dal cosiddetto "rituale dell'atto terapeutico" (Benedetti, 2012): parlare positivamente del trattamento, fornire incoraggiamento, sviluppare fiducia, dare rassicurazioni, supportare la relazione, rispettare l'unicità del paziente, esplorare i suoi valori e creare rituali terapeutici. Ricordiamo che quando somministriamo un *placebo*, l'effetto non è prodotto dalla pillola di zucchero di per sé, ma dal significato simbolico che il paziente vi attribuisce e il significato è collegato al contesto psicologico e sociale in cui il *placebo* viene somministrato: dalla vista dei camici bianchi a quella dell'ambiente ospedaliero con macchinari, siringhe e strumenti chirurgici, dall'odore di farmaci e disinfettanti al rumore delle apparecchiature mediche, per non parlare del forse più potente fra tutti questi elementi del rituale terapeutico, ovvero il tipo di comunicazione adottato dai medici e dal personale sanitario in generale. A tal

riguardo, è illuminante il rovesciamento della prospettiva proposto da Bateson (1979) nella considerazione dei *placebo*, sia dal punto di vista della relazione mente-corpo che da quello della relazione medico-paziente: l'effetto *placebo* non sarebbe questione di credulità e ignoranza, ma appunto una grandiosa dimostrazione del *proprium* umano, ovvero dell'inseparabilità dell'organismo psico-corporeo la cui natura inscindibile fa sì che le idee, i pensieri, le sensazioni possano fungere da cause di fenomeni osservabili anche ad un livello fisico della realtà. Una realtà che, per un materialismo ingenuo e miope, si tende spesso a pensare come scindibile dal nostro modo di osservarla ed esperirla, ed in questo senso, appunto, vera, oggettiva, fisica. Se prendendo un farmaco finto si può guarire da un "reale" mal di testa allora vuol dire che davvero il nostro pensiero agisce sul nostro corpo, o ancora più radicalmente, che questi due piani non sono separabili né così facilmente distinguibili. Non si tratta di fenomeni sovranaturali, extramateriali, superstiziosi; si tratta, invece, dell'interrelazione necessaria e dell'interdipendenza complessa e organizzata di tutto ciò che vive.

La capacità di instaurare una buona relazione e di comunicare efficacemente non può che diventare la strategia di "cura" non solo per il malessere dei pazienti, ma anche per quella dei medici. Saper comunicare efficacemente non promuove solo la salute del paziente, ma ha un impatto notevole anche sulla soddisfazione e sul benessere del medico e, probabilmente, anche sulla sua salute (Milanese & Milanese, 2015). Infatti comunicare efficacemente e instaurare una relazione empatica con il paziente:

- dà al medico un senso di efficacia e di gratificazione immediata;
- elimina il senso di fatica e di frustrazione che il medico prova dopo le estenuanti e vane discussioni per convincere il paziente della bontà delle sue indicazioni;
- fa sentire il medico più abile e capace, perché riesce non solo a capire, ma anche a sentire quale sia il problema vissuto dal paziente e, qualunque sia la sua malattia, sa sempre come aiutarlo, fosse solo con una rassicurazione adeguata o una consolazione empatica quando, di fronte a diagnosi a prognosi infauste, non sia possibile avere un impatto rilevante sulla malattia;

- significa avere pazienti più soddisfatti, meno assillanti, più disponibili, e, nel lungo periodo, più sani;
- significa restituire al medico il potere di curare, che non è solo guarire e sanare, ma anche assistere, provvedere, occuparsi, accudire.

Una serie di limiti potrebbe, però, derivare dall'applicazione del modello. Si possono ipotizzare due implicazioni negative, caratterizzate da tempi di maturazione diversi. A breve termine, il principale svantaggio della medicina *patient-centred* è probabilmente legato all'investimento formativo che essa richiede. Se il medico deve essere formato e sulla patologia e sugli aspetti comunicativo-relazionali, viene introdotto un ulteriore elemento di complessità nel curriculum educativo, con un aumento delle risorse impiegate per la preparazione e, necessariamente, una revisione dei percorsi universitari e post-universitari sia sul piano dei contenuti – come è evidente – che delle strategie didattiche. Ma è a lungo termine che si può evidenziare il vero tallone d'Achille della medicina *patient-centred*. È possibile, infatti, che – nel tempo – essa possa scivolare in una “brutta copia” pratica dell'originale, che si risolva in un'applicazione ripetitiva e sterile del concetto di “agenda del paziente” supportata dalla nuove competenze comunicative. La necessità di raggiungere gli obiettivi specifici della “nuova” medicina potrebbe essere realizzata attraverso un uso meccanico delle tecniche di comunicazione e porterebbe nel tempo a un nuovo e più severo impoverimento relazionale (Moja & Vegni, 2000).

3. La selezione e la formazione al rapporto medico-paziente nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia

3.1 L'accesso a Medicina: stato attuale e prospettive future di un difficile processo di selezione

La selezione per l'accesso al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia riveste un'importanza particolare, in relazione al tipo di professione particolare, quella del Medico Chirurgo, per cui si opera la selezione stessa: «*selection is of key importance to medical education. What sort of students are recruited at the beginning is a major determination of what kind of doctor come out at the end*» (Downie & Charlton, 1992). Per la nostra realtà accademica, l'importanza del processo di selezione emerge anche dal confronto tra il numero di posti disponibili nelle Facoltà Mediche italiane (negli ultimi anni circa 7000 per anno) ed il numero di aspiranti studenti (circa 40000 per anno), in un rapporto posti disponibili-partecipanti al test di quasi 1 a 6. Pertanto l'impatto che il processo di selezione produce a livello sociale è alto, basti pensare ai circa 33000 esclusi di ogni anno, alle loro idee, speranze, aspirazioni, al progetto di vita cancellato o quantomeno rimandato nel tempo a causa del mancato superamento del test di ingresso. È quindi necessario riflettere in modo approfondito su come dovrebbe essere strutturato non un semplice test, ma un vero e proprio processo di selezione (Familiari et al., 2009).

La selezione di uno studente idoneo per la Facoltà di Medicina è un evento cruciale che, in sinergia con il processo di rinnovamento dei corsi che tutte le Facoltà italiane hanno attivato, dovrebbe consentire la formazione di un "buon medico" che sappia rispondere in pieno alla complessità della sua "missione" (Jones, 2001). McManus (2005) individua almeno quattro tratti canonici: *intelligence, learning style and motivation, communicative ability e conscientiousness*. A Maastricht, nel 1999 sono indicati, come criteri generali di selezione, la buona capacità di contatto umano, una buona capacità al lavoro di gruppo, l'abilità ad analizzare e risolvere problemi, l'abilità ad acquisire autonomamente e valutare criticamente le informazioni e l'abilità ad acquisire nuove conoscenze (Garcia-Barbero, 1999). Più recentemente, Sir Kennet C. Calman (2007) individua le "caratteristiche di un professionista" sulle quali dovrebbe

essere basata la selezione degli studenti. Egli enumera requisiti come: il desiderio di essere medico vissuto come una vocazione, il desiderio di imparare e di intraprendere un continuo aggiornamento professionale, il rispetto della vita umana e delle persone, il desiderio di cura, compassione, rispetto dei pazienti ed empatia, il sapersi attenere all'etica in ogni circostanza, interessarsi alla salute così come alla malattia, l'abilità di comunicazione, il coraggio per prendere decisioni difficili, la serenità nell'affrontare situazioni difficili e circostanze stressanti, confidenzialità e *privacy* sul lavoro, il saper lavorare in gruppo ed avere consapevolezza della professionalità degli altri colleghi, abilità ad analizzare e risolvere problemi complessi (ragionamento clinico), avere risorse intellettuali e iniziativa nell'affrontare situazioni insolite ed inaspettate e lavorare sotto pressione, capacità di insegnare agli altri, responsabilità verso i pazienti e la professione, curiosità ed interesse per la ricerca, umiltà e capacità ad ammettere quando le cose potevano essere fatte in modo migliore, promuovere la salute, essere un *leader* nel promuovere la salute.

Le Facoltà Mediche, però, spesso con risultati non del tutto soddisfacenti, dedicano molta attenzione al *curriculum* degli studi di medicina e troppo poca attenzione alla selezione degli studenti (Tutton & Price, 2002). Anche la *World Federation on Medical Education* (WFME), fornendo indicazioni in tema di ammissione, ha invitato le Facoltà Mediche a perfezionare criteri e metodi di ammissione, dando risalto al rapporto tra ammissione e missioni educative specifiche dei corsi, e sostenendo l'importanza di valutare la capacità dello studente a poter essere un buon medico ed a sapersi relazionare correttamente con le responsabilità sociali richieste dalle Istituzioni (WFME, 2000). Il metodo di selezione dovrebbe inoltre soddisfare, secondo McManus (2005), i criteri di *validity*, *reliability*, *feasibility* e *acceptability*, ma le evidenze, emerse da una ricerca nazionale che ha comparato i risultati della carriera scolastica con quelli ottenuti nel test ministeriale di ammissione a Medicina e con la "performance accademica" al termine del primo biennio del corso universitario, fanno pensare che il test di ingresso attualmente utilizzato in Italia possieda una scarsissima capacità di discriminazione delle qualità dei candidati (Familiari et al., 2005a).

3.1.1 La situazione in Italia e negli altri Paesi

Le attuali procedure per l'ammissione alla Facoltà di Medicina in Italia, ma anche in molti altri paesi europei, sembrano dei buoni meccanismi amministrativi utili a limitare il numero degli iscritti in relazione ai posti disponibili, mentre alcune perplessità potrebbero sorgere volendole considerare procedure perfettamente idonee a selezionare quello studente ideale atto a divenire il medico ideale (Familiari et al., 2002; Leinster, 2013). Se l'unico motivo della selezione fosse quello della riduzione del numero, potrebbe essere sufficiente un procedimento simile ad una lotteria o ad un sorteggio. Se invece si vuole dare il giusto significato a tale processo, si deve entrare nell'ottica di un «vero Progetto di selezione basato sull'evidenza, non facile da costruire, sicuramente non economico, tutto da sperimentare» (Familiari & Casti, 2006).

L'accesso alle Facoltà di Medicina e Chirurgia delle Università dello Stato Italiano è disciplinato dalla legge 2 agosto 1999 n° 264 e dai Decreti Ministeriali che ogni anno vengono promulgati e che definiscono il contenuto del Bando di concorso, a prova unica, per l'ammissione ai corsi di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia (Classe LM-41). Il test consiste nella soluzione di un numero variabile di quesiti che presentano cinque opzioni di risposta, tra cui il candidato deve individuarne una soltanto, scartando le conclusioni errate, arbitrarie o meno probabili, su argomenti di cultura generale e ragionamento logico, biologia, chimica, fisica e matematica. La prova di ammissione, di contenuto identico sul territorio nazionale e predisposta dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (M.I.U.R.), si svolge nello stesso giorno e alla stessa ora su tutto il territorio nazionale, con graduatoria unica nazionale. Gli elaborati cartacei, predisposti dal Cineca con un format adeguato per la correzione ottica automatica riportano, per ciascun studente, i quesiti in ordine casuale nell'ambito di ciascuna delle quattro aree disciplinari; è anche casuale l'ordine attribuito alle cinque risposte. Il compito è così individualizzato per ciascun esaminando, che viene associato al compito tramite un'adeguata procedura computerizzata. La valutazione fa conseguire all'esaminando 1 punto per ogni risposta esatta, meno 0.25 punti per ogni risposta errata e 0 punti per ogni risposta non data.

Non è attualmente prevista la valutazione della carriera scolastica e del voto di maturità.

Tre modelli di ammissione diversi sono presenti tuttavia nel territorio italiano e si riferiscono all'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano, al Campus Bio-Medico di Roma e all'Università Cattolica del Sacro Cuore. La prova di selezione per l'accesso alla Facoltà di Medicina e Chirurgia del San Raffaele consiste in un test a quiz costituito da domande di logica e *problem solving* e da domande di carattere scientifico (biologia, chimica, matematica, fisica) di cui il 10% è formulato in lingua inglese. Il modello Campus Bio-Medico prevede la verifica delle conoscenze mediante l'utilizzo di quesiti a risposta multipla come previsto dalla legge, la verifica e l'approfondimento delle motivazioni e della votazione conseguita all'Esame di Stato della Scuola Secondaria Superiore attraverso un colloquio orale a cui si accede previo superamento della prova scritta. La selezione avviene quindi non solo per le competenze, ma anche per gli atteggiamenti, per il *setting* valoriale con cui gli studenti accedono alla Facoltà che possiede una specifica *mission*. Il modello Università Cattolica, invece, una prova scritta che consiste nella soluzione di quesiti a risposta multipla su argomenti psico-attitudinali (logica, ragionamento spaziale visivo, comprensione brani, attenzione e precisione, ragionamento numerico, *problem solving*), sulla conoscenza della lingua inglese e sulla cultura religiosa del candidato.

Un rapido esame delle modalità di ammissione previste nelle Facoltà di Medicina europee, mette in evidenza un quadro abbastanza eterogeneo anche se alcuni criteri base sembrano essere presenti in tutti gli Stati europei (Garcia-Barbero, 1999). L'ingresso alle Facoltà di Medicina in Europa è generalmente subordinato alla presenza del numero chiuso in quasi tutti gli Stati europei. In molti di questi le prove di ingresso sono coordinate a livello centrale, ma vi sono anche alcuni Paesi con un buon livello di autonomia riservato alle sedi periferiche. L'ingresso a Medicina è generalmente disciplinato da norme che tengono in giusta considerazione la carriera della scuola media superiore in quasi tutti gli stati europei; il concorso è solitamente costituito da prove scritte molto simili al test italiano con presenza però, in un buon numero di Nazioni, di test attitudinali e di interviste/colloqui tesi alla valutazione delle attitudini personali. In alcune situazioni particolari, un numero limitato di studenti può

essere selezionato principalmente sulla base delle attitudini e delle motivazioni, alcuni studenti sono privilegiati sulla base della situazione socio-economica disagiata, in altri casi è fatto anche uso di sorteggi che scelgono gli studenti che possono essere iscritti, così come la selezione può avvenire nel secondo anno e nel terzo di corso con un primo anno senza limitazioni alla frequenza (Garcia-Barbero, 1999).

Alcune situazioni peculiari meritano un breve approfondimento. Dal mese di Marzo 2006, un consorzio costituito da 26 Università inglesi ha adottato, a completamento della valutazione del percorso scolastico e dell'intervista, un sistema di test scritto centralizzato denominato UKCAT (*The UK Clinical Aptitude Test*). Il test è stato costruito allo scopo di misurare le attitudini e non le conoscenze, in quanto già censite dalla valutazione dei risultati nella scuola superiore. Il test esplora un ampio raggio di abilità mentali e attributi comportamentali identificati come importanti dalle Facoltà consorziate. L'UKCAT è costituito da cinque sottosezioni: il ragionamento verbale, il ragionamento quantitativo, il ragionamento astratto, l'analisi delle capacità decisionali, l'analisi delle capacità non cognitive. Per l'ingresso nell'*undergraduate course* utilizzano un test diverso, il BMAT (*BioMedical Admission Test*). Il BMAT è costituito da tre sottosezioni: attitudini e capacità (*problem solving, understanding argument, data analysis and inference*), conoscenze scientifiche (*biology, chemistry, physics, mathematics*) e test di abilità nella scrittura (*to demonstrate the capacity to develop ideas and to communicate them effectively in writing*). Studi prospettici effettuati presso alcune università inglesi dimostrano che questi test identificano differenze significative nelle abilità e nelle conoscenze dei candidati, non diversamente ottenibili dalla carriera precedente (scuole diverse e diverso stato sociale dei candidati), tali da essere predittive di un buon andamento nei primi anni di corso (Emery & Bell, 2009; Husbands et al., 2014).

È a tutti noto il sistema francese, affidato alla selezione dei candidati migliori nel corso dei primi due anni di studio, con due blocchi al termine del primo e del secondo anno di frequenza. Non sono reperibili, nell'ambito della letteratura internazionale, studi di valutazione su questo tipo di selezione. Tale tipo di selezione è stato criticato dallo stesso Ordine dei Medici francese, in quanto considerato fonte di forte disorientamento nei numerosissimi studenti che, dopo due anni di frequenza,

non superano la selezione, pur avendo sostenuto numerosi esami, ma avendo ottenuto una votazione media più bassa negli esami superati.

Una considerazione particolare merita, invece, il sistema olandese, quello della cosiddetta lotteria. In realtà, in Olanda, il sistema di ammissione prevede, dal 2001, tre meccanismi diversi di ammissione. Gli studenti che presentano un indice uguale o superiore a 8 nel percorso scolastico (*pre-University Education Grade Point Average/pu-GPA*) hanno un accesso diretto, mentre gli studenti con un pu-GPA superiore a 5,5 e inferiore a 8 partecipano ad una lotteria pesata sul punteggio del pu-GPA. Il terzo meccanismo, prevede una selezione diretta (Erasmus-MC Medical School) organizzato in due fasi. Nella prima fase viene censita la qualità e la quantità di attività extracurricolari (*health care, management organization, talent such as music, sport or science, extracurricular academic education and additional pre-university education*). Nella seconda fase, sono previsti test cognitivi (*logical reasoning, scientific thinking, epidemiology and pathology, anatomy and phylosophy*), con diverse metodologie (*multiple choice questions and open ended questions*). Un primo studio comparativo, dopo Quattro anni di applicazione, tra gli studenti ammessi con le diverse procedure sembra dimostrare che gli studenti selezionati ottengono migliori risultati nei primi Quattro anni di studio, nei confronti degli altri studenti ammessi con la lotteria e attraverso il pu-GPA (Urling-Strop et al., 2009). Come affermato dagli stessi autori, queste evidenze possono costituire un punto di partenza per esplorare la relazione tra caratteristiche personali e rendimento accademico.

È anche interessante citare brevemente le procedure di selezione in alcune università americane rilevate attraverso la consultazione dei loro siti internet. Queste procedure appaiono regolate da criteri generali comuni con ampi gradi di autonomia locale e meglio orientate all'accertamento delle predisposizioni personali agli studi di medicina. L'ingresso avviene attraverso il superamento di fasi successive che prevedono il percorso scolastico, le altre attività extrascolastiche, i test scritti e l'intervista. Dopo il conseguimento del *bachelor degree* – titolo accademico rilasciato dal sistema universitario americano al termine di un corso di laurea di primo livello della convenzionale durata di tre o quattro anni – lo studente aspirante medico può ottenere il *professional degree* in medicina accedendo ad una *Medical School* se

soddisfa i criteri di selezione che prevedono conoscenze scientifiche di base (scienze fisiche e biologiche), competenze logiche e di scrittura – valutate attraverso il *Medical College Admission Test* (MCAT) – e se possiede qualità personali (abilità interpersonali, professionalità e giudizio etico/morale) – valutate in sede di colloquio individuale, per esempio, attraverso la *multiple mini interview* (MMI; Eva et al., 2004; Harris & Owen, 2007; Lemay et al., 2007) – in linea con la *mission* specifica delle scuole di medicina chiaramente indicata sui siti internet delle stesse università (*a strong humanitarian commitment, creativity, critical thinking, motivation, personal integrity, interpersonal skill level, personal stability, ecc.*)⁵.

3.1.2 Proposta di un modello sperimentale per la selezione e l'accesso ai Corsi di Studio in Medicina e Chirurgia

Sulla base della chiara esigenza di rinnovamento del processo di selezione e ammissione al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, da molto tempo riconosciuta dalla letteratura medico-scientifica internazionale (Campbell et al., 1974; Groves et al., 2007; Hughes, 2002; Oates & Goulston, 2012; Powis, 2008; Powis, 2015), la Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia – organismo universitario composto da tutti i presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia italiani che si riunisce regolarmente e attua in modo coordinato diverse iniziative che hanno la funzione di rendere omogenea la formazione del medico su tutto il territorio nazionale e controllarne la buona qualità per poter formare medici competenti e capaci da tutti i punti di vista – attivò, già dal Dicembre 2000, un “Gruppo di studio” con il compito di analizzare le problematiche correlate all’orientamento e all’ingresso a Medicina e formulare proposte di rinnovamento. Il Gruppo di Studio “Accesso alla Facoltà e Inserimento Professionale” svolse una approfondita analisi della letteratura internazionale, di quanto proposto in tema di rinnovamento dalla Conferenza dei Presidi, e dei criteri e metodi utilizzati per l’ammissione alle Facoltà di Medicina In Europa e negli Stati Uniti. Era stato contemporaneamente distribuito ai Presidenti dei Corsi di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia un questionario, per raccogliere le opinioni sull’accesso a Medicina. Le indicazioni pervenute, confrontate con i dati internazionali, vennero discusse ed elaborate nelle riunioni della Conferenza

⁵ Sono stati consultati i siti internet delle seguenti università: *Stanford University, University of Washington, Miami University e Yale University.*

tenute ad Ancona il 14 Dicembre 2001 e a Bologna il 25 Febbraio 2002. Contemporaneamente, la Conferenza dei Presidi, si stava interessando al problema nelle sedute del 12 Febbraio 2001 e del 18 Dicembre 2002.

Ne scaturirono alcune proposte per un livello di aggiornamento del concorso di ammissione definibile come “essenziale”, che la Conferenza dei Presidenti dei Corsi di Laurea discusse congiuntamente alla conferenza dei Presidi nella riunione tenutasi ad Ancona l’11-12 Aprile 2003, dove si raggiunse, tra le diverse Sedi, un consenso unanime. Da quell’ultima analisi, nacque una mozione, firmata dal Presidente della Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e dal Presidente della Conferenza dei Presidi, inviata all’allora Ministro della Pubblica Istruzione On. Letizia Moratti. La mozione conteneva alcune indicazioni di rinnovamento ritenute “urgenti” e facilmente attuabili senza contrasto con la legge che regolava l’ingresso a tutte le Facoltà a numero programmato.

Vi fu la precisa volontà di volersi inserire in un contesto di “essenzialità” che, lungi alterare completamente il sistema di ammissione attuale, avrebbe potuto dare un segnale concreto di rinnovamento con un’ottima fattibilità, in sintonia con il mondo della medicina che cambia, con l’Europa, con le mutate e più complesse esigenze degli utenti del “sistema salute” italiano (Familiari et al., 2003). Le proposte comprendevano la formulazione di quesiti di Biologia, Chimica, Fisica e Matematica meno nozionistici e meglio calibrati sulla base delle diversità dei programmi della Scuola media superiore, la possibilità dell’inserimento di quesiti sulla conoscenza linguistica dell’Inglese e dell’Informatica, la formulazione di quesiti di logica e cultura generale meno saturati da fattori linguistici e sintattici e di complessità più consona alla preparazione media dei candidati. Le proposte avanzate comprendevano anche la considerazione del voto di maturità nell’ambito della valutazione totale (con una incidenza non inferiore al 10% della valutazione globale), la considerazione, nella formulazione del punteggio totale, del metodo statistico per ranghi e la possibilità, per i singoli Atenei, di utilizzare test psico-attitudinali, proposti sulla base del profilo specifico del Corso di Laurea, e nel rispetto dell’autonomia e della competizione amministrativa degli Atenei (Familiari et al., 2002a,b,c).

Il perfezionamento degli attuali criteri di accertamento delle qualità “cognitive” e dei saperi scientifici cosiddetti “minimi”, di assoluta e innegabile rilevanza (De Kooning et al., 1999) e ampiamente utilizzati in Europa (Garcia-Barbero, 1999), dovrebbe accompagnarsi allo sviluppo di nuovi criteri di accertamento delle qualità “non cognitive” (Adam et al., 2012; Bore et al., 2009; Familiari et al., 2005b; Hojat, 2014). Le doti nel comunicare, l’empatia, l’intelligenza emotiva, la flessibilità, la capacità decisionale, l’attitudine al lavoro di gruppo, l’onestà, l’equilibrio interiore, l’essere riflessivi, il sapersi rapportare con la malattia e la sofferenza, il saper controllare lo stress, rappresentano solo alcuni degli elementi della personalità che non vengono esaminati oggi, ma che potrebbero essere valutati attraverso test psico-attitudinali appropriati (Familiari et al., 2003; Koenig et al., 2013; Lumsden et al., 2005; Powis et al., 2005). Test di tipo psico-attitudinale sono oggi ampiamente usati sia a livello internazionale (Dowell et al., 2011; Fukui et al., 2014; Garcia-Barbero, 1999), sia in alcune facoltà mediche italiane, anche se la valutazione del profilo psico-attitudinale è un punto conflittuale sia nella prospettiva politica, che in quella tecnica. Un’ipotesi è quella di proporre i test psicometrici nell’ultimo anno di Liceo, sotto la supervisione dei Docenti della scuola media superiore, oppure nelle strutture universitarie, come parte dell’esame di ammissione, oltre ai test di logica e cultura generale, oppure ai soli ammessi ad uso auto-orientativo *in itinere*. La valutazione dell’intelligenza emotiva (Elam, 2000), l’utilizzo del saggio breve scritto (Hojat et al., 2000), dell’intervista di tipo strutturato (Patrick et al., 2001) o di test situazionali (Husbands et al., 2015; Lievens, 2013; Lievens & Coetsier, 2001; Lievens et al., 2005; Patterson et al., 2012) – che intendono valutare il comportamento in una data situazione professionale – sembrano essere ulteriori metodi promettenti, utili ad integrare il processo di selezione (Patterson et al., 2016a; Tabella 3.1).

Tabella 3.1 – Rassegna degli attuali e principali metodi di selezione per l’ammissione alle Facoltà di Medicina (Fonte: Adattato da F. Patterson et al., 2016a)

Metodo di selezione	Descrizione	Evidenze in letteratura
Test di <i>aptitude</i>	Valutazione delle conoscenze acquisite a scuola (intelligenza cristallizzata) e delle abilità cognitive innate, quali la velocità di	Prove contraddittorie sulla correttezza ed efficacia dei test attitudinali, in particolare per quanto

	ragionamento o il pensiero induttivo (intelligenza fluida)	riguarda la loro validità predittiva
Voti scolastici	I voti finali delle scuole secondarie	C'è un alto livello di consenso per quanto riguarda la validità predittiva, ma i dubbi riguardano il potere di discriminazione che diminuisce con l'aumento del numero degli studenti che ottengono alti "A-level" (voto dell'esame di maturità)
Lettere di auto-presentazione	Lettere o testi di auto-presentazione da parte degli studenti per capire se sono adeguati per gli studi di Medicina	L'accettabilità da parte del candidato è alta, come è elevata la suscettibilità al fenomeno di "coaching"
Referenze	Lettere di raccomandazione	L'utilizzo delle referenze rimane diffusa, nonostante poche ricerche ne supportino la validità e l'affidabilità
Test del giudizio in situazione (SJTs)	I test del giudizio in situazione (<i>Situational Judgement Test</i> ; SJTs) sono prove create per misurare la capacità di giudizio dei candidati in situazioni simulate. I test presentano ai candidati delle situazioni, seguite da un elenco di possibili risposte, e il candidato deve scegliere la risposta che ritiene corretta. Questa risposta è poi confrontata con quella fornita da un gruppo di esperti	Migliorata la validità rispetto ad altri strumenti di selezione (test di intelligenza e personalità). Sebbene i SJTs possano essere relativamente costosi da progettare, possono essere inviati online producendo risparmi nei processi di selezione che prevedono un alto numero di candidati
Valutazione della personalità e dell'intelligenza emotiva (EI)	I test di personalità di solito si avvalgono di questionari auto-somministrati in cui i candidati dichiarano, utilizzando scale graduate, il loro accordo con una frase o la descrizione di tratti della	Mentre esiste un alto rischio di suscettibilità a fenomeni di falsificazione e di "coaching", la valutazione della personalità viene

	loro personalità	utilizzata al meglio per guidare in modo più mirato le domande durante le interviste. C'è una carenza di dati a lungo termine sia per quanto riguarda l'EI che per la valutazione della personalità. La ricerca sull'EI è scarsa, ma le evidenze iniziali suggeriscono che può rappresentare uno strumento prezioso nella futura selezione in medicina
Interviste e Mini Interviste Multiple (MMI)	Il colloquio, o intervista, va a esplorare cinque aree: 1) esperienza e conoscenza della professione medica; 2) Fonte della motivazione; 3) Abilità interpersonali (ivi incluse la abilità di comunicazione e l'empatia); 4) Il senso di responsabilità, l'integrità morale e l'impegno; 5) Il bagaglio educativo e la provenienza socio-economica. Oggi, accanto alla singola intervista, troviamo le "mini interviste multiple" (MMI), un sistema che ricalca la struttura dell'esame a stazioni o "Esame clinico strutturato e oggettivo" (<i>Objective Structured Clinical Examination</i> o OSCE)	Le MMI sono relativamente costose da progettare e realizzare, ma possono offrire una migliore affidabilità e validità rispetto alle interviste "one-to-one". Rimangono alcuni dubbi intorno alla validità di costruito delle MMI
Selection Centers (SCs)	I centri di selezione, o "selection centers", sono organismi accreditati in cui i candidati vengono valutati da professionisti del settore, psicologi e docenti delle scuole mediche. Si tratta di centri altamente qualificati che garantiscono una standardizzazione elevata e	I SCs sono relativamente costosi da progettare e realizzare. Sono richieste ulteriori prove della loro validità predittiva nel contesto della selezione dei candidati alle Facoltà di Medicina

una miglior efficienza nella selezione, come ad esempio i centri dislocati a livello internazionale per certificare le conoscenze dell'inglese

Questi test, anche se non facili da selezionare nella prospettiva di un criterio di inclusione-esclusione, potrebbero meglio verificare la predisposizione e la motivazione dei candidati a svolgere una professione così impegnativa come quella del medico (Familiari et al., 2002; 2003). La creazione di questo tipo di test rappresenta certamente una sfida complessa e di non facile realizzazione, sia per i costi che per la preparazione ed il metro di giudizio degli intervistatori: infatti, non esiste ancora, nella letteratura internazionale, una univoca interpretazione di validità (McManus, 2005; Brown & Lilford, 2008); tuttavia la posta in gioco è troppo importante per rinunciarvi, ovvero il corretto governo della salute del nostro futuro (Familiari et al., 2008).

3.1.2.1 La ricerca pilota

Nell'ambito dei compiti che il Gruppo di Studio "Accesso alla Facoltà e Inserimento Professionale" si è dato, rientra, appunto, anche quello di identificare una serie di possibili criteri che tengano in maggior conto le dimensioni individuali "non cognitive" come gli interessi, le inclinazioni e le attitudini individuali. Questi criteri non ambiscono a sostituire i criteri di selezione attuali, ma possono rappresentare un importante complemento per raggiungere l'obiettivo di una selezione più accurata (Simpson et al., 2014). A tale riguardo, un approccio più flessibile e moderno alla valutazione (Familiari et al., 2006; Familiari et al., 2009) e più in linea con le istanze che sembrano delinarsi in ambito internazionale (Powis, 2015), dovrebbe mirare ad un migliore riconoscimento delle specifiche psicoattitudinali dei candidati ed alla possibilità di un miglior orientamento professionale per gli stessi (Haight et al., 2012; Hojat et al., 2015; Mercer & Puddey, 2011). Una più attenta selezione dei candidati permetterebbe, infatti, da una parte di ottimizzare la qualità della professione e di offrire professionalità più valide e, da un'altra, di diminuire i *drop out* accademici e quindi i tempi di latenza tra la fine della scuola superiore e l'ingresso nel lavoro (Tartas et al., 2011). Ciò comporterebbe, sul piano sociale un aumento della produttività, ottimizzando le capacità dei singoli e le specifiche risorse e, per converso, una

diminuzione degli sprechi (Cavaggioni et al., 2013). È importante, a tale riguardo, non solo individuare quali caratteristiche “non cognitive” possono essere rilevanti nell’associarsi significativamente a “buoni esiti” accademici e professionali, ma risulta altrettanto fondamentale sviluppare anche criteri di selezione controllabili in termini di predittività a lungo termine. È facilmente rilevabile come esistano nella letteratura internazionale scarse evidenze sulla effettiva qualità dei metodi di selezione, e come sia invece necessario sperimentare gli stessi metodi, prima di adottarli, al pari dei *trial* clinici utilizzati per lo studio dei nuovi farmaci (Ferguson et al., 2002).

In quest’ottica, nell’anno accademico 2013/2014 è stato attivato dalla Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, e approvato dai competenti Comitati Etici delle Università coinvolte nella ricerca, uno studio longitudinale “pilota” sulle variabili individuali nella selezione e accesso ai Corsi di Studio in Medicina e Chirurgia. La ricerca rappresenta un “modello sperimentale” che può fornire elementi conoscitivi per la messa a punto di un successivo protocollo da applicare gradualmente nelle procedure di selezione dei candidati ai Corsi di Studio in Medicina e Chirurgia. Le sue finalità principali sono l’individuazione dei principali predittori cognitivi e non cognitivi del successo nei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, lo studio dei percorsi e delle traiettorie individuali di cambiamento e crescita negli anni della istruzione universitaria, l’individuazione delle variabili (curricolari ed extra-curricolari) che rappresentano fattori di protezione e fattori di rischio rispetto alla carriera accademica e l’identificazione delle dimensioni che possono risultare maggiormente associate alla riuscita professionale. Il progetto ha un carattere multicentrico e prevede la partecipazione di diverse sedi universitarie: due università del nord Italia (Torino e Milano-Bicocca), due del centro (Roma e Chieti) e due del sud (Palermo e Foggia).

L’articolazione della ricerca prevede la rilevazione dei dati lungo un arco temporale che consenta di prendere in considerazione sia l’intero ciclo della “vita accademica” nei sei anni in cui gli studenti frequentano il Corso di Studio, sia il periodo dell’ingresso nel mondo del lavoro (a due anni di distanza dalla laurea). Lo schema della ricerca prevede un monitoraggio lungo 5 momenti temporali, nei quali agli studenti vengono richieste informazioni relative alle caratteristiche individuali, alle

aspettative accademiche e professionali, alla soddisfazione rispetto all'esperienza universitaria (Tabella 3.2).

Tabella 3.2 – Articolazione temporale della ricerca pilota (Fonte: Adattato da Cavaggioni et al., 2013)

vita accademica				mondo del lavoro
Tempo 1	Tempo 2	Tempo 3	Tempo 4	Follow up
<i>Alla iscrizione alla prova di ingresso (oltre al test attuale)</i>	<i>Prima dell'inizio del II anno di corso</i>	<i>Alla fine del IV anno di corso</i>	<i>Alla fine del VI anno di corso/ Laurea</i>	<i>A due anni dopo la laurea</i>
Misure: Test 'Conosci Te Stesso' Questionario informativo anamnestico Test di personalità	Misure: Attenta valutazione dei questionari di orientamento professionale forniti dalle scuole Questionario di soddisfazione verso il CDL in M/C , Benessere individuale. Valutazione degli indicatori di successo accademico	Misure: Test di personalità come al Tempo 1 Valutazione degli indicatori di successo accademico Valutazione degli stili di difesa	Misure: Test 'Conosci Te Stesso' Test di personalità come al Tempo 1 e 3 Valutazione degli indicatori di successo accademico Questionario di soddisfazione verso il CDL in M/C , Benessere individuale.	Misure: Indicatori per valutare l'occupazione professionale, Valutazione retrospettiva del CDS in M/C. Questionari Almalaurea.
	Colloquio <ul style="list-style-type: none"> A tutti gli ammessi, con particolare attenzione a chi ha alle scale elementi significativi. 	Colloquio o A tutti i colloquiati subito dopo l'ingresso che avevano punteggi alterati alle scale o A coloro che hanno scale alterate ai test attuali	Colloquio di Outplacement facoltativo	<i>Intervista</i>

Gli strumenti di misura previsti – questionari *self-report* e colloqui individuali – indagano diverse aree e sono stati mutuati dalla letteratura scientifica relativa alla misura delle attitudini, della personalità, degli interessi, delle aspettative, delle motivazioni e del benessere psicologico e fisico (Peskun et al., 2007; Siu & Reiter, 2009). In accordo con quanto scrivono Cosmacini e Satolli (2003), «la decisione di fare il medico implica sempre un certo grado di tensione morale su almeno tre linee di forza, la giustizia, il far bene e il rispetto del prossimo», e in linea con altri studi già in corso, come quelli che si stanno realizzando a Milano-Bicocca, è stata altresì valutata l'area dell'empatia e dell'intelligenza emotiva che, accanto alla conoscenza dei

contenuti disciplinari, sono dimensioni fondamentali per sviluppare le capacità d'uso delle conoscenze acquisite al fine di svolgere adeguatamente il ragionamento clinico ed il processo diagnostico indispensabili prerogative di un buon medico.

Alla fine del primo anno di corso sarà già possibile effettuare una serie di analisi statistiche multivariate (regressioni, modelli di equazioni strutturali) considerando come variabili dipendenti la media dei voti conseguiti negli esami di profitto e la regolarità del percorso di studio (rapporto tra crediti ottenuti e crediti previsti), e come variabili indipendenti i risultati del test di ammissione, il voto di maturità e le variabili "non cognitive" rilevate nel primo anno di misurazione. In questo modo, il risultato a breve termine consisterà nella valutazione della rilevanza differenziale delle variabili indipendenti rispetto al successo accademico, quindi quantificare quale è il peso dei fattori "cognitivi" (carriera scolastica, test di ingresso), e di quelli non cognitivi (personalità, interessi, aspettative, orientamenti, benessere individuale). A medio termine, invece, sarà possibile esaminare l'impatto delle variabili rilevate all'inizio del corso (tempo 1) e all'inizio del II anno (tempo 2), sulle misure rilevate alla fine del IV anno (tempo 3), un momento che rappresenta un reale punto di svolta nella carriera accademica del futuro medico. In questo periodo, infatti incomincia una parte critica per lo studente, poiché passa dalla formazione teorica a quella clinica ed al rapporto diretto col malato. Un processo di selezione nell'ambito della facoltà di medicina dovrebbe tener conto, innanzitutto, di due aree molto importanti e strettamente connesse. Da una parte il rapporto con il corpo, la malattia e la morte e dall'altra, la responsabilità e lo stress che da questo derivano. Infine, le tecniche di analisi statistica che verranno utilizzate per raggiungere i risultati a lungo termine consentiranno di ponderare l'impatto differenziale delle diverse variabili di cui sopra sugli esiti finali misurati obiettivamente tramite il voto di laurea e la regolarità del percorso accademico, e soggettivamente tramite le misure di soddisfazione e di percezione della qualità. Il *follow-up* a due anni dalla laurea, se possibile, consentirà di valutare ulteriormente le variabili in gioco in relazione alla condizione occupazionale dei laureati e alla soddisfazione in merito ai corsi di studio seguiti (Cavaggioni et al., 2013).

3.2 Formazione clinica e clinica della formazione: per una pedagogia medica centrata sullo studente

La formazione scientifico-professionale, in qualsiasi campo e disciplina, non può limitarsi alla trasmissione di nozioni e/o di competenze tecniche, ma deve darsi anche come obiettivo quello di abituare lo studente a un metodo di indagine e di intervento che sia aperto e problematico, affinché chi intraprende quel *curriculum* formativo possa ragionare con consapevole criticismo sulla portata epistemologica delle conoscenze trasmesse. Risulta necessario, dunque, assumere un “dispositivo pedagogico” (Massa, 1997) che metta in discussione la struttura latente dei sistemi procedurali in atto nelle pratiche accademiche in ambito medico, e che funga da imprescindibile riferimento per qualunque intento di azione e di progettazione formativa nel processo educativo curricolare.

Presupporre che l'apprendimento sia un fatto squisitamente individuale, anzi ancora più ristretto e definito, riguardante la “mente”, o meglio la “testa” del soggetto umano, ritenuta per una strana superstizione la “sede delle idee” o ritenere che l'apprendimento, e dunque la formazione, sia situato nelle azioni e nelle procedure porta il docente a commettere un errore euristico ed epistemologico radicato nella mitologia positivista e fondato sul dualismo mente/corpo, cultura/natura, sulla causalità lineare, sull'idea cumulativa di progresso, sull'isolamento delle variabili, che un certo modello di scienza considera l'unica maniera valida di conoscere (Bateson, 1976): ogni azione, percezione, idea o emozione fa parte di un sistema ecologico interdipendente, un contesto dal quale non è separabile, se non vogliamo perdere ogni possibilità di comprenderne il senso. Azioni, idee, percezioni ed emozioni possono essere esplorate, indagate, comprese, apprese ed eventualmente trasformate solo in contesti relazionali, istituzionali e sociali i quali si trasformano con esse (Zannini, 2014).

In accordo con i principi costruttivisti della clinica della formazione (Bertolini & Massa, 1997), tutti i processi conoscitivi sono mediati da rappresentazioni e vissuti individuali e che, quindi, oltre a cercare di confrontarsi con le teorie e le pratiche di riferimento rispetto a determinati saperi, è importante interrogarsi su quelli che essi significano per noi stessi, perché tale rappresentazione e vissuto “filtrano” costantemente la nostra conoscenza e anche la nostra attività educativa e

professionale. Grazie al processo continuo di decostruzione dei significati, anche nelle loro dimensioni latenti, che guidano la formazione prima e la pratica professionale in seguito, un percorso di clinica della formazione in ambito sociosanitario può essere inteso come un percorso di analisi epistemologica e di esplorazione sui significati latenti di salute, malattia e cura; si tratta di far intraprendere allo studente un percorso conoscitivo, ma anche propriamente formativo, perché dalla consapevolezza che il soggetto acquisisce su di essi e sul modo di esperirli, possono scaturire modificazioni del comportamento, anche di tipo professionale (Zannini, 2001). Un tale percorso di riflessione, di ricerca e di formazione permette di dar voce alla soggettività ed alle emozioni: lo studente impara che «quando si è attori di una relazione, anche professionale, si portano con sé, oltre alla teoria e alla pratica professionale, anche la propria concezione di vita e il proprio vissuto» (Soldati, 2000).

Un percorso di clinica della formazione rappresenta un modo di guardare alla formazione, un modo di conoscere per lo più sconosciuto in ambito medico, perché produce quelle forme di sapere che vengono definite “morbide” (*soft*), le quali si contrappongono in genere – anziché integrarsi – a quelle forme di sapere di tipo “duro” (*hard*), cioè scientifico, dimostrabile e riproducibile, spesso unica forma di conoscenza riconosciuta ed insegnata in ambito sanitario. Queste due forme di sapere però di fatto convivono e si integrano e sono entrambe indispensabili per una attività diagnostica e, soprattutto, per una pratica terapeutica efficace. Una formazione medica basata sulla causalità biologica, che fa riferimento ad un «codice paterno, prescrittivo, lineare, prestabilito, nozionistico, che trasmette un sapere medico immaginato come sicuro, certo, univoco», dovrebbe conciliarsi con una pedagogia che rivendica «l’irrinunciabilità di un approccio globale al malato e alla malattia, carica soprattutto di una valenza generativa, più vicina ad un codice materno» (Zannini, 1997).

La competenza interpretativa che matura ed emerge attraverso un simile dispositivo metodologico non è mai volta ad incanalare, imbrigliare rigidamente o a categorizzare in modo definitivo le esperienze dei partecipanti. La clinica della formazione realizza un «campo di esperienza» (Bertolini & Massa, 1997) le cui valenze educative sono promosse da movimenti di apertura, di disposizione alla pausa, alla

riflessione e all'ascolto (Mottana, 2000). Le regole che accetta di rispettare chi intraprende un percorso di riflessione e di ricerca di significati sono innanzitutto l'intransitività, che rimanda al carattere ermeneutico di queste esperienze che non prevedono un transito o un'erogazione di sapere, ma una riflessione su un'esperienza scoperta. Tutta l'attenzione, inoltre, è volta all'esperienza vissuta dei partecipanti e al tentativo di renderla pensabile, comunicabile e, in questo senso, oggettivabile. Infine, le regole dell'impudicizia e dall'avalutatività invitano, per quanto possibile, a sospendere la censura interna nell'analisi e nell'interpretazione della propria esperienza e a sospendere alcun giudizio di valore su quanto viene raccontato da ciascun partecipante (Massa, 1992).

Il senso di far compiere allo studente di medicina un percorso di approfondimento sui temi, per esempio, della salute, della malattia e della cura a partire non solo da suggestioni teoriche, ma anche dalla riflessione su di sé e sulla propria esperienza, consiste nel riconoscimento del fatto che la dimensione individuale, che spesso si iscrive in una dimensione di «conosciuto ma non pensato» (Zannini, 2001), esercita una grande influenza sulle scelte – di contenuto e metodologiche – che un professionista della salute sarà chiamato a fare nella quotidianità dell'esercizio professionale. Inoltre, la conoscenza dell'altro, della sua situazione, del suo stato di bisogno dipende proprio da ciò che chi cura e chi educa vede di lui a partire da sé, dai propri costrutti mentali, dai propri modelli più o meno impliciti di cura, di uomo e di formazione (Palmieri, 2000). L'obiettivo della formazione professionale alla cura è quello di costruire, infatti, una teoria/pratica soddisfacente della relazione di cura per vivere consapevolmente ed autenticamente l'esperienza dell'essere in relazione e dunque continuare ad apprendere attraverso le relazioni concrete, che avvengono fuori della formazione (Formenti, 2008): ciò che orienta le scelte professionali nell'ambito della cura «non è un sapere tecnico, un *tool kit* disponibile in anticipo e che quindi si può apprendere attraverso un processo di insegnamento prestrutturato, ma è un'azione riflessiva concepita sul campo e supportata da un sapere che si viene modulando attraverso l'esperienza» (Mortari, 2003). La competenza medica non consiste solo nella conoscenza delle abilità tecniche, del ragionamento clinico, ma anche nell'uso abituale e giudizioso della comunicazione,

delle emozioni, dei valori e della riflessione nella pratica quotidiana, a beneficio dell'individuo e della comunità (Epstein & Hundert, 2002).

A partire da un itinerario esperienziale condiviso, nel corso del quale sono ricercate, problematizzate e “guadagnate” le molteplici sfaccettature del significato della salute, della malattia e della cura, il partecipante può intuire l'importanza della dimensione relazionale nella salute, il ruolo del contesto sociale di riferimento, il vissuto corporeo, la crucialità di potersi sentire soggetto attivo nella costruzione progettuale del proprio benessere; e ancora, la fecondità dell'esperienza di malattia che può essere vissuta non solo come fattore invalidante e mortificante, ma anche come evento di vita che costruisce e ricostruisce identità, rapporti, connessioni, nuovi mondi vitali; e infine, la dimensione profondamente materiale della cura che implica la necessità di toccare con mano chi ne è il destinatario e, al contempo, la sua irrinunciabile dimensione empatica (Zannini, 2001).

Un percorso di clinica della formazione, dove la conoscenza diviene il prodotto di una costruzione attiva del soggetto attraverso particolari forme di collaborazione, condivisione (*sharing*) e negoziazione sociale (*consensus*), invitando i partecipanti a narrativizzare la propria esperienza, promuove l'integrazione tra l'anima “biologica” della medicina – a cui si collega lo sguardo anatomico del “qui ed ora”, miope alla tridimensionalità dell'individuo, ovvero alla sua dimensione storica e temporale – a quella più squisitamente “relazionale” dell'incontro clinico tra medico e paziente. Lo studente in formazione, prima, e il medico, poi, incontrano forme di pensiero differenti da quello logico-formale, in cui la realtà è interpretata non soltanto attraverso un sistema descrittivo, tassonomico e matematico, ma anche attraverso processi di pensiero narrativi di attribuzione di significato.

3.2.1 Il Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia: il curriculum

Fino agli anni '70-'80 del secolo scorso, e per più di 50 anni, l'ordinamento del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia ha seguito senza modifiche rilevanti le norme codificate dal regio decreto del 1938 n. 1269 (regolamento studenti) che comprendeva tra l'altro una tabella, la tabella XVIII, nella quale erano indicati i circa 30 esami

fondamentali costituenti l'intero piano di studi e la loro distribuzione nei 6 anni di corso. La parte più qualificante della tabella riguardava le discipline che oggi chiamiamo "di base". Queste discipline (fisiologia, patologia, microbiologia, farmacologia) rappresentavano il fondamento della pratica medica e le attività del medico al letto del malato altro non erano le applicazioni pratiche delle conoscenze teoriche che il biologo andava accumulando. Esercitare la medicina voleva dire conoscere i concetti e le teorie più importanti delle scienze biomediche di base, sapere applicare quei concetti e quelle teorie al singolo individuo malato, conoscere i test diagnostici e gli interventi terapeutici più rilevanti, conoscere le regole del metodo scientifico e da esse derivare le modalità dell'esercizio clinico. Tutto questo perché per gran parte del Novecento e per tutto il periodo precedente che fu regno del positivismo, cioè l'Ottocento, ha dominato il concetto di medicina intesa come scienza della natura. La medicina era concepita come applicazione delle leggi naturali alla fisiologia e alla fisiopatologia; il progresso delle scienze mediche era identificato con la sempre più approfondita conoscenza delle leggi fisiche e chimiche che governano i fenomeni fisiologici e patologici: la clinica era ridotta ad una semplice esercitazione di fisiopatologia applicata. Seguendo tale concetto, ogni problema complesso poteva essere scomposto riducendolo ai suoi costituenti elementari ed affrontandolo per parti (un atteggiamento che ha favorito successivamente la frammentazione specialistica e super-specialistica del sapere medico). Questo presupposto oggettivistico e/o cognitivistico, scientifico-razionale, aveva di necessità introdotto nella didattica medica l'esigenza di predefinire gli obiettivi da conseguire, scomponendoli analiticamente in sotto-obiettivi e disponendoli secondo un iter curricolare progressivo. Di conseguenza si è anche reso necessario valutare la conoscenza in ingresso, porre un feed-back orientativo durante il processo di apprendimento ed accertare alla fine l'entità della conoscenza conseguita. L'impostazione curricolare è sempre stata ispirata da una epistemologia medica che metteva al centro le alterazioni fisiologiche tipiche delle diverse malattie definite attraverso modelli sperimentali e considerava ogni caso clinico come un esperimento a cui applicare un ragionamento ipotetico-deduttivo. Per questo il curriculum di studi, che con diverse varianti nazionali ha prevalso nel Novecento, era costituito da un periodo di formazione pre-clinica, in cui venivano insegnate le scienze naturali e biologiche di base, seguito da un periodo di formazione

clinica e da un periodo di internato ospedaliero; successivamente, a secolo inoltrato e per far fronte all'incremento delle conoscenze, vennero collocati negli anni post-laurea i corsi di specializzazione. Questa struttura curriculare si caratterizzava per una netta separazione tra triennio biologico e triennio clinico, suddiviso quest'ultimo in una miriade di discipline e subdiscipline autonome con accertamenti di valutazione strettamente settoriali. Altra caratteristica importante è stato l'insegnamento costituito essenzialmente da una sommazione di nozioni, più o meno astratte e decontestualizzate, senza alcun aggancio concreto e pratico con i problemi individuali del malato (Marano, 2006). Un metodo formativo dal taglio oggettivista e razionalista assume che le conoscenze e le competenze da acquisire siano delimitabili, rappresentabili, scomponibili in parti più semplici. Il percorso didattico è derivato in primo luogo dagli obiettivi, evidenziati dal docente (approccio *top-down, teacher-centred*). Da questa struttura, lo studente inevitabilmente assorbe una rigida cultura nozionistica ed è portato a privilegiare, in virtù della loro semplicità e comodità, procedimenti riduzionistici le cui teorie e modelli poco si prestano a valorizzare metodologicamente, nel quotidiano, il senso critico della formazione.

Solo negli anni '70-'80, sotto la spinta di nuove tendenze che si affacciarono in Europa ed alle quali non è stato estraneo il sovvertimento culturale e di costume avvenuto nel '68, si sviluppò, contrapponendosi al precedente modello, un forte e vivace fermento accademico che doveva portare a un profondo e significativo cambiamento affermando la centralità dello studente e del paziente nell'attività formativa ed assistenziale. Cambiamento di grandissima importanza, su cui ancora si parla e si discute tanto, anche se ne è stentata la pratica e concreta realizzazione.

Il nuovo metodo di insegnamento basato sui problemi (*problem-based learning, PBL*), introdotto negli anni '70 alla McMaster University in Canada e quindi alle Università di Limburg e di Maastricht in Europa, di Newcastle in Australia e del New Mexico negli USA, ha trovato sul piano teorico ampi consensi come approccio didattico nuovo ed innovatore in numerose scuole di medicina occidentali. Per contro, in Italia, ben poco è stato fatto sul piano attuativo a causa di resistenze individuali, corporative ed istituzionali (Marano, 2006), come dimostrano le tardive e timide modifiche della tabella XVIII, che è rimasta immutata, come già segnalato, per più di 40 anni ed ancora

oggi è centrata sul docente e sulle discipline. L'insegnamento per problemi dovrebbe essere realizzato educando i discenti a ragionare secondo la tecnica del PBL nei primi anni di corso (caratterizzati da discipline di base e propedeutiche), per poi passare al *problem solving* (PS) e al *decision making* (DM) propri degli insegnamenti clinici. Partendo dall'identificazione del problema, sia esso di base o clinico, si passa alla ricerca delle informazioni necessarie per un suo corretto approfondimento per giungere alla formulazione delle ipotesi interpretative e alla razionale verifica delle stesse ed alla assunzione motivata di decisioni cliniche. Questa nuova metodologia formativa rappresenterebbe una innovazione rispetto al passato in quanto l'orientamento didattico sarebbe teso a soddisfare prioritariamente le esigenze dello studente ponendolo effettivamente al centro del processo educativo: un'innovazione copernicana che porterebbe l'intera istituzione universitaria a traghettare dalla tradizionale formazione *teacher-centred* alla moderna educazione *student-centred*. Mentre l'insegnamento per disciplina è, per sua natura, passivo, dogmatico, nozionistico e non integrato, l'apprendimento per problemi sarebbe invece autogestito, motivato, integrato. Con l'approccio per problemi, l'apprendimento non deriverebbe tanto dalla sistematica nozionistica, quanto dalla ricerca motivata sia delle informazioni di base che sperimentali che lo studente dovrà procurarsi ed applicare. L'atto formativo che ne risulta avrebbe carattere sperimentale perché risale dai fatti e dai problemi alle condizioni fisiopatologiche e causali secondo verificabili criteri di logica esplicativa. Lo studente verrebbe posto, così, in una situazione attiva che lo spinge gradualmente a gestire responsabilmente ed autonomamente le proprie attività conoscitive e capacità, non solo nel periodo di formazione, ma anche nella vita professionale.

La missione del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia si deve identificare con la formazione di un medico con una cultura biomedico-psico-sociale, che si traduce in una visione multidisciplinare ed integrata dei problemi della salute e della malattia, una educazione orientata alla comunità ed alla prevenzione e una cultura umanistica nei suoi risvolti di interesse medico (Torsoli et al., 2000). Essa deve essere fondata sull'importanza dell'integrazione del paradigma biomedico del "curare la malattia" con il paradigma psico-sociale del "prendersi cura dell'essere umano" nel metaparadigma

della “complessità della cura” nella convinzione che tale modello pedagogico formativo possa contribuire al superamento della dicotomia tra i due paradigmi più ampiamente diffusi nell’educazione medica – quello bio-psico-sociale e quello bio-medico – e impropriamente ritenuti in opposizione esclusiva. Tale missione specifica è pertanto volta a formare un medico, ad un livello professionale iniziale, che possieda una visione multidisciplinare, interprofessionale ed integrata dei problemi più comuni della salute e della malattia; una educazione orientata alla prevenzione della malattia ed alla promozione della salute nell’ambito della comunità e del territorio; una profonda conoscenza delle nuove esigenze di cura e di salute, incentrate non soltanto sulla malattia, ma, soprattutto, sull’uomo ammalato, considerato nella sua globalità di soma e psiche e inserito in uno specifico contesto sociale.

Il metodo didattico da adottare, utile al raggiungimento delle caratteristiche qualificanti attese, prevede l’integrazione orizzontale e verticale dei saperi, un metodo di insegnamento basato su una solida base culturale e metodologica conseguita nello studio delle discipline pre-cliniche e in seguito prevalentemente centrato sulla capacità di risolvere problemi e prendere decisioni, sul contatto precoce con il paziente, sull’acquisizione di una buona abilità sia clinica che nel rapporto umano con il paziente.

Nel progetto didattico del Corso di Laurea Magistrale deve essere proposto il giusto equilibrio d’integrazione verticale e trasversale tra:

1. le scienze di base, che debbono essere ampie e prevedere la conoscenza della biologia evuzionistica, della biologia molecolare e della genetica e della complessità biologica finalizzata alla conoscenza della struttura e funzione dell’organismo umano in condizioni normali, ai fini del mantenimento delle condizioni di salute ed alla corretta applicazione della ricerca scientifica traslazionale;
2. la conoscenza dei processi morbosi e dei meccanismi che li provocano, anche al fine di impostare la prevenzione, la diagnosi e la terapia;
3. la pratica medica clinica e metodologica, che deve essere particolarmente solida, attraverso un ampio utilizzo della didattica di tipo tutoriale, capace di trasformare la conoscenza teorica in vissuto personale in modo tale da

costruire la propria scala di valori e interessi, e ad acquisire le competenze professionali utili a saper gestire la complessità della medicina;

4. le scienze umane, intese come l'insieme delle pratiche di indagine finalizzate alla comprensione dei fenomeni e degli aspetti meta-biologici presenti nel comportamento umano, nelle relazioni interpersonali, nella costruzione dei legami affettivi e sociali, nella produzione di codici culturali e nella formazione di usi, costumi e tradizioni (Caporale, 2012). Tali "scienze" debbono costituire un bagaglio utile a raggiungere la consapevolezza dell'essere medico e dei valori profondi della professionalità del medico; l'acquisizione della metodologia scientifica, medica, clinica e professionale rivolta ai problemi di salute del singolo e della comunità. Lo studio attento delle scienze umane diviene indispensabile proprio nella consapevolezza che la medicina è un insieme di scienza, tecnica e valori umani (Familiari, 2012).

I risultati di apprendimento attesi devono, quindi, essere definiti integrando i Descrittori europei (5 descrittori di Dublino) con quanto proposto dall'*Institute for International Medical Education (IIME), Task Force for Assessment*, e da *The TUNING Project (Medicine) – Learning Outcomes/Competences for Undergraduate Medical Education in Europe*:

1. Conoscenza e capacità di comprensione (*knowledge and understanding*): i laureati devono avere conoscenze e capacità di comprensione tali da saper descrivere e correlare fra di loro gli aspetti fondamentali della struttura bio-molecolare, macro e microscopica, delle funzioni e dei processi patologici, nonché dei principali quadri di malattia dell'essere umano. Devono dimostrare comprensione dei principi e capacità di argomentazione quanto alla natura sociale ed economica nonché ai fondamenti etici dell'agire umano e professionale in relazione ai temi della salute e della malattia.
2. Capacità di applicare conoscenza e comprensione (*applying knowledge and understanding*): i laureati devono essere capaci di applicare le loro conoscenze alla comprensione e risoluzione dei problemi di salute dei singoli e dei gruppi e popolazioni, attinenti anche a tematiche nuove, inserite in contesti ampi e interdisciplinari. Le competenze cliniche devono essere rivolte ad affrontare la

complessità dei problemi di salute della popolazione, dei gruppi sociali e del singolo paziente, complessità che si caratterizza nelle dimensioni anagrafiche, di pluripatologia e di intreccio fra determinanti biologici e socio-culturali.

3. Autonomia di giudizio (*making judgements*): i laureati devono avere la capacità di integrare le conoscenze e gestire la complessità, nonché di formulare giudizi sulla base di informazioni limitate o incomplete, includendo la riflessione sulle responsabilità sociali ed etiche collegate all'applicazione delle loro conoscenze e giudizi.
4. Abilità comunicative (*communication skills*): i laureati devono saper comunicare in modo chiaro e privo di ambiguità le loro conclusioni, le conoscenze e la ratio ad esse sottese a interlocutori specialisti e non specialisti, nonché, con le modalità richieste dalle circostanze, ai propri pazienti.
5. Capacità di apprendimento (*learning skills*): i laureati devono aver sviluppato quelle capacità di apprendimento che consentano di continuare a studiare per lo più in modo auto diretto e autonomo.

Questi obiettivi sono inoltre coerenti con quanto indicato dal “*Core curriculum* per la Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia” proposto dalla Conferenza Permanente dei Presidenti dei CdLM italiani (Gaudio, 2007).

3.2.1.1 Conoscenze teoriche, competenze decisionali e abilità pratiche: il *core curriculum*

Con il termine anglo-latino *core curriculum* si intende correntemente il complesso di contenuti essenziali (conoscenze, competenze, abilità e comportamenti) che tutti i neolaureati debbono avere acquisito in modo completo e permanente per l'esercizio iniziale della professione e che costituiranno le fondamenta della loro formazione permanente (Vettore & Gaddi, 2011); in altri termini il *core* di ognuno dei *curriculum* dei Corsi di Laurea nelle diverse scienze della salute dovrà contenere la quota di informazioni comuni a tutti i neolaureati (di qualsiasi sede) che consentono il raggiungimento degli obiettivi formativi qualificanti la classe e il superamento – quando presente – dell'Esame di Stato. La necessità di definire un *core curriculum* è sorta dall'esigenza di una condivisione a livello nazionale degli obiettivi considerati indispensabili per la formazione del medico italiano inserito nello spazio formativo e

professionale europeo: l'identificazione di un chiaro *core curriculum* nazionale potrà portare, in un prossimo futuro, al confronto con i *core* degli altri Paesi dell'Unione Europea, consentendo la libera circolazione degli studenti e poi dei professionisti della salute e il riconoscimento effettivo dei titoli di studio in Europa. Oltre all'esigenza di fornire una formazione di più ampio respiro internazionale, la necessità di un *core curriculum* sorge anche dal tumultuoso sviluppo scientifico-culturale degli ultimi decenni caratterizzato da una crescita esponenziale del sapere, da una rapida obsolescenza delle informazioni e dalla necessità di una educazione permanente (Gaudio, 2007).

L'Università di Maastricht, da molti considerata il laboratorio didattico d'Europa, già nella seconda metà del secolo scorso aveva definito, attraverso i propri "*blueprint*", una sorta di classificazione e descrizione degli elementi essenziali (irrinunciabili) del *curriculum* di Medicina. Negli stessi anni l'Ufficio Regionale Europeo della WHO pubblicava alcuni dossier di confronto tra i percorsi didattici di tutti gli Stati della nascente Unione Europea, e suggeriva un allineamento dei Curriculum, all'epoca (e ancor oggi) molto diversi e talvolta divergenti tra le diverse nazioni. In Italia, l'intensa attività delle Conferenze dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina, dei Presidi delle Facoltà e dei Presidenti delle Scuole di Medicina o di alcune società scientifiche, come quella di Pedagogia Medica (SIPeM), hanno fatto crescere l'interesse al *core curriculum* e ai metodi di insegnamento della medicina da parte dei docenti e degli studenti. La Conferenza permanente dei Presidenti di Corso di laurea in Medicina e Chirurgia, infatti, già dai primi anni ottanta, ha contribuito in modo determinante, alle riforme e controriforme della didattica Italiana orientate alla omogeneizzazione dell'insegnamento della medicina (Gaddi et al., 2003). L'acme di questo percorso è stato raggiunto poco prima del 2000, sotto la guida magistrale del Prof. Giovanni Danieli, quando si è avviata la creazione del *core curriculum* nazionale italiano, primo esempio di *core curriculum* internazionale per la formazione del Medico. Fino a quel momento non esisteva un vero censimento su come venisse insegnata la Medicina nel mondo. Il lavoro ha seguito uno schema originale, basato su:

- (a) necessità di ignorare i dettami del Ministero e i regolamenti e ordinamenti didattici;
- (b) ignorare le pressanti richieste dei singoli Settori Disciplinari o dei singoli Collegi

disciplinari o Società scientifiche; (c) basare la creazione del *curriculum* sullo studio della letteratura e dei curricula delle singole sedi d'eccellenza di insegnamento della medicina nel mondo; (d) sui suggerimenti liberi, ma argomentati e frutto di lunga discussione, dei singoli Presidenti con docenti e studenti, spesso reinterpretati dagli esperti di pedagogia e di pedagogia medica; (e) sulla richiesta esplicita (e obbligatoria per chiunque volesse proporre un obiettivo formativo o "argomento") di precisare in modo analitico tutte le caratteristiche psicopedagogiche e gli attributi utili allo studente nonché necessari ai singoli Docenti, o ai Corsi di Laurea, per organizzare le attività didattiche. Sulla base di questi principi si è riusciti già in prima battuta, a definire un curriculum accettato e condiviso (all'epoca) da tutti i Presidenti e dagli esperti di pedagogia medica e (oggi) dalla maggioranza dei docenti fortemente orientato alla creazione di un medico generalista in grado di ragionare a 360 gradi sulla medicina. Per la prima volta, si era di fatto delineato un metodo corretto e riproducibile per contenere la geopardizzazione incoerente e babelica, nelle modalità e nei contenuti, dell'insegnamento della Medicina (Gaddi et al., 2014).

L'attuale *core curriculum* italiano è costituito dalle cosiddette Unità Didattiche Elementari (UDE). Per unità didattica elementare si intende una particella del sapere medico che abbia un contenuto tematico circoscrivibile e coerente e caratteristiche didattico-pedagogiche omogenee; sia descritta in un linguaggio comprensibile in modo univoco dagli studenti e dai docenti e sia verificabile per l'entità del suo apprendimento. Come per ogni obiettivo educativo specifico, così anche per ogni UDE è indispensabile indicare analiticamente le caratteristiche qualitative, cioè con quale tipo di impegno e con quale grado di profondità e completezza ne viene chiesto agli studenti l'apprendimento. Questa qualità viene tecnicamente definita "livello tassonomico": le UDE del core curriculum vengono classificate in tre diversi livelli tassonomici sia quando riguardano conoscenze teoriche, sia quando riguardano competenze professionali e abilità gestuali o relazionali (Tabella 3.3).

Tabella 3.3 – Livelli tassonomici delle UDE (Fonte: Adattato da Vettore & Gaddi, 2011)

a) Profondità della **conoscenza (CON)**

- Conoscenza superficiale: lo studente ne ha sentito parlare (livello 1).
- Conoscenza generale: lo studente sa inquadrare l'argomento all'interno delle conoscenze

<p>complessive (livello 2).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conoscenza approfondita e particolareggiata: lo studente deve conoscere l'argomento in modo esauriente in relazione alle sue necessità formative (livello 3).
<p>b) Il tipo di competenza (COM)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Competenza mnemonica: lo studente ricorda quanto ha appreso (livello 1). • Competenza interpretativa: lo studente sa applicare quanto ha appreso per interpretare dati o fenomeni, relativi a un contesto cui ha assistito o a un problema che ha visto affrontare e risolvere da altri (livello 2). • Competenza decisionale: lo studente sa applicare quanto ha appreso per risolvere personalmente problemi e assumere decisioni autonome (livello 3).
<p>c) Il grado di abilità (ABI) nell'esercizio di azioni pratiche o di processi metodologici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abilità teorica: lo studente sa come si fa (= conosce la teoria della procedura), perché l'ha visto fare da altri o ne ha letta o sentita la descrizione (livello 1). • Abilità teorico-pratica: lo studente ha sperimentato personalmente l'esecuzione della procedura almeno una volta per comprenderne la dinamica (livello 2). • Abilità pratica autonoma: lo studente sa eseguire l'azione in modo automatico (livello 3).

Per poter costruire un utile *core curriculum* è necessario partire dai bisogni prevalenti di salute presenti nella popolazione assistita e dal profilo dei professionisti che dovranno rispondere a tali bisogni (Guilbert, 2002). La metodologia di costruzione del *core curriculum* più efficace, anche se non facile da attuare, sembra essere quella che utilizza una procedura *bottom up*, cioè una definizione delle UDE che prende inizio dal profilo professionale del neolaureato, costituito dalle conoscenze, competenze, abilità e comportamenti che lo rendono idoneo a espletare i compiti al primo livello dell'esercizio professionale. Partendo da questi elementi andrebbero costruite a ritroso le UDE che con i loro livelli tassonomici individuano le conoscenze, le competenze, le abilità e i comportamenti effettivamente utili, concorrenti a riprodurre adeguatamente, nell'intero corso degli studi, il profilo professionale desiderabile. Questo approccio aiuterebbe a definire i programmi di insegnamento e la giusta quota di crediti dei singoli corsi accademici che sono per l'appunto subordinati all'essenzialità dei contenuti teorici da far apprendere e ai tempi effettivamente disponibili. È facile notare la diversità tra questa procedura e quella abituale, secondo la quale – in un'ottica centrata sui docenti – per prima cosa si stabiliscono i programmi di insegnamento e tutto il resto viene deciso di conseguenza.

Attualmente le UDE vengono insegnate ed apprese secondo due *core curriculum* metodologici, diversi anche se strettamente integrati fra loro: quello sistematico e quello verticale. Il *core curriculum* sistematico comprende i corsi tradizionali, è trasversale nei semestri e negli anni ed è proprio dell'apprendimento di conoscenze e logiche scientifiche delle discipline bio-mediche e mediche. Nei primi due anni gli studenti apprendono le logiche scientifiche proprie delle discipline bio-mediche di base, cioè acquisiscono la capacità di analizzare le realtà concrete dell'organismo umano normale e patologico secondo la metodologia della chimica, della fisica, della biologia cellulare, della genetica, ecc. Nei secondi due anni gli studenti apprendono i meccanismi attraverso i quali si sviluppano le patologie, sia quelle comuni a tutto l'organismo, sia quelle proprie dei diversi organi ed apparati, cioè acquisiscono la capacità di riconoscere i fenomeni che portano alle malattie. Negli ultimi due anni gli studenti acquisiscono la capacità propria della professione medica, cioè quella di identificare le situazioni patologiche e i sintomi che li distinguono, di diagnosticare le malattie e di saperne prospettare la terapia e la gestione del trattamento. Questo è il periodo formativo in cui si pratica il ragionamento clinico e si pongono le basi metodologiche per sviluppare la piena competenza medica.

In aggiunta agli obiettivi propri dei corsi tradizionali, gli studenti sono sollecitati all'apprendimento di abilità finalizzate direttamente alla loro professione futura. Queste abilità, proposte all'apprendimento continuativamente dal primo al sesto anno, compongono il *core curriculum* verticale di base e sono (a) le abilità manuali e pratiche (ad es. saper fare una iniezione endovena), (b) le abilità metodologiche come strumenti dell'analisi clinica (ad esempio, saper fare un esame obiettivo generale, saper compilare un certificato medico, saper prospettare un percorso di analisi cliniche), (c) le abilità del ragionamento clinico, definite "meta-cognitive" perché utilizzano le conoscenze già acquisite e le integrano per interpretare la realtà patologica e per raggiungere decisioni operative, (d) le abilità diagnostiche relative ad una serie di sintomi più comuni, ed infine (e) le competenze cliniche relative ad alcune malattie identificate per la loro prevalenza, per la loro gravità ed urgenza. Per queste malattie lo studente deve apprendere e dimostrare abilità di ragionamento clinico complesso, capacità relazionali nel rapporto con il paziente, capacità diagnostiche e

capacità di gestione del percorso terapeutico immediato ed a lungo termine, deve cioè saper dimostrare di avere acquisito le basi per una piena capacità professionale. Queste diverse abilità acquisite nel *curriculum* verticale non appartengono specificamente a nessuna disciplina. Risulta in questo modo evidente come l'apprendimento sia un procedimento verticale e progressivo di abilità che nella loro successione non appartengono più ad una disciplina, ma al complesso della formazione della competenza clinica.

A tutt'oggi, come evidenziato da Gaudio (2007), la sfida applicativa di un *core curriculum* a livello nazionale è ancora ben lungi dall'essere vinta: i Corsi integrati sono spesso tali solo nominalmente, esplicandosi in realtà spesso come puro "*collage*" di discipline; è frequente la persistenza dei programmi d'insegnamento, non di apprendimento; è difficile da superare la forte difesa delle prerogative disciplinari, così come la preferenza per l'insegnamento *ex cathedra* e la prevalenza del nozionismo rispetto alla formazione metodologica.

3.2.1.1.1 Come pensano i dottori: il ragionamento clinico come *core skill* verticale

Nel contesto più tipico, il medico incontra il paziente quando questi si reca da lui per chiedere un aiuto, perché "qualcosa lo affligge". Questo "qualcosa" si presenta al medico sotto forma di una storia che il paziente racconta, in cui sono presenti una serie di disturbi e una serie di interpretazioni e di vissuti di essi (l'agenda del paziente), che vengono "portati" nell'incontro. La storia del paziente, a cui si aggiunge un'osservazione diretta del suo corpo (l'esame obiettivo), viene "tradotta" dal medico in una serie di informazioni scientifiche, cioè in una storia clinica, in cui sono presenti dei sintomi e dei segni, i quali sono considerati indice di un processo morboso in atto. Il medico ascolta dunque la storia del paziente, osserva il suo corpo, richiede, nel caso in cui lo ritenga necessario, ulteriori accertamenti e, sulla base dei dati acquisiti – "chiamati a sé" attraverso un ragionamento di tipo induttivo/abduuttivo – formula una diagnosi, che etimologicamente indica, appunto, una "conoscenza attraverso" una serie di fenomeni (Zannini, 2001). Il metodo iniziale di procedere del medico si basa infatti su una riconduzione dei fatti clinici a quadri noti, per cui a fronte di una serie di segni e sintomi S_1, S_2, \dots, S_n , che risulti coerente rispetto alle caratteristiche di una

determinata malattia, diciamo X, si ipotizza che si tratti proprio della malattia X. Successivamente, se i sintomi necessari per definire la malattia X sono presenti, attraverso ulteriori indagini diagnostiche strumentali si verifica – seguendo un processo di ragionamento questa volta deduttivo – se l’ipotesi formulata è corretta (Baerheim, 2001). Nell’esperienza clinica, in generale, si osserva che i medici novizi o inesperti mettono in atto un metodo ipotetico-deduttivo, un movimento cognitivo di saliscendi continuo di induzione-deduzione, per prendere e formulare una decisione diagnostica, mentre quelli più esperti lo mettono in atto solo nel caso in cui sono chiamati ad affrontare problematiche rare, poco diffuse o particolarmente complesse. Quando il medico è esperto, ovvero possiede un’ampia collezione esperienziale di casi presenti nella sua mente, oppure il caso clinico è conosciuto, l’identificazione della patologia è immediata e il processo diagnostico è fondato sul “colpo d’occhio”, sul *pattern recognition*. La memoria umana immagazzina esperienze e conoscenze nuove (il nostro bagaglio culturale ed esperienziale) e le mette in relazione tra di loro: si forma quindi una rete semantica (o *semantic network*), un intreccio di connessioni tra concetti ed esperienze che, nel caso di un medico, vanno a costituire una vera e propria “memoria clinica” (Zanini, 2001). Nella fase di decisione diagnostica il medico deve essere in grado di registrare segni e sintomi del paziente ed aggregarli in modelli nosografici di malattia e l’accuratezza e la velocità con cui avviene questo processo dipendono dalle capacità percettive, cognitive del medico e dall’ampiezza e strutturazione del *semantic network*. Infatti, le modalità con le quali il medico è in grado di risolvere problemi clinici si modificano nel tempo parallelamente allo sviluppo dell’esperienza clinica: le conoscenze dell’esperto includono un vasto repertorio di problemi clinici e un altrettanto vasto repertorio di soluzioni comuni già esperite, tali da renderlo in grado di richiamare il ricordo di vecchie soluzioni per risolvere problemi nuovi. L’esperienza clinica permette al medico esperto di utilizzare l’analogia come strumento conoscitivo ed interpretativo e di rendere, quindi, routinari molti aspetti di un problema che richiederebbero invece capacità creative di *problem solving* da parte di un novizio: il clinico esperto possiede reti semantiche più elaborate e ricche in cui l’informazione è organizzata in modo coerente e risulta integrata di concetti ed esempi (Regehr & Norman, 1996). In questo senso, l’*expertise* diagnostica non si caratterizza come generica capacità di risolvere problemi clinici, ma come specifica abilità nel

risolvere questo problema, questo singolo caso, alla luce di altri analoghi incontrati nella pratica clinica (Norman et al., 1989). Generalmente è stato osservato che gli esperti, in una specifica situazione clinica, decidono facendo ricorso a un processo di riconoscimento degli schemi globali (Benincasa & Castaldi, 2003) attivando in maniera rapida ed inconsapevole *script* diagnostici (Feltovich & Barrows, 1984; Smith, 1989), ovvero quell'insieme di attributi a cui sono associati dei valori che hanno più o meno probabilità di verificarsi; nel caso della medicina lo *script* può riferirsi, per esempio, alla conoscenza delle malattie e concerne diversi aspetti, quali l'associazione di sintomi, segni e la loro evoluzione nel tempo. La capacità di categorizzare una situazione clinica – cioè l'abilità di stabilire, sulla base dei segni e dei sintomi portati dal paziente, la categoria diagnostica e l'opzione terapeutica migliore – è in diretta connessione con la capacità degli esperti di ragionare in un modo definito come "indipendente dai suggerimenti" (*cues independent*) e grazie alla quale riescono a non farsi fuorviare dagli aspetti superficiali e inessenziali, riconoscendo un problema nelle sue caratteristiche profonde (Regehr & Norman, 1996).

Il ragionamento medico può comportare l'esteso ricorso ad un approccio di tipo probabilistico che rappresenta, in termini semplici, i processi di accumulo progressivo dell'informazione che conducono alla definizione della diagnosi. Esistono dei modelli matematici (Teorema di Bayes) che, sulla base dei valori di sensibilità e specificità del test e della probabilità di malattia che, in partenza, viene attribuita al paziente (probabilità a priori o probabilità pre-test), permettono di definire la probabilità che può essere attribuita alla presenza di malattia una volta conosciuto il risultato del test (probabilità post-test). Un altro modo attraverso il quale può svilupparsi la struttura logica e cronologica del processo di *medical decision making* e che fornisce, in ordine cronologico e consequenziale, i possibili eventi che si possono verificare in seguito alla presa di decisione, è l'albero decisionale (o *decision tree*). L'albero decisionale inizia con una prima decisione, il cosiddetto nodo decisionale, ovvero il punto in cui il decisore può scegliere uno tra i vari corsi di azione. Dopo aver formulato il problema diagnostico, considerato tutte le possibili alternative e strutturato le possibili conseguenze, il medico deve assegnare le probabilità a ciascun evento (Hunink & Glasziou, 2009). Gli alberi decisionali sono utilizzati al fine di visualizzare e strutturare

le alternative che si hanno a disposizione, le conseguenze alle quali ciascuna alternativa può condurre e valutare i *trade-off* associati al problema decisionale, aiutando così il medico a scomporre il problema in parti più semplici.

Tuttavia queste tipologie di “ragionamento” non sempre si presentano nella pratica medica in questa forma lineare, perché la realtà clinica è estremamente variabile e spesso non direttamente riconducibile a quadri sindromici predefiniti. Per esempio, l’analisi decisionale descritta mediante il *decision tree* non descrive i processi decisionali reali: i medici, in realtà, decidono in maniera diversa a causa dei limiti informativi e temporali, dell’ambiente e di quelli cognitivi dell’uomo. Il ragionamento del medico si svolge spesso in condizioni di incertezza, una condizione tipica anche di molte altre attività umane, in cui un sapere generale deve tradursi nella soluzione di problemi particolari (Kahneman et al., 1982). L’incertezza può riguardare diversi aspetti della presa di decisione in ambito sanitario (Pravettoni & Vago, 2011): la diagnosi incompleta e non sempre accurata effettuata in situazioni critiche e di emergenza (pronto soccorso, terapia intensiva, sala operatoria, ecc.), la precisione non assoluta dei test clinici e degli esami di laboratorio, gli effetti non prevedibili di un trattamento su uno specifico paziente, ecc. In una tale complessità decisionale, diventa difficile sia considerare tutte le ipotesi che è possibile formulare, sia confrontarle adeguatamente tra loro.

L’incertezza può essere ridotta, ma non eliminata completamente; per tale motivo spesso le decisioni dei professionisti, come i medici, sono frutto di stratagemmi mentali di semplificazione della realtà definiti euristiche (dal greco *heurisco*, che significa “trovare”; Tversky & Kahneman, 1974). Esse sono regole pratiche che funzionano come scorciatoie di pensiero, per evitare i lunghi, complessi e dispendiosi processi di calcolo tipici del pensiero logico-scientifico. Nell’ambito sanitario, le euristiche particolarmente adottate dai medici sono le seguenti (Pravettoni & Vago, 2011):

- Euristica della disponibilità (*availability heuristic*). Spiega il comportamento degli individui quando sono chiamati a valutare la probabilità di un evento; essi fanno riferimento alla disponibilità in memoria di eventi simili. Nell’ambito

sanitario, generalmente i casi che possono venire in mente a un clinico sono quelli più facilmente rievocabili per la loro rarità o unicità, o quelli in cui c'è stato un forte coinvolgimento personale da parte dell'operatore, o ancora, quelli in cui si è verificato un caso nella propria famiglia. Gli operatori sanitari tendono a reputare più frequenti quegli eventi che accadono sotto la loro osservazione (Di Giovanni, 2009).

- Euristiche della rappresentatività (*representativeness heuristic*). Nel valutare la probabilità che un dato oggetto, evento o caso appartenga a una specifica categoria, gli individui fanno riferimento alla sua somiglianza con il prototipo (il miglior esempio) di quella categoria. L'euristica della rappresentatività porta però a trascurare due fattori importanti della decisione: la probabilità reale associata a ogni malattia e il fatto che risultati ottenuti su piccoli campioni possono essere poco rappresentativi della popolazione di riferimento.
- Euristiche dell'ancoraggio o aggiustamento (*anchoring and adjustment*). Indica la tendenza dei soggetti a basare la propria decisione su alcune informazioni, tralasciandone altre. Questa euristica è espressione di una sorta di inerzia mentale che si manifesta nell'incapacità di revisionare correttamente la probabilità a posteriori di un evento. Nella valutazione clinica di un paziente, il medico si può ancorare ad alcune informazioni iniziali. In medicina l'euristica dell'ancoraggio è chiamata anche euristica della "prima impressione": quando un medico visita per la prima volta un paziente è facile che si formi una prima impressione diagnostica che diventa una fonte di ancoraggio molto forte, dalla quale è difficile svincolarsi, salvo che non si presentino informazioni nuove particolarmente significative (ulteriori esami diagnostici, intervento di altri medici, la scoperta di una familiarità, ecc.).

Se da un lato tali euristiche consentono al medico di agire rapidamente e di dare valore ad aspetti peculiari di quel dato paziente, è d'altro canto ben noto come esse lo possano esporre al rischio di commettere errori o distorsioni sistematiche, definiti *bias* nel linguaggio anglosassone, che conducono a loro volta a forme di ragionamento clinico non ottimali:

- *Confirmation bias* (o tendenza alla conferma). I medici che devono sviluppare una diagnosi fanno riferimento alle evidenze disponibili nella storia clinica del paziente, agli esami e ai test di laboratorio. Questo tipo di *bias* ha due implicazioni: primo, il desiderio di confermare un'ipotesi può aumentare l'inefficienza decisionale; secondo, la prescrizione di esami che confermano l'ipotesi di partenza del medico aumenta i livelli di confidenza in una diagnosi (anche quando errata) (Patel et al., 1990).
- *Hindsight* (guardare a ritroso). La conoscenza del risultato di una scelta diagnostica condiziona la percezione degli eventi passati e la valutazione di ciò che è realmente accaduto, assistendo a una modificazione della relazione causa-effetto (Arkes et al., 1981; 1988).
- *Framing effect*. È un effetto di interpretazione delle informazioni. Un insieme di informazioni può determinare percorsi cognitivi differenti in base alla forma che essi assumono, ovvero, alle modalità di presentazione utilizzate (McNeil et al., 1982).
- *Bias del miglior esito possibile*. Consiste nella tendenza a preferire diagnosi con esiti favorevoli piuttosto che alternative sfavorevoli tralasciando, più o meno inconsciamente, di approfondire gli indizi correlati a queste ultime e sopravvalutando quelli relativi alle prime (Gross, 2002).
- *Chiusura prematura*. Tendenza a dichiarare chiuso prematuramente un processo decisionale: un paziente può essere ritenuto affetto da una certa malattia anche quando potrebbero essere utili ulteriori accertamenti. Ciò permette al medico di alleviare il proprio stress, cognitivo ed emotivo, legato alla presenza di molte opzioni possibili e quindi di una sostanziale incertezza, ma apre anche le porte a possibili errori diagnostici.
- *Bias dell'information unpacking*. Non "spacchettare" un'ipotesi porta i medici a gestire le informazioni in loro possesso in modo sub-ottimale, considerando forme di rappresentazioni meno analitiche di quanto sarebbe necessario. La presenza esplicita di determinate informazioni fa sì che esse risultino più rilevanti anche se concettualmente meno pregnanti (Redelmeier & Sharif, 1995).

- **Obbedienza cieca.** Questo fenomeno conduce i medici verso l'interruzione del processo di pensiero clinico-diagnostico in virtù di una fonte di autorità, vera o presunta. Questa autorità può essere tanto di natura umana (collega, superiore, ecc.) o tecnologica (immagine di una TAC, risultati di un ECG, ecc.).
- **Bias di utilizzo delle informazioni.** La mancata applicazione del modello di ragionamento formalizzato dal teorema di Bayes sulle probabilità condizionate ha come conseguenza l'utilizzo di informazioni pseudodiagnostiche, cioè un tipo di informazione che non aggiunge nulla rispetto a quanto già noto della condizione del paziente.
- **Bias delle aspettative.** Le aspettative pregresse di un medico in relazione a un certo caso clinico sono in grado di influenzare il decorso successivo del pensiero del medico stesso, impedendo una valutazione più ampia e, probabilmente, più efficace. Se un medico, per esempio, pensa sulla base di alcune ipotesi diagnostiche, che il paziente sia affetto da una malattia X, cercherà nei risultati degli esami prescritti la conferma delle proprie ipotesi di partenza.
- **Bias del genere.** Alcune decisioni possono basarsi su credenze o stereotipi, circa la diffusione di una certa malattia fra maschi e femmine, senza basarsi su dati scientifici ed epidemiologici).
- **Fallacia dello scommettitore.** Il medico può cadere nell'errore di considerare in relazione fra loro eventi in realtà indipendenti. Per esempio, un medico che visita una serie di pazienti con un certo sintomo determinando la medesima diagnosi, potrebbe iniziare a credere che la serie non continuerà.
- **Regret o rimpianto.** Esso compare quando gli individui scelgono un'opzione e poi provano rimpianto per le alternative lasciate. La paura associata alla scelta di una terapia aggressiva, per esempio, può indurre il medico a valutare terapie alternative, sopravvalutando la realistica portata aggressiva del trattamento.
- **Bias dell'enunciato casuale.** Ha origine nella fase di formulazione delle ipotesi diagnostiche e indica la tendenza all'attribuzione indebita di casualità legata a pregiudizi acquisiti socialmente e superstizioni.

- Fallacia dell'omissione (*omission bias*). Propensione a evitare i rischi correlati ad un intervento attivo anche se questo implica minori rischi rispetto all'omissione del trattamento (Ritov & Baron, 1990).
- *Base rate neglect bias*. Tendenza a prescrivere, in presenza di uno specifico sintomo, un'ampia base di esami che verifichino tutte le ipotesi diagnostiche, anche quelle più improbabili, ad esso associate, contribuendo a far crescere sia i falsi positivi sia i falsi negativi (Elstein, 1999).
- *Zebra retreat bias* (mancanza di fiducia nelle proprie convinzioni). Tendenza a rigettare un'ipotesi diagnostica di una malattia piuttosto rara (*zebra*) a causa di due principali ostacoli nella pratica clinica quotidiana: la mancanza di risorse economiche – diagnosticare malattie rare che colpiscono una piccola percentuale della popolazione richiede indagini costose – e la scarsa fiducia nelle proprie capacità (Kovacs & Croskerry, 1999).
- Coinvolgimento emotivo (*visceral bias*). Eccessivo coinvolgimento emotivo del medico nella situazione del proprio paziente (Croskerry, 2000).
- *Diagnosis momentum bias*. Propensione del medico a considerare valida una diagnosi in funzione del fatto che essa è già stata formulata da altri colleghi, ma senza prove che la corroborino (Croskerry, 2002).
- Rasoio di Occam. *Bias* che induce a scegliere quella diagnosi che tenta di spiegare tutti i sintomi caratterizzanti il caso clinico in esame.
- *Playing the odds*. Tendenza a scegliere l'opzione diagnostica di una malattia benigna quando la manifestazione della malattia è ambigua, in funzione della convinzione (priva di valore probabilistico) che una patologia benigna sia più frequente rispetto a una maligna.
- *Posterior probability error*. Il medico valuta la probabilità associata ad una determinata patologia in funzione della storia clinica di casi della stessa malattia in pazienti differenti con esito identico.

Alla luce di questa breve disamina sulle euristiche e sui *bias* che possono caratterizzare il ragionamento in ambito sanitario, possiamo concludere che i medici, quando devono prendere una decisione, tendono e non utilizzare il ragionamento probabilistico. Bauchner e colleghi (2001) misero in luce la discrepanza tra la

letteratura scientifica sui processi diagnostici e la reale applicazione, la quale risultava essere condizionata da diversi aspetti tra loro sovrapposti: le caratteristiche fisiche e valoriali del paziente, l'esperienza del medico, la sua conoscenza tecnologica e scientifica e l'evidenza clinica esterna. Nel caso di decisioni urgenti ha maggior peso le competenze del medico e la sua esperienza rispetto alle caratteristiche del paziente. Diversa è invece la situazione in cui il medico è chiamato a decidere nel caso di malattie croniche dove assumono un peso maggiore le caratteristiche del paziente (fisiologiche e psicologiche) e le sue credenze (valori e principi). Infatti, in queste situazioni la decisione medica si sposta verso un concetto diverso di cura, che non è più finalizzato alla guarigione, ma al benessere e al mantenimento della qualità di vita. Ciò che conta non è solo la verità oggettiva, ma anche la verità soggettiva, che varia da individuo a individuo (Wulff et al., 1995), dal momento che la malattia è «soggettivamente e culturalmente definita e non è semplicemente là fuori nella natura» (Hunter, 1991). Proponendosi la medicina di conoscere l'uomo, cioè un individuo nella sua irriducibile complessità, non bastano forme di ragionamento logico, ma sono necessarie forme di pensiero ideografico, basato sulla comprensione del singolo che ci permettono di "entrare" veramente nella storia dell'altro (Smorti, 1994). Il ragionamento clinico esperto, pertanto, è fondato sull'abilità di spiegare una malattia e attribuirle contemporaneamente un significato. Conseguentemente, il giudizio clinico non è soltanto la capacità matematica o logica di determinare le cause di malattia, ma anche una capacità interpretativa, una capacità di identificare e comprendere gli elementi significativi – disturbi anatomici e fisiologici, ma anche il modo in cui il paziente si pone in relazione alla malattia – di una situazione multidimensionale in un processo di cambiamento: in termini narrativi, è la «capacità di individuare una trama» (Hunter, 1991). La dimensione "artistica" e narrativa della medicina non è, pertanto, un elemento accessorio che si acquisisce sulla base della disposizione individuale nel corso degli anni, ma è costitutiva del pensiero medico esperto. La dimensione analogico-ermeneutica e quella scientifico-biologica sono strettamente interrelate tra loro in un'unica epistemologia della medicina (Zanini, 2001).

3.2.1.2 Valori, disposizioni e atteggiamenti *patient-centred*: l'*hidden curriculum*

Il dibattito sulle dimensioni nascoste della formazione nasce nell'ambito scolastico. In questo contesto, si comincia a capire, già a partire dagli anni '60, che l'apprendimento del bambino è costituito sicuramente da ciò che il docente formalmente insegna, ma anche da dimensioni implicite e latenti dell'insegnamento. Nel 1968 Philip Jackson utilizza per la prima volta la dizione *hidden curriculum*, asserendo che gli studenti, per avere successo all'interno del sistema scolastico, devono imparare a uniformarsi non solo alle regole formalmente stabilite dall'istituzione, ma anche a una serie di norme implicite, credenze e atteggiamenti perpetuati dall'insegnante in classe. Questo concetto era comunque per certi versi già stato anticipato da Dewey (1938), che aveva parlato di "apprendimento collaterale" (*collateral learning*) nei processi educativi. Nell'ambito della formazione degli operatori sanitari, già dalla metà degli anni '80 si era iniziato a riflettere sul tema dell'*hidden curriculum*, sottolineando che c'era una differenza sostanziale tra ciò che si dichiarava di insegnare nella formazione di un professionista e ciò che di fatto si insegnava, anche e soprattutto nei contesti clinici (Bell, 1984). Tanner (1990) ha sostenuto che il *curriculum* nascosto ha un ruolo fondamentale nella formazione dell'identità dell'infermiere, perché riguarda «la socializzazione sottile, l'insegnamento che forma a pensare e a sentire come infermieri». L'importanza della relazione con lo studente, per la creazione di una cultura professionale e per lo sviluppo di un'attitudine alla relazione con il paziente, verrà poi ripresa anche da medici, diversi anni dopo (Christianson et al., 2007). L'interesse per l'*hidden curriculum* in quest'ultimo ambito è stato determinato dal fatto che i medici iniziarono a porsi la questione del comportamento professionale (*professionalism*). Essi si resero conto che vi era la necessità di recuperare e approfondire la dimensione relazionale, ma soprattutto etica, della professione. A partire dagli anni '90 si erano sviluppati all'interno delle Facoltà di Medicina nuovi percorsi formativi legati all'insegnamento delle competenze etiche e relazionali, grazie anche a una considerevole introduzione di corsi basati sulle *medical humanities* (Charon, 1995) che avrebbero dovuto promuovere il ritorno a un approccio maggiormente centrato sul paziente. Tuttavia, questi sforzi avevano

prodotto una «riforma senza cambiamenti» (Hafferty, 1998): si registrava, infatti, una forte discrepanza tra ciò che veniva insegnato in aula, o che era scritto sui piani di studio, che si indicava come comportamento professionale del medico, e ciò che poi i medici agivano nella realtà clinica, relazionandosi con il paziente. L'incoerenza tra il *curriculum* formale e quello nascosto non permette agli studenti di trovare un ambiente formativo favorevole e frena il cambiamento verso un nuovo paradigma educativo nella formazione sanitaria (Robinson & Hill, 1995; Del Prato, 2013). Nell'ambito della formazione medica, che dichiarava una centralità dell'insegnamento della relazione e dell'etica, il prodotto del conflitto tra il *curriculum* formale (valori e comportamenti appresi a lezione) e il curriculum nascosto delle norme sociali del comportamento professionale imperante nei luoghi di tirocinio clinico (Jones, 2007) era in realtà un «professionista cinico e distaccato» (Hafferty, 1998).

Si comprese che i processi di formazione avvengono in ambienti di apprendimento multidimensionali, che abbracciano tre sfere di influenza collegate tra loro: quella formale, che corrisponde alla formazione dichiarata, intenzionale, formalmente proposta e approvata; quella informale, una modalità di insegnamento e apprendimento non pianificata, fortemente interpersonale, che ha luogo nelle interazioni tra i docenti e gli studenti; quella nascosta, costituita da una serie di elementi che agiscono a livello della struttura organizzativa e della cultura di quel contesto (Wear, 1998).

Le due fondamentali componenti dell'*hidden curriculum* diventano, quindi, gli aspetti strutturali e procedurali della formazione e la sua dimensione relazionale. Grande enfasi viene data alla relazione tra docente/tutor e studente, arrivando a sostenere che «ogni parola che diciamo, ogni azione che compiamo, ogni volta che scegliamo di non parlare o non agire, ogni sorriso, ogni sospiro è una lezione dell'*hidden curriculum*» (Gofton & Regeher, 2006). Come descritto da numerosi studi di ambito pedagogico, la relazione studente-insegnante è associata alla motivazione ad apprendere e condiziona le scelte e la costruzione di comportamenti professionali da parte degli studenti (Haidet & Stein, 2006). In quest'ottica, la formazione può essere interpretata come un prendersi cura dello studente: dei suoi originali ed individuali processi di apprendimento, della sua maturità complessiva, della sua capacità di

confrontarsi, di mettere in comune punti di vista nel dialogo e nel rapporto con altre storie di vita. Per la loro crescita, gli studenti hanno bisogno del sostegno dei docenti e dei tutor, in una relazione del tutto simmetrica a quella che instaureranno con i loro pazienti, per sperimentare l'*empowerment* che dovranno poi essere capaci di sviluppare nei loro assistiti. Formazione e cura stanno tra di loro in una complessa relazione di reciprocità: ciò che gli studenti sapranno mettere a disposizione dei loro pazienti dipenderà anche da quanto e dal come avranno ricevuto dai loro docenti (De Marinis et al., 2013). Quindi, poiché la formazione in sanità ha lo scopo di far crescere persone, attraverso lo sviluppo delle proprie potenzialità umane, oltre che tecniche e scientifiche, è necessario prestare attenzione al fatto che gli studenti sembrano particolarmente sensibili alle dimensioni implicite e latenti presenti nei contesti di apprendimento e che i messaggi veicolati dall'*hidden curriculum* vengono appresi ed interiorizzati più di quanto non avvenga con i contenuti delle lezioni teoriche impartite in aula dagli insegnanti (Branch al., 2001).

È possibile individuare cinque aree attraverso le quali esplorare l'*hidden curriculum* (Hafferty, 1998):

1. Le politiche organizzative e di sviluppo: le modalità di ammissione ai Corsi di Laurea, le procedure di accesso ai vari servizi, il sistema di tutorato, le modalità di reclutamento dei docenti; questi elementi trasmettono implicitamente dei messaggi su ciò che ha più o meno valore all'interno di una istituzione.
2. Le procedure di valutazione: i metodi di valutazione non sono solo strumenti per valutare, ma sono mezzi per trasmettere ciò che è importante e ciò che non lo è all'interno di un dispositivo formativo.
3. L'allocazione delle risorse: in ambienti in cui i bisogni sono sempre eccedenti rispetto alle risorse, individuare chi decide come distribuirle, quali sono i destinatari e cosa viene sovvenzionato e ricompensato con incentivi economici permette di cogliere la gerarchia di valori e priorità all'interno dell'istituzione accademica.
4. I linguaggi e le metafore utilizzate all'interno dei contesti formativi: l'*hidden curriculum* può altresì rivelarsi nei linguaggi formali o informali (gergo) che vengono utilizzati all'interno delle organizzazioni (Cook, 1991).

5. I materiali e i metodi utilizzati nella didattica: l'*hidden curriculum* si esplica anche nell'ambito della docenza formale, attraverso i metodi e i materiali mediante i quali vengono insegnate le diverse discipline. È importante chiedersi, per esempio, quali valori si trasmettono implicitamente quando si presentano dei casi clinici o se i libri di testo veicolano un approccio centrato sulla persona o centrato sulla malattia (Hafferty & Franks, 1994). L'apprendimento è un processo molto più complesso della semplice trasmissione di nozioni o contenuti. Esso è un percorso di attribuzione di senso e significato ai contenuti ed alle idee che vengono trasmesse e avviene attraverso il coinvolgimento emotivo e cognitivo degli studenti nelle attività formative e attraverso un complesso processo di modellamento tra esempio osservato e discente osservatore (Vygotskij, 1990).

Tuttavia, l'analisi dell'*hidden curriculum* basata su queste cinque aree "documentali" non è esaustiva, ma deve contemplare almeno altre due aree di indagine, rappresentate dalla dimensione fisica dell'ambiente di apprendimento e dalle narrazioni degli studenti o dei professionisti (Zannini et al., 2011):

6. I luoghi della formazione: rifacendoci a Foucault (1976), la collocazione e la suddivisione degli spazi nei contesti di apprendimento non sono aleatorie, ma veicolano valori, norme, comportamenti, che permeano la cultura dell'istituzione e trasmettono messaggi rispetto alla relazione tra studenti e docenti e alla loro posizione gerarchica all'interno dell'istituzione.
7. Le narrazioni: permettono di accedere al contenuto più profondo del curriculum nascosto, perché attraverso i racconti di episodi che gli studenti, o i professionisti, considerano rappresentativi di un comportamento professionale o la descrizione dei valori appresi durante l'esperienza o, ancora, l'esplicitazione della rappresentazione del ruolo professionale, è possibile accedere al mondo di significati che vengono strutturati nel processo di sviluppo della cultura e dell'identità di un professionista (Zannini et al., 2011).

3.2.1.3 Clinica del *curriculum* in Medicina

All'inizio di questo percorso di analisi clinica del *curriculum* in Medicina, appare immediatamente l'immagine di un sapere e di un insegnamento frammentata non solo a livello di coordinamento tra corsi afferenti al medesimo corso integrato, ma anche e soprattutto a livello di coordinamenti tra il primo e il secondo triennio della facoltà: pare esserci una divisione, un dualismo, difficile da ricucire tra triennio "biologico" e triennio "clinico". Nei primi due anni lo studente studia, però non ha la possibilità di applicare quello che studia: da un lato, deve affrontare lo studio di materie teoriche, propedeutiche alla professione medica, deve frequentare obbligatoriamente i corsi e dare gli esami entro un tempo prestabilito; dall'altro, non trova nello studio di queste materie nessun riferimento alla loro applicabilità nella professione medica, mancando all'interno dell'attività didattica spazi di coordinamento con anni successivi o momenti dedicati alle esercitazioni o sperimentazioni. Infatti, molto spesso i corsi sono tenuti da docenti interessati solo alla propria disciplina, non preoccupati di connetterla con altre materie o di evidenziarne l'eventuale ricaduta sulla prassi: l'eventuale ricaduta operativa è tutta a carico del destinatario. Sembra, allora, una dimensione mancante quella del "fare" all'interno del percorso formativo dei giovani che si accingono a diventare medici: il timore è che questa distanza dalla prassi, a lungo andare, possa anestetizzare gli ideali degli studenti, tarpando le ali ai loro sogni, e faccia perdere il senso, la finalità della professione futura, accrescendo quella sensazione di sbandamento che insorge quando ci si trova inseriti in un corso di laurea che sembra solo bombardare di nozioni e non valutare che quelle (Palmieri, 1997). Inoltre, un ordinamento curricolare così strutturato toglie il tempo per l'individuo, per la sua crescita, per la sua formazione non solo professionale, ma anche e soprattutto personale: simili condizioni formative ed educative deprimono la crescita e lo sviluppo della personalità del futuro medico (Riva, 1997). Questi ritmi di frequentazione delle lezioni e di studio sembrano imporre agli studenti di vivere quasi esclusivamente in università e nell'università, faticando a ritagliarsi momenti per sé, di svago, di libertà, diminuendo la loro possibilità di vivere esperienze personali.

L'impressione è quella che occorra, quindi, che lo studente, nel suo iter di studi, si "sporchi le mani", e non solo a partire dal secondo triennio, dove per regolamento l'attività pratica dovrebbe aumentare, ma già dal primo triennio, partecipando ad

attività di ricerca in laboratorio o alla vita di reparto, ed assumendo una mentalità effettivamente orientata alla prassi, all'acquisizione di un "saper fare" già nel momento in cui deve apprendere nozioni più teoriche. Questa dimensione pratica, attiva, esperienziale, che implica l'attivazione di modalità formative basate sul "fare", sull'"imitare", e che salda la formazione attuale alla professione futura, ha luogo di fatto in momenti e spazi ristretti rispetto alla totalità del corso di laurea. L'esperienza formativa pratica avviene prevalentemente frequentando le corsie delle cliniche universitarie, spesso non dotate di posti letto sufficienti e con tempi di degenza non adeguati per il rapporto/contatto necessario ad ogni medico in formazione (Mariuzzi, 2000), purtroppo non sempre in piccoli gruppi, stando ad osservare quello che il medico fa, guardando i malati e le loro malattie per poche ore al giorno, quelle consentite; oppure partecipando ad esercitazioni di laboratorio teorico-pratiche dove è il docente ad agire, a fare, dove agli studenti non rimane che vedere, ascoltare spesso quel che il docente ha già detto a lezione o intervenire, al limite, per chiedere qualche spiegazione. Ma è proprio durante questa, seppur breve, frammentata e passiva, esperienza di tirocinio ospedaliero che lo studente incontra, oltre a problemi di ordine tecnico-scientifico, anche problemi di ordine psicologico-relazionale. Lo studente in Medicina comincia a frequentare l'Ospedale ignaro di ciò che sia il rapporto con il malato; nel suo bagaglio ha una grande quantità di nozioni e una carica ideale di fiducia nei confronti della Medicina e delle capacità taumaturgiche del medico. Oltre a questo dispone di un patrimonio importante che consiste nel suo carattere, nella sua storia personale, nel suo modo di entrare in contatto con le persone, nel suo modo di sentire i problemi connessi con la vita e con la morte; ma forse non immagina quanto incida nella professione questo suo bagaglio personale e come esso possa essergli talvolta utile, talaltra di ostacolo e talaltra ancora come esso possa intervenire nelle sue scelte in modo incontrollato, senza che se ne renda conto. Egli crede che il malato sia qualcosa di ben decifrabile e che di fronte ai problemi che esso pone ci sia un'unica interpretazione ed un'unica risposta valida da dare. Solo in un secondo tempo si renderà conto che una visione così rigida della Medicina è ben lontana dalla realtà. La prima richiesta dello studente è, in genere, una richiesta di apprendimento tecnico-pratico, come, ad esempio, imparare ad eseguire e ad interpretare in modo corretto le manovre semeiotiche, a leggere un vetrino, a

conoscere i farmaci e i loro dosaggi, ecc. Il medico ospedaliero viene visto come possibile insegnante e si pretende da lui una spontanea disponibilità all'illustrazione ed alla spiegazione dei vari problemi che via via si pongono. Anche per invogliarlo ad essere disponibile, lo studente cerca di rendersi utile, prendendosi l'onere di pratiche ripetitive e marginali, quali la misurazione della pressione arteriosa, la copiatura degli esami nelle lettere di dimissione, ecc. Lo studente accompagna il medico nel suo giro di visita, non parla mai direttamente col malato se non durante la compilazione delle cartella clinica o quando è il malato stesso a rivolgergli la parola. Da una parte lo studente cerca di assimilare il più possibile dei contenuti tecnici che osserva durante la visita e cerca di adeguarsi ad un modello che è quello del medico a cui è stato assegnato; dall'altra parte egli è mosso da una carica ideale umanitaria che spesso è stata la prima molla che lo ha spinto verso la scelta degli studi. Ciò indurrebbe lo studente ad interessarsi dell'aspetto umano della persona malata, se non che egli si rende rapidamente conto come questo suo desiderio possa contrastare con una prassi medica che tende a privilegiare gli aspetti tecnici. Lo studente viene così a trovarsi in una situazione conflittuale fra il medico da cui dipende per acquisire una serie di nozioni che prescindono dall'aspetto umano o psicologico ed il malato verso cui si sente empaticamente portato. Diversi fattori contribuiscono a creare questo legame empatico: in primo luogo c'è una tendenza spontanea a partecipare alle emozioni ed ai sentimenti dell'altro, in questo caso il paziente; in secondo luogo c'è in comune una sensazione di insicurezza e di debolezza che per lo studente nasce dal suo particolare momento formativo, per il paziente nasce dalla malattia. Lo studente inoltre ha una posizione-ponte fra medico e malato che lo rende più accessibile al paziente stesso; questi si rende conto della possibilità di una maggiore libertà di linguaggio con lo studente proprio in virtù della non completa integrazione di quest'ultimo nella figura del medico. Non è un caso che il paziente lo interpelli in seconda istanza per chiedere spiegazioni sul suo stato di salute o perché non ha il coraggio di chiederlo direttamente al medico o perché ha da questi ricevuto risposte non esaurienti o non comprese. È questo un primo momento in cui lo studente si trova da solo davanti al malato. È un momento di insicurezza, caratterizzato da una situazione conflittuale tra il desiderio di restare e quello di fuggire.

Dopo aver constatato la marginalità della dimensione esperienziale all'interno di un *curriculum* formativo medico dai connotati fortemente teorici e che mostra tutta la sua difficoltà a conciliarsi con la prassi, l'impressione è che la spaccatura tra il triennio chimico-biologico, di cultura medico-scientifica, e quello clinico, di cultura medico-antropologica, sia riprodotta dallo sguardo bifocale che lo studente di medicina è invitato ad indirizzare al paziente, due modi di interpretare e vivere il proprio ruolo e la propria funzione di medico: uno sguardo "tecnico" – simile a quello di un professionista che analizzi un problema mantenendosene distaccato, inventariando gli opportuni mezzi e metodi d'intervento – oppure uno sguardo che visita il paziente, che usa anche le mani, le orecchie, che osserva i sintomi del corpo e che ritorna al paziente per avere conferma della diagnosi; uno sguardo, quest'ultimo, che si può estendere "oltre" e "dentro" il paziente, comprendendo nel suo raggio sia l'ambiente in cui esso vive che il suo dolore, la sua sofferenza (Gadamer, 1994; Jaspers, 1991). Lo studente, da un lato è spinto ad interessarsi alla persona malata vista come "soggetto", dall'altra sa di dover imparare la pratica medica sul malato, sa di doverlo usare come "oggetto del proprio apprendimento" (Becker et al., 1972). Egli sente questo agire come una strumentalizzazione del malato, un'intrusione nella sua intimità fisica. È molto frequente infatti che lo studente chieda il permesso prima di visitare un paziente e soprattutto che lo ringrazi dopo aver concluso la visita. L'imbarazzo che permea i primi contatti fisici con il malato è tale, a volte, da impedire allo studente di eseguire in modo completo e corretto alcune parti dell'esame obiettivo. Ciò dimostra quanto poco ancora lo studente si riconosca nella figura del medico a cui è concesso per definizione l'accesso al corpo del malato e ad informazioni confidenziali sulla sua vita (Parsons, 1965). Verso tale figura lo studente sviluppa sensazioni e concezioni ambivalenti. Da una parte il medico tutore costituisce, come abbiamo visto, il modello a cui riferirsi per il proprio apprendimento e ad esso tende a conformarsi per acquisire una concezione di sé come professionista. Dall'altra, la figura del medico suscita irritazione e disapprovazione per un approccio che sembra troppo parziale e assai distante dai suoi ideali di partenza: spesso, tra le corsie degli ospedali universitari, gli studenti di medicina sono spettatori di relazioni non terapeutiche o persino iatrogene tra figure di prestigio in ambito medico – i propri tutori – con i colleghi o, addirittura, con i pazienti, si accorgono che i loro mentori enfatizzano l'importanza della tecnica

sopra tutto il resto e sperimentano il nonnismo e l'umiliazione come tecniche pedagogiche standard nella formazione medica. Un'università che non si faccia carico dell'emotività dello studente che si rapporta con il malato e con i propri tutori produrrà medici che dovranno ammettere la propria impotenza a farsi carico della dimensione umana del paziente e che affideranno alla casualità l'instaurarsi di relazioni più profonde, di cui temeranno il grado di coinvolgimento come uno dei possibili tragitti verso l'esaurimento e la destabilizzazione emotiva.

Il sapere della medicina, nella sua attuale configurazione, nella sua capacità di trasformare il corpo vivente in "corpo-cosa", sembra sopperire le mancanze formative accademiche a livello emotivo-relazionale e assolvere una funzione protettiva per quanto riguarda il medico, una funzione di distanziamento, di difesa. Il corpo deve essere sempre più «carne, tessuto, materia, al massimo grado della loro astrazione; deve trasformarsi nella sua oggettivazione segmentata, in una dispersione di oggetti che lo vanifica in quanto presenza» (Mottana, 1997). Questo distanziamento, questo spezzettamento, rendono possibile l'accesso alla «misura tragica del corpo, al suo destino e alla sua oggettiva ripugnanza in modo indolore, evitando la partecipazione e il coinvolgimento» (Mottana, 1997): il malato è trasformato in un avvincente problema da risolvere con efficienza, rapidamente, con sangue freddo, eroicamente, tecnicamente. La difesa da una reazione emotivamente coinvolgente si realizza anche attraverso una definizione di ruoli che evidenzia la radicale asimmetria del rapporto. I ruoli complementari, la subordinazione del malato, la sua dipendenza, il sapere e il potere del medico si configurano come un potente meccanismo di distanziamento e difesa rispetto al rischio di identificazione che, in mancanza di ruoli e regole di relazione definiti, riallineerebbe medico e malato nella condizione di uomini di fronte alla malattia (Rezzara, 1997). Il tirocinante, nella sua insicurezza e di fronte a modelli di medici che privilegiano l'aspetto tecnico, può finire con l'identificarsi con questi, proprio per evitare il turbamento che nascerebbe dall'identificazione col malato; infatti, se il giovane studente di medicina si sente già impreparato ad affrontare i problemi organici che pure ha studiato per diversi anni, tanto più si sente insicuro nell'affrontare i problemi psicologici e relazionali. Inoltre, a questo riguardo, il tirocinante non riceve alcuno stimolo o gratificazione da parte dell'ambiente medico

circostante ed è comunque raro che possa discutere con i colleghi sulla dimensione psicologica di ciò che sta vivendo, senza sentirsi emarginato o catalogato come “diverso”. L’attenzione rivolta al mondo delle emozioni sembra avulsa dal sistema medico che non lo considera affatto o, tutt’al più, lo ritiene secondario e da delegare allo psichiatra.

Per lo studente il paziente rimane poco conosciuto per tutto l’iter accademico, e la poca esperienza di reparto che consente l’ordinamento curriculare, praticamente nulla nei primi due anni, contribuisce a stagliare l’immagine di un paziente sempre ospedalizzato, di solito colpito da gravi patologie e di cui si vede esclusivamente il corpo malato su cui intervenire: il rischio è quello che assuma progressivamente un «punto di vista impersonale, come se guardasse la morte e il dolore dalla prospettiva della natura, della *physis*, desoggettivando il male, rendendolo parte di un ciclo» (Mottana, 1997). Dietro ad un paziente oggettivato, sovente “usato” per mostrare ai futuri medici come effettuare una diagnosi differenziale, come individuare la terapia e quindi come agire sul corpo del malato, si nasconde però un paziente-soggetto, uomo e individuo, di cui non si riesce a comprendere pienamente la violenza subita anche solo nell’ospedalizzazione, di per se spersonalizzante, il bisogno di conforto e di dialogo, la necessità di sentirsi confermato come individuo e l’importanza di essere responsabilizzato nella scelta della propria terapia, di essere reso consapevole e partecipe del proprio processo di cura.

Chi forma i futuri medici, nella maggior parte dei casi tende, invece, a considerare l’impatto con la malattia, con la sofferenza dei malati ed anche con la morte, un evento rispetto al quale l’università in sé non ha nessun compito di preparazione, come se fosse un avvenimento da gestire ricorrendo esclusivamente a risorse psicologiche personali; il rapporto delicato e complesso con il paziente accade senza che nessuno, e tanto meno l’università, dia indicazioni su come affrontarlo, su come gestirlo. Più facile è discutere della malattia e della strategia mentale messa in atto per giungere alla diagnosi, forse perché con la malattia si ha solo una relazione professionale che, oggettivando, tiene a bada, allontana, l’intensità della sofferenza altrui, staccandola quasi materialmente dall’oggetto guasto da risanare (Palmieri, 1997). Considerando tutto ciò, si insinua la sensazione che possa risultare molto

difficile per gli studenti tenere insieme, se non addirittura conciliare emotività e razionalità e che questo impedimento poggi sulla difficoltà personale di dare cittadinanza alle proprie emozioni e ai propri sentimenti in un contesto formativo così centrato sul docente e sulla teoria e che non promuove un confronto interiore con la malattia e con il dolore, con la propria immagine di medico e la propria idea di medicina: le emozioni suscitate dalla relazione con un altro da sé contemporaneamente così simile a sé in quanto uomo, e così dissimile in quanto malato, paziente, non possono quindi venire rappresentate come qualcosa da accettare, da elaborare, di cui acquisire consapevolezza e quindi distanza e controllo, bensì prevalentemente come ostacolo e insidia alla possibilità di esercitare la funzione del medico (Rezzara, 1997).

Tra i cocci di un sapere e di un insegnamento frantumati e spezzettati, sembra infine sfuggire, fluire via, il reale destinatario dell'attività didattica: lo studente. A causa del crescente numero di ammessi al Corso di Laurea in Medicina, lo studente sembra nascondersi nella massa di tanti altri come lui. Non sorprenderebbe se il corpo docente avesse una visione delle classi collettiva e omogenea: l'identificazione di qualcuno degli studenti è difficile e la loro presenza in aula spesso muta, ricettiva e passiva – "liceale" –, almeno finché rimangono nel gran numero che frequenta obbligatoriamente le lezioni frontali e cattedratiche, paralizza una dimensione relazionale comunicativa in cui i docenti possano consegnare all'allievo non tanto il loro sapere, ma il proprio metodo, la propria modalità relazionale, intrisi della propria passione ed esperienza (Palmieri, 1997). Lo stile accademico tradizionale fa ritornare il discente al liceo, ad una situazione antica di passivizzazione, di blocco della sua fantasia, intraprendenza, iniziativa, creatività intellettuale e scientifica. Inoltre, una struttura universitaria che si avvale di un dispositivo pedagogico basato sulla apatica trasmissione di dati e nozioni e sulla ripetizione standardizzata di argomenti difficilmente può formare qualcuno alla scelta consapevole di una specialità medica o all'esercizio "etico" di una professione. La capacità etica di riflettere sull'atteggiamento da tenere nei confronti del malato è infatti il frutto di un insegnamento che può venire trasmesso solo nella pratica e attraverso l'esempio di un maestro. L'opzione didattica trasmissiva, riducendo le esperienze pratiche a favore di quelle teoriche e alienando il docente dall'affollata

classe di studenti, incoraggia invece l'idea che le capacità etiche, necessarie all'interno del rapporto interpersonale con il paziente, siano esclusivamente delle prerogative personali, difficili da coltivare se non già presenti in qualche modo nello studente. Gli aspetti relazionali, inerenti alla gestione del rapporto con il paziente, i risvolti affettivi relativi all'incontro con situazioni di sofferenza e di morte, con la malattia, che pure di fatto sono implicati nella professionalità medica, sono lasciati alla formazione informale, personale, extrauniversitaria o comunque non ritenuti necessariamente oggetto di un corso.

3.3 La formazione dei professionisti della cura alla relazione medico-paziente

Il rapporto tra operatori sanitari e pazienti si è sempre più caratterizzato nel tempo con l'aspetto tecnologico, trascurando la componente relazionale e la considerazione del paziente come persona, con il risultato che, parallelamente all'efficacia delle prestazioni sanitarie, è andata crescendo l'insoddisfazione dei pazienti. Se è vero che la Medicina è fondamentalmente una scienza biologica, è pur vero che essa è anche un'arte relazionale, un'arte che si deve insegnare. Non si può pensare che l'acquisizione di capacità relazionali debba essere lasciata alla propensione individuale, alle peculiarità caratteriali di disponibilità umana né tanto meno all'esperienza che si andrà acquisendo nel corso dell'esercizio della professione.

L'evolversi delle discipline cliniche in senso sempre più biologico ha portato la medicina a privilegiare un approccio fisico-chimico, la cui crescente complessità ha ridotto inevitabilmente l'attenzione per i problemi psicologici del paziente, relegandoli alla periferia del mondo degli interessi e delle meditazioni del clinico. In un certo senso, proprio il successo dell'approccio fisico-chimico ha reso il medico più disattento agli aspetti interpersonali del suo agire sul paziente. Questi aspetti, tuttavia, non possono venire ignorati, in quanto (come è stato ampiamente dimostrato) la loro presenza influenza significativamente il momento diagnostico e i risultati terapeutici dell'agire medico, oltre alla valutazione soggettiva del paziente circa la qualità dell'assistenza ricevuta.

La rilevanza quantitativa della componente relazionale nell'accertamento diagnostico, nell'esito terapeutico e nella valutazione del trattamento da parte del paziente è, del resto documentata dall'individuazione di fenomeni ricorrenti, in ambito clinico che possono trovare corrispettivi molto convincenti in ambito sperimentale e pedagogico. Per esempio, l'effetto placebo costituisce da oltre cinquant'anni una rappresentazione emblematica del ruolo che le aspettative di un evento (o di un trattamento) hanno sul realizzarsi dell'evento stesso; esso trova un corrispettivo nell'effetto Rosenthal (Rosenthal & Jacobson, 1969) – e nella sua più nota variante, l'effetto Pigmalione – studiato in psicologia sperimentale: l'interazione tra lo sperimentatore e il soggetto influisce sull'effetto "obiettivo" in base alle aspettative che l'uno e l'altro hanno del rispettivo comportamento. Se le sue dimensioni quantitative sono tali che l'effetto *placebo* non può essere ragionevolmente ignorato in trattamenti nei quali v'è un contatto interpersonale tutto sommato abbastanza superficiale ed emotivamente poco intenso, come quello tra sperimentatore e soggetto sperimentale, a maggior ragione esso deve essere tenuto presente nelle situazioni cliniche (ambulatoriali e ospedaliere), nelle quali il rapporto interpersonale è molto più prolungato, intenso e meno standardizzato.

Quanto appena affermato si riflette necessariamente sul problema della formazione del medico e sulla capacità di fornire risposte adeguate ai quesiti che la pratica professionale oggi propone. Se l'evoluzione della medicina scientifica ha codificato le modalità di formazione del medico sul versante biologico, altrettanto non ha fatto per quanto concerne la preparazione in campo psicologico e sociale: alla problematica sopraesposta, il *curriculum* degli studi medici ha fino ad ora prestato poca attenzione. Negli ultimi anni, anche nella formazione in ambito sanitario si è cominciata a sentire l'esigenza di superare – certo, senza arginare – i modelli educativi che sono derivati dall'approccio rigidamente biologico alla malattia, modelli fondamentalmente basati su una prospettiva di "addestramento" degli operatori, per arrivare a progettare percorsi formativi anche in un'ottica maggiormente "educativa", ossia in un'ottica che faciliti l'acquisizione non solo di conoscenze e *skills*, ma anche che permetta lo sviluppo di una identità professionale e una crescita globale dell'individuo (Zannini, 2008).

L'ambito in cui si è compiuto il maggiore sforzo è certamente quello della formazione al rapporto medico-paziente. Talora l'insegnamento è indipendente, talaltra è inserito nell'ambito delle materie psichiatriche, più raramente è affiancato alla medicina interna. I contenuti sono mutevoli: si va da una riflessione storica, antropologica e sociale sulla figura del medico al tentativo concreto di affrontare i problemi relazionali ed etici (Viafora, 2006) emergenti dall'interazione col paziente. Anche le metodologie didattiche sono eterogenee (Alby, 1985): pur se in alcuni casi prevale un insegnamento teorico, per lo più vi è il tentativo di affrontare "in vivo" le questioni attraverso metodologie attive quali il gioco dei ruoli (*role playing*), le discussioni in piccolo gruppo e attraverso il repertorio di tecniche proposto dalla pedagogia narrativa (Nanni, 1996; Nehels, 1995).

L'università italiana è stata particolarmente restia a interrogarsi sulle sue reali capacità formative, restando ancorata ai modelli più classici di trasmissione del sapere, centrati in maniera pressoché assoluta sul docente. In particolare, lo sviluppo delle attitudini relazionali del futuro medico era affidata all'imitazione del Maestro, il cosiddetto "Barone", figura di genialità istrionica, ricco di cultura, umanità e carica comunicativa (Tatarelli et al., 2002). Il metodo funzionava: c'erano pochi studenti e pochissimi professori; le discipline teoriche di base, considerando soprattutto la prima metà del secolo scorso, erano limitate a pochi concetti, per lo più di derivazione speculativa e non sperimentale. Le indagini strumentali esistenti si fermavano alla radiografia e all'elettrocardiogramma: lo studio della medicina era, essenzialmente, accanita ed elegante lettura ed interpretazione di segni e sintomi. Ovverosia, la medicina era studio dell'uomo e si imparava sull'uomo, nelle corsie di ospedale. In questo senso, la relazione con il paziente era pane quotidiano per il giovane apprendista medico, la cornice costante del suo impegno di studente.

La tendenza sempre più pressante a ridurre la medicina moderna a mera tecnica e l'effettivo allontanamento di questa dalla complessità dell'uomo si sono rispecchiate in un analogo atteggiamento disumanizzante anche a livello della formazione professionale: la relazione formativa tra docente e allievo, in effetti così suggestiva della relazione terapeutica tra medico e paziente, si è inaridita ed è stata sostituita dalla anaffettiva trasmissione di dati e statistiche mediata dalla proiezione e

presentazione di diapositive in inglese. In questa atmosfera didattica, ovviamente, l'insegnamento della relazione con il paziente diventa superfluo e inutile, se non anche grottesco quando inserito nei piani di studio, sotto forma di sporadici corsi di psicologia medica e affini.

Lo spazio assegnato alla formazione al rapporto medico-paziente dalle facoltà mediche italiane non è, quindi, ancora sufficiente per far fronte ai diversi compiti che le possono legittimamente venire attribuiti. La formazione al rapporto con il paziente dovrebbe essere un'esperienza cui il corso degli studi dia una risposta longitudinale e diffusa, piuttosto che trasversale e parcellare. Questo spazio culturale, che per il momento è esclusivamente gestito da psichiatri e psicologi, si dovrebbe inoltre aprire a collaborazioni nei confronti dei medici che poi effettivamente gestiscono la patologia, coinvolgendo questi ultimi come soggetti attivi che non demandino integralmente queste tematiche ad un consulente o ad uno specialista che se ne fa carico. Infine, è necessario uno sforzo sul piano dell'organizzazione, concettuale e operativo, della didattica, la quale dovrebbe abbandonare una connotazione esclusivamente informativa per abbracciarne una più formativa ed esperienziale. La capacità di apprendimento di una modalità relazionale è, infatti, massicciamente basata sul padroneggiamento e sull'uso delle emozioni e sugli affetti che, se mal gestiti, possono avere un effetto dirompente sulle capacità cognitive.

La complessità del problema didattico della formazione alla relazione medico-paziente si estrinseca, quindi, non soltanto nell'ambito della definizione formale della disciplina, ma anche nel campo di una efficace trasmissione dei contenuti (Maffei et al., 1991). Non è sufficiente mostrare teoricamente *ex cathedra* quale sia il ruolo dell'influenza interpersonale sul processo diagnostico e sugli esiti terapeutici e prognostici per formare «non solo un buon medico, ma anche un medico buono» (Marañón, 1981). Occorre, bensì, formare una competenza ad un rapporto interpersonale più produttivo di effetti positivi per l'agire medico e per la percezione del paziente con l'obiettivo di ridurre quegli effetti non desiderabili che si verificherebbero a seguito di un rapporto distaccato, frettoloso o incompleto (come viene sovente lamentato) dal medico con il paziente.

Dal momento che è importante porre gli studenti in una posizione di apprendimento il più vicino possibile alla loro futura realtà professionale, la scelta dei metodi didattici per far acquisire agli studenti di medicina le capacità relazionali e comunicative dovrebbe avvenire all'interno della gamma delle *medical humanities*, delle simulazioni – dal *role playing* tra studenti all'impiego di pazienti simulati – e delle discussioni in piccolo gruppo.

3.3.1 Il contesto italiano ed internazionale

Da alcuni anni la letteratura scientifica internazionale ha suggerito l'esigenza di un nuovo paradigma biomedico, che è stato identificato con la *Evidence Based Medicine* (EBM). In questo paradigma, un'importanza cruciale viene attribuita, rispetto alle competenze cliniche dei medici, alle prove di efficacia e, almeno retoricamente, ai bisogni del paziente (Evidence Based Working Group, 1992). L'EBM ha meriti indubitabili: sicuramente i "*trials*" clinici controllati sono quanto di meglio la ricerca clinica può oggi produrre; tuttavia, essendo un paradigma di derivazione "riduzionistica", in parte tradiscono la complessità dei fenomeni biologici; inoltre, si fondano su criteri epidemiologico-statistici e quindi non possono tener conto delle condizioni fisiopatologiche dei singoli individui. Tra parentesi, non si può nemmeno dimenticare che gli studi clinici controllati costano e quindi si realizzano solo quelli finanziati (per lo più dall'industria farmaceutica), che poi sono quelli che producono prove utili a chi li finanzia. Ma i limiti principali della EBM stanno nel fatto che essa si rivolge soprattutto alla terapia delle malattie piuttosto che al trattamento globale della persona. Nella pratica, infatti, l'attenzione al malato come persona appare tutt'altro che valorizzata da questo cambio di paradigma, che è risultato essere assai più attento alla riduzione dei costi con una progressiva attenuazione, piuttosto, della rilevanza degli aspetti psicologici individuali. La centralità del paziente e delle sue necessità – che non possono essere identificate nei soli parametri della malattia biologica – appare dunque ancora una delle sfide del medico del terzo millennio. Se l'obiettivo della medicina è davvero anche quello di confrontarsi con il paziente come persona, è chiara l'importanza della professionalizzazione anche degli aspetti comunicativo-relazionali, quali strumenti che fanno da ponte fra il medico e il paziente. Se non si considerano con onestà intellettuale sia i pregi, ma anche i limiti dell'EBM, in una sorta di delirio di

onnipotenza, si rischia di dimenticare che la medicina è fatta per l'uomo e non viceversa. Allora non si tratta di contrapporre o addirittura di sostituire la medicina "narrativa"/"centrata sulla persona" a quella "basata sulle prove d'efficacia", in una visione manichea che fa alternativamente vincere la creatività o la razionalità; si tratta, piuttosto, di creare tra le due un *mix* equilibrato, finalizzato comunque al benessere degli esseri umani che sono fatti di meccanismi biologici, di pensieri ed emozioni, si ammalano per colpa degli uni e delle altre e con la forza di entrambi sperano e desiderano di essere risanati (Vettore, 2014).

La letteratura internazionale appare già in parte sensibilizzata a questi temi: si pensi che sulla sola banca dati PubMed, utilizzando nella ricerca le parole chiave "*patient-centered care*", si passa da 83 lavori pubblicati in inglese sul tema nel decennio 1971-1980, a 184 nel decennio 1981-1990, a 2623 nel decennio 1991-2000, a 7060 nel decennio 2001-2010, a 8410 nei soli primi cinque anni del nostro decennio. In particolare, molti dati sottolineano i vantaggi che una buona comunicazione, gestita con strumenti relazionali efficaci, garantisce nel percorso di cura del malato: accanto al miglioramento della soddisfazione del paziente e del medico (Moja & Vegni, 2000), con conseguenze rispetto al miglioramento delle strutture sanitarie (Stewart, 1995), si registrano miglioramenti relativi agli esiti clinici (Mead & Bower, 2002). Alla luce di queste considerazioni, è chiara l'importanza che riveste una riflessione sul tema della formazione dei futuri medici nel campo della comunicazione con il malato.

In Italia l'insegnamento-apprendimento degli aspetti comunicativo-relazionali all'interno dei Corsi di Laurea in Medicina è notoriamente presente ed è stato tradizionalmente affidato in Italia alle discipline psicologiche la cui presenza all'interno dei corsi di laurea in medicina ha avuto una storia in continua evoluzione. Dalla fine degli anni Cinquanta le discipline psicologiche avevano uno spazio nelle Facoltà di Medicina, prevalentemente su corsi non obbligatori. In questa epoca il contributo formativo alla competenza relazionale era prevalentemente non applicativo e connotato in termini etici e teorici. A partire dalla riforma universitaria della Tabella XVIII, e in analogia con accorpamenti che hanno caratterizzato molte discipline, la formazione alle *communication skills* è stata inserita all'interno del corso integrato di Metodologia Clinica con la denominazione di Psicologia Medica, un percorso dedicato

collocato al IV anno di corso (collocazione che ha resistito nel tempo fino ad oggi in alcune realtà universitarie). La psicologia, in quell'articolazione curriculare, trovava anche spazio anche al secondo anno, come Psicologia Generale accanto alla Biologia e al V anno, come Psicologia Clinica accanto alla Psichiatria. Un'ulteriore evoluzione della struttura didattica delle Facoltà di Medicina, ed in particolare la riforma relativa all'autonomia universitaria, ha determinato una notevole diversificazione delle realtà universitarie: l'insegnamento della comunicazione e della relazione con il malato ha trovato così una varietà di possibili percorsi.

Per mappare il contesto formativo italiano, su 37 Facoltà, è stato effettuato un campionamento che risultasse sufficientemente rappresentativo della situazione nazionale, raccogliendo così i dati di 15 Facoltà di Medicina distribuite in modo uniforme su tutto il territorio (Tomei, 2007). La caratterizzazione dei corsi è risultata molto diversificata: è presente un solo corso integrato, in 2 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 caratterizzazione dei corsi per ciascuna Facoltà è presentata nella Tabella 3.4).

Tabella 3.4 – Suddivisione degli insegnamenti relativi alla comunicazione medico-paziente in 15 Facoltà di Medicina italiane (Fonte: Adattato da Tomei, 2007)

Università	Insegnamenti	Ore
Bologna	Moduli di corsi integrati (5° anno)	n.d.
Catanzaro	Moduli di corsi integrati (4° anno)	8
Ferrara	Moduli di corsi integrati (1° e 3° anno)	10 21
Genova	Moduli di corsi integrati (1° e 3° anno)	42 12
Insubria	Moduli di corsi integrati (3° anno) Corsi Elettivi (3°, 4°, 5° anno)	n.d. 78
Milano-Bicocca	Moduli di corsi integrati (2° anno) Corsi Elettivi (dal 1° al 6° anno)	16 103
Milano Statale	Corso integrato (3° e 4° anno) Corsi elettivi (dal 1° al 6° anno)	100 30
Molise	Moduli di corsi integrati (1° anno)	14
Napoli – Federico II	Moduli di corsi integrati (3° anno)	26

Piemonte Orientale	Moduli di corsi integrati (3° anno)	42
	Lezione singola in corso integrato (3° anno)	4
Roma – La Sapienza	Moduli di corsi integrati (1°, 2° e 3° anno)	24
Roma – Campus Biomedico	Moduli di corso integrato (1° e 3° anno)	66
Siena	Moduli di corsi integrati (2° anno)	38
	Corso elettivo (3° anno)	20
Udine	Moduli di corsi integrati (1° e 2° anno)	22
Verona	Moduli di corsi integrati (4° anno)	18

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 (si veda la Tabella 3.5). 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 centred*; 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, *focusgroup*, *role playing*). Le valutazioni certificative sono anch'esse caratterizzate da una notevole difformità (dal più tradizionale esame orale alla valutazione attraverso un OSCE).

Tabella 3.5 – Peso didattico dei corsi sulla comunicazione (Fonte: Adattato da Tomei, 2007)

Numero ore	Numero Facoltà
10 o meno	3
20 o meno	3
30 o meno	0
40 o meno	3
50 o meno	2
100	1
Numero crediti	Numero Facoltà
1	3
1.5	2
2.5	1

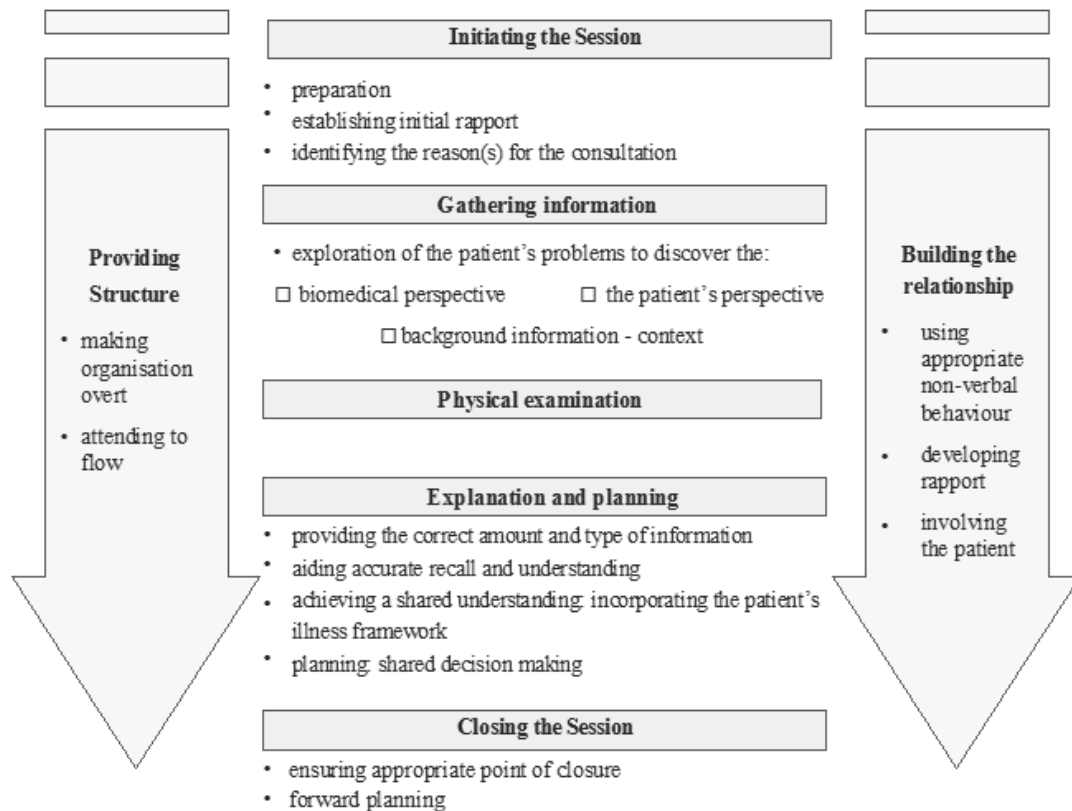
4.5	1
5	1
7	1
8	1
9	1
10.5	2

In ambito internazionale, invece, le esperienze di insegnamento della comunicazione nelle facoltà mediche sono diverse, in alcuni casi con un passato ultradecennale. A titolo esclusivamente esplicativo, presenteremo qui di seguito due esempi relativi all'università olandese di Maastricht e a quella canadese di Calgary. Le due realtà rappresentano rispettivamente il primo gruppo di studio europeo su come insegnare la comunicazione e la relazione medico paziente, e uno degli ultimi sviluppi in questo campo, nato dalla collaborazione fra l'Università di Calgary e quella di Cambridge. Per quanto riguarda l'esperienza di Maastricht (van Dalen et al., 2001), l'attuale curriculum didattico è frutto dell'adattamento di un curriculum applicato per la prima volta negli anni ottanta e quindi modificato adattandolo progressivamente alle esigenze pratiche riscontrate e sulla scorta dei suggerimenti degli stessi studenti. Il corso si svolge dal 1° al 4° anno di studio della Facoltà di Medicina; l'articolazione dei corsi prevede un'attenzione focalizzata sulle competenze comunicative di base relative alla raccolta delle informazioni (1° anno), sul dare informazioni e sul condividere le decisioni con il paziente (2° anno), sulla raccolta della storia in situazioni particolari (3° anno) e sulle tecniche di comunicazione che diventano, al 4° anno, completamente integrate nel programma clinico. Gli argomenti sono affrontati, attraverso metodologie didattiche sia trasmissive che attive, in blocchi da sei settimane e complessivamente il corso richiede un impegno di circa 100 ore di insegnamento con docente e circa 70 con osservazione delle loro prestazione su filmato e di quelle dei loro 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.

Per quanto riguarda, invece, l'esperienza di Calgary-Cambridge (Kurtz et al., 1998), in analogia con l'esperienza storica di Maastricht, la longitudinalità del percorso e l'integrazione con gli aspetti medici della consultazione sono la spina dorsale

dell'esperienza anglo-canadese. Anche in questo caso vi è un ampio utilizzo di strategie attive di didattica, ed in particolare *role playing*, pazienti simulati, pazienti reali, e piccoli gruppi di studenti in sessioni di *videofeedback*. Nel dettaglio il corso si articola in tre fasi: la prima fase è collocata nel primo anno, dura 22 ore ed è dedicata alla fase iniziale della relazione ed in particolare alla raccolta di informazioni e alla costruzione di una relazione con il paziente; la seconda fase è collocata nel primo anno, dura 10 ore ed è orientata a definire meglio e rivedere le tecniche apprese nella prima fase e ad introdurre alcuni aspetti di complessità clinica; la terza ed ultima fase del corso è collocata nel secondo anno di corso, dura 12 ore e riprende le tecniche affrontate nelle prime due fasi ed introduce le principali tecniche per dare informazioni per spiegare e pianificare e condividere le decisioni con particolare attenzione al tema del dare cattive notizie (*breaking bad news*; Kurtz et al., 1998; Silverman et al., 2005). Sebbene già in precedenza molti abbiano precisato cosa insegnare e siano state divulgate molteplici guide e liste (Stillman et al., 1996; Cassata, 1978; Riccardi & Kurtz, 1983; Cohen Cole, 1991; van Theil et al., 1991; Novack et al., 1992), la guida Calgary-Cambridge (Kurtz & Silverman, 1996; Kurtz et al., 1998; Silverman et al., 2005) non solo fornisce una robusta impalcatura dell'intervista medica all'interno della quale sono inclusi in sequenza sia i compiti relativi alla comunicazione sia all'esame fisico (Figura 3.1), ma offre la più esauriente raccolta delle abilità di processo e di contenuto, convalidata dall'evidenza empirica e teorica, da insegnare ed apprendere nell'ambito delle competenze comunicative, ponendo così le fondamenta di un *curriculum* comune e omnicomprensivo per i programmi didattici sulla comunicazione in medicina a tutti i livelli della formazione (accademico, specialistico e della formazione continua).

Figura 3.1 – Modello della guida Calgary-Cambridge (Fonte: Adattato da Kurtz & Silverman, 1996)



3.3.1.1 Le emozioni nella formazione del medico presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca

La medicina contemporanea è in questi ultimi anni oggetto di un profondo ripensamento sulle conseguenze dell'impressionante sviluppo tecnologico che nei decenni passati ha cambiato la pratica clinica e ha messo a disposizione sofisticati strumenti diagnostici, cure e trattamenti prima impensabili. Questo sviluppo ha però per molto tempo distolto l'attenzione dalla qualità del contatto e dalla relazione con i pazienti e i cambiamenti in senso aziendalistico della sanità non hanno certo aiutato a preservare un approccio alla cura e al curare attento alla persona del paziente (Strepparava et al., 2012). A più di dieci anni di distanza dall'inclusione nel profilo professionale del medico delle competenze relazionali, vi sono ancora molti malati o parenti di malati che lamentano le male abitudini alla relazione da parte dei loro curanti o, che è poi lo stesso, come i casi di buona relazione medico-paziente siano segnalati come casi eccezionali, che meritano appunto una specifica menzione. Non

sembra esservi dunque una cultura consolidata sull'importanza della formazione alla relazione medico-paziente. Gli studenti più fortunati hanno la buona ventura di incontrare tutori sensibili e attenti, gli altri, purtroppo, imparano modi e stili di contatto interpersonale assolutamente disfunzionali e non sono certo aiutati a sviluppare quella sensibilità che dovrebbe essere invece un aspetto chiave di ogni professione che abbia a che fare con la salute e la cura.

Per quanto importante sia per il medico acquisire una serie di competenze e abilità tecniche specifiche nell'area della comunicazione, è anche necessario che queste abilità siano accompagnate da un modo funzionale di essere in relazione con il proprio interlocutore, tale da rendere adeguata sia la scelta che l'applicazione, volta per volta, delle specifiche strategie e tecniche di comunicazione. È il passaggio dalla dimensione più astratta di "cosa fare" a quella più concreta e incarnata all'interno di una relazione tra persone di "come fare". Dopo i primi anni di lavoro su modelli e processi della comunicazione in senso più tecnico, la ricerca nell'ambito della comunicazione medico-paziente e della formazione dei medici si è rivolta anche ad altri aspetti essenziali per sviluppare un atteggiamento realmente e concretamente centrato sul paziente. L'attenzione si è quindi puntata sul concetto di *self awareness*, inteso come la tendenza o l'attitudine a prestare attenzione alle proprie emozioni e alle conseguenze che queste hanno nel rapporto con il paziente (Benbassat & Baumal, 2005). Le emozioni provate dal medico, il suo personale modo di rapportarsi all'altro e di modulare le proprie reazioni emotive sono dunque parte integrante del colloquio con il paziente e come tali rientrano all'interno di quelle competenze che il medico deve acquisire al fine di condurre un colloquio *patient-centred* (Strepparava et al., 2012): idee, aspettative ed emozioni non riconosciute dal medico possono dar luogo ad atteggiamenti e comportamenti che facilmente generano interazioni disfunzionali e inefficaci, cosicché la capacità di individuare e regolare i propri e altrui stati emozionali diventa un'abilità centrale del medico perché lo aiuta a migliorare la qualità stessa della prestazione. Il medico riesce a capire veramente il paziente se sa alternare e integrare due tipi di ascolto, uno "oggettivo" – cioè rivolto a quanto il paziente gli comunica – e uno "soggettivo" – cioè rivolto alle proprie emozioni (Vigorelli & Vigorelli, 1985). In tal modo, il medico può riuscire a utilizzare se stesso anche come strumento

di diagnosi e di terapia. Il problema diagnostico diventerebbe di difficile soluzione se il medico si trovasse a dover basare la propria conclusione solo sulle parole dette dal paziente e sul suo comportamento. Nel diagnosticare correttamente una patologia organica, la capacità del medico dipende sicuramente dall'abilità nell'interrogare il paziente, dall'affinamento della sua arte semeiotica, dalla vastità della sua cultura scientifica, dall'aver imparato a conoscere la frequenza relativa dei vari disturbi, dalla sua capacità logica induttiva; ma non dipende solo da questo. La capacità diagnostica dipende anche dalla capacità di "sentire" in modo diretto, empatico, l'importanza che un certo sintomo ha per il paziente, il suo significato, il suo "scopo" nell'ambito della relazione medico-paziente. Le parole del paziente, inoltre, diventano più utili al fine della comunicazione e quindi della diagnosi se non le si considera solo nel loro significato formale, intrinseco, oggettivo, ma se le consideriamo anche nel loro valore soggettivo e relazionale: se si tiene conto del contesto in cui le parole vengono dette e della risonanza emotiva che hanno nell'ascoltatore, cioè nel medico, si può per esempio distinguere le parole che un paziente dice per comunicare al medico una propria esperienza di dolore, altrimenti non comunicabile, dalle parole dette in un contesto drammatico teatrale di tipo "istrionico", da quelle dette non tanto per comunicare qualcosa, quanto per far fare qualcosa all'ascoltatore (per esempio, per indurlo al ricovero ospedaliero). Quanto abbiamo detto circa l'importanza diagnostica del significato relazionale delle parole del paziente non intende sostituirsi alla semeiotica classica: la sua conoscenza e il suo corretto impiego sono qui dati per scontati. Quello che abbiamo voluto proporre è di aggiungere (e non di sostituire) una tecnica di ascolto diversa e un modo di interpretare le parole del paziente che tenga conto non solo del loro significato formale, ma anche del loro valore, del loro significato relazionale nell'ambito del rapporto medico-paziente.

A tal riguardo, è proprio nel corso della formazione universitaria che si crea una sorta di *curriculum* formativo informale, nascosto (*hidden curriculum*), durante il quale vengono apprese le modalità relazionali di comportamento e di gestione del paziente attraverso l'osservazione dei medici di reparto, i tutori clinici. Il punto è che solo in pochi casi vi è uno spazio adeguato di analisi e riflessione critica approfondita e strutturata su quanto viene di volta in volta vissuto nel reparto ospedaliero (Hafferty &

Franks, 1994). I primi studi sui cambiamenti cui vanno incontro gli studenti durante il loro percorso formativo, proprio per effetto dell'apprendimento per esposizione a modi di relazione con il paziente che sono in contrasto con i principi teorici che pure possono essere stati appresi nel corso dei primi anni di università, erano assai sconcertanti: gli studenti degli ultimi anni di corso (quinto e sesto) tendono ad avere un atteggiamento più paternalistico o *doctor-centred* e meno *patient-centred* (Haidet et al., 2002). Mano a mano che il loro livello di preparazione avanza, fanno più fatica a cogliere nel concreto dei loro colloqui e della loro pratica clinica l'importanza degli aspetti socio-culturali della professione medica e a tenerne adeguato conto nel loro agire (Ewan, 1988) e quando raggiungono gli anni medio-alti (dal quarto anno di corso in poi) sembrano perdere entusiasmo verso la professione (Crandall et al., 1997; Griffith & Wilson, 2001; Woloschuk et al., 2004) e la capacità di essere empatici con il paziente. Il passaggio dagli anni pre-clinici a quelli clinici a volte sembra quasi distruggere quasi tutto quello che è stato insegnato a proposito di come si sta con il paziente e di come si conduce un colloquio (Spencer, 2004; Hojat et al., 2004). A temperare il pessimismo che scaturisce da queste riflessioni la considerazione che però non tutto sembra perduto e alcune ricerche che mostrano un recupero dell'importanza della dimensione relazionale al termine del percorso accademico (Wilkinson et al., 2002; O'Toole et al., 2002). In ogni caso l'atteggiamento sviluppato durante gli anni di formazione tende a mantenersi stabile nel tempo improntando in maniera rilevante il modo di operare e di agire nella pratica clinica, soprattutto per quello che riguarda il rapporto con il paziente (Lempp & Seale, 2004). Le ricerche più recenti si sono quindi orientate a cercare di comprendere quali sono i momenti più critici del percorso formativo per un medico, possibilmente individuando anche quali possono essere i fattori protettivi, sia individuali sia socio-culturali o organizzativi (Artino et al., 2010). Un momento particolarmente difficile è il passaggio del terzo anno, quando le lezioni teoriche sono integrate dalla frequenza nei reparti ospedalieri. È qui che gli studenti vengono per la prima volta in contatto con situazioni stressanti e con eventi potenzialmente traumatici, dalla confusione del pronto soccorso, agli anziani fragili dei reparti di medicina interna, ai casi di sofferenza acuta o di morte. Spesso i tutori cui gli studenti sono affidati non sono adeguatamente formati a svolgere il loro compito educativo, che possono a volte vivere come un inutile carico di fatica in più non

cogliendone la centralità formativa. Quasi sempre non dedicano troppo tempo e troppa attenzione al vissuto degli studenti, limitandosi a promuovere la conoscenza e la sperimentazione dei puri aspetti tecnici. Troppo spesso infine non costituiscono dei modelli adeguati di assetto relazionale orientato sul paziente. In questo tipo di situazioni l'attivazione emotiva degli studenti è spesso elevata e se non vi sono adeguate capacità di regolazione e di mentalizzazione delle emozioni lo studente può presentare sintomi ansiosi, depressivi e in taluni casi anche avere una sintomatologia prossima al disturbo da stress post-traumatico (Haglund et al., 2009). Le ricerche più recenti mostrano come la relazione studente-supervisore sia la chiave forse più importante per diventare un medico realmente centrato sul paziente. Le funzioni di questa relazione sono molteplici: facilita la trasmissione diretta di abilità, conoscenze e atteggiamenti propri della medicina centrata sul paziente, fornisce un importante supporto sociale e un rinforzo ai comportamenti che costituiscono la concretizzazione di questo atteggiamento, fornisce anche un importante modello di cosa voglia dire essere davvero centrato sull'altro attraverso l'esperienza che lo studente fa dell'essere oggetto di attenzione e cura (per gli aspetti della formazione) da parte del suo tutore, che costituisce un modello imperfetto le cui difficoltà possono non solo essere mostrate, ma anche diventare oggetto di riflessione condivisa (Bombeke et al., 2012).

La capacità di individuare, monitorare, modulare/regolare, integrare i propri e gli altrui stati emozionali si presenta come una delle pietre angolari su cui costruire un percorso formativo per il medico che porti allo sviluppo della capacità di attingere alle proprie potenzialità relazionali per aumentare la flessibilità nell'interazione e la capacità di usare al meglio le conoscenze tecniche entro i propri confini professionali. Si tratta però di un intervento formativo da condurre con gradualità, sensibilità, attenzione e moderazione: lo studente si deve abituare a lavorare su di sé, deve avvicinarsi in modo progressivo all'esplorazione della componente emozionale e relazionale della sua pratica professionale, così come delle ragioni che sono alla base della sua scelta accademica all'inizio e nel momento della decisione sulla specializzazione post-laurea. Proprio per l'importanza che i vissuti emozionali hanno nella percezione di sé, ogni intervento che vada a toccare questa dimensione della

persona deve avere come linea guida imprescindibile il rispetto profondo dell'altro e la consapevolezza che si ha a che fare con parti preziose dell'individuo.

Negli ultimi vent'anni molti cambiamenti hanno caratterizzato l'ordinamento didattico delle Facoltà di Medicina grazie a revisioni interne ai corsi di laurea e grazie a provvedimenti ministeriali al fine di rendere la medicina sempre più coerente rispetto alle sfide e ai diversi obiettivi che le scoperte scientifiche e la tecnologia hanno posto in essere (Fulcheri, 2004). Già nell'ordinamento didattico del 1986 viene sottolineato come «lo studente debba essere in grado di comunicare con chiarezza e umanità con paziente e familiari, prendere misure preventive di tutela e promozione della salute e saper rispettare gli aspetti etici della medicina». Dieci anni dopo, in seguito alla riforma della tabella XVIII, la formazione dello studente viene arricchita dall'indicazione di un approccio olistico al malato che tenga in considerazione anche l'ambiente fisico e sociale all'interno del quale la persona vive. In particolare viene riconosciuta l'importanza degli aspetti comunicativi e relazionali del medico, senza peraltro specificare quali essi siano e in che modo possano venire acquisiti. Sotto la dicitura di «realizzare una comunicazione adeguata con il paziente e i suoi familiari, nella consapevolezza dei valori propri e altrui» rientrano, dunque, letture e insegnamenti differenti a seconda dell'interpretazione che ne viene data nelle diverse Facoltà sede di formazione. Ulteriori cambiamenti in seguito ai D.M. 5091/1999 e D.M. 2701/2004 introducono il corso di laurea specialistico in Medicina definito come un percorso formativo, sottolineando ancora una volta il carattere olistico della formazione e la pregnanza dell'ambiente sociale del malato. L'approccio al paziente deve essere integrato e lo studente deve essere in grado, al termine del percorso universitario, di valutare in maniera critica non solo gli aspetti clinici, ma anche quelli relazionali, educativi, sociali ed etici. L'ordinamento didattico specifica come la missione delle Facoltà mediche consista nella formazione di un medico a livello professionale iniziale con una cultura biomedico-psico-sociale, che possieda una visione multidisciplinare e integrata dei problemi più comuni della salute e della malattia, con un'educazione orientata alla comunità, al territorio e fondamentalmente alla prevenzione della malattia e alla promozione della salute, e con una cultura umanistica nei suoi risvolti d'interesse medico.

Da circa una decina d'anni è stato progressivamente impostato un percorso formativo per gli studenti del corso di laurea specialistica in Medicina presso l'Ateneo di Milano-Bicocca sugli aspetti della relazione e della comunicazione medico-paziente. Sulla base delle osservazioni fatte in precedenza a proposito della delicatezza e della gradualità di ogni intervento che abbia per oggetto l'incremento di consapevolezza di sé e dei propri schemi affettivi, in quanto prerequisito alla capacità di riconoscere e modulare il proprio modo di entrare in relazione con i pazienti, è stato impostato un percorso di graduale avvicinamento degli studenti a questi aspetti. Negli anni preclinici il lavoro di formazione è sugli aspetti generali di comunicazione e relazione nel corso integrato di "Medicina e Società" per gli studenti del secondo anno, mentre le ore di esercitazione sono dedicate all'approfondimento delle motivazioni alla scelta della professione medica e a un primo contatto con gli aspetti introspettivi e riflessivi a partire dalla narrazione condivisa di episodi legati alle esperienze personali con medici, ospedali e malattie. Scopo del corso è di promuovere conoscenze, attitudini e capacità di ascolto e comunicazione; di fornire allo studente gli strumenti necessari alla comprensione degli aspetti culturali, sociali e relazionali della medicina, per quel che concerne la sua evoluzione storica, l'organizzazione sanitaria, il rapporto con il paziente, introducendolo anche al linguaggio internazionale utilizzato dalla ricerca biomedica. Queste conoscenze costituiscono la base per saper adeguatamente collocare le conoscenze tecniche nella complessità della concreta prassi medica contemporanea. Sempre per gli studenti degli anni preclinici è predisposto un corso elettivo dal titolo: "Narrazione e approccio olistico al malato. Il vissuto della malattia nella narrativa e nel cinema" (Parizzi & Strepparava, 2010). Negli anni dal terzo al sesto sono previsti due corsi elettivi centrati su situazioni difficili dal punto di vista relazionale ("Aspetti psicologici in oncologia" e "Il paziente difficile"). Al quinto anno vengono trasmessi contenuti più pertinenti alla psicologia clinica nel modulo di "Psicologia Clinica" del corso integrato "Psichiatria e Psicologia". Aperto, infine, agli studenti di tutti gli anni è il corso elettivo sulla "Gestione delle situazioni ansiogene", che offre uno spazio di confronto e ascolto agli studenti sulle situazioni cliniche che li hanno messi in difficoltà.

Poiché il principale obiettivo di questi corsi è quello di far emergere quelle che sono le maggiori difficoltà dei partecipanti nella relazione con l'altro, la principale modalità operativa attraverso la quale è possibile scorgere le potenzialità e le criticità personali nel rapporto con l'altro è l'uso di strumenti di formazione attiva che coinvolgano in prima persona gli studenti. Per formare alla sensibilità interpersonale che dovrà poi essere attivata nel proprio ambito professionale vi sono varie strategie didattiche, quali le *medical humanities*, il *role playing* e le discussioni in piccolo gruppo.

3.3.2 L'incontro di due persone e di due storie: *medical humanities* e medicina narrativa

Se è vero che la realizzazione di sistemi sanitari *patient-centered* richiede profondi cambiamenti negli assetti organizzativi, molta letteratura raccomanda di non trascurare l'impatto che la formazione può avere sul cambiamento dei sistemi sanitari e sui loro risultati in termini di salute (Institute of Medicine, 2001; Jayadevappa & Chhatre, 2011). Per realizzare ed implementare un'assistenza che ponga il paziente al centro dell'attenzione, molte ed autorevoli organizzazioni internazionali attribuiscono grande rilievo all'educazione medica, soprattutto per quanto attiene alla formazione di competenze comunicative e relazionali che, come la ricerca ha dimostrato, possono essere insegnate, apprese e utilizzate nella pratica professionale (Frankel, 2004). L'*Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)*, l'*American Board of Internal Medicine (ABIM)*, l'*Educational Commission for Foreign Medical Graduates* e l'*American Board of Medical Specialties (ABMS)* hanno identificato le competenze comunicative e relazionali tra le competenze *core* della formazione medica e la loro collocazione nel *curriculum* formale viene esplicitamente finalizzata alla costruzione di capacità di instaurare una relazione efficace con pazienti e familiari, ma anche con tutti gli altri professionisti della salute all'interno dell'ampia gamma di servizi sanitari e nel panorama dei diversificati contesti socioculturali. Tali competenze vengono ritenute fondamentali anche per sviluppare negli studenti le capacità di armonizzare le loro conoscenze ed abilità tecniche alle peculiarità di ogni paziente, per contribuire in maniera incisiva al miglioramento continuo dei servizi sanitari disponibili e per il rinnovamento del professionismo.

L'educazione medica, in questi anni, proprio sulla spinta della forte esigenza di miglioramento dei sistemi sanitari e del superamento di modelli biomedici, ha cercato di recuperare nei *curriculum* formali una varietà di contenuti e metodologie – che vanno dalla psicologia medica, alla critica letteraria, dall'antropologia sanitaria alla storia della sanità e all'etica, ma anche dal teatro, alle arti figurative, alla musica, al diritto, alla filosofia, alla sociologia – identificate più in generale dal termine *Medical Humanities* (MH; Haidet & Stein, 2006) che sta proprio ad indicare un insieme di riflessioni filosofiche sul senso e sul fine della scienza e della tecnologia, che dovrebbero contrastare, nelle Facoltà di Medicina, il diffondersi di atteggiamenti riduzionistici nei professionisti sanitari (Borghi & Pennacchini, 2009). Letteralmente, questo termine indica “ciò che ha a che fare con l'uomo”, con la natura umana (*human* è “ciò che è umano”). Di conseguenza, il termine *humanities*, in quanto sostantivo plurale di *human*, dovrebbe significare “cose umane”: «le *humanities* hanno in comune questo focus su ciò che è umano, ossia le espressioni culturali e creative, i valori, le prospettive, le attitudini e gli stili di vita di *Homo Sapiens*» (Newbell & Gabrielson, 1987); possono essere generalmente definite come qualsiasi forma sistematica di studio che, avvalendosi delle scienze umane, si propone di raccogliere e interpretare l'esperienza umana nella sua specificità e unicità (Charon et al., 1995; Evans & Finlay, 2001). Le MH sono considerate una “palestra” straordinaria per lo sviluppo di capacità di comprensione del punto di vista e delle emozioni degli altri, nonché delle proprie. Il loro linguaggio fornisce ricche rappresentazioni metaforiche o simboliche sulla prospettiva del paziente o dei suoi familiari riguardo le sue/loro reazioni alla malattia e alla perdita (Finlay, 2001). La narrazione delle emozioni suscitate dal confronto con la malattia ha una valenza formativa perché aiuta i futuri medici a crescere in umanità, all'esercizio dell'analisi e dell'autocritica, scongiurando il rischio che emozioni compresse possano trasformarsi in un cinico distacco o ricomparire in futuro sotto forma di frustrazione, stress, *burnout*, ecc. Non si vuole ingenerare la falsa impressione che studiare le MH possa in qualche modo coincidere con una specie di *training* psicologico personale, teso a rafforzare le difese psico-emotive del futuro operatore sanitario di fronte agli stress che questi tipi di professione fatalmente ingenerano nei loro esercenti. Non si vuole neanche svilire le MH a una sorta di *hobby* culturale per pochi eletti, magari reso odiosamente obbligatorio per tutti: c'è infatti il rischio

concreto che l'avvicinamento alle MH sia vissuto come una oziosa perdita di tempo dai pragmatici studenti di medicina, i quali, con un utilitarismo ben consolidato, accantonano tutto ciò che non si lega al rito del premio/punizione elargito da docenti autorevolmente identificati ciascuno dalla propria titolarità disciplinare. Gli obiettivi educativi delle MH sono, invece, di natura metodologica: alla conclusione del proprio iter accademico, il laureato in Medicina dovrebbe essere in grado di affrontare e di risolvere i problemi professionali complessi che incontrerà più frequentemente non solo in un'ottica tecnico-scientifica, il cui linguaggio non permette di tradurre tutto ciò con cui il medico entra in contatto, ma anche in una prospettiva complessiva più ampia e articolata che sappia tenere conto delle componenti psicologiche, relazionali, etiche, antropologiche, filosofiche, socio-culturali, storiche ed economiche di tali problemi (Vettore, 2005). Consapevoli che la medicina e l'agire clinico «sono una realtà emergente composta da scienze, tecnologia, arte e relazione» (Tambone, 2013), non basta nutrire lo studente di medicina di competenze scientifiche, fargli conoscere la psicologia, renderlo esperto nelle tecniche della comunicazione, ma si deve aiutarlo a conoscere se stesso affinché impari a rendere fertili le proprie emozioni (Vettore, 2014): oltre a fornirgli i contenuti e gli strumenti professionali appropriati per agire, è necessario aiutare lo studente a maturare attitudini empatiche, motivazioni prosociali e valori squisitamente etico-umanistici.

La finalità che ha incoraggiato l'inserimento di crediti attribuiti alle discipline più squisitamente umanistiche nei piani di studio della professione medica e delle professioni sanitarie più in generale, è stata proprio quello di ricucire la frattura tra "scienze della natura" e "scienze dello spirito", che anni di approccio positivista in medicina hanno mantenuto distanti e contrapposte. Insomma, scienza e letteratura si rivelano fonti di conoscenza complementari, incommensurabili e nessuna delle due dovrebbe essere sottomessa all'altra. La complessità del sistema "uomo nel mondo" autorizza, anzi impone, più linguaggi e più livelli di osservazione e descrizione: entrambe le forme di conoscenza sono legittime e nessuna esaurisce la verità su di esso. La separazione delle materie oggi non ha più senso; è tutto il sistema di educazione contemporaneo, fondato sulla disgiunzione tra scienza e cultura umanistica, che bisogna rivoluzionare. All'interno di questa visione della relazione tra

medicina “scientifica” e *medical humanities*, nella quale ogni contrapposizione e ogni dualismo sono superati, queste attività formative vengono ad essere intese più che come specifici contenuti e discipline, come una nuova prospettiva attraverso la quale insegnare e praticare medicina (Zannini, 2008). Da parecchio tempo, ormai, i medici hanno intuito che «il miglior insegnamento [clinico] è quello che proviene dal malato stesso» (Hunter, 1991) e che quindi le storie dei pazienti debbano essere considerate uno strumento privilegiato nella costruzione della conoscenza in medicina: nell’ambito di una *narrative-based medicine* (Hunter, 1991), la storia di malattia che il medico raccoglie nella cartella clinica, parallelamente all’anamnesi più squisitamente biomedica, diventerà, in molti casi, la traccia, la memoria, di una storia che egli andrà a sua volta a raccontare agli studenti, a colleghi o a superiori per trasmettere, condividere e sviluppare conoscenze (Zannini, 2008). Il dolore umano rappresenta una realtà ben più ampia e difficile da esplorare della semplice sofferenza fisica e la letteratura, l’arte, la musica, il cinema sono strumenti pedagogici in grado di avvicinare lo studente agli aspetti emotivi che accompagnano diverse situazioni di sofferenza, quali la malattia e la morte (Russo, 2001). Esse rappresentano un laboratorio di esperienze indispensabili per crescere in umanità, una possibilità nuova di esplorare temi e problemi affatto estranei alla Medicina, che può contribuire a rendere più profonda la capacità di comprendere noi stessi e gli altri e più acuta la nostra sensibilità: grazie ai testi letterari noi riceviamo un io più vasto, cioè un supplemento di esperienza che ci arricchisce con nuove possibilità di essere nel mondo (Ricoeur, 1989). L’apertura del medico alla medicina narrativa può migliorare le sue capacità di cura; la medicina narrativa arricchisce l’atto medico grazie ai racconti del paziente, anche quando apparentemente divaganti rispetto alla malattia: essi possono fornire invece preziosi elementi di comprensione, utili all’interpretazione fisiopatologica dei segni e dei sintomi, all’attribuzione eziopatogenetica dei disturbi, all’indirizzo diagnostico e alla scelta terapeutica (Vettore & Parizzi, 2006). Ma c’è ancora dell’altro: tra paziente che narra e medico che partecipa attivamente anche ai risvolti della narrazione apparentemente estranei alla medicina, può nascere una sorte di complicità che aiuta entrambi nella gestione della sofferenza e talvolta anche nell’intervento efficace sulla malattia. Ebbene, la familiarità con gli strumenti della medicina narrativa può forse diventare una freccia all’arco di coloro che sperano e investono nella medicina

partecipativa, in una medicina moderna integrata nella quale medici e pazienti facciano ciascuno la propria parte non da sponde contrapposte, bensì in un'alleanza che ha come fine comune la cura efficace, finalmente nutrita di una vera relazione empatica che affondi le sue radici nel terreno della condivisione reciproca dei racconti informali, ma autentici, del medico e del suo paziente. Non si pensi però che la necessità di una visione multidimensionale della pratica clinica sia estranea ai clinici di professione. Un buon esempio può essere Bernard Lown, Premio Nobel nel 1985, inventore del defibrillatore cardiaco, grande clinico per quasi cinquanta anni; «*healing is best accomplished when art and science are conjoined, when body and spirit are probed together*»: così, in alcune occasioni, ha voluto sintetizzare il messaggio trasmesso nella sua bellissima autobiografia clinica *The Lost Art of Healing* (Lown, 1996).

Una recente revisione della letteratura sull'utilizzo delle *medical humanities* nel contesto italiano (Fieschi et al., 2013) ha descritto gli obiettivi formativi che i diversi autori ritengono raggiungibili con l'introduzione delle *medical humanities* nei piani di studio della Facoltà di Medicina. Quattro obiettivi fondamentali sono ricavabili attraverso questa revisione:

1. lo sviluppo di attitudini empatiche, per preparare gli studenti ad una relazione terapeutica che metta in primo piano i vissuti, i bisogni e i problemi dei singoli pazienti;
2. lo sviluppo di capacità narrative, osservative, interpretative e di costruzione di significato dell'esperienza di malattia (*illness*) per consentire agli studenti di recuperare l'aspetto dialogico della narrazione nel colloquio clinico e nella raccolta dell'anamnesi, in contrapposizione con l'approccio monologico dell'esame obiettivo;
3. la conoscenza e cura di sé stessi, per aiutare gli studenti a prepararsi alla relazione diretta con il malato attraverso un atteggiamento riflessivo che li porti ad interrogarsi sul senso e significato della malattia anche sotto il profilo esistenziale, prima di doverla affrontare con concrete responsabilità di cura nei diversi contesti professionali;

4. l'acquisizione di senso etico e di responsabilità, per guidare l'attenzione del professionista sanitario sulle dimensioni etiche della malattia e della medicina.

In Italia, come in molti altri paesi, corsi di arte, letteratura, cinema ecc. sono ormai compresi a pieno titolo nei *curriculum* formali dei professionisti della salute, ma non sembra siano stati in grado di arginare in maniera decisiva il fenomeno della "disumanizzazione" della medicina (Lown, 1996; Gracey et al., 2005).

3.3.2.1 I testi finzionali: il cinema, l'opera letteraria e le arti visive

Nell'educazione degli adulti, il cinema è unanimemente riconosciuto come uno strumento formativo potentissimo, capace di catturare, affascinare, divertire, ma anche annoiare, più di qualsiasi altro (Benaglio, 2004). La visione di un'opera cinematografica è in grado di sollecitare potentemente sia sul piano cognitivo, che su quello emotivo (Agosti, 2003). Permette di fare esperienza di una realtà che non appartiene direttamente allo spettatore, ma che, ciononostante, può risultare estremamente significativa: i film possono quindi avere una forte valenza educativa, anche se apparentemente sembrano solo "intrattenere" i formandi (Crellin & Briones, 1995). Il cinema, l'arte e più in generale le *humanities*, possono concorrere alla formazione del medico in quanto discipline che vanno a colmare le lacune di un *curriculum* tutto orientato al tecnicismo, all'onnipotenza della scienza medica (Fognini et al., 2005). Inoltre, il cinema, attraverso una coinvolgente attività di decentramento (vedere l'esperienza di malattia con gli occhi del malato, capire come la società di rappresenta la figura del medico o la questione delle terapie farmacologiche, ecc.), permette di raggiungere una delle finalità cruciali delle *medical humanities*, ovvero quella di avere la visione di alcuni problemi così come una società e una cultura li percepiscono – non ultima, la rappresentazione del medico –, prospettiva che a volte è difficile da cogliere quando si è completamente immersi nel contesto sanitario (Bert, 2006).

Esistono due modi di formare attraverso il cinema: uno allegorico e uno simbolico. Il modo allegorico di utilizzo dei film costituisce un metodo di ritrovamento di un senso del proprio agire e pensare facendo emergere aspetti latenti della pratica professionale: il film è considerato uno "specchio" nel quale i formandi si riflettono e

da cui possono alzare lo sguardo per condividere i diversi rispecchiamenti (uno o più per ciascun partecipante) emersi nell'ambito del gruppo classe.

Il metodo simbolico considera il film uno "scrigno", una fonte di messaggi, di simboli da decifrare o semplicemente da raccogliere. Si articola in due diversi stili di utilizzo del film nella formazione degli operatori sanitari: uno stile strumentale-analogico e uno stile esistenziale-autoformativo. Il primo considera il film «come strumento che ha efficacia formativa quando agisce come esemplificazione» (Cappa & Mancino, 2005), sia positiva che negativa. In questo caso di utilizzeranno nella formazione degli operatori sanitari solo film che permettano loro di fare delle analogie tra sé e la vicenda narrata. Per questo motivo, si impiegheranno pellicole che parlano di esperienze di malattia, di disabilità e di salute mentale come, per citarne alcune, *Qualcuno volò sul nido del cuculo* (Forman, USA, 1975), *Rain Man* (Levinson, USA, 1988), *Un medico, un uomo* (Haines, USA, 1994), *Patch Adams* (Shadyac, USA, 1998), *Il grande cocomero* (Archibugi, Italia, 1993), *Caro Diario* (Moretti, Italia, 1993). Nel secondo, invece, il film è considerato un testo da interrogare a fondo per scoprire le "verità" che custodisce: «il film è un testo che conserva segreti, è zeppo di simboli che vanno decodificati» (Cappa, 2005). Due esempi di film che vengono utilizzati all'interno di questo stile sono *La leggenda del re pescatore* (Gilliam, USA, 1991) e *Parla con lei* (Almodóvar, Spagna, 2002).

Forse ancora più del cinema, l'opera letteraria stimola la creatività e la libera interpretazione del lettore. Romanzo e poesie rappresentano il primo strumento che è stato utilizzato nei percorsi di *medical humanities* per recuperare il rapporto tra operatore e paziente e per rivalutarlo nella sua dimensione etica ed esistenziale (Zannini, 2008). Sia la letteratura che la medicina hanno una finalità comune: tentano di comprendere le origini e i destini degli individui (Charon, 2000). Entrambe, poi, cercano – o, comunque, dovrebbero cercare – di comprendere la persona nella sua globalità e ci pongono fondamentali interrogativi morali. La letteratura insegna a tenere insieme più aspetti, magari discordanti, di una e ciò non è irrilevante in ambito sanitario. Il medico, insomma deve essere in grado di tollerare l'ambiguità e l'incertezza che deriva dalla contraddittorietà che spesso caratterizza la pratica clinica e in ciò può essere supportato dallo studio di opere letterarie: quest'ultime, se lette

attentamente (*close reading*; Charon, 2006) possono migliorare le capacità di osservazione e interpretazione, sviluppare l'immaginazione e promuovere, con una funzione maieutica oltre che educativa, una più profonda conoscenza delle proprie idee, emozioni, e dei propri valori, ossia di se stessi (Hunter et al., 1995). Le opere letterarie che possono essere utilizzate, in un percorso di formazione per operatori sanitari, sono, solo per citare le più famose tra quelle classiche, *La peste* di Albert Camus (1948), *La morte di Ivan Il'ič* di Lev Tolstoj (1886), *La montagna incantata* di Thomas Mann (1924), *La metamorfosi* di Franz Kafka (1916) e *Storia di un caso* di Anton Čechov (1898); mentre, tra i testi contemporanei, ricordiamo *La malattia di Sachs* di Martin Winckler (1998), *Lo scafandro e la farfalla* di Jean-Dominique Bauby (1997) e *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello* di Oliver Sacks (1985).

Il terzo e ultimo tipo di "testo" finzionale utilizzato nei percorsi di *medical humanities* è quello pittorico e fotografico. L'immagine pittorica amplifica ulteriormente le possibilità interpretative rispetto al testo letterario, perché carica non solo di segni, ma anche di simboli (Dallari, 1994), educando il suo fruitore a tollerare l'incertezza e l'ambiguità intrinseca del simbolo. Più a monte, oltre che capacità interpretative, l'analisi dell'opera d'arte sviluppa capacità osservative, che sembrano ancora irrinunciabili nei contesti sanitari, soprattutto in un'epoca, come quella attuale, nella quale la tecnologia sempre più assume un ruolo rilevante nei processi diagnostici e terapeutici, sminuendo non di rado il valore dell'inalienabile incontro clinico con il paziente, saldamente fondato sulla raccolta anamnestica e sull'esame obiettivo, che richiedono, appunto, elevate capacità osservative. Fruire un'opera d'arte, infatti, vuol dire innanzitutto osservarla con attenzione, cercando di lasciare da parte i propri pregiudizi, esattamente come avviare un processo diagnostico e terapeutico vuol dire ascoltare e osservare accuratamente, rimanendo aperti a tutte le possibilità che il caso offre. La lettura attenta di un quadro, una fotografia o una scultura può produrre, imponendo di guardare oltre la superficie, un operatore sanitario diverso: un individuo che non sia solamente in possesso di capacità d'interpretazione dei segni clinici, ma che sappia cogliere, al di là dei fatti che si presentano alla sua osservazione, gli indizi della *illness* del malato, del suo vissuto di malattia, che vanno ben oltre la superficie del *disease*, del corpo del malato che esprime i segni del suo disturbo (Sweeney, 2004;

Boisaubin & Winkler, 2000). Anche in questo caso, tra le opere che si possono utilizzare in percorsi formativi ricordiamo *La morte di Chatterton* di Henry Wallis (1856) e *La colonna spezzata* di Frida Kahlo (1944)⁶.

3.3.2.2 I testi non finzionali autobiografici

L'efficacia delle terapie ha espanso le possibilità delle storie di malattia, regalando ai pazienti dei preziosi spazi per la riflessione, la scrittura di sé e la comprensione della (a volte) tragica, ma straordinaria, esperienza umana che hanno vissuto e che continuano a vivere (McLellan, 1997). Arthur Kleinman è stato tra i primi autori a introdurre il termine *illness*, distinto da quello di *disease*, per fare riferimento all'esperienza di malattia (Kleinman et al., 1978). Alla fine degli anni Ottanta già si comincia a parlare di "storie di malattia" (*illness narratives*) (Kleinman, 1978) e nei primi anni Novanta compare il termine *pathography* (Hawkins, 1993), che implica invece la scrittura della storia di malattia. Una storia di malattia è definibile in generale come il racconto dell'esperienza «della disintegrazione del sé, in quanto [la malattia grave e invalidante] è una frattura nella biografia di un individuo» (Sakalys, 2003). L'identità di un individuo è data non solo dalla sua storia, ma anche e soprattutto dal suo corpo e dalle possibilità che esso ha di movimento ed espressione (Zannini, 2004). Per questo motivo, il paziente che vive la malattia grave e (progressivamente) invalidante necessita di una sorta di ri-negoziazione della sua identità, perché il suo corpo cambia, a volte anche radicalmente.

La ricognizione biografica «non è semplicemente un'operazione mnestica, un riandare ai fatti del passato per ricordarne l'attualità; significa invece ricostruire o riscrivere il passato, secondo i motivi che ci spingono al presente, attraverso un processo di attribuzione di senso» (Formenti, 1996). Attraverso il racconto della sua storia di malattia, il paziente può cercare di individuare un senso di coerenza: «il ricordare, o il raccontare, ci trasmettono la sensazione di "tenerci insieme"» (Demetrio, 1995). Grazie al potere ricompositivo della *illness narrative*, il paziente può allora cercare di avviare quella difficilissima impresa che è la trasformazione radicale

⁶ Si ricorda, a tal proposito, che è possibile consultare un'enorme banca dati sul sito *Literature, Arts and Medicine Database* (<http://medhum.med.nyu.edu/>) che fornisce l'elenco di tutta una serie di testi (letterari, artistici e filmici) che possono essere utilizzati per avviare un percorso di *medical humanities*.

della sua identità. Il potere ricompositivo delle *illness narratives*, come del resto delle *autopathographies*, è legato alla loro capacità di esprimere verità personali dell'esperienza di malattia. Ma le *illness narratives* creano e implementano, inoltre, relazioni nei contesti sanitari, perché la storia di malattia invita l'operatore a entrare nell'esperienza del malato e a condividerla, creando quindi intimità e migliorando la qualità della relazione terapeutica (Palese, 2004). Il meccanismo trasformativo e terapeutico della narrazione della propria storia di malattia sembra ulteriormente potenziato nell'autobiografia, genericamente definita da Bruner (1992) come una «versione longitudinale del Sé»: attraverso la scrittura è possibile esprimere idee e sensazioni a volte difficili da dire; inoltre, in essa ha luogo un processo di “bi-locazione cognitiva” che permette di staccare momentaneamente da sé alcuni “oggetti” significativi della propria storia (come la malattia), metterli “là fuori”, analizzarli, gestirli e «riconnotarli in senso valoriale ed emozionale» (Formenti, 1998). Il significato che ne emerge è quello che scaturisce dalla condivisione di senso co-costruita nel rapporto interpersonale tra medico e paziente (Rezzonico & Voltolini, 1999).

Secondo alcuni autori, le storie di malattia sono raggruppabili in alcune grandi tipologie, anche a partire dalle immagini e dalle metafore che in esse sono dominanti. I racconti possono essere incentrati sul tema della battaglia che si è intrapresa con la malattia (metafora militare), oppure sul tema del percorso, nel quale un “eroe-paziente” si imbatte in una serie di disavventure (metafora del viaggio mitologico); o, ancora, la malattia può essere vissuta come un cambiamento radicale nella vita dell'individuo che l'ha vissuta, che ha portato a nuove dimensioni esistenziali (metafora della rinascita) (Zannini, 2001). Bert (2007), riprendendo Frank (1995), segnala che le narrazioni in medicina presentano alcuni temi ricorrenti: il “tornare come prima” dopo essersi imbattuti in diverse disavventure, ossia la guarigione (*restitution narratives*); oppure il tema della ricerca (*quest narrative*), spesso rappresentato con il viaggio; o, ancora, le narrazioni caotiche, come ha segnalato anche Launer (2002).

Come i pazienti, anche i professionisti della cura possono raccontare di se stessi, delle scelte che hanno effettuato, dei dubbi, delle emozioni, delle scoperte che l'incontro con il malato ha reso possibili. La scrittura di storie della pratica clinica può

essere una strategia non solo per comprendere più approfonditamente il paziente, ma anche per imparare a “stare dalla sua parte”, rendendo la stessa pratica clinica un’attività più “umana” (Zannini, 2008). I medici possono scrivere una sorta di “cartella clinica parallela” (*parallel chart*) nella quale trattare aspetti dell’esperienza di malattia del paziente (*illness experience*) che non risultano nella documentazione ufficiale, ma di cui ritengono opportuno che rimanga memoria (Charon, 2001; 2006). In questo senso, la scrittura delle *parallel charts* aiuta a entrare in contatto (*insight*) non solo con i sentimenti dei pazienti, ma anche e soprattutto con le proprie reazioni emotive alla pratica clinica, che spesso rimangono tacite, ma che, ciò nonostante, hanno dei rilevanti effetti sulla capacità di avvicinarsi ai pazienti e di comprenderli (Holt, 2004): «nel diventare il paziente, calandosi nei suoi panni, il medico si appropria della sua storia, ma le loro narrazioni interpretative rivelano comunque qualcosa anche delle loro credenze e valori rispetto alla malattia del paziente» (Marshall & O’Keefe, 1995). Dunque, anche per gli operatori in servizio, la scrittura autobiografica – soprattutto se poi condivisa (Shapiro et al., 2006) – può sviluppare, attraverso il meccanismo della riflessività, notevoli apprendimenti che, a volte, si connotano come cambiamenti radicali di prospettiva, che nella letteratura sull’apprendimento degli adulti vengono definiti “apprendimenti trasformativi” (Mezirow, 1991).

3.3.3 Saper fare, saper essere: il *role playing* e l’esperienza del “come se”

In termini formali, il *role playing* rientra nei metodi pedagogici attivi – in quanto presuppone il coinvolgimento dei partecipanti, chiamati a immedesimarsi e a vestire i panni di altri e a ipotizzare soluzioni – classificabili sotto il termine “simulazione” (Capranico, 1997). L’elemento che caratterizza il *role playing*, in modo accentuato, è l’interazione verbale e comportamentale tra due o più ruoli ricoperti da persone. Il concetto cardine su cui ruota l’applicazione del *role playing* è quello di ruolo che, secondo la definizione fornita da Moreno (1980), «si presenta come fusione di elementi individuali e di elementi collettivi, risulta da due ordini di fattori: i suoi denominatori collettivi e le sue differenziazioni individuali». Quindi si tratta di uno strumento fondamentale ed elettivo per imparare a svolgere ruoli sociali, per accrescere le competenze relazionali. Tutti siamo cresciuti e abbiamo imparato a

ricoprire ruoli sociali, anche attraverso pratiche di simulazione, oltre che attraverso il fondamentale processo imitativo e identificatorio: una bimba che gioca con le bambole si confronta, recitando un ruolo, con la sua potenziale maternità; un ragazzino che gioca col trenino elettrico sperimenta un gioco direzionale, organizzativo e decisorio. Si tratta di situazioni nelle quali si simula un ruolo sociale, magari preparandosi a rivestirlo poi; si fa “come se” si ricoprisse un ruolo. Il *role playing* nella formazione trova le più utili applicazioni là dove l’apprendimento desiderato riguarda abilità interattive, sia che queste siano molto codificate, sia che si tratti di ruoli di minore definizione.

Nella formazione, questa tecnica di simulazione cerca di riprodurre in aula, quindi in situazione protetta e di laboratorio, problemi e accadimenti simili a quelli della vita lavorativa. Il *role playing* è uno strumento utile a reperire informazioni vive e non riferite. Serve per addestrare creando o migliorando abilità. Serve per formare le persone soprattutto a quelle professioni che richiedono relazioni con altri. Il *role playing* può trovare la sua collocazione in vari momenti del processo formativo, proprio per la sua duplice possibilità di coinvolgere il gruppo attorno ad un tema centrale e di permettere al tempo stesso un apprendimento emotivo individualizzato per ogni partecipante. L’azione e l’analisi del vissuto favoriranno importanti *insight* in ogni partecipante. Parallelamente ad un *insight* individuale, si produrrà anche un *insight* di gruppo, successivo al confronto dei diversi vissuti, che condurrà alla riformulazione, in termini cognitivi ed emotivi, del problema da cui ha preso le mosse il gioco di ruolo. Il *role playing* agisce dunque sia sull’aspetto emotivo che cognitivo, «sul sapere, sul saper fare e sul saper essere» (Quaglino, 1985). Il fatto di costituire una simulazione induce i soggetti ad osare maggiormente proponendo strategie, percorsi o soluzioni che nella realtà verrebbero considerati a prima vista inefficaci, azzardati o irrealistici. Ragionando individualmente e, ancora più, collettivamente su una domanda/ipotesi che apre a diverse soluzioni, il gruppo e i singoli sono spinti a sviluppare un pensiero divergente che cerca e individua strategie che, anche se a prima vista possono sembrare addirittura stravaganti e inesatte, se sviluppate e articolate, possono rivelarsi efficaci e geniali (Nigris, 2004).

Se si tratta di aiutare i medici (o gli studenti di medicina) a utilizzare nella loro professione le valenze comunicative della relazione medico-paziente, il *role playing* è lo strumento elettivo: l'obiettivo delle attività di simulazione è quello di fornire un ambiente clinico sicuro per insegnare, valutare e testare le abilità relazionali degli studenti di medicina mediante il contatto tra il medico e il finto paziente; il processo formativo, attraverso il *role playing* di scenari clinici simulati, prevede che lo studente sia nella condizione di misurarsi con le dinamiche di approccio al paziente e di interazione con i suoi colleghi, il personale di reparto e/o i suoi tutori (Ganau, 2015). Esso permette di far emergere, più che imporla o suggerirla, una migliore comprensione delle proprie modalità di porsi nelle situazioni relazionali sanitarie, una buona individuazione dei propri modelli interattivi con l'utenza e i colleghi e del proprio modo di ricoprire il ruolo clinico. Questo metodo aiuta l'espressione, facilita l'emergere di emozioni. Anche se modulato sul "come se", anche se protetto dalla dimensione di gioco, succede qualcosa di interattivo che non è il consueto rapporto docente-discenti. L'esercizio in simulazione implica, inoltre, la possibilità di stabilire criteri di uniformità di apprendimento e standard qualitativi di preparazione in ambito sanitario.

Anche nel contesto formativo medico, il gioco di ruolo è quindi un modello di apprendimento esperienziale, all'interno del quale il caso clinico è "vissuto" piuttosto che analizzato a tavolino. L'ascolto, quale leva fondamentale per la riuscita della simulazione, è duplice: da una parte, rivolto al conduttore, indispensabile in questo spazio poiché ha il compito di favorire e far nascere nel gruppo un buon clima relazionale che consenta di esprimersi liberamente, quanto quello di rilevare e ricordare tutto ciò che è avvenuto durante la simulata, avvalendosi eventualmente di videoregistrazioni; mentre, dall'altra, è riferito a tutti i partecipanti, i quali, unitamente, consentono e talvolta determinano l'apprendimento (Knasel et al., 2002). Il conduttore imposta lo "scenario" e si pone, nel corso della simulazione, in posizione di osservatore e ascoltatore attento. Durante la discussione deve valorizzare tutti gli spunti che ha raccolto ed esercitare l'ascolto attivo all'interno di un dialogo finalizzato all'analisi delle dinamiche vissute. Al di là di alcuni aspetti generali inerenti le diverse teorie sulla comunicazione e che dovrebbero far parte del bagaglio formativo di

chiunque si trovi nella necessità di comunicare eventi particolarmente stressanti e critici, il percorso formativo dovrebbe portare a raggiungere molteplici obiettivi didattici: i partecipanti, con la presentazione di un problema relazionale inserito in uno specifico contesto sanitario – un caso clinico che prevede l’interazione con un cosiddetto “paziente difficile” (Virzi, 2007) simulato (interpretato da attore formato a simulare un paziente) e che costituisce una situazione di probabile difficile gestione emotiva per il medico (il paziente che rifiuta le cure, il paziente che piange o si arrabbia alla comunicazione della diagnosi, il paziente che tende nascondere il vero motivo della visita e via dicendo) –, sviluppano le capacità per l’analisi di situazioni complesse, per la valutazione delle varie alternative comportamentali, per la presa di decisione in presenza di elevate pressioni psicologiche; la successiva discussione mediata da un conduttore esperto permette ai partecipanti una rilettura di quanto è avvenuto in termini della reciproca emotività dei partecipanti, stimolando il gruppo a fornire possibili comportamenti alternativi. Inoltre, attraverso le simulate e i giochi di ruolo diventa possibile per il medico entrare in contatto con aspetti di sé non direttamente o immediatamente accessibili, ma che influenzano la modalità di svolgimento del lavoro nei suoi aspetti relazionali. I partecipanti sviluppano, inoltre, le capacità inerenti i comportamenti interpersonali, il controllo delle emozioni e la comprensione dei *feedback* mediante la rappresentazione delle relazioni sociali; imparano ad osservare e analizzare i comportamenti altrui e a restituire il proprio punto di vista nel rispetto di quello degli altri partecipanti (competenza fondamentale, per esempio, nel lavoro democratico di condivisione di ipotesi cliniche all’interno di una équipe medica).

3.3.4 Apprendimento in équipe: la discussione in piccolo gruppo

In molte facoltà di medicina il sapere si trasmette secondo un modello gerarchico: il docente spiega, gli studenti ascoltano, prendono appunti, registrano le lezioni e spesso, per il timore di apparire impreparati, non osano neppure porre domande. Più tardi, una volta specializzandi, si attengono in molti casi alle indicazioni dei superiori confidando nella loro maggiore esperienza o a protocolli diagnostici e terapeutici standardizzati. In tal modo viene a perdersi il ragionamento clinico: quel complesso processo per cui il medico osserva la realtà che ha di fronte, fa appello alle proprie conoscenze teoriche, ripensa ad altri malati e, soprattutto, confronta le proprie

impressioni con quelle dei colleghi per giungere un'ipotesi diagnostica e una strategia terapeutica. È proprio in questa capacità di integrare in maniera dialettica conoscenza, ascolto e intuizione che risiede la differenza tra un lodevole studente di medicina e un buon clinico (Tatarelli et al., 2002).

La discussione, con la presenza di due o più persone, permette il confronto dialettico delle opinioni in modo tale che ognuno possa ampliare la propria concezione di un dato problema arricchendola degli elementi sfuggiti alla propria valutazione, ma portati in contraddittorio dall'altro: il lavoro di gruppo in formazione, così come durante la professione, promuove la comprensione delle proprie reazioni affettive di fronte a casi concreti e, ciò che più conta, arricchisce ognuno dei partecipanti delle esperienze altrui (Vimercati, 1973). Sfortunatamente il suddetto modello gerarchico di insegnamento non lascia troppo spazio alla discussione, condannando lo studente di medicina, prima, e il medico, poi, a considerare una porzione limitata (e monotona) di realtà e a non apprendere dai propri errori. Già durante il corso di laurea, un modello didattico improntato alla discussione stimolerebbe negli studenti una preziosa abitudine al ragionamento clinico, penalizzata in genere dagli studi di medicina lunghi, pesanti e prettamente mnemonici. Capita spesso che durante il corso di laurea gli studenti, a prezzo di notevole fatica, imparino a memoria un'enorme mole di informazioni contenute nei libri e trasmesse dai docenti per poi sentirsi persi di fronte al malato nel momento di applicare quanto hanno appreso. Un formato seminariale delle lezioni in cui, dato un argomento (o, meglio ancora, un caso clinico), venga chiesto ai discenti di esprimere delle ipotesi eziopatogeniche, di azzardare delle valutazioni diagnostiche e prognostiche, di proporre soluzioni terapeutiche, di suggerire strategie comunicative e relazionali, promuoverebbe nel futuro medico l'abitudine a risolvere i quesiti clinici in maniera dialettica, rendendo molto più dolce il passaggio dalla fase di acquisizione alla fase di applicazione delle conoscenze. Nella discussione di gruppo, il medico si addestra a esprimere le proprie incertezze senza inibizioni e senza preoccupazioni di prestigio – «l'onnipotenza cede il passo a uno sforzo di comprensione» (Sapir, 1972) – salvandosi, in definitiva, dal pericolo di reputarsi infallibile.

È proprio discutendo che si può apprendere l'attitudine alla discussione. L'obiettivo della socializzazione e l'assunzione dei vissuti emotivi e relazionali, che tale metodologia didattica sicuramente promuove, è da considerarsi una meta irrinunciabile per la pedagogia medica contemporanea. Il *cooperative learning* si propone come metodo in grado di sollecitare abilità sociali attraverso forme di cooperazione fra gli studenti che lavorano in piccoli gruppi (Nigris, 2004). Nel lavoro in piccoli gruppi, in particolare, il confronto volto allo svolgimento di una comune consegna permette di rilevare che, nel rapporto tra pari, spesso i soggetti sono maggiormente spinti ad esporsi e a sperimentarsi, piuttosto che nel rapporto asimmetrico con il docente. Attraverso il *feedback* ricevuto dai compagni di corso e l'esperienza di comunicazione fra pari, inoltre, lo studente è stimolato a padroneggiare le sue modalità di partecipazione ed argomentazione.

Gli studenti che partecipano alla discussione in piccolo gruppo sono chiamati a essere gli attori del loro apprendimento. I partecipanti, discutendo sulle problematiche in esame, imparano assieme: ogni partecipante può esprimere la propria opinione, la propria esperienza, fare domande e proposte e dare informazioni riguardo a sé e al suo modo di attribuire significato alle cose. È inoltre chiamato ad ascoltare attivamente i compagni. Partecipare alle discussioni sia come oratore che come ascoltatore permette, da una parte, di riflettere su di sé, sul proprio mondo emotivo, su come si entra in relazione con gli altri; dall'altra, dà soprattutto l'opportunità di vedere che esistono modalità di dare senso a sé e alle relazioni interpersonali che sono diverse dalle proprie.

All'interno di una didattica che come scopo principale ha l'incremento di consapevolezza su di sé e sulle proprie emozioni, la discussione verrà incentrata soprattutto sulle emozioni dei medici, riconosciuti come professionisti, ma anche come persone con esperienze personali pregresse e storie di vita peculiari. La condivisione di esperienza tra pari permette di attribuire alle emozioni che hanno accompagnato la specifica situazione un ruolo attivo. Le emozioni non sono relegate in uno spazio neutro, ma vengono integrate e riconosciute come possibili ostacoli o facilitatori dell'esercizio della futura professione medica (Gorlin & Zucker, 1983).

Affinché uno studente si senta libero di esprimersi nel gruppo occorre che il conduttore crei un clima sereno, di collaborazione e privo di giudizio. Fondamentale è anche la visione del gruppo come elemento centrale, analizzando le sue dinamiche (competitività, collaborazione, silenzi, uniformità di linguaggi) e le sue reti di relazioni interpersonali (simpatie, antipatie, stima, imitazione). Occorre quindi rilevare che vi sia accettazione di tutti, che tutti devono potersi esprimere e che vi sia convergenza sul compito.

Il gruppo può costituire anche un momento di formazione permanente post-universitaria del medico. Nella sua pratica clinica, il medico va incontro ad importanti rischi emotivi (Musi, 2006): in molti casi, e per la sua stessa condizione, la richiesta di cure del paziente può amplificarsi in una richiesta di accudimento assimilabile solo alle prime cure parentali; analogamente, il medico può convogliare nell'atto terapeutico tutte le proprie aspettative di vita, trasformando il lavoro in un surrogato della vita sociale, in cui la guarigione del paziente realizza tutte le aspirazioni professionali e private; la personalità o la storia del paziente possono far rivivere al medico vicende del passato facendo riaffiorare lutti non elaborati, sofferenze non superate e modalità di relazione non equilibrate. Dunque, una relazione terapeutica medico-paziente in cui il medico non si renda conto di cosa sta avvenendo a livello delle valenze simboliche messe in gioco può diventare "mortifera" per entrambe le parti coinvolte (Tatarelli et al., 2002): i mezzi di indagine messi a disposizione dalla tecnologia hanno dato al medico la certezza della diagnosi fornendo la prova incontrovertibile di questo o quel processo patologico a carico di questo o quell'organo in una visione parziale dell'uomo in cui il paziente non è un malato, ma ha una malattia ed è visto solo come «portatore di malattia invece che [come] interlocutore umano» (Luban-Plozza & Pozzi, 1986); nella fretta spasmodica di giungere alla rassicurante certezza della diagnosi, il medico spesso ricorre ai più raffinati, quando non invasivi, esami strumentali tralasciando di ascoltare il malato, di conoscere la sua storia e di porsi di fronte ad esso con atteggiamento problematico. D'altra parte, però, la stessa medicina non registra i medesimi progressi e successi in campo terapeutico mostrandosi impotente rispetto a malattie croniche antiche e nuove, lasciando così il medico scoperto di fronte alla sofferenza dei suoi simili. Situazioni queste a fortissima carica emotiva, alle quali il

medico può reagire o provando intensi sentimenti di inadeguatezza, colpa e depressione che alla lunga possono demotivarlo e trasformare l'entusiasmo in pesante routine (cosiddetta sindrome del *burn-out*), o difendendosi dal dolore e dalle aspettative del paziente moltiplicando in maniera non mirata indagini e interventi fino all'accanimento terapeutico che, lungi dal curare il paziente, ne peggiora ulteriormente la qualità di vita e i vissuti di angoscia legati alla malattia.

Per tali motivi Balint (1961) – iniziatore di una ricerca sull'interazione tra medico e paziente il cui scopo era un esame il più possibile completo del sempre mutevole rapporto medico-paziente, lo studio della «farmacologia del farmaco medico» – ideò per i medici uno strumento di formazione e riabilitazione continua alla relazione. I gruppi Balint consistono in sedute collettive settimanali della durata di circa un'ora e mezzo a cui partecipano 8-10 medici sotto la guida di un conduttore di formazione psicoterapeutica. I partecipanti, a turno, portano in discussione un caso clinico particolarmente “difficile” dal punto di vista della relazione: pazienti che suscitano sentimenti di aggressività, pazienti verso i quali si prova un eccessivo coinvolgimento, ecc. Il gruppo funge da cassa di risonanza per il medico che, come in uno specchio, vede il proprio comportamento e i propri eventuali errori. In tal modo il medico può acquisire una notevole consapevolezza di comportamenti emotivi e di *clichés* professionali inconsapevolmente adottati nel rapporto con il paziente: il curante, infatti, reagisce in modo personale e diverso di fronte ad ogni paziente e vani risultano *standard* di comportamento precostituiti.

3.3.5 Il medico consapevole: la formazione dei professionisti della salute nei protocolli basati sulla *mindfulness*

Ciò che si usa chiamare con il termine *mindfulness* rappresenta un costrutto teorico e una pratica che affondano le loro radici all'interno della tradizione contemplativa e della letteratura Buddhista (Hanh, 1975): all'interno del canone pāli, redatto dal concilio della comunità buddhista in due riprese (nel 340 a.C. e nel 246 o 247 a.C), si trova la sezione dei discorsi del Buddha (*Suttapitaka*). In essa si trova, a sua volta, la sezione dei discorsi lunghi (*Dāga Nikāya*), tra cui il “Grande discorso sui fondamenti della presenza mentale” (*Mahāsatipatthānasuttanta*). Il termine intorno a cui ruota tutto il costrutto è *sati*, che letteralmente significa “memoria” e che venne

reso da Rhys Davids nella prima traduzione, pubblicata nel 1952, con “consapevolezza”. La *mindfulness* può essere infatti definita come uno stato di «consapevolezza che emerge ponendo attenzione in modo intenzionale, nel momento presente e in modo non giudicante al dispiegarsi dell’esperienza momento per momento» (Kabat-Zinn, 2003; Baer, 2003); una modalità dell’essere intenzionale, non giudicante, fluttuante, imparziale e recettiva – e non reattiva – all’incessante dispiegarsi del flusso di esperienza del qui ed ora – che può essere coltivata e stabilizzata attraverso particolari tecniche – non orientata a scopi, ma piuttosto orientata, con curiosità, apertura e benevola accettazione, verso il panorama delle proprie esperienze immediate, permettendo così un accresciuto riconoscimento degli eventi mentali nel momento presente (Bishop et al., 2004), finalmente «liberi dalla irrealtà dei pregiudizi» (Amadei, 2009): con la consapevolezza *mindful*, la mente entra in uno stato dell’essere in cui le nostre esperienze del qui ed ora sono sentite in modo diretto, accettate per quelle che sono e riconosciute con gentilezza e rispetto (Amadei, 2013; Baer & Maffei, 2012; Brown & Ryan, 2003; Deikman, 1982; Kabat-Zinn, 2001; 2010; Martin, 1997).

Allen e Fonagy (2006) hanno recentemente sottolineato come la *mindfulness* si sovrapponga alla mentalizzazione – intesa come «processo mentale con cui un individuo implicitamente ed esplicitamente interpreta le proprie azioni personali e quelle degli altri come significative sulla base di stati mentali intenzionali, quali desideri personali, bisogni, emozioni, credenze e ragioni» – nella misura in cui prevede il prestare attenzione in modo particolare agli stati mentali implicando un’attenzione ricettiva centrata sull’esperienza presente per questi e una ricettività non valutante verso i processi psicologici attuali (Brown & Ryan, 2003). La pratica della *mindfulness* offre, infatti, un mezzo per osservare direttamente la natura dei pensieri, delle emozioni e delle sensazioni fisiche e i modi attraverso cui essi contribuiscono alla felicità e alla sofferenza. L’attenzione è diretta a osservare tutte le esperienze, così come sorgono nel momento presente; non si tratta di un processo passivo, ma dell’impegno intenzionale ad essere vigili. Con la pratica regolare è possibile vedere i molti modi nei quali siamo pilotati dal desiderio che le cose siano diverse da come realmente sono. Proprio l’idea che “noi non siamo i nostri pensieri” è uno degli

insegnamenti e dei principi più preziosi su cui si fondano i programmi basati sulla *mindfulness*. L'effetto della meditazione sembra quindi essere dovuto non al cambiamento dei contenuti della nostra mente, ma piuttosto all'«indebolimento della nostra identificazione con essi, attraverso un “vedere” più accettante, decentrato, intuitivo e immediato, grazie al quale la forza coercitiva di alcuni contenuti cognitivi ed emotivi progressivamente diminuisce fino a scomparire» (Didonna, 2012).

Questa consapevolezza è il risultato dell'impegno, dell'energia e della pazienza continui e offre la possibilità di dipendere meno dal pensiero centrato su di sé, dalle emozioni e dai comportamenti e di avere maggiori scelte, soprattutto in situazioni di stress e difficoltà. Nella pratica *mindfulness* è insito il principio che praticare con continuità dà accesso ad un modo di essere autentico che aggiunge ricchezza alla vita nel quotidiano: se manteniamo l'impegno, la pazienza e la disponibilità verso i contenuti del nostro corpo/mente e, in modo particolare, verso gli aspetti del pensare e del sentire che ci creano le maggiori difficoltà, allora si espone la comprensione e la compassione verso l'ascolto, il ricevere e lo stare con tutte le reazioni e le risposte. Questa forma di consapevolezza può essere però ristretta o ottusa ogni qual volta, ad esempio, reagiamo in modo rigido, stereotipato, “compulsivo” e idiosincratico quando siamo posti di fronte ad un evento nuovo che cerchiamo di comprendere e classificare attraverso una precoce attribuzione di significato. Anche la ruminazione, l'essere assorbiti nel passato o l'essere immersi in fantasie o angosce relative al futuro possono allontanarci da quello che sta avendo luogo nell'attualità (Fossati et al., 2013). In questi casi parliamo di *mindlessness*, ossia l'assenza relativa di *mindfulness*.

3.3.5.1 Elementi dell'insegnamento nei programmi MBSR e MBCT

I professionisti in ambito sanitario sono abituati a ricevere istruzioni riguardo a teorie e tecniche particolari e, quindi, ad acquisire una esperienza diretta dall'applicazione di queste tecniche nella pratica clinica. Benché alcuni aspetti della *mindfulness*, in verità, possano essere insegnati con la nostra modalità usuale di comunicare la conoscenza attraverso la trasmissione di concetti e attraverso l'intelletto, le sue caratteristiche più importanti possono essere scoperte e comunicate davvero solo quando il clinico/istruttore incarna completamente questo approccio.

Tra tutti i programmi clinici che incorporano aspetti delle pratiche basate sulla *mindfulness*, ricordiamo la *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) (Kabat-Zinn, 2010) e la *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) (Segal et al., 2006). Questi due programmi, fondamentalmente uguali, sono però destinati a gruppi clinici diversi: la MBSR lavora con pazienti che presentano un'ampia gamma di diagnosi mediche, psicologiche e legate allo stress, mentre la MBCT è mirata invece ad un ambito più specifico di pazienti che hanno la tendenza alle ricadute nella depressione, aggiungendo una componente in più al trattamento psicologico tradizionale della terapia cognitivo-comportamentale.

3.3.5.1.1 Incarnare la consapevolezza

All'inizio dei programmi MBSR e MBCT si enfatizza l'esplorazione delle sensazioni del corpo e questo non è un ambito usuale nel trattamento psicologico, nel quale spesso si ignora il corpo, «contenitore e risorsa di informazioni e saggezza» (Woods, 2012). Nei programmi MBSR e MBCT si riscopre l'intelligenza intuitiva del corpo, evidenziata e confermata non solo da ciò che incontriamo nella pratica di meditazione, ma anche attraverso gli aspetti del movimento consapevole. Troppo spesso ci accorgiamo del nostro corpo solo in presenza di disagio o dolore fisico, mentre semplici movimenti consapevoli ci possono aiutare ad ancorarci nel nostro corpo. Includere attenzione particolare e consapevolezza nel movimento come veicolo di conoscenza fornisce una riserva di informazioni rendendoci sensibili alle connessioni somatiche. Un atteggiamento di genuina consapevolezza verso tutto ciò che incontriamo nel momento presente attraverso la pratica della *mindfulness*, comprese le sensazioni del corpo, permette una diversa relazione con il dolore e la sofferenza. Si mette in luce una diversa struttura di riferimento quando si rinforza l'importanza di ogni istante, piuttosto che cercare di cambiare o di mettere in discussione ciò che sorge, oppure si cerca di dare un senso al passato o di prevedere il futuro.

3.3.5.1.2 Consapevolezza nel dialogo: *insight dialogue* e *mindfulness* interpersonale

La *mindfulness* dimora saldamente nel momento presente e si focalizza su ciò che c'è qui in questo momento, su cosa è presente. Permettere che la consapevolezza

e l'attenzione gentile e compassionevole si orientino verso l'esplorazione interiore della natura delle sensazioni fisiche, emotive e cognitive che si rivelano nel presente è un tema centrale e importante nei programmi MBSR e MBCT, così come l'articolazione esteriore di questo processo. L'insegnante di MBSR e MBCT incoraggia i partecipanti del gruppo a incontrare il luogo del "non sapere", dove il significato si svela momento per momento, senza cercare di "mettere a posto" o dare una forma all'essenza di ciò che sperimentiamo. L'insegnante offre e incoraggia una conversazione flessibile che può svelare il dispiegarsi della natura di ciò che accade nella stanza, piuttosto che la ricerca di risposte, di chiusure o la richiesta di qualcosa da trovare.

Attraverso una pratica di consapevolezza *mindfulness* pensata per essere realizzata in un contesto relazionale, è possibile comprendere, esplorare e ridurre lo stress che viviamo nelle nostre relazioni. La *mindfulness* interpersonale unisce l'esperienza dei protocolli MBSR con l'esperienza dell'*insight dialogue*, estensione della pratica personale, silenziosa, nella sfera interpersonale nata da Gregory Kramer (2007), fondatore della Metta.org. La tecnica, le qualità coltivate e l'intenzioni fanno parte della tradizione vipassana theravada e sono *Sati*, la consapevolezza, *Samadhi*, la concentrazione e *Samma Dinnhi*, la giusta visione. Queste qualità sono portate nel coinvolgimento relazionale. Così come siamo attenti ai dati della percezione sensoriale durante la vipassana silenziosa sperimentata nei ritiri, così possiamo attentamente esplorare le parole che gli altri ci dicono, attraverso i segnali non verbali che accompagnano la comunicazione verbale. L'*insight dialogue* è tentativo di passare dall'identificazione con un Sè solido, ristretto e limitato, alla consapevolezza della necessità di cogliere e rispettare l'interdipendenza che è frutto della relazione.

3.3.5.1.3 Un impegno esperienziale

Il potenziale di trasformazione della pratica di *mindfulness* è a disposizione dei partecipanti a condizione che si viva con la pratica e si utilizzino i fondamenti attitudinali in modo attivo nel tessuto stesso della propria vita: «affinché il gruppo o il programma nel suo insieme acquisiscano significato e vitalità, è necessario che la persona che lo trasmette faccia uno sforzo per incarnare la pratica nella sua vita e insegni dalla sua stessa esperienza e saggezza, non come in un ricettario di teorie fuori

moda e fuori dalla mente razionale. [...] Chiediamo ai nostri pazienti solo ciò che chiediamo a noi stessi in misura maggiore, momento per momento, giorno dopo giorno» (Kabat-Zinn & Santorelli, 1996). Attraverso l'esperienza personale e quotidiana nella pratica di *mindfulness* è possibile uscire dalla modalità del "fare", per entrare nella modalità dell'"essere", andando verso tutte le sensazioni, così come sono in questo momento. Si tratta di un processo profondo, nel quale ci si occupa e si considera ciò che c'è. Si tratta di una pratica non facile, che richiede costanza e concentrazione per rivelare con gentilezza quando l'attenzione si allontana dal momento presente e implica un'intenzione gentile e consapevole di ritornare all'impegno di essere presenti in ogni momento con pazienza, cordialità e apertura.

4. Studio longitudinale sulla formazione al rapporto medico-paziente: la ricerca

Dal 2003 è operativo il *Multimedia Health Communication Laboratory* (MHCL), ubicato presso la struttura Villa Serena (U38) in Monza, diretto dal Prof. Rezzonico e articolato in due sezioni: la sezione di Psicologia di cui è responsabile la Prof.ssa Strepparava e la sezione di Igiene e Medicina Preventiva di cui è responsabile la Dott.ssa Chiara Bonazzi. Il laboratorio ha attivato una convenzione e collaborazione con la Facoltà di Scienze della Comunicazione dell'Università della Svizzera Italiana, con l'Università di Edimburgo e con il Centro Studi "Carlo Perris" che svolge attività di ricerca e raccolta dei più recenti aggiornamenti scientifici in tema di disturbi della personalità, formazione di operatori sanitari, ricerca sugli esiti del trattamento riabilitativo e terapeutico svolto dalla Comunità Terapeutica "Villa Ratti" per il trattamento residenziale dei disturbi di personalità. Vi è inoltre una regolare attività di collaborazione con il Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione "Riccardo Massa" dell'Ateneo Bicocca e con la fondazione PANDA Onlus, un'associazione no-profit nata nel 2006 per la prevenzione e il trattamento del disagio psicosociale della donna in gravidanza, della puerpera e della mamma con bambini piccoli. Il laboratorio è aperto come sede di tirocinio agli studenti delle facoltà di Medicina, Psicologia e Scienze della Formazione dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

L'attività di ricerca del gruppo copre le aree della psicologia clinica (*Health Psychology*) e della *Health Communication*, sia di base che applicate: psicologia ospedaliera e di comunità, disturbi alimentari psicogeni in adulti, adolescenti ed età evolutiva, formazione degli insegnanti e promozione della salute, formazione alla psicoterapia e valutazione dell'efficacia degli interventi in ambito cognitivista, studi sulle differenze di personalità; al laboratorio fa capo, inoltre, la linea di ricerca che inerisce alla formazione alla relazione e alla comunicazione con il paziente destinata agli studenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e delle professioni sanitarie. Il monitoraggio della sensibilità empatica è stato ed è tutt'ora l'oggetto di studio di numerose ricerche internazionali e, in linea con l'orientamento attuale delle ricerche del settore, anche presso il MHCL è in corso lo studio dei processi di formazione alla

relazione medico-paziente per capire quanto l'atteggiamento empatico e *patient-centred* dello studente di medicina sia legato a caratteristiche psico-attitudinali, al percorso formativo professionalizzante, piuttosto che all'effetto sinergico di questi due aspetti. La formazione avviene sia attraverso lezioni frontali che, soprattutto, attraverso i corsi elettivi (aperti agli studenti dell'intera Facoltà) ed esercitazioni che si basano sull'apprendimento per immersione e utilizzano tecniche quali la discussione di gruppo, le narrative e la loro analisi, i *role-playing* e l'analisi delle videoregistrazioni. Lo scopo dei suddetti corsi, con le loro specifiche peculiarità, è quello di far comprendere allo studente l'importanza della relazione con il paziente come elemento fondamentale dell'intervento clinico, fargli riconoscere il proprio stile relazionale per una migliore comunicazione in ambito sanitario ed una migliore capacità di ascolto attraverso l'esperienza diretta; fargli acquisire la capacità di utilizzare in modo adeguato le tecniche comunicative, mostrargli la complessità psicologica di un colloquio medico e il suo valore come strumento di intervento e cambiamento; ed infine, promuovere nello studente il riconoscimento delle proprie motivazioni, atteggiamenti ed emozioni nel corso del colloquio medico-paziente e l'importanza della dimensione soggettiva dell'esperienza di malattia e l'impatto emotivo sul paziente.

A partire da un'approfondita e continuativa indagine bibliografica della letteratura internazionale, è stata progressivamente costituita una batteria di questionari finalizzati alla valutazione e al monitoraggio dell'andamento delle variabili di interesse durante il percorso universitario, tra le quali, le informazioni socio-demografiche degli studenti immatricolati alla Facoltà di Medicina e Chirurgia; la loro rappresentazione della relazione medico-paziente in termini di empatia (JSPE-S: Hojat et al., 2001; IRI: Davis, 1980; 1983) e centratura sulla persona piuttosto che sulla malattia (PPOS: Krupat et al., 2000a); profili valoriali (PVQ: Schwartz et al., 2001; Schwartz, 2003; Capanna et al., 2005), di personalità (BFQ: Caprara et al., 1993; 2000) e di autoefficacia; le motivazioni che hanno spinto lo studente alla scelta della formazione in Medicina e le aspettative circa gli aspetti della futura professione medica; la presenza di eventuali sintomi di disagio e problematiche psicologiche (SCL-90-R: Derogatis, 1977; Sarno et al., 2011; GHQ-12: Goldberg & Williams, 1988;

Piccinelli et al., 1993); lo stile del proprio attaccamento adulto (ASQ: Feeney et al., 1994; Fossati et al., 2007); i livelli di *mindfulness* disposizionale (FFMQ: Baer et al., 2006; Giovannini et al., 2014), di regolazione emotiva (DERS: Gratz & Roemer, 2004; Sighinolfi et al., 2010) e le connesse strategie di *coping* (COPE-NVI: Sica et al., 2008). Inoltre, è stato possibile utilizzare buona parte dei suddetti strumenti per promuovere negli studenti, nell'ambito dei corsi di formazione curricolari, la riflessione sulle tematiche indagate e acquisire maggiore consapevolezza sul proprio atteggiamento nei confronti della dimensione relazionale dell'esercizio della professione medica. L'ampliamento graduale della batteria di questionari nel corso del tempo è la conseguenza, da una parte del continuativo approfondimento delle teorie relative alla relazione tra medico e paziente finalizzata alla ricerca di ulteriori strumenti e al perfezionamento di metodologie atte ad indagare questo rapporto e, dall'altra, alla partecipazione dell'Ateneo di Milano-Bicocca allo studio longitudinale sul benessere e le attitudini degli studenti di Medicina promosso dall'A.A. 2013/2014 dalla Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM di Medicina e Chirurgia, di cui sono stati mutuati alcuni strumenti (Tabella 4.1).

Tabella 4.1 – Composizione del protocollo di ricerca nei diversi anni accademici

	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016
JSPE-S [†]	•	•	•	•	•	•
PPOS [†]	•	•	•	•	•	•
IRI ^{†*}		•	•	•	•	•
FFMQ [†]			•	•	•	•
ASPETTI LAVORATIVI ^{†*}			•	•	•	•
MOTIVAZIONI ^{†*}			•	•	•	•
INFO SOCIO-DEMOGRAFICHE ^{†*}				•	•	•
BFQ-40 ^{†*}				•	•	•
PVQ				•	•	•
SELF EFFICACY ^{†*}				•	•	•
SCL-90-R ^{†*}				•	•	•
DERS				•	•	•
ASQ					•	•
GHQ-12					•	•
COPE-NVI					•	•

Note: † = questionari analizzati nel presente lavoro di ricerca; * = questionari previsti dal progetto "Accesso a Medicina".

4.1. Selezionare gli studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia: alcune riflessioni per una discussione ancora aperta

4.1.1 Obiettivi

La letteratura che negli ultimi anni ha indagato il ruolo dei fattori non cognitivi nel successo accademico e professionale in ambito medico è molto ampia (Adam et al., 2012; Al-Naim et al., 2016; Al Shawwa et al., 2015; Hojat et al., 2002; Khan et al., 2013; Lievens et al., 2002; Nayak, 2016; Trucchia et al., 2013). Richardson, Abraham e Bond (2012), ad esempio, sostengono che, oltre a fattori prettamente cognitivi, vi siano altri 42 costrutti psicologici che possono influire sulla *performance* accademica, riconducibili alle seguenti aree: (a) tratti di personalità, (b) fattori motivazionali, (c) strategie di apprendimento auto-regolatorie, (d) approcci all'apprendimento e (e) influenze del contesto psicosociale. L'individuazione di predittori non cognitivi e dei relativi risultati di apprendimento appare inoltre di particolare rilievo perché le dimensioni non cognitive sono potenzialmente più soggette a modificazioni rispetto alle abilità strettamente intellettive e altrettanto precocemente valutabili all'interno di un percorso di studi superiore come quello di formazione universitaria (Patterson et al., 2016b).

Il progetto sull'Accesso a Medicina nasce infatti dalla considerazione che, nonostante la formazione medica abbia, a tutti i livelli, forti connotazioni psicologiche, relazionali e sociali, l'attuale sistema italiano di selezione dei candidati da ammettere ai corsi di studio in Medicina e Chirurgia si basa, però, su una prova esclusivamente "cognitiva", che non tiene conto di quelle caratteristiche "non cognitive", come gli interessi e le inclinazioni individuali, che potrebbero, invece, avere un ruolo fondamentale nella formazione di un medico.

Per trovare ulteriori possibili criteri che possano contribuire ad una più accurata selezione dei candidati è stato però necessario avviare uno studio preliminare (uno studio pilota) che consiste nel seguire più coorti di studenti dall'inizio del loro percorso formativo, al momento del test di ammissione, fino al momento della laurea e dell'accesso alle specialità, monitorando i cambiamenti e le caratteristiche individuali

che consentono di fronteggiare al meglio i diversi momenti di difficoltà e di stress che si possono presentare nel corso degli studi medici e che intervengono nel caratterizzare e differenziare gli esiti formativi nel percorso di studio professionale di un medico capace di curare (*to cure*), ma anche di “prendersi cura” (*to care*) dei suoi pazienti.

4.1.2 Metodologia

4.1.2.1 Partecipanti

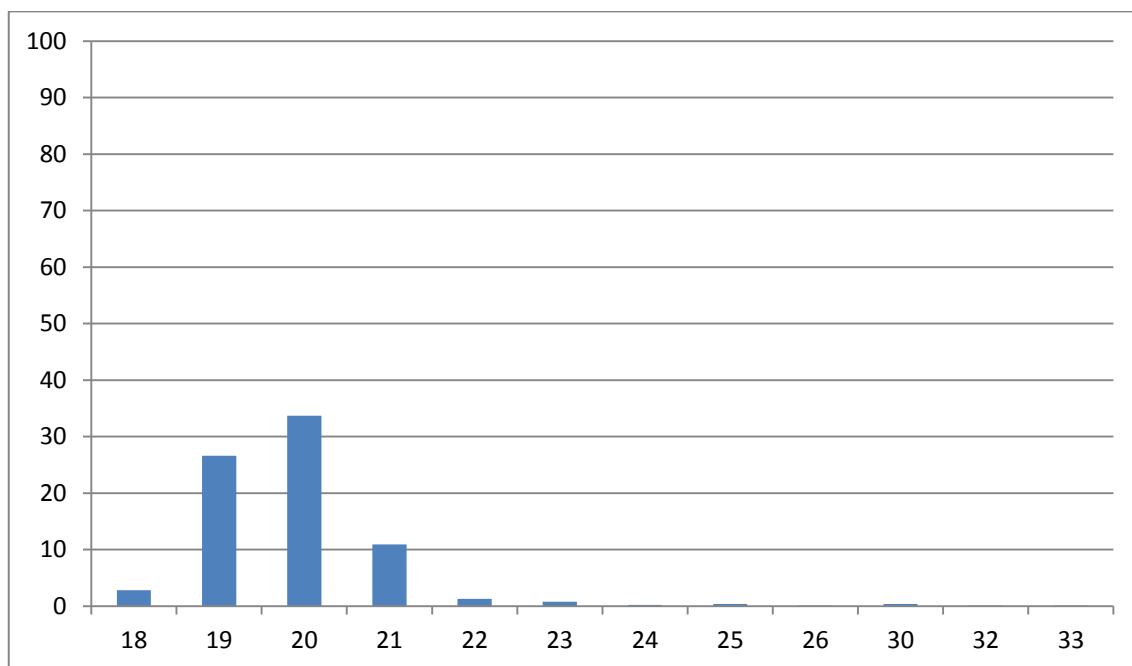
Presso la sede di Milano-Bicocca, dall’anno accademico 2013/2014 all’anno accademico 2015/2016, hanno partecipato alla compilazione della prima batteria di questionari 437 studenti (Tabella 4.2), ma solo 401 (91.8%) studenti hanno compilato integralmente il protocollo (ALLEGATO 1).

Tabella 4.2 – Numerosità e composizione di genere del campione nei diversi anni accademici presi in considerazione

	2013/ 2014	2014/ 2015	2015/ 2016	TOTALE
MASCHI	65	77	69	211
FEMMINE	86	75	65	226
TOTALE	151	152	134	437

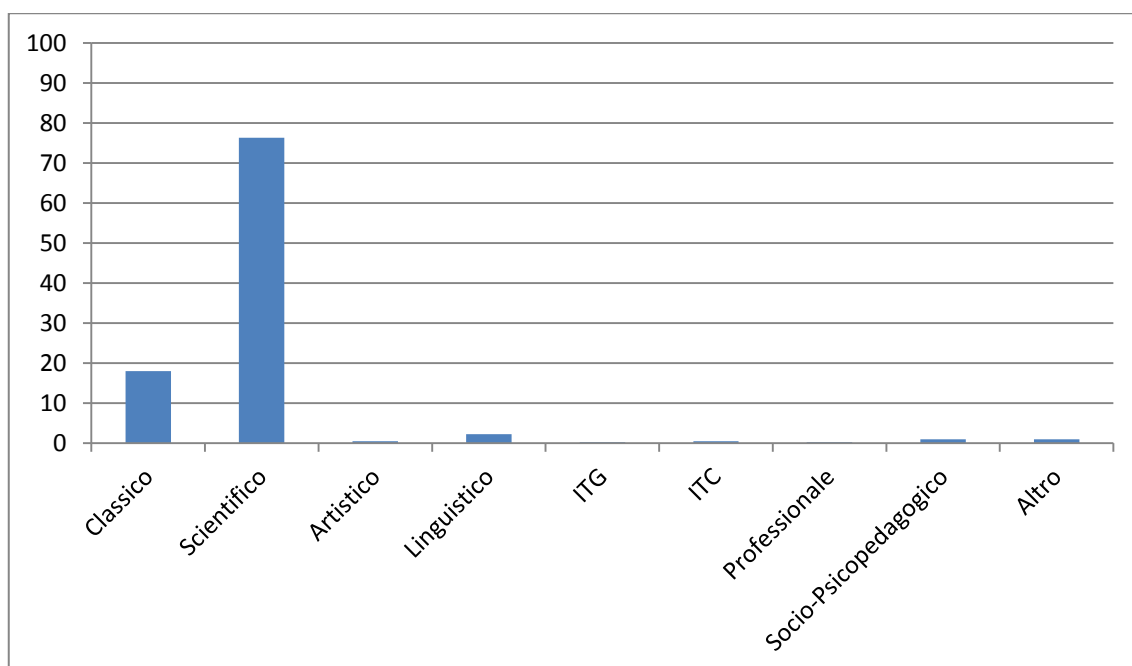
La maggioranza dei partecipanti era di età compresa tra i 18 e i 21 anni (Grafico 4.1).

Grafico 4.1 – Percentuali relative all'età dei partecipanti



Circa il 52% del campione è di sesso femminile. Come evidenziato nel Grafico 4.2, la maggior parte dei ragazzi ha frequentato il Liceo Scientifico (circa il 76%), mentre il 18% proviene dal Liceo Classico. Il punteggio medio all'esame di maturità è stato di 89.04 centesimi (ds = 9.961).

Grafico 4.2 – Percentuali relative al diploma di maturità conseguito dagli studenti



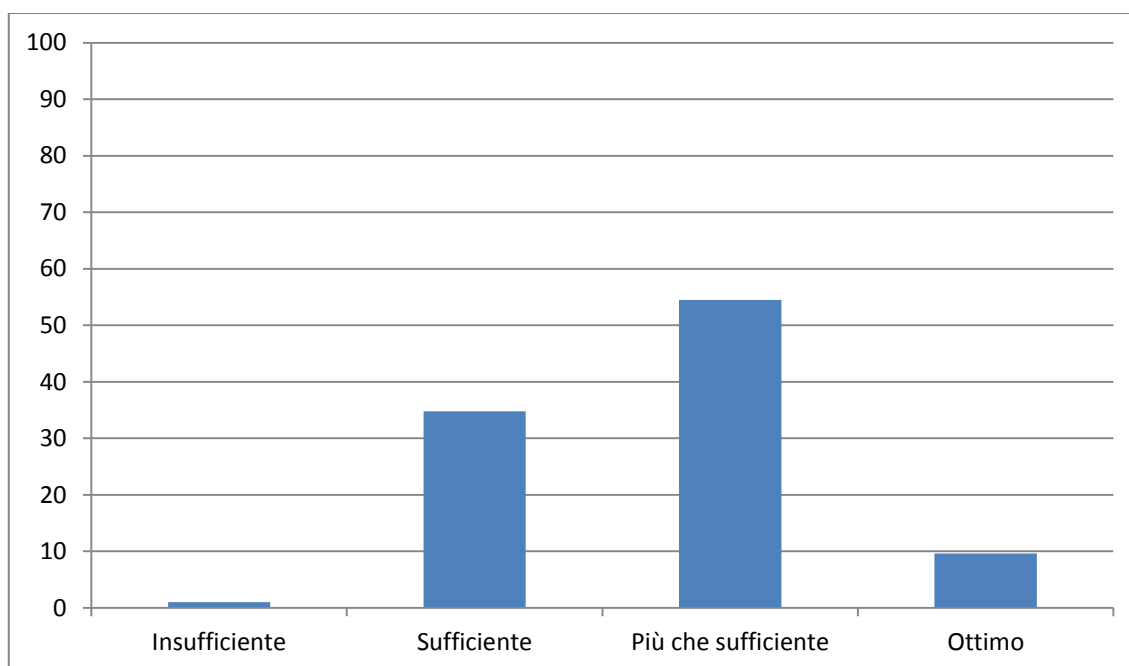
Gli studenti hanno conseguito il diploma di maturità in larga maggioranza lo stesso anno e quello prima rispetto a quello di immatricolazione alla Facoltà di Medicina (Tabella 4.3).

Tabella 4.3 – Frequenze relative all’anno di conseguimento del diploma di maturità

	Anno del diploma di maturità										
	2001	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
2013/2014	0	1	1	0	0	1	3	34	98	–	–
2014/2015	0	0	0	1	1	2	1	6	27	88	–
2015/2016	1	0	0	1	0	0	0	2	5	30	94

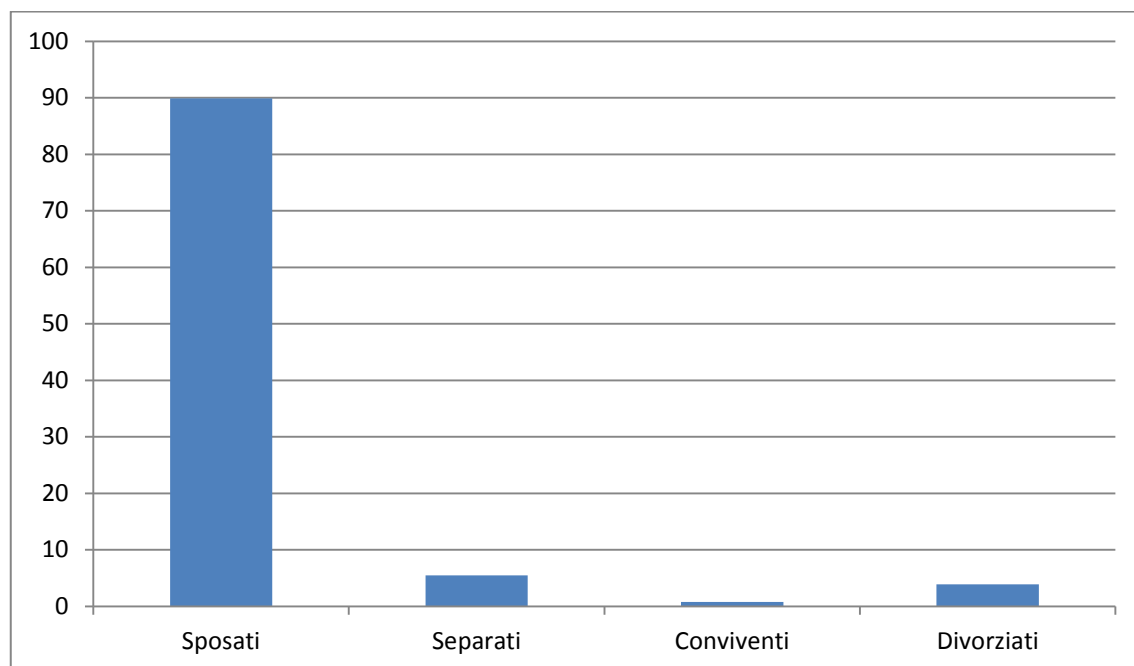
Prima dell’anno accademico di immatricolazione, il 30% degli studenti ha avuto altre esperienze universitarie. Più specificamente, circa il 26% di essi aveva sostenuto l’anno precedente la prova di ingresso a un CdL in Medicina e Chirurgia. Al momento della compilazione del questionario, circa il 12% degli studenti lavorava contemporaneamente ai propri impegni di studio, sebbene quest’ultimo rivestisse comunque l’attività principale. La quasi totalità degli studenti erano, inoltre, celibi o nubili. La grande maggioranza dei ragazzi che hanno compilato il questionario riteneva sufficiente o più che sufficiente il proprio reddito familiare (Grafico 4.3).

Grafico 4.3 – Percentuali relative al giudizio sul reddito familiare



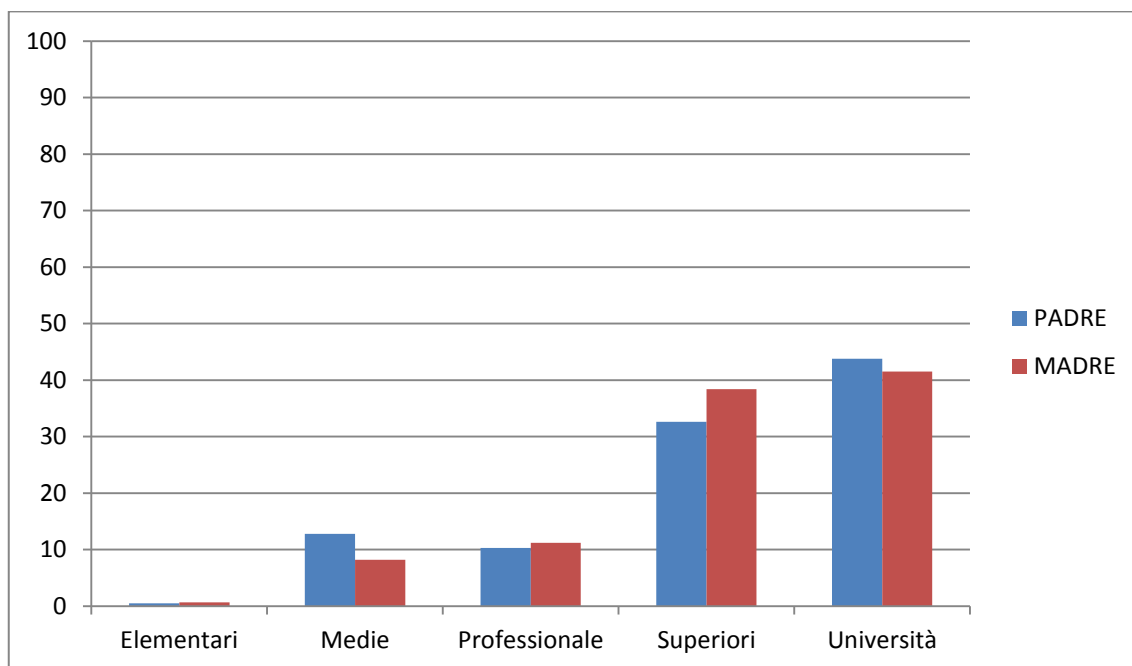
Tendenzialmente, gli studenti hanno il padre (età media = 53.29 anni, ds = 6.53) più anziano della madre (età media = 50.72 anni, ds = 5.296). Lo stato civile genitoriale è prevalentemente rappresentato dalla categoria dei coniugi attualmente sposati (circa il 90% dei casi), mentre i genitori divorziati sono circa il 4% dei casi (Grafico 4.4).

Grafico 4.4 – Percentuali relative allo stato civile dei genitori



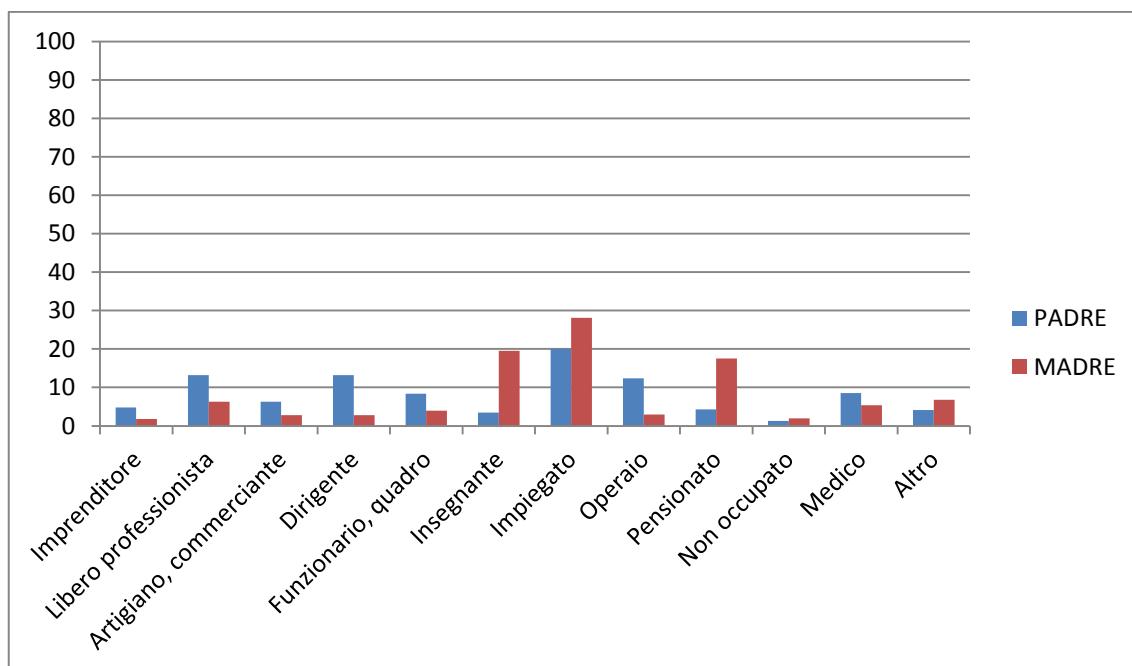
La maggioranza dei genitori degli studenti ha conseguito almeno un diploma di maturità (Grafico 4.5). Da un punto di vista meramente descrittivo, le madri risultano avere complessivamente un grado di istruzione leggermente più elevato dei rispettivi coniugi.

Grafico 4.5 – Percentuali relative al grado di istruzione dei genitori



I padri degli studenti sono prevalentemente impiegati, dirigenti e liberi professionisti, mentre le professioni maggiormente rappresentate nelle madri sono l'impiegata, l'insegnante e la casalinga (Grafico 4.6); complessivamente, circa il 13% dei genitori degli studenti svolge la professione di medico. Infine, oltre l'80% degli studenti che hanno risposto al questionario ha almeno un fratello o una sorella.

Grafico 4.6 – Percentuali relative alla professione dei genitori



4.1.2.2 Strumenti

Questionario motivazionale

In un recente studio (McManus et al., 2006) si sostiene che la maggior parte degli studenti che frequentano le Facoltà Mediche non sa perché ha scelto il proprio percorso di studi, cosa gli interessi della medicina e soprattutto cosa gli piaccia dell'essere medico e nel praticare la medicina. La consapevolezza circa le motivazioni che portano a scegliere questo percorso di studi e il modo in cui tale motivazione viene articolata è uno dei criteri utilizzati nel *Multiple Mini-Interview* (MMI), un nuovo protocollo di selezione per i candidati che intendono frequentare la Facoltà di Medicina alla McMaster University (Eva et al., 2004), che si è rivelato essere un ottimo predittore delle successive prestazioni cliniche (Eva et al., 2004; Eva et al., 2009), dei livelli di professionalità (Reiter et al., 2007) e infine delle competenze relazionali (Reiter et al., 2007; Hofmeister et al., 2009). Si è scelto quindi di somministrare un questionario creato *ad hoc* per questa ricerca in modo da permettere agli studenti di riflettere in modo più accurato sul percorso che li ha condotti a intraprendere questa tipologia di studi e sulle aspettative che nutrono rispetto alla professione medica.

La scala utilizzata per la rilevazione delle aspettative sulla professione, composta da 10 item, si propone di valutare il grado con cui lo studente aspetta che il lavoro di medico sia caratterizzato da alcuni particolari aspetti. In particolare, è stato chiesto allo studente di valutare quanto ritiene che il lavoro di medico sia caratterizzato da 4 aspetti: caratteristiche negative sia di tipo strutturale (per esempio, la burocratizzazione della professione) che quelli legati ad aspetti di salute (per esempio, la pesantezza del lavoro), da aspetti legati al proprio coinvolgimento emotivo (per esempio, l'impotenza di fronte alla morte e alla malattia) e da caratteristiche legate all'utilità sociale della professione (per esempio, l'aiuto agli altri). La scala sulle caratteristiche motivazionali, invece, composta da 24 item, si propone di valutare in che misura alcune motivazioni spingano la persona a studiare per diventare medico. In particolare, è stato chiesto allo studente di valutare quanto alcune ragioni siano alla base della sua volontà di intraprendere tale percorso di studio, distinguendo tra motivazioni legate alla mancanza di alternative per il futuro (legate, per esempio, al

mancato accesso ad altre facoltà), all'altruismo (legate, per esempio, alla volontà di spendere la propria carriera per l'aiuto degli altri) all'opportunità (legate, per esempio, alla possibilità di fare carriera in tale ambito professionale).

Big Five Questionnaire (BFQ-40)

La personalità è uno dei tanti fattori che influenzano l'empatia nel contesto di cura del paziente (Hojat et al., 2005b). Nella letteratura internazionale sono presenti studi, sia longitudinali che cross-sezionali, che indicano traiettorie di sviluppo sia negative (Pedersen, 2009; Neuman et al., 2011) che positive (Magalhães et al., 2011) dei livelli di empatia negli studenti di medicina durante la loro formazione universitaria. Per capire come l'empatia può essere migliorata durante la formazione medica, è necessario quindi chiarire l'associazione tra le dimensioni di personalità e l'empatia, operazione che richiede l'adozione di una cornice teorica della personalità che presenti una robusta validità interculturale (Magalhães et al., 2012).

Nell'ambito della psicologia dei tratti, negli ultimi 35 anni il modello dei Cinque Grandi Fattori (Digman, 1990) si è imposto all'attenzione degli psicologi perché in grado di conciliare le diverse classificazioni proposte da autori di diversa impostazione. Il Modello dei Cinque Grandi Fattori (*Five-Factor Model; FFM*), fornisce una tassonomia esaustiva e al tempo stesso parsimoniosa dei tratti fondamentali che caratterizzano la personalità individuale ed è in grado di contare sul consenso di un ampio gruppo di studiosi (Caprara & Gennaro, 1994). Estroversione, Amicalità, Coscienziosità, Nevroticismo e Apertura all'Esperienza costituiscono le cinque dimensioni basilari della personalità, in grado di sintetizzare con la massima efficienza la covariazione tra i tratti principali che caratterizzano la sfera della personalità (Costa & McCrae, 1992). Come suggeriscono Caprara, Barbaranelli e Borgogni (2000), tali dimensioni si pongono ad un livello di generalità intermedio rispetto ai modelli che fanno riferimento a poche dimensioni estremamente generali, come i tre superfattori di Eysenck (Eysenck & Eysenck, 1975), e rispetto ai modelli che prevedono un maggior numero di dimensioni di portata più specifica, ma di minore generalizzabilità, come i sedici fattori di Cattell (Cattell et al., 1970), i tredici di Guilford (1975) e gli otto di Comrey (1970). Il Modello dei Cinque Grandi Fattori è il risultato degli studi provenienti dalla tradizione di ricerca

psicolessicale, che utilizza i termini presenti nel vocabolario per la descrizione della personalità e delle differenze individuali (Allport & Odbert, 1936). Secondo l'ipotesi della sedimentazione linguistica, le differenze individuali più rilevanti entrano a far parte nel linguaggio naturale e vengono codificate in parole di uso comune (Goldberg, 1981). In particolare, gli aggettivi che descrivono la personalità umana sono funzionali allo sviluppo e al mantenimento delle relazioni sociali; essi si depositano nel lessico che la gente quotidianamente impiega e vengono trasmessi da una generazione all'altra tramite i processi di socializzazione (Caprara & Barbaranelli, 2000). Il primo tentativo di sistematico di classificazione dei termini usati per la descrizione della personalità risale ad Allport e Odbert (1936): negli anni trenta i due autori hanno selezionato dal vocabolario circa 18000 descrittori della personalità, raggruppabili in diverse categorie, connesse a vari aspetti della persona, tra cui i termini che indicano i tratti stabili della personalità, i termini associati allo stato d'animo o all'umore, i termini che si riferiscono alle attività correnti, i termini valutativi della persona, i termini che si riferiscono a caratteristiche fisiche e quelli relativi ai ruoli sociali (Norman, 1967). Questa lista è stata ripresa in seguito da Cattell (1943), che si è focalizzato su 4504 termini riferibili ai tratti stabili della personalità. Tramite una serie di analisi fattoriali, Cattell ha identificato 12 fattori bipolari, che successivamente ha incluso nel *Sixteen Personality Factors Questionnaire* (16PF; Cattell et al., 1970). Negli anni seguenti altri autori, prima Fiske (1949) poi Norman (1963) e Tupes e Christal (1961), hanno utilizzato la stessa lista nel tentativo di replicare la struttura fattoriale ipotizzata da Cattell; sorprendentemente, tuttavia, i risultati dei vari studi convergono nell'individuare una struttura più ridotta composta da 5 dimensioni, definite da Norman (1963) come Sorgenza, Gradevolezza, Coscienziosità, Stabilità Emotiva e Cultura, e successivamente etichettate da Goldberg (1990) come "*Big Five*". Questi studi inaugurarono un vero e proprio filone di ricerca, che prese il nome di approccio psicolessicale. L'utilizzo del lessico nello studio della personalità si diffuse largamente negli anni '80 grazie soprattutto al contributo di alcuni autori, tra cui Goldberg (1981; 1982) e Peabody (1984; 1987). Un orientamento diverso allo studio dei tratti si basa sull'analisi dei questionari di personalità e prende il nome di "approccio fattorialista". Costa e McCrae (1985) hanno sviluppato un questionario per la misura dei cinque fattori (il NEO-PI) e ne hanno esaminato le relazioni con i principali

questionari di personalità, come il *Personality Research Form* (PRF; Jackson, 1967), l'*Interpersonal Adjective Scales* (IAS; Wiggins, 1979), il *Mayers-Briggs Type Indicator* (MBTI; Myers & McCaulley, 1985), il *Guilford Zimmerman Temperament Survey* (GZTS; Guilford et al., 1976) e il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI; Hathaway & McKinley, 1943). Altri studiosi hanno riesaminato la struttura fattoriale dei questionari di personalità più diffusi e conosciuti, tra cui il 16PF (Gerbing & Tuley, 1991), l'*Edwards Personal Preference Schedule* (Piedmont et al., 1992), l'EPQ (Goldberg & Rosolack, 1993) e il *California Psychological Inventory* (McCrae et al., 1993). In tutti questi casi è stato possibile ricondurre i vari sistemi all'interno del modello prefigurato dai *Big Five*: Estroversione, Amicalità, Coscienziosità, Nevroticismo e Apertura all'Esperienza sono assimilabili alle dimensioni che caratterizzano la maggior parte degli strumenti di personalità (Caprara & Cervone, 2003). I *Big Five* sono emersi da numerosi studi, sia cross-sezionali che longitudinali, in entrambi i sessi e in differenti età (Barbaranelli et al., 2002; Digman & Inouye, 1986; Goldberg, 1990), in diverse culture e gruppi etnici (Borkenau & Ostendorf, 1990; Yang & Bond, 1990; McCrae & Costa, 1987; Trapnell & Wiggins, 1990), attraverso differenti osservatori (Barbaranelli & Caprara, 2000; Borkenau & Ostendorf, 1990) e strumenti di misura (questionari standardizzati e liste di aggettivi). Inoltre, negli anni '80 si assiste ad una rapida diffusione del Modello dei Cinque Fattori in diversi contesti applicativi, dall'educazione (Graziano & Ward, 1992; John et al., 1994) alla psicologia clinica (Widiger, 1993), fino a quando, nei primi anni '90, i ricercatori hanno iniziato ad adottare questo modello anche nel contesto organizzativo (Hurtz & Donovan, 2000).

Nell'estensione locale del progetto multicentrico promosso dalla Conferenza dei Presidenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia è stata utilizzata una versione ridotta del *Big Five Questionnaire* (BFQ; Caprara et al., 1993; 2000), variante contenuta nel questionario di autovalutazione "Conosci Te Stesso" realizzato e validato nel 1997 dal Prof. Gian Vittorio Caprara e dal Prof. Claudio Barbaranelli della Facoltà di Medicina e Psicologia, dell'Università Sapienza di Roma, come strumento utile per le attività di orientamento pre-universitario. Il BFQ è un questionario sviluppato per misurare i Cinque Grandi Fattori nel contesto italiano. La versione del BFQ adottata in questa ricerca è composta da 40 item a scelta multipla su scala a 5 passi, da completamente

falso per me (1) a completamente vero per me (5). Lo strumento si articola in cinque dimensioni principali composte da 8 item ciascuna (Tabella 4.4):

- Energia (E): rappresenta la dimensione tradizionalmente più indagata nell'ambito degli studi sulle differenze individuali. Con il termine Energia (o Sorgenza o Estroversione), la maggior parte degli autori fa riferimento ad una spiccata propensione all'attività, all'energia, alla dominanza, alla capacità di imporsi e di affermare il proprio punto di vista, anche se la caratteristica che sembra cogliere più di tutti l'essenza dell'Energia è la socievolezza.
- Amicalità (A): è una dimensione che assume una connotazione eminentemente interpersonale. Secondo Wiggins (1996) la componente principale dell'Amicalità (o Gradevolezza) è l'altruismo. Questa dimensione della personalità fa riferimento ad aspetti quali l'empatia, il saper venire incontro alle necessità e agli stati di bisogno degli altri, l'affidabilità, la capacità di cooperare, la fiducia e l'apertura nei confronti degli altri. Le persone amicali tendono dunque a presentarsi come particolarmente cordiali, amichevoli, affabili e generose.
- Coscienziosità (C): fa riferimento a caratteristiche quali l'affidabilità, la scrupolosità, la persistenza e la tenacia. Alcuni autori enfatizzano soprattutto la componente inibitoria, relativa al controllo degli impulsi e del comportamento, che si manifesta nella tendenza alla riflessività, alla disciplina e al senso del dovere. Altri autori enfatizzano soprattutto la componente proattiva, relativa alla perseveranza, all'impegno e all'ambizione.
- Stabilità Emotiva (S): è la dimensione che, assieme all'Energia, più spesso è stata inclusa nei questionari per la misura della personalità; molti strumenti, infatti, hanno avuto origine in ambito clinico, dove gli psicologi sono interessati principalmente allo studio delle psicopatologie. Può essere definita come la propensione a non sperimentare ansia, vulnerabilità e irritabilità. Alcuni autori preferiscono caratterizzare questo fattore utilizzando l'etichetta Nevroticismo, con cui si fa riferimento a caratteristiche sostanzialmente antagoniste a quelle associabili alla Stabilità Emotiva, quali insicurezza, stati ansiosi e depressivi, irritabilità e preoccupazione.

- Apertura Mentale (M): è il fattore probabilmente più controverso. Tale disaccordo si riflette nelle differenti definizioni che, nel corso degli anni, autori diversi hanno attribuito al fattore e alle sue diverse sfaccettature. Originariamente etichettata da Norman (1963) come “Cultura”, questa dimensione fa riferimento a caratteristiche quali la creatività, la curiosità, la razionalità e l’acutezza, tanto che alcuni autori si riferiscono ad essa con il termine “Intelletto” (Goldberg, 1990). Questo fattore fa riferimento anche ad aspetti relativamente indipendenti dall’abilità mentale, quali la sensibilità estetica, il bisogno di varietà o la preferenza per i sistemi di valore liberali.

Tabella 4.4 – Tabella riassuntiva del BFQ-40

	N° ITEMS	PUNTEGGIO ITEM	RANGE PUNTEGGIO	INTERPRETAZIONE DEL PUNTEGGIO
ENERGIA	8	1-5	8-40	Punteggi più elevati denotano una maggiore presenza del tratto
AMICALITÀ	8	1-5	8-40	
COSCIENZIOSITÀ	8	1-5	8-40	
STABILITÀ EMOTIVA	8	1-5	8-40	
APERTURA MENTALE	8	1-5	8-40	

Questionario di valutazione dell’Autoefficacia Percepita

Il costrutto di “autoefficacia percepita” si iscrive in una teoria che prende in esame i fondamenti social-cognitivi del pensiero e dell’azione e trova nell’opera di Bandura i fondamenti teorici, i sostegni empirici e sperimentali e l’elaborazione più compiuta (Bandura, 1986; 2000). La teoria costituisce uno degli sviluppi più fecondi della teoria dell’apprendimento sociale di cui conserva l’enfasi sulle determinanti sociali della personalità, e di cui rappresenta un superamento per la centralità che assumono in essa i processi cognitivi e autoreferenziali nel quadro di un nuovo paradigma: il determinismo reciproco triadico. Secondo il nuovo paradigma ogni manifestazione psichica è sempre la risultante di un reciproco determinarsi di persona, situazione e comportamento, che assume forme diverse nel corso della vita e nelle diverse circostanze. La teoria postula che è proprietà fondamentale della mente umana concorrere attivamente allo sviluppo di se stessa cercando e creando le

occasioni che maggiormente possono metterne alla prova e realizzarne il potenziale. Capacità di simbolizzazione, di apprendimento vicario (inteso come la capacità di apprendere dall'esperienza altrui, ovvero dall'osservazione di ciò che accade agli altri), di autoregolazione, di riflessione sulla propria esperienza e sugli esiti della propria condotta, di anticipazione, di comunicazione simbolica, di selezione e trasformazione dell'ambiente estendono enormemente la possibilità di esercitare un controllo personale sulla propria vita.

Su queste premesse è maturata la teoria che riconosce nelle convinzioni di autoefficacia formidabili indicatori della capacità del soggetto di orchestrare al meglio il proprio rapporto con la realtà, traendo il massimo vantaggio dalle sue potenzialità e dalle opportunità ambientali. L'autoefficacia percepita (*perceived self efficacy*) corrisponde ad un sistema differenziato di convinzioni (*beliefs*) che l'individuo ha di essere capace di dominare specifiche attività, situazioni o aspetti del proprio funzionamento psicologico e sociale (*capabilities*) e di produrre specifici risultati (*attainments*; Bandura, 1996; 2000). Si tratta, perciò, di percezioni e di convinzioni che rispecchiano le proprietà della persona di riflettere su se stessa e di imparare dall'esperienza (Caprara, 2001). Le convinzioni di efficacia personale non corrispondono a tratti, cioè ad ampie disposizioni ad agire in modi suscettibili di essere aggregati secondo il criterio della somiglianza degli effetti o dei fini perseguiti, e non corrispondono neppure a motivi, desideri o scopi, ma costituiscono un set differenziato di convinzioni su di sé, connesse a distinti ambiti di funzionamento (Bandura, 2001). Le convinzioni di efficacia, credenze che si costruiscono e stabilizzano entro l'adolescenza (Flammer, 1995), verosimilmente determinano le disposizioni e le abitudini, dal momento che è improbabile che le persone si rendano inclini o si abituino a tentare condotte, prove o situazioni che ritengono di non essere capaci di dominare, come è pure verosimile che esse influenzino le mete e le preferenze, dal momento che sarebbe incauto darsi obiettivi che travalicano le proprie capacità e che sarebbe, in definitiva, frustrante coltivare desideri comunque irrealizzabili.

Quindi, anche nell'ambito della relazione medico-paziente, pare plausibile assegnare alla percezione della propria efficacia interpersonale e alla percezione della propria efficacia emotiva – intesa come la capacità di far fronte ad una varietà di

situazioni suscettibili di innescare diverse reazioni emotive, o, in altri termini, come la capacità di regolare i propri stati affettivi (Caprara et al., 2001) – una sinergica influenza sugli esiti sia formativi che professionali: è possibile ipotizzare che tanto più lo studente di medicina, nel corso della sua formazione universitaria, si percepisce efficace e competente nella regolazione emotiva e nella gestione delle relazioni interpersonali, tanto più sarà centrata sulle istanze del paziente la sua rappresentazione prima, e l'esercizio poi, della professione medica.

Non esistendo una misura generale e multi-uso dell'autoefficacia percepita, il questionario utilizzato nel presente studio è composto da 7 misure già collaudate, in grado di cogliere aspetti diversi dell'autoefficacia percepita (Tabella 4.5). Il questionario è costituito complessivamente da 45 item; le scale che compongono il questionario sono formate da un numero di item variabili; ogni item viene valutato su una scala a 5 posizioni e le alternative di risposta sono: 1 = per nulla capace; 2 = poco capace; 3 = mediamente capace; 4 = molto capace; 5 = del tutto capace:

- Autoefficacia Scolastica Percepita (AP_S): misura le convinzioni che i rispondenti hanno circa le loro capacità di regolare la propria motivazione e lo svolgimento delle attività scolastiche, di trovare supporto al proprio apprendimento e di trovare modalità di studio che lo favoriscono (Pastorelli & Picconi, 2001). La scala è costituita da 9 item.
- Autoefficacia Assertiva Percepita (AP_A): misura le convinzioni relative alle proprie capacità di esprimere in pubblico le proprie opinioni, emozioni e i propri punti di vista, facendo valere i propri diritti nel rispetto dei diritti altrui. La scala è costituita da 6 item.
- Autoefficacia Percepita nella Regolazione delle Emozioni Negative (AP_EN): misura le convinzioni relative alle proprie capacità di regolare adeguatamente le emozioni negative (Caprara & Gerbino, 2001). La scala è costituita da 11 item.
- Autoefficacia Empatica Percepita (AP_E): misura le convinzioni relative alle proprie capacità di riconoscere i sentimenti, le emozioni e le necessità degli altri (Caprara et al., 2001). La scala è costituita da 4 item.

- Autoefficacia Sociale Percepita (AP_SOC): misura le convinzioni relative alle proprie capacità di inserirsi facilmente, di sentirsi a proprio agio e di svolgere un ruolo proattivo in situazioni sociali, a volte nuove (Caprara et al., 2001). La scala è costituita da 6 item.
- Autoefficacia Regolatoria Percepita (AP_R): misura le convinzioni che il soggetto ha circa le proprie capacità di resistere alle pressioni esercitate su di lui dai pari per coinvolgerlo in attività a rischio (fumare, bere, violare il codice della strada, ecc.) (Pastorelli & Picconi, 2001). La scala è costituita da 4 item.
- Autoefficacia Percepita nella Soluzione di Problemi (AP_SP): misura le convinzioni che il soggetto ha circa le proprie capacità di affrontare e risolvere problemi in modo creativo, critico e innovativo (Pastorelli et al., 2001). La scala è costituita da 5 item.

Tabella 4.5 – Tabella riassuntiva del questionario sull’Autoefficacia Percepita

	N° ITEMS	PUNTEGGIO ITEM	RANGE PUNTEGGIO	INTERPRETAZIONE DEL PUNTEGGIO
ATTIVITÀ ACCADEMICHE	9	1-5	1-5 (media)	Punteggi più elevati denotano una maggiore convinzione di autoefficacia
ASSERTIVITÀ	6	1-5	1-5 (media)	
EMOZIONI NEGATIVE	11	1-5	1-5 (media)	
EMPATIA	4	1-5	1-5 (media)	
SOCIALITÀ	6	1-5	1-5 (media)	
AUTOREGOLAZIONE	4	1-5	1-5 (media)	
PROBLEM SOLVING	5	1-5	1-5 (media)	

Symptom Check List-90-R (SCL-90-R)

Nonostante l’importanza ben documentata nella letteratura internazionale dell’empatia medica e dell’impegno dei formatori a coltivare questa qualità nei loro studenti, studi precedenti suggeriscono che i livelli di empatia degli studenti diminuiscono durante la formazione medica (Diseker & Michielutte, 1981; Hojat et al., 2004) e che possono ulteriormente decrescere durante l’esperienza dell’internato (Bellini & Shea, 2005). Sulla base di queste evidenze provenienti da diversi studi

condotti in singoli istituti universitari, diversi studiosi hanno ipotizzato che sia lo stesso *curriculum* di studi a causare o a contribuire all'erosione dei livelli di empatia tra gli studenti di medicina (Diseker & Michielutte, 1981; Hojat et al., 2004; Tutton, 1996). Anche se altri autori hanno attribuito il declino dell'empatia a caratteristiche personali, allo stile di apprendimento (McManus et al., 2004), al bullismo (Silver & Glick, 1990; Elnicki et al., 2002) e al cinismo trasmesso attraverso il cosiddetto *hidden curriculum* (Hafferty & Franks, 1994; Hafferty, 1998), sono ancora da identificare le relazioni tra tutti questi fattori che contribuiscono a determinare questo fenomeno di impoverimento empatico nelle facoltà mediche (Thomas et al., 2007). Negli ultimi dieci anni, il malessere psicologico dei medici (*burnout*, depressione, ansia, stress) è stato riconosciuto come avente un'importante influenza sulle abitudini professionali (Ramirez et al., 1996; Firth-Cozens & Greenhalgh, 1997; Shanafelt et al., 2002; Bellini et al., 2002). La sofferenza personale durante l'internato sembra avere un effetto negativo sulla qualità delle cure che gli studenti forniscono ai propri pazienti (Shanafelt et al., 2002), determinato probabilmente da un parallelo calo dell'empatia (Bellini et al., 2002). Studi condotti con medici che esercitano la professione suggeriscono, inoltre, che tale malessere influenza la *compliance* del paziente (Di Matteo et al., 1993; Melville, 1980), la sua soddisfazione (Linn et al., 1985; Haas et al., 2000) e la qualità delle cure (Schmoldt et al., 1994). Alcuni autori hanno ipotizzato che il raggiungimento di un elevato livello di benessere, inteso come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità» (OMS, 1948), può migliorare l'empatia degli studenti di medicina e la qualità delle cure che i medici forniscono ai pazienti (Brazeau et al., 2010; Epstein, 1999; Novack et al., 1997; Novack et al., 1999; Paro et al., 2014; Shanafelt et al., 2003), anche se la ricerca empirica disponibile riguardo a questa tematica risulta ancora limitata (Shanafelt et al., 2005). Nonostante queste osservazioni, sono disponibili poche informazioni sulle conseguenze della sofferenza (mentale, fisica, emotiva, spirituale e sociale) degli studenti di medicina sui loro livelli di empatia (Spilker, 1996; Thomas et al., 2007).

Con l'obiettivo di esplorare l'associazione tra il benessere degli studenti di medicina all'ingresso del Corso di Laurea con i loro livelli di empatia, il presente studio ha adottato la versione italiana della *Symptom Check List-90-R* (SCL-90-R; Derogatis,

1977; Sarno et al., 2011) che valuta, appunto, un ampio spettro di problemi psicologici e di sintomi psicopatologici, misurando tanto i sintomi internalizzanti (depressione, somatizzazione, ansia) che quelli esternalizzanti (aggressività, ostilità, impulsività) di pazienti psichiatrici, di medicina generale e soggetti non clinici. La SCL-90-R è un questionario autosomministrato a 90 item che valuta sintomi; è stato elaborato per riflettere la configurazione di sintomi psicologici di soggetti non clinici e clinici. A ogni item viene attribuito un punteggio su una scala di disagio a cinque punti (0-4) da “Per niente” a “Moltissimo”. La SCL-90-R viene valutata e interpretata sulla base di 9 dimensioni sintomatologiche primarie e 3 indici globali, elencati di seguito (Tabella 4.6):

- Somatizzazione (SOM): la scala SOM riflette il disagio derivante dalla percezione di disfunzioni corporee. I sintomi si focalizzano sugli apparati cardiovascolare, gastrointestinale, respiratorio e altri sistemi con forte mediazione autonoma. Sono componenti della scala SOM anche dolore e disagio a carico della muscolatura grossolana e altri equivalenti somatici dell’ansia.
- Ossessività-Compulsività (O-C): La scala O-C include i sintomi che sono spesso identificati con la sindrome clinica standard che porta lo stesso nome. Questa scala si focalizza sui pensieri, impulsi e azioni che vengono sperimentati come persistenti e irresistibili e che sono di natura egodistonica o indesiderati. Sono inclusi in questa misura anche comportamenti che fanno capo a un più generale deficit della prestazione cognitiva.
- Ipersensibilità interpersonale (I-S): la scala I-S si focalizza sui sentimenti di inadeguatezza e inferiorità, in particolare in confronto ad altre persone. Sono manifestazioni caratteristiche di questa sindrome l’autosvalutazione, i dubbi su di sé e un marcato disagio nelle interazioni interpersonali. Inoltre, soggetti con punteggi alti nella scala I-S riportano estrema ipersensibilità rispetto a sé e aspettative negative riguardo ai comportamenti interpersonali e la percezione che gli altri hanno di loro.
- Depressione (DEP): i sintomi della scala DEP riflettono un *range* rappresentativo delle manifestazioni cliniche della depressione. I sintomi relativi all’umore e agli affetti disforici sono riportati quali espressione di un ritiro di interesse nella

vita, mancanza di motivazione e perdita di energia vitale. Inoltre, sono inclusi sentimenti di disperazione, pensieri suicidari e altri correlati cognitivi e somatici della depressione.

- **Ansia (ANX):** in questa scala sono inclusi segni generali d'ansia quali nervosismo, tensione e tremori, così come attacchi di panico e sentimenti di terrore, apprensione e paura.
- **Ostilità (HOS):** la dimensione HOS riflette pensieri, sentimenti o azioni che sono caratteristici di uno stato affettivo negativo di rabbia quali aggressività, irritabilità, rabbia e rancore.
- **Ansia fobica (PHOB):** l'ansia fobica viene definita come una risposta persistente di paura – per una specifica persona, uno specifico luogo, oggetto o situazione – che viene riconosciuta come irrazionale e sproporzionata allo stimolo e conduce a comportamenti di evitamento o fuga.
- **Ideazione paranoide (PAR):** la dimensione PAR rappresenta fondamentalmente il comportamento paranoide come una modalità di pensiero improntata alla sospettosità, grandiosità, riferimento a sé e paura di perdita dell'autonomia.
- **Psicoticismo (PSY):** la dimensione PSY include item indicativi di uno stile di vita introverso, isolato, schizoide, così come sintomi di primo rango della schizofrenia, quali allucinazioni e disturbi del controllo del pensiero.
- **Global Severity Index (GSI):** è il migliore indice generale dell'intensità o della profondità attuale del disturbo. Esso combina informazioni riguardanti il numero di sintomi riferiti e l'intensità del disagio percepito.
- **Positive Symptom Distress Index (PSDI):** misura dello stile di risposta e indica se il rispondente ha accentuato o minimizzato il proprio disagio sintomatologico. Il PSDI riflette cioè il livello medio di disagio relativamente ai sintomi che il soggetto si è attribuito. Come tale, esso può essere interpretato come un indice dell'intensità sintomatologica.
- **Positive Symptom Total (PST):** riflette semplicemente il numero di sintomi riferiti dal soggetto, indipendentemente dall'intensità del disagio ad essi associato. Può essere interpretato come una misura della varietà del quadro sintomatologico.

Tabella 4.6 – Tabella riassuntiva dell’SCL-90-R

	N° ITEMS	PUNTEGGIO ITEM	RANGE PUNTEGGIO (T)	INTERPRETAZIONE DEL PUNTEGGIO
SOM	12	0-4	25-75	Punteggi più elevati denotano una maggiore intensità del disagio percepito
OC	10	0-4	25-75	
IS	9	0-4	25-75	
DEP	13	0-4	25-75	
ANX	10	0-4	25-75	
HOST	6	0-4	25-75	
PHOB	7	0-4	25-75	
PAR	6	0-4	25-75	
PSY	10	0-4	25-75	
GSI	90	0-4	25-75	
PST	90	0-4	25-75	
PSDI	90	0-4	25-75	

Le restanti misure (JSPE-S, PPOS e IRI) saranno descritte nella sezione strumenti (paragrafo 4.2.2.2) del secondo studio.

4.1.2.3 Procedura

Come si può evincere dalla Tabella 4.1 presentata all’inizio del presente capitolo, a partire dall’A.A. 2013/2014 è iniziata la raccolta di informazioni anagrafiche e relative al benessere e alle attitudini degli studenti di medicina. I questionari cartacei che gli studenti sono stati invitati a compilare, su base volontaria e durante l’orario accademico, coincidono in parte con gli strumenti di un progetto di ricerca longitudinale avviato nell’A.A. 2013/2014, coordinato dalla Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia – a cui partecipa anche il Presidente del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell’Ateneo Milano-Bicocca – e a cui hanno preso parte altre cinque università del nord, centro e sud Italia (ved. paragrafo 3.1.2). La compilazione dell’intero protocollo è durata circa 60 minuti ed è avvenuta in un’aula dell’edificio U18 al di fuori dell’orario accademico; lo studente è stato libero di accettare o rifiutare di compilare o meno i questionari nominali e ha

potuto, inoltre, interrompere la compilazione e ritirare il consenso alla partecipazione in qualsiasi momento in modo totalmente libero e senza alcuna conseguenza sul piano accademico. Il presente studio è stato condotto in accordo alle linee guida della ricerca in Psicologia (Codice Deontologico degli Psicologi approvato dal Consiglio Nazionale dell'Ordine nell'adunanza del 27-28 giugno 1997) ed è stato valutato e approvato dal Comitato Etico dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca in occasione della seduta del 6 giugno 2016.

I dati sono stati tabulati ed elaborati con il programma SPSS 22 per Windows e sono stati gestiti esclusivamente in forma aggregata. I dati sono stati, inoltre, sottoposti a valutazione per identificare *outliers* uni- e multi-variati attraverso il criterio Mahalanobis (Crawford & Allan, 1994; Huba, 1985) fissato a $p < .001$. Non si registrano presenza di *outlier* e violazioni agli assunti di normalità: essendo rispettati gli assunti di omoschedasticità (le varianze sono omogenee), omogeneità delle varianze – valutata mediante il test di Levene che è risultato non significativo – e di normalità (asimmetria e curtosi compresi nell'intervallo di valori -1 e +1) per le variabili da noi considerate, le analisi statistiche sono state effettuate utilizzando test parametrici. Il livello p di significatività per i test statistici effettuati è stato fissato arbitrariamente al 5% ($p < .05$).

Sono state eseguite una serie di analisi statistiche esplorative – sia descrittive che inferenziali – per ottenere, da un parte, il profilo medio dello studente di Medicina in ingresso rispetto alle variabili di nostro interesse e, dall'altra, un quadro preliminare delle relazioni statistiche esistenti tra alcune variabili attitudinali – lo stile di personalità, i livelli di autoefficacia e di stress psicologico – e quegli aspetti del ruolo professionale – empatia e centratura sul paziente – che sarebbe auspicabile che lo studente sviluppi tempestivamente durante la formazione medica universitaria.

Per verificare la significatività statistica della relazione tra le variabili da noi considerate, si sono condotte analisi di regressione lineare multipla gerarchica seguendo un metodo “per blocchi” mediante l'utilizzo del *software* di analitica predittiva SPSS 22. Nello specifico, il modello di regressione è stato progettato per esplorare se e in quale misura i punteggi relativi alle dimensioni del costrutto di

personalità spiegassero – predicessero – quelli di empatia e di centratura sul paziente, controllando questa relazione per l'effetto di età, genere e voto di maturità. Per ogni modello di regressione stimato, nel primo blocco sono state inserite le variabili indipendenti età, genere e voto di maturità come singolo blocco. Nel secondo blocco, quindi, sono state aggiunte le variabili in cui è articolato il costrutto di personalità. Una eventuale variazione statisticamente significativa rilevata al blocco 2 significherebbe che l'inserimento dei nuovi predittori nel modello ha contribuito all'incremento della varianza totale spiegata della variabile dipendente (misura di empatia o di centratura sul paziente). Oltre alla variazione del coefficiente di determinazione R^2 , tutti i modelli di regressione e le variabili sono stati valutati in termini di *effect size* (f^2 di Cohen) e di pesi beta non standardizzati (B) che, rispettivamente, esprimono la dimensione dell'effetto – per valori inferiori a $f^2 = .1$ l'effetto è stato considerato piccolo, per valori fino a $f^2 = .25$ l'effetto è stato considerato medio e per valori superiori a $f^2 = .4$ sarà considerato grande (Kottrik & Williams, 2003; Vacha-Haase & Thompson, 2004) – e, sulla base del modello stimato, di quanto aumenta o diminuisce la variabile dipendente per ogni incremento unitario della variabile indipendente. Per valutare la significatività statistica di ogni modello nel suo insieme è stato utilizzato il test statistico F basato sul rapporto tra varianza spiegata dal modello e varianza residua.

È stata, infine, condotta l'analisi della covarianza (ANCOVA) per verificare la significatività statistica della differenza, controllata per la variabile "età" (che nel nostro modello ricopre, appunto, il ruolo di covariata) e "genere", tra i punteggi medi ottenuti alle scale dei questionari JSPE-S, PPOS e IRI da studenti raggruppati secondo il livello di disagio psicologico dichiarato.

Il livello p di significatività per i test statistici effettuati è stato fissato arbitrariamente al 5% ($p < .05$).

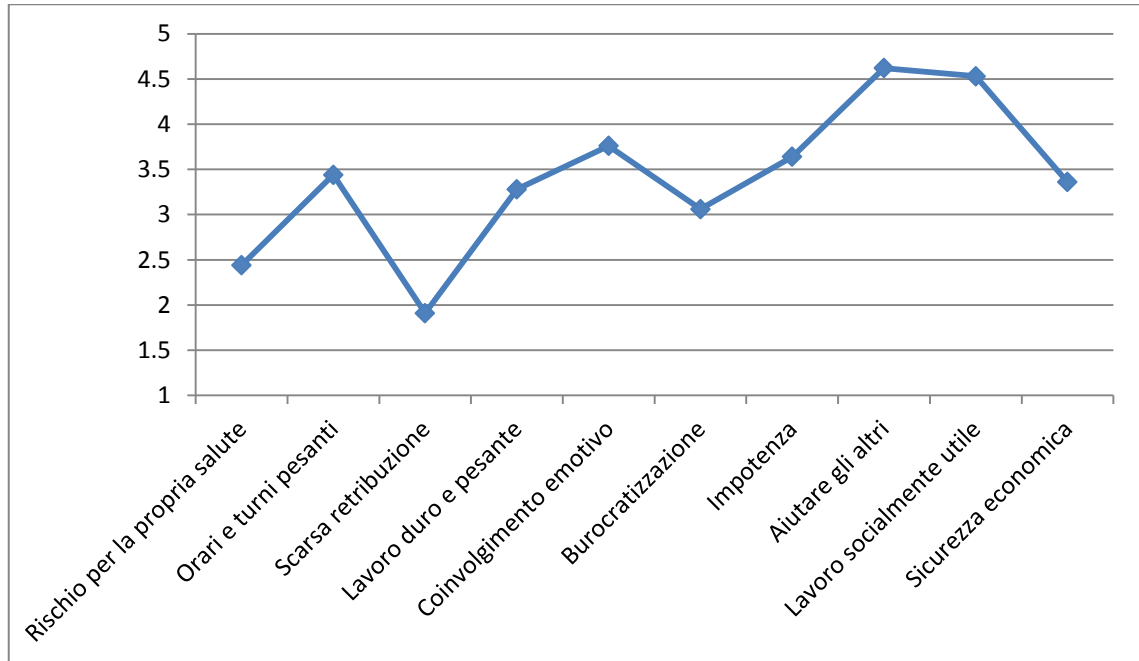
4.1.3 Risultati

4.1.3.1 Aspettative sulla professione e caratteristiche motivazionali

Gli studenti si aspettano principalmente che la loro professione futura sarà caratterizzata dall'aiuto per i pazienti e che il loro lavoro avrà una utilità sociale.

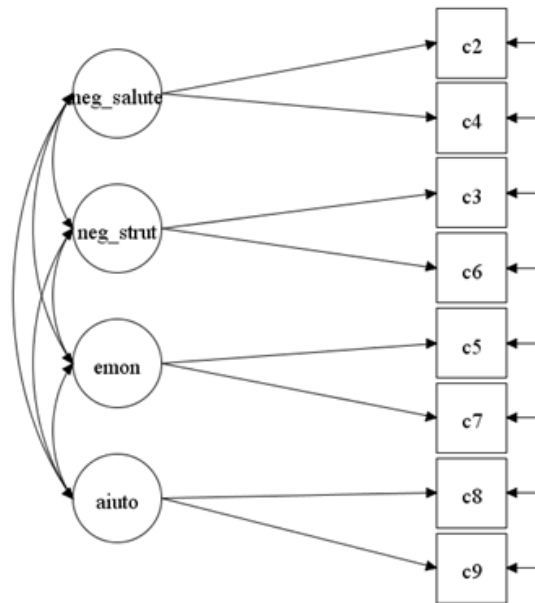
Tendenzialmente, si aspettano meno di avere una retribuzione scarsa e che la professione rappresenti un'attività lavorativa rischiosa per la salute (Grafico 4.7).

Grafico 4.7 – Medie delle risposte agli item che misurano le caratteristiche della professione di medico



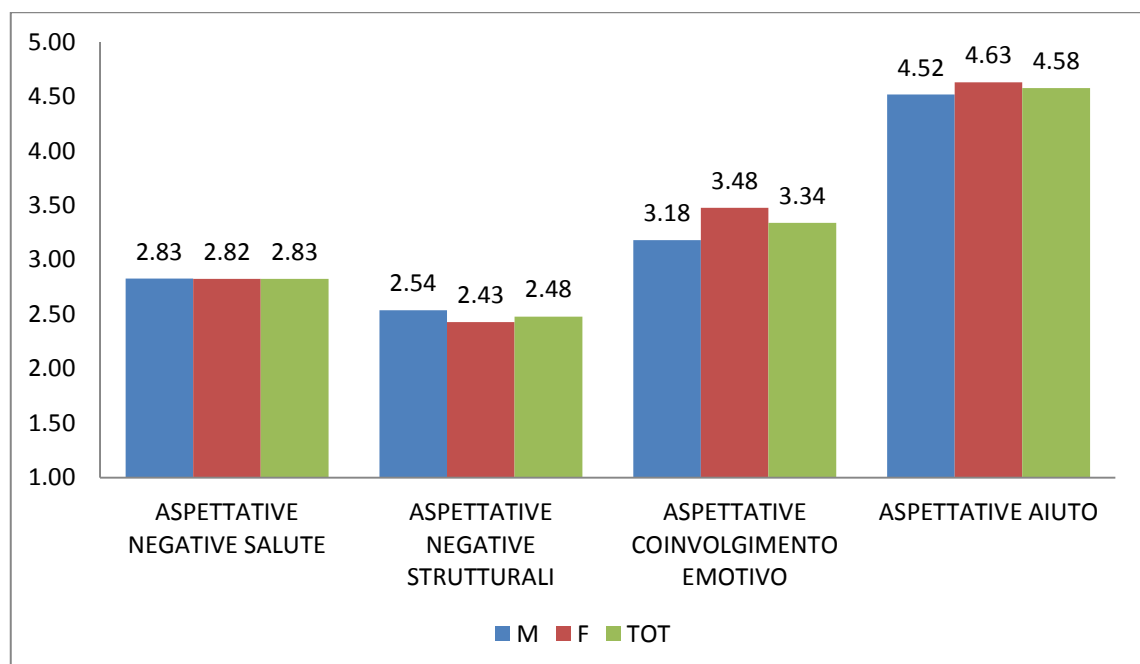
Due item (1 e 10) non sono stati considerati nel calcolo delle dimensioni, in quanto dal punto di vista psicometrico non si sono rilevati afferenti ad alcuna dimensione. Sono stati quindi aggregati i gruppi di item relativi a ciascuna specifica area rappresentazionale, ciascuna fondata su due item e il cui punteggio è stato determinato dalla media dei punteggi riportati nelle due domande (Figura 4.1).

Figura 4.1 – Modello fattoriale alla base dello strumento



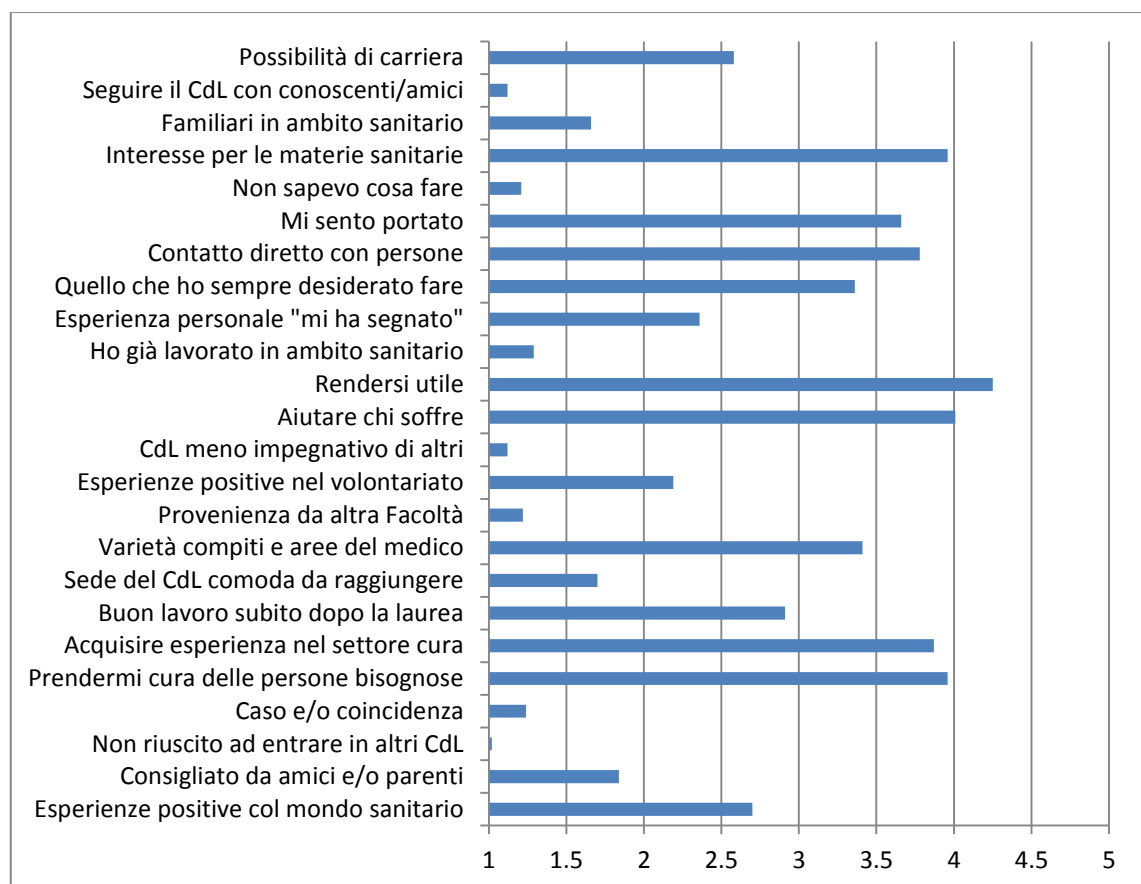
L'informazione del Grafico 4.8 corrobora quanto detto in precedenza, dove l'aspettativa di intraprendere una professione di aiuto e di utilità sociale costituiscono gli elementi più importanti nel caratterizzare le aspettative degli studenti rispetto alla futura professione medica.

Grafico 4.8 – Medie delle dimensioni aggregate legate alle aspettative sulla professione medica



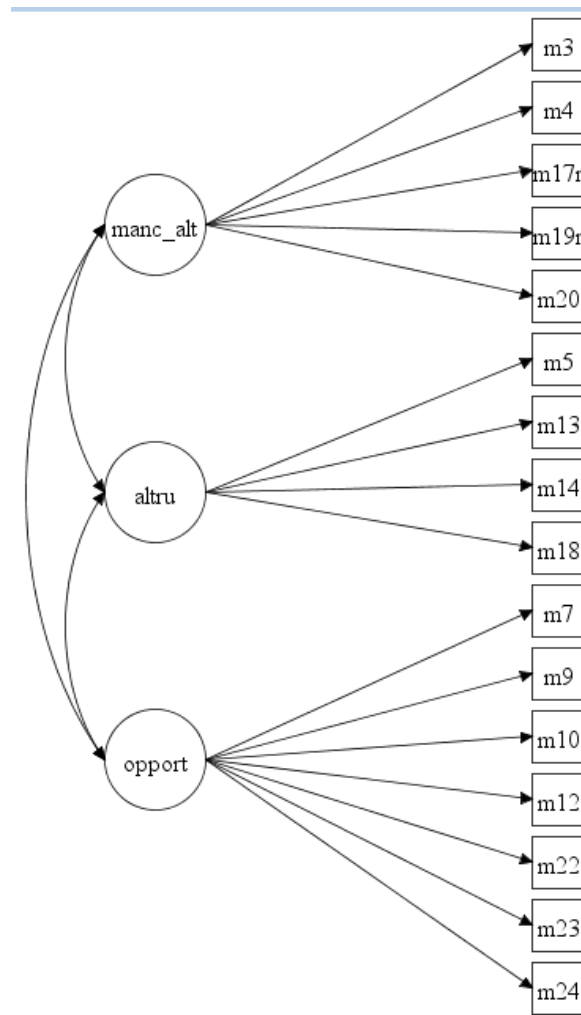
Il Grafico 4.9 suggerisce che gli studenti sono motivati al percorso accademico da condurre per diventare medici principalmente dalla volontà di prendersi cura degli altri, mentre aspetti opportunistici o legati alla mancanza percepita di altre opportunità risultano caratteristiche motivazionali meno rilevanti ai fini della scelta di tale carriera accademica: la motivazione alla cura, all'utilità sociale e alla presa in carico dei problemi degli altri rappresenta l'aspetto più importante nel determinare la scelta di tale percorso universitario.

Grafico 4.9 – Medie delle risposte agli item che misurano le motivazioni allo studio per diventare medico



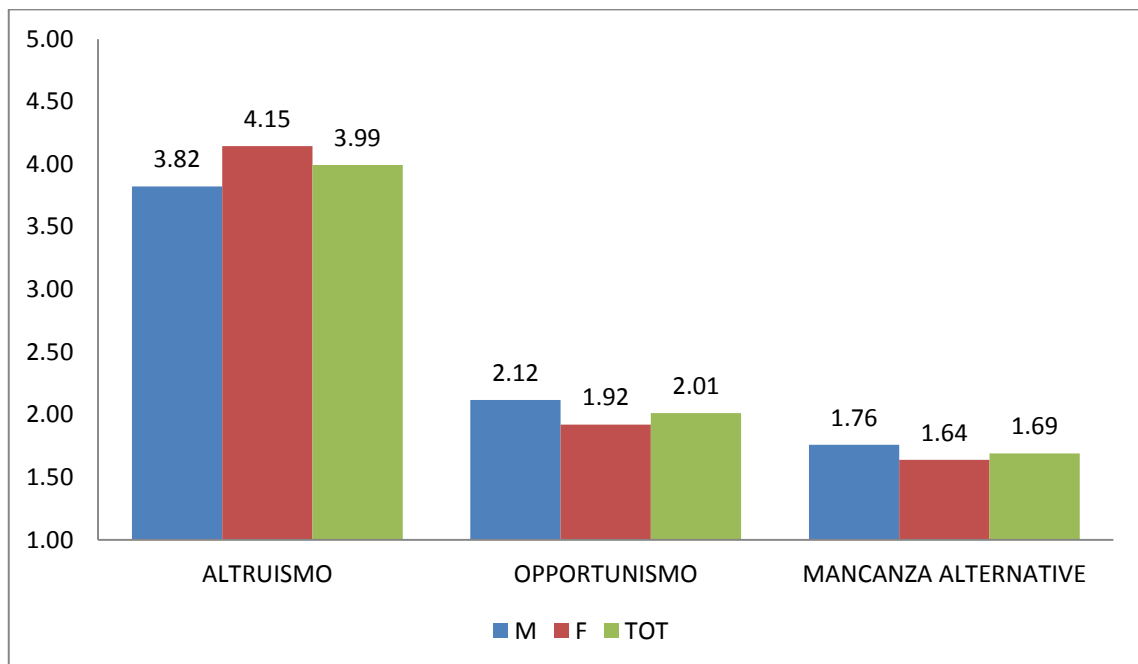
Poiché otto item (1, 2, 6, 8, 11, 15, 16, 21) non misuravano in modo chiaro ciascuna dimensione, sono stati esclusi dal computo delle dimensioni finali (Figura 4.2).

Figura 4.2 – Modello fattoriale alla base del questionario motivazionale



I punteggi di alcuni item (17 e 19) sono stati invertiti per coerenza con la scala di cui facevano parte. Il punteggio attribuito a ciascuna scala è dato dalla somma dei punteggi alle domande relative alla dimensione diviso il numero delle domande. Aggregando i gruppi di item relativi a ciascuna specifica area motivazionale, l'informazione del Grafico 4.10 corrobora quanto detto in precedenza, dove la motivazione alla cura, all'utilità sociale e alla presa in carico dei problemi degli altri, nonché la vocazione all'intraprendere una professione di aiuto rappresentano gli aspetti più importanti nel determinare la scelta di tale percorso universitario.

Grafico 4.10 – Medie delle dimensioni motivazionali aggregate legate allo studio per diventare medico



4.1.3.2 Aspetti personologici

Sono stati presi in considerazione alcuni aspetti della personalità degli studenti (Tabella 4.7), valutati con uno strumento composto da 40 item complessivi (8 item per dimensione). I valori medi di tali dimensioni possono variare da 8 (valori bassi nella caratteristica) a 40 (valori alti nella caratteristica). In particolare, le dimensioni considerate riguardano *l'energia* (i.e., tendenza ad affrontare situazioni e contesti di vita di vita differenti con vigore), *l'amicizia* (i.e., orientamento alla socialità e all'atteggiamento positivo nei confronti degli altri), la *coscienziosità* (i.e., disposizione all'ordine, al metodo e alla perseveranza nelle attività che si intraprendono), la *stabilità emotiva* (i.e., propensione al mantenimento costante del controllo delle emozioni negative) e *l'apertura mentale* (i.e., tendenza all'apertura alle novità e agli stimoli non conformi alle abitudini personali).

Tabella 4.7 – Statistiche descrittive delle dimensioni del BFQ-40

	N	μ	DS	MIN MAX	ASIM METRIA	CURTOSI	α
E	401	28.57	4.24	15 39	-.31	-.004	.666
A	401	30.95	4.33	13 40	-.725	1.107	.795

C	401	29.62	4.59	16 40	-.151	-.138	.733
S	401	25.79	5.29	10 40	-.147	-.004	.766
M	401	29.42	4.65	12 40	-.333	.418	.712

È stata calcolata la relazione di linearità (attraverso l'indice di correlazione r di Pearson) esistente tra le cinque dimensioni di personalità al fine di confermare che ogni misura fosse davvero legata alle altre e, di conseguenza, che fosse appropriata per valutare il costrutto multidimensionale di personalità dei partecipanti (Tabella 4.8). Come mostrato nella Tabella 4.8, le cinque dimensioni di personalità si sono dimostrate significativamente correlate tra loro nella direzione prevista ($range = .121-.479$).

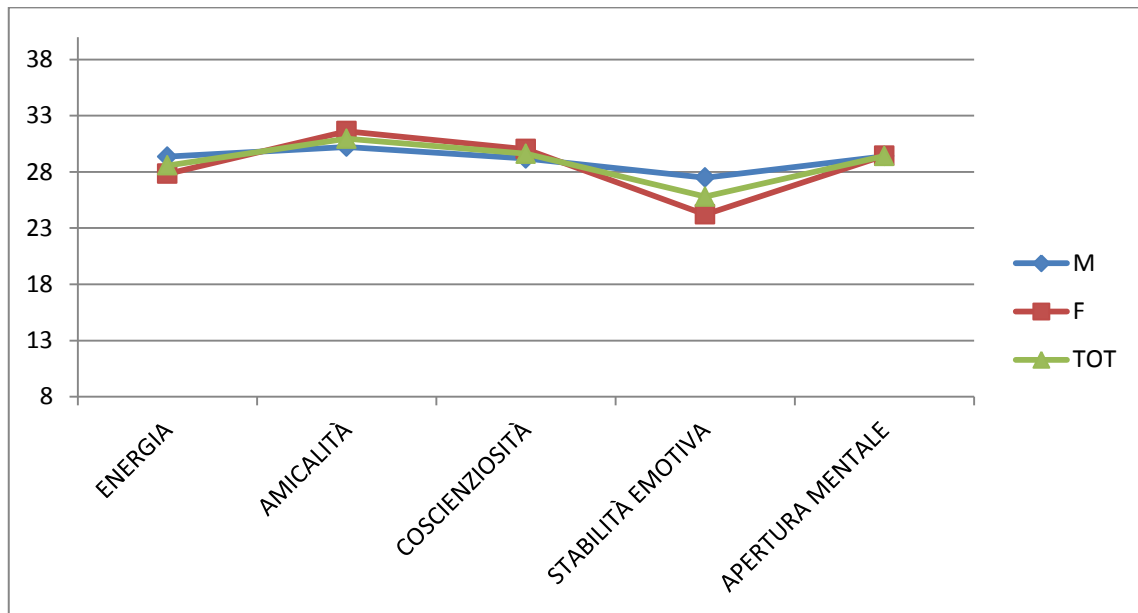
Tabella 4.8 – Correlazioni di ordine zero tra le dimensioni del BFQ-40

	E	A	C	S	M
E	–				
A	.133**	–			
C	.337**	.162**	–		
S	.273**	.121*	.122*	–	
M	.334**	.479**	.167**	.240**	–

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$

Il Grafico 4.11 evidenzia invece come i livelli medi di amicalità siano i più alti, quelli di coscienziosità e di apertura mentale degli studenti considerati siano praticamente sovrapponibili, mentre da un punto di vista descrittivo la stabilità emotiva sia la caratteristica nella quale si riscontrano punteggi leggermente più bassi rispetto alle altre dimensioni considerate.

Grafico 4.11 – Medie delle dimensioni di personalità



Attraverso le risposte a 45 item, sono state misurate anche le convinzioni di autoefficacia all'interno di 7 specifici contesti e domini di funzionamento, ovvero quelle convinzioni che la persona possiede circa le proprie capacità di affrontare con successo diversi ambiti e contesti di vita, come le *attività accademiche* (i.e., percezioni della propria efficacia nella gestione dello studio, delle attività di gruppo e nelle relazioni con docenti e colleghi), *l'assertività* (i.e., capacità percepite di esprimere e sostenere con forza le proprie opinioni e i propri diritti), *la gestione delle emozioni* (i.e., capacità percepita nella gestione degli effetti delle emozioni negative come la paura e la tristezza), *l'empatia* (i.e., percezioni relative alla propria competenza di aiutare e comprendere gli altri nei loro momenti di difficoltà), *la sfera sociale* (i.e., percepirsi in grado di stringere nuove amicizie e partecipare attivamente nelle occasioni sociali), *la regolazione delle condotte trasgressive* (i.e., percepirsi capaci di resistere alla pressioni degli altri e a persistere in attività in cui non ci si sente coinvolti) e, infine, *il problem solving* (i.e., percezioni delle proprie competenze nella risoluzione dei problemi e nella ricerca di strategie alternative per contribuire alla loro risoluzione). Valori vicini a 1 indicano che gli studenti, in media, non si sentono molto capaci in tali dimensioni rispetto a quelle specifiche competenze, mentre valori che tendono verso 5 indicano che, in media, gli studenti si sentono piuttosto capaci in quella specifica dimensione (Tabella 4.9).

Tabella 4.9 – Statistiche descrittive delle dimensioni di autoefficacia percepita

	N	μ	DS	MIN MAX	ASIM METRIA	CURTOSI	α
AP_S	398	3.59	.54	1.56 5	-.205	.483	.819
AP_A	398	3.54	.71	1.17 5	-.204	-.261	.837
AP_EN	398	3.09	.59	1.27 4.82	.051	.176	.877
AP_E	398	3.69	.63	1.5 5	-.454	.388	.647
AP_SOC	398	3.47	.61	1.17 5	-.267	.758	.788
AP_R	398	3.95	.69	1.75 5	-.486	-.025	.776
AP_SP	398	3.62	.58	2 5	.181	-.155	.798

È stata calcolata la relazione di linearità (attraverso l'indice di correlazione r di Pearson) esistente tra le sette dimensioni di autoefficacia percepita al fine di confermare che ogni misura fosse davvero legata alle altre e, di conseguenza, che fosse appropriata per valutare il costrutto multidimensionale di autoefficacia dei partecipanti (Tabella 4.10). Come mostrato nella Tabella 4.10, la maggior parte delle sette dimensioni di autoefficacia si sono dimostrate significativamente correlate tra loro nella direzione prevista ($range = .164-.558$).

Tabella 4.10 – Correlazioni di ordine zero tra le dimensioni di autoefficacia percepita

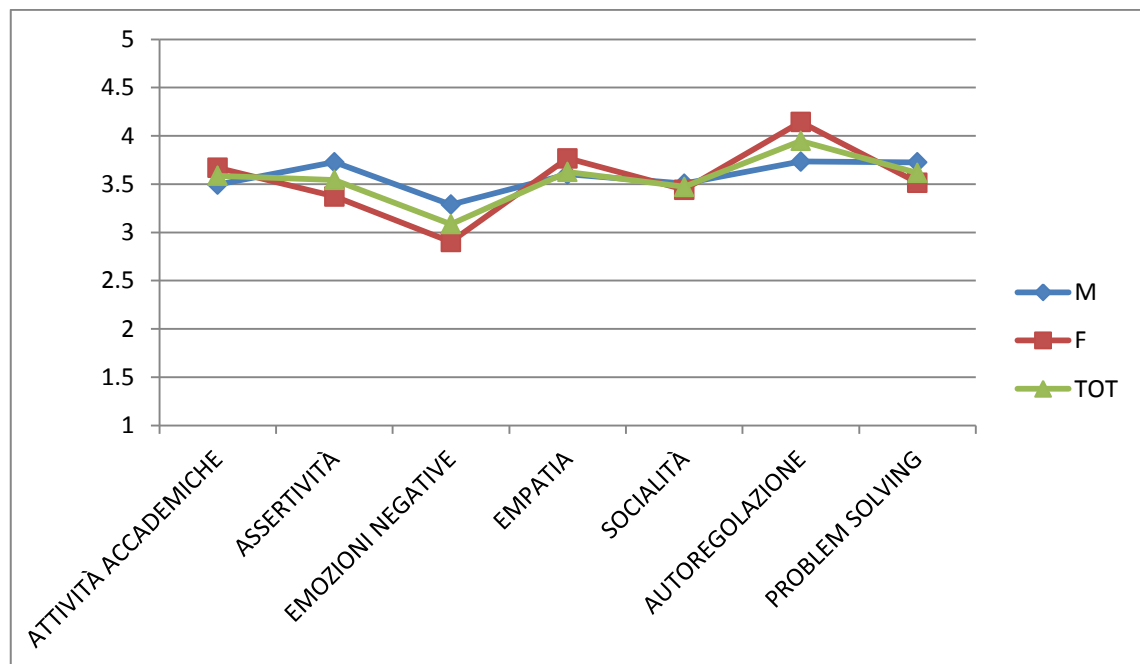
	AP_S	AP_A	AP_EN	AP_E	AP_SOC	AP_R	AP_SP
AP_S	–						
AP_A	.255**	–					
AP_EN	.276**	.503**	–				
AP_E	.327**	.258**	.195**	–			
AP_SOC	.339**	.558**	.378**	.538**	–		
AP_R	.399**			.164**		–	

AP_SP	.256**	.519**	.471**	.270**	.371**	-
-------	--------	--------	--------	--------	--------	---

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$

Il Grafico 4.12 indica una discreta capacità di autoregolazione che mediamente gli studenti esercitano nella loro vita. I punteggi più bassi si registrano nella gestione delle emozioni negative, dove gli studenti sembrerebbero sentirsi meno capaci.

Grafico 4.12 – Medie delle dimensioni di autoefficacia



4.1.3.3 Aspetti psicologico-clinici

Sono state prese in considerazione alcune dimensioni clinicamente rilevanti rispetto al funzionamento psicologico degli studenti (Tabella 4.11). In particolare, sono state oggetto di valutazione le seguenti dimensioni: la *somatizzazione* (i.e., disagio collegato alla percezione delle disfunzioni del proprio corpo, es. sintomi fisici), l'*ossessività-compulsività* (i.e., tendenza a focalizzarsi morbosamente su pensieri e comportamenti), l'*ipersensibilità personale* (i.e., sentimenti di svalutazione e inferiorità rispetto agli altri), la *depressione* (i.e., insieme delle manifestazioni cliniche della sindrome depressiva, come il ritiro sociale e il disinteresse per molte attività della propria vita), l'*ansia* (i.e., insieme di segni generali dell'ansia, come nervosismo e tensione), l'*ostilità* (i.e., insieme delle manifestazioni di un atteggiamento oppositivo nei confronti degli altri), l'*ansia fobica* (i.e., insieme delle reazioni di paura persistenti

rispetto a un oggetto, persona, situazione specifica, percepita come assurda e/o irrazionale), *l'ideazione paranoide* (i.e, tendenza a pensieri, atteggiamenti e comportamenti paranoici, come la sospettosità e la paura di perdita dell'autonomia personale), lo *psicoticismo* (i.e, insieme dei segni relativi all'isolamento e al ritiro sociale).

Tabella 4.11 – Statistiche descrittive delle dimensioni sintomatologiche dell'SCL-90-R

	N	μ	DS	MIN MAX	ASIM METRIA	CURTOSI	α
SOM	394	48.68	9.51	37 74	1.039	.287	.847
OC	394	49.82	8.75	36 75	.805	.347	.862
IS	394	53.02	9.23	38 74	.483	-.493	.832
DEP	394	49.32	8.78	37 75	.992	.744	.889
ANX	394	49.12	8.89	39 75	1.188	.696	.859
HOS	394	48.99	8.45	39 75	1.191	.98	.764
PHOB	394	50.63	9.29	43 75	1.396	.982	.758
PAR	394	49.77	8.85	36 74	.785	.191	.744
PSY	394	50.7	8.52	40 75	.941	.196	.756
GSI	394	50.39	9.19	37 75	.909	.279	.965

È stata calcolata la relazione di linearità (attraverso l'indice di correlazione r di Pearson) esistente tra le nove dimensioni sintomatologiche e di queste con il GSI al fine di confermare che ogni misura fosse davvero legata alle altre e, di conseguenza, che fosse appropriata per valutare il costrutto multidimensionale di disagio psichico dei partecipanti (Tabella 4.12). Come mostrato nella Tabella 4.12, tutte le scale mostrano intercorrelazioni da moderate ad elevate ($range = .407-.798$) come anche correlazioni rilevanti con il GSI ($range = .682-.890$), suggestive del fatto che tutte le

scaie contribuiscono equamente a definire una dimensione generale di disagio psichico.

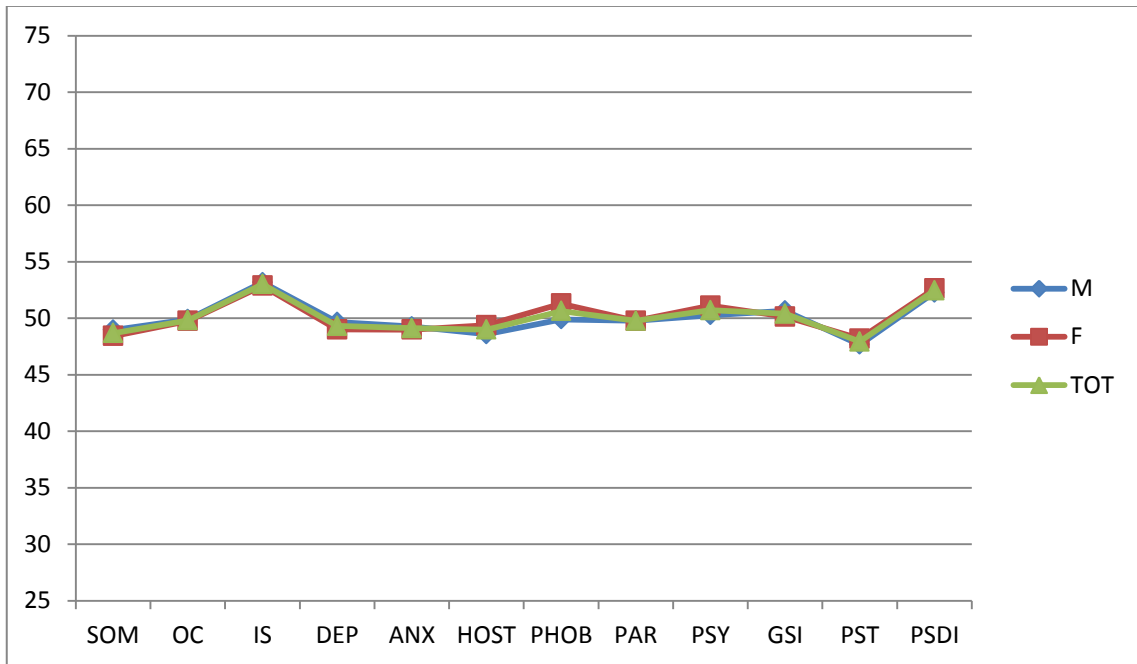
Tabella 4.12 – Correlazioni di ordine zero tra le dimensioni sintomatologiche dell’SCL-90-R

	SOM	OC	IS	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	GSI
SOM	–									
OC	.618**	–								
IS	.524**	.712**	–							
DEP	.644**	.785**	.759**	–						
ANX	.735**	.749**	.654**	.798**	–					
HOS	.498**	.539**	.527**	.530**	.582**	–				
PHOB	.604**	.551**	.586**	.628**	.663**	.407**	–			
PAR	.554**	.613**	.722**	.642**	.648**	.576**	.602**	–		
PSY	.590**	.706**	.697**	.738**	.730**	.578**	.679**	.713**	–	
GSI	.797**	.858**	.821**	.898**	.890**	.682**	.725**	.785**	.840**	–

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$

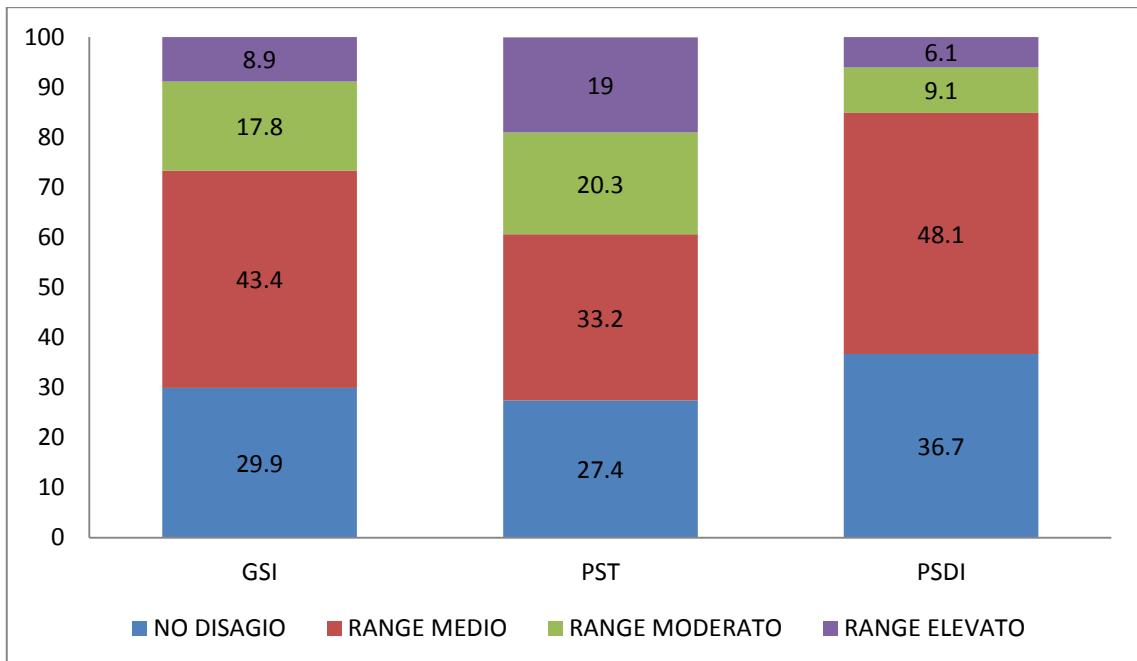
Da un punto di vista puramente descrittivo, il Grafico 4.13 evidenzia uno stato di sostanziale “salute psicologica”, con punteggi T standardizzati sotto la soglia clinica (Sarno et al., 2011) in tutte le dimensioni: complessivamente, i soggetti riferiscono mediamente elementi di disagio che si collocano all’interno del *range* medio rilevato nel campione normativo ($45 \leq T \leq 55$) e non si rilevano differenze legate al genere di appartenenza.

Grafico 4.13 – Medie delle dimensioni clinicamente rilevanti rispetto al funzionamento psicologico degli studenti



In particolare, sempre ad un livello puramente descrittivo, anche per quanto riguarda i tre indici globali di disagio (GSI, PST e PSDI), la maggior parte degli studenti si colloca nel *range* medio del relativo campione normativo di riferimento (Grafico 4.14).

Grafico 4.14 – Percentuali relative alle fasce di disagio psicologico



4.1.3.4 Relazione tra variabili psico-attitudinali e livelli di empatia e di centratura sul paziente

4.1.3.4.1 Motivazioni alla scelta della professione medica e atteggiamento empatico/*patient-centered*

Il calcolo della relazione di linearità (attraverso l'indice di correlazione r di Pearson) esistente tra le tre dimensioni motivazionali e i costrutti multidimensionali di empatia e di centratura sul paziente ($range = -.224 - .503$) mostra che esiste una relazione significativa tra le suddette variabili (Tabella 4.13). Complessivamente, la motivazione legata all'altruismo sembra essere correlata positivamente con le diverse misure di empatia e di centratura sul paziente, mentre è possibile ravvisare un rapporto di proporzionalità inversa tra motivazioni di carattere opportunistico o quelle di natura più aleatoria legate alla mancanza di alternative formative valide e le dimensioni di empatia e di centratura sul paziente.

Tabella 4.13 – Correlazioni di ordine zero tra le variabili incluse nello studio

	JSPE-S	SHARING	CARING	PPOS TOTAL	FS	EC	PT	PD
ALTRUISMO	.414**		.341**	.250**	.194**	.503**	.305**	
OPPORTUNISMO	-.106*	-.195**	-.162**	-.224**	-.091*	-.122**		
MANCANZA ALTERNATIVE	-.135**		-.153**	-.112**		-.198**	-.104*	.269**

Note: * $p < .05$; ** $< .01$

Per approfondire la relazione statistica tra dimensioni motivazionali e quelle di empatia/centratura sul paziente, sono state condotte delle analisi di regressione per blocchi.

I risultati delle suddette analisi statistiche per il JSPE-S (Tabella 4.14) mostrano che il modello [$F_{(6,386)} = 17.172$; $p < .001$], che prevede come variabili indipendenti predittive i tre fattori motivazionali e come variabile dipendente il punteggio totale della scala JSPE-S, al netto dell'effetto di età, genere e voto di maturità, spiega circa il 15% della varianza della variabile dipendente ($\Delta R^2 = .154$). Con riferimento ai coefficienti di regressione, un incremento unitario della variabile "Altruismo" ($B =$

7.451; $p < .001$) è risultato associato ad un aumento statisticamente significativo dei punteggi della variabile JSPE-S.

Tabella 4.14 – Modello di regressione multipla gerarchica per il JSPE-S

BLOCCHI	VARIABILI	MODELLO 1	MODELLO 2
		$R^2 = .049^{***}$	$R^2 = .198$ $\Delta R^2 = .154$
		<i>B</i>	<i>B</i>
1	ETÀ	1.101*	
	GENERE	4.545***	
	VOTO DI MATURITÀ	.156*	
2	ETÀ		1.319**
	GENERE		1.640
	VOTO DI MATURITÀ		.158*
	ALTRUISMO		7.451***
	OPPORTUNISMO		-1.656
	NO ALTERNATIVE		-.336

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Per quanto riguarda la scala PPOS *Total* (Tabella 4.15), tale modello [$F_{(6,385)} = 13.266$; $p < .001$] spiega circa il 5% della varianza della variabile dipendente PPOS *Total* ($\Delta R^2 = .05$). Con riferimento ai coefficienti di regressione, un incremento unitario della variabile “Altruismo” ($B = .112$; $p < .01$) è risultato associato ad un aumento statisticamente significativo dei punteggi della variabile PPOS *Total* che, al contrario, subiscono un decremento all’aumentare dei livelli della scala “Opportunismo” ($B = -.141$; $p < .01$).

Tabella 4.15 – Modello di regressione multipla gerarchica per il PPOS

BLOCCHI	VARIABILI	MODELLO 1	MODELLO 2
		$R^2 = .115^{***}$	$R^2 = .158$ $\Delta R^2 = .05$
		<i>B</i>	<i>B</i>
1	ETÀ	.078***	
	GENERE	.234***	
	VOTO DI MATURITÀ	.004	
2	ETÀ		.078***
	GENERE		.169***
	VOTO DI MATURITÀ		.004
	ALTRUISMO		.112**
	OPPORTUNISMO		-.141**
	NO ALTERNATIVE		-.018

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Infine, i risultati dell'analisi di regressione per le scale dell'IRI (Tabella 4.16) mostrano che il modello spiega circa il 4% della variabile dipendente FS [$F_{(6,386)} = 7.069$; $\rho < .001$], il 22% di EC [$F_{(6,386)} = 29.223$; $\rho < .001$], il 6% di PT [$F_{(6,386)} = 5.522$; $\rho < .001$] e il 12% di PD [$F_{(6,386)} = 12.381$; $\rho < .001$]. Rispetto ai singoli coefficienti di regressione, un incremento unitario della variabile "Altruismo" è risultato associato ad un aumento statisticamente significativo di EC ($B = 2.895$; $\rho < .001$), di PT ($B = 1.682$; $\rho < .001$) e di FS ($B = 1.758$; $\rho < .001$), mentre un incremento unitario della variabile "Mancanza di alternative" è risultato associato ad un aumento statisticamente significativo delle variabili PD ($B = 3.228$; $\rho < .001$) e FS ($B = 1.337$; $\rho < .05$).

Tabella 4.16 – Modello di regressione multipla gerarchica per l'IRI

MODELLO	ΔR^2	Altruismo		Opportunismo		Mancanza di alternative	
		B	ρ	B	ρ	B	ρ
FS	.038	1.758	< .001	-.302	n.s.	1.337	.039
EC	.216	2.895	< .001	-.632	n.s.	-.099	n.s.
PT	.063	1.682	< .001	-.317	n.s.	-.136	n.s.
PD	.124	.159	n.s.	.654	n.s.	3.228	< .001

4.1.3.4.2 Dimensioni di personalità e atteggiamento empatico/*patient-centered*

Il calcolo della relazione di linearità (attraverso l'indice di correlazione r di Pearson) esistente tra i cinque grandi fattori di personalità e i costrutti multidimensionali di empatia e di centratura sul paziente ($range = -.375 - .584$) mostra che esiste una relazione significativa tra le suddette variabili (Tabella 4.17). Complessivamente, fattori di personalità come l'Amicalità, la Coscienziosità e l'Apertura Mentale sono correlati positivamente con le diverse misure di empatia e di centratura sul paziente, mentre è possibile ravvisare un rapporto di proporzionalità inversa tra le dimensioni di Energia e Stabilità Emotiva con la scala PD.

Tabella 4.17 – Correlazioni di ordine zero tra le variabili incluse nello studio

	JSPE-S	SHARING	CARING	PPOS TOTAL	FS	EC	PT	PD
ENERGIA		-.136**						-.349**
AMICALITÀ	.465**	.108*	.266**		.217**	.584**	.522**	

COSCIENZIOSITÀ	.186**			.148**	.155**		
STABILITÀ EMOTIVA				-.271**	-.112*	.159**	-.375
APERTURA MENTALE	.296**	.120*	.185**	.228**	.272**	.517**	-.192

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$

Per approfondire la relazione statistica tra le cinque dimensioni di personalità e quelle di empatia/centratura sul paziente, sono state condotte delle analisi di regressione per blocchi.

I risultati dell'analisi di regressione per il JSPE-S sono riportati in Tabella 4.18. Nel blocco 2 è stata ottenuta una variazione statisticamente significativa di R^2 ($\Delta R^2 = .215$). In blocco 1, sia l'età, il genere che il voto di maturità hanno mostrato un effetto significativo seppur modesto [$F_{(3,389)} = 7.768$; $p < .001$; $R^2 = .049$], mentre, aggiungendo in blocco 2 il set di variabili predittive relative alla personalità, la varianza della variabile dipendente JSPE-S spiegata dal modello di regressione è aumentata significativamente del 21.5% [$F_{(8,384)} = 17.853$; $p < .001$; $R^2 = .256$; $f^2 = .344$]. Con riferimento ai coefficienti di regressione, un incremento unitario della variabile "Amicalità" ($B = 1.216$) è risultato associato ad un aumento statisticamente significativo dei punteggi della variabile JSPE-S.

Tabella 4.18 – Modello di regressione multipla gerarchica per il JSPE-S

BLOCCHI	VARIABILI	MODELLO 1	MODELLO 2
		$R^2 = .049^{***}$	$R^2 = .256^{***}$
		<i>B</i>	<i>B</i>
1	ETÀ	1.100*	
	GENERE	4.543***	
	VOTO DI MATURITÀ	.156*	
2	ETÀ		1.136
	GENERE		2.785
	VOTO DI MATURITÀ		.070
	ENERGIA		.052
	AMICALITÀ		1.216***
	COSCIENZIOSITÀ		.241
	STABILITÀ EMOTIVA		-.059
	APERTURA MENTALE		.221

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

I risultati dell'analisi di regressione per la scala *Total* del PPOS sono riportati in Tabella 4.19. Nel blocco 2 è stata ottenuta una variazione statisticamente significativa di R^2 ($\Delta R^2 = .058$). In blocco 1, sia l'età che il genere hanno mostrato un effetto significativo seppur modesto [$F_{(3,389)} = 17.806$; $p < .001$; $R^2 = .114$], mentre, aggiungendo in blocco 2 il set di variabili predittive relative alla personalità, la varianza della variabile dipendente PPOS *Total* spiegata dal modello di regressione è aumentata significativamente del 5.8% [$F_{(8,384)} = 10.452$; $p < .001$; $R^2 = .162$; $f^2 = .193$]. Con riferimento ai coefficienti di regressione, un incremento unitario della variabile "Energia" ($B = -.012$), "Amicalità" ($B = .017$) e Apertura Mentale ($B = .013$) è risultato associato ad un aumento statisticamente significativo dei punteggi della variabile PPOS *Total*.

Tabella 4.19 – Modello di regressione multipla gerarchica per il PPOS *Total*

BLOCCHI	VARIABILI	MODELLO 1	MODELLO 2
		$R^2 = .114^{***}$	$R^2 = .162^{***}$ $\Delta R^2 = .058$
		<i>B</i>	<i>B</i>
1	ETÀ	.077***	
	GENERE	.233***	
	VOTO DI MATURITÀ	.004	
2	ETÀ		.71
	GENERE		.188
	VOTO DI MATURITÀ		.004
	ENERGIA		-.012*
	AMICALITÀ		.017**
	COSCIENZIOSITÀ		-.002
	STABILITÀ EMOTIVA		-.002
	APERTURA MENTALE		.013

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

I risultati dell'analisi di regressione per la scala FS dell'IRI sono riportati in Tabella 4.20. Nel blocco 2 è stata ottenuta una variazione statisticamente significativa di R^2 ($\Delta R^2 = .155$). In blocco 1, solo il genere ha mostrato un effetto significativo seppur modesto [$F_{(3,389)} = 8.281$; $p < .001$; $R^2 = .053$], mentre, aggiungendo in blocco 2 il set di variabili predittive relative alla personalità, la varianza della variabile dipendente FS spiegata dal modello di regressione è aumentata significativamente del 15.5% [$F_{(8,384)} = 13.172$; $p < .001$; $R^2 = .199$; $f^2 = .248$]. Con riferimento ai coefficienti di regressione, un incremento unitario della variabile "Amicalità" ($B = .157$) e Apertura Mentale ($B = .306$)

è risultato associato ad un aumento statisticamente significativo dei punteggi della variabile FS, mentre l'incremento unitario della dimensione "Stabilità Emotiva" ($B = -.363$) ne ha comportato il decremento.

Tabella 4.20 – Modello di regressione multipla gerarchica per FS

BLOCCHI	VARIABILI	MODELLO 1 $R^2 = .053^{***}$ B	MODELLO 2 $R^2 = .199^{***}$ $\Delta R^2 = .155$ B
1	ETÀ	-.205	
	GENERE	2.700 ^{***}	
	VOTO DI MATURITÀ	.023	
2	ETÀ		-.311
	GENERE		1.600 ^{**}
	VOTO DI MATURITÀ		.007
	ENERGIA		.102
	AMICALITÀ		.157 [*]
	COSCIENZIOSITÀ		-.078
	STABILITÀ EMOTIVA		-.363 ^{***}
	APERTURA MENTALE		.306 ^{***}

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

I risultati dell'analisi di regressione per la scala EC dell'IRI sono riportati in Tabella 4.21. Nel blocco 2 è stata ottenuta una variazione statisticamente significativa di R^2 ($\Delta R^2 = .33$). In blocco 1, solo il genere e il voto di maturità hanno mostrato un effetto significativo seppur modesto [$F_{(3,389)} = 13.172$; $p < .001$; $R^2 = .085$], mentre, aggiungendo in blocco 2 il set di variabili predittive relative alla personalità, la varianza della variabile dipendente EC spiegata dal modello di regressione è aumentata significativamente del 33% [$F_{(8,384)} = 35.060$; $p < .001$; $R^2 = .41$; $f^2 = .695$]. Con riferimento ai coefficienti di regressione, un incremento unitario della variabile "Amicalità" ($B = .560$) è risultato associato ad un aumento statisticamente significativo dei punteggi della variabile EC, mentre l'incremento unitario delle dimensioni "Energia" ($B = -.100$) e "Stabilità Emotiva" ($B = -.114$) ne ha comportato il decremento.

Tabella 4.21 – Modello di regressione multipla gerarchica per EC

BLOCCHI	VARIABILI	MODELLO 1 $R^2 = .085^{***}$ B	MODELLO 2 $R^2 = .41^{***}$ $\Delta R^2 = .33$ B
1	ETÀ	.292	
	GENERE	2.192 ^{***}	
	VOTO DI MATURITÀ	.051 [*]	
2	ETÀ		.321 [*]

GENERE	.906*
VOTO DI MATURITÀ	.030
ENERGIA	-.100*
AMICALITÀ	.560***
COSCIENZIOSITÀ	.062
STABILITÀ EMOTIVA	-.114**
APERTURA MENTALE	.037

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

I risultati dell'analisi di regressione per la scala PT dell'IRI sono riportati in Tabella 4.22. Nel blocco 2 è stata ottenuta una variazione statisticamente significativa di R^2 ($\Delta R^2 = .401$). In blocco 1, il modello non risulta significativo [$F_{(3,389)} = 2.007$; $p > .05$; $R^2 = .008$], mentre, aggiungendo in blocco 2 il set di variabili predittive relative alla personalità, la varianza della variabile dipendente PT spiegata dal modello di regressione è aumentata significativamente del 40.1% [$F_{(8,384)} = 34.240$; $p < .001$; $R^2 = .401$; $f^2 = .669$]. Con riferimento ai coefficienti di regressione, un incremento unitario della variabile "Amicalità" ($B = .353$), "Coscienziosità" ($B = .117$) e "Apertura Mentale" ($B = .400$) è risultato associato ad un aumento statisticamente significativo dei punteggi della variabile PT, mentre l'incremento unitario della variabile "Energia" ($B = -.264$) ne ha comportato il decremento.

Tabella 4.22 – Modello di regressione multipla gerarchica per PT

BLOCCHI	VARIABILI	MODELLO 1	MODELLO 2
		$R^2 = .008$	$R^2 = .404$ ***
		<i>B</i>	<i>B</i>
1	ETÀ	.158	
	GENERE	.869	
	VOTO DI MATURITÀ	.029	
2	ETÀ		-.057
	GENERE		.225
	VOTO DI MATURITÀ		-.015
	ENERGIA		-.264***
	AMICALITÀ		.353***
	COSCIENZIOSITÀ		.117**
	STABILITÀ EMOTIVA		.069
	APERTURA MENTALE		.400***

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

I risultati dell'analisi di regressione per la scala PD dell'IRI sono riportati in Tabella 4.23. Nel blocco 2 è stata ottenuta una variazione statisticamente significativa di R^2 ($\Delta R^2 = .203$). In blocco 1, il modello risulta significativo [$F_{(3,389)} = 5.076$; $p < .01$; $R^2 = .03$], mentre, aggiungendo in blocco 2 il set di variabili predittive relative alla

personalità, la varianza della variabile dipendente PT spiegata dal modello di regressione è aumentata significativamente del 20.3% [$F_{(8,384)} = 15.179$; $p < .001$; $R^2 = .224$; $f^2 = .289$]. Con riferimento ai coefficienti di regressione, un incremento unitario della variabile “Energia” ($B = -.293$) e “Stabilità Emotiva” ($B = -.235$) è risultato associato ad un decremento statisticamente significativo dei punteggi della variabile PD.

Tabella 4.23 – Modello di regressione multipla gerarchica per PD

BLOCCHI	VARIABILI	MODELLO 1	MODELLO 2
		$R^2 = .030^{**}$	$R^2 = .224^{***}$
		B	B
1	ETÀ	-.167	
	GENERE	1.286**	
	VOTO DI MATURITÀ	.037	
2	ETÀ		-.233
	GENERE		.057
	VOTO DI MATURITÀ		.049*
	ENERGIA		-.293***
	AMICALITÀ		-.036
	COSCIENZIOSITÀ		.064
	STABILITÀ EMOTIVA		-.235***
APERTURA MENTALE		-.025	

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

4.1.3.4.3 Dimensioni di autoefficacia e atteggiamento empatico/*patient-centered*

Il calcolo della relazione di linearità (attraverso l'indice di correlazione r di Pearson) esistente tra le sette dimensioni di autoefficacia e i costrutti multidimensionali di empatia e di centratura sul paziente ($range = -.472 - .336$) mostra che esiste una relazione significativa tra le suddette variabili (Tabella 4.24). Complessivamente, la convinzione di autoefficacia connessa ai diversi ambiti di vita esplorati sembra essere correlata positivamente con le diverse misure di empatia e di centratura sul paziente, mentre è possibile ravvisare un rapporto di proporzionalità inversa tra le dimensioni di autoefficacia e la scala PD dell'IRI: la percezione di una maggiore efficacia personale nell'ambito accademico (AP_S) e sociale (AP_SOC) così come una maggiore convinzione di assertività (AP_A), di capacità di regolazione delle emozioni negative (AP_EN), di empatia (AP_E) e di *problem solving* (AP_SP) sembrano

essere in relazione a livelli minori di sconforto e di ansietà nel momento in cui il soggetto diventa spettatore della sofferenza altrui.

Tabella 4.24 – Correlazioni di ordine zero tra le dimensioni di autoefficacia percepita e di empatia/centratura sul paziente

	JSPE-S	SHARING	CARING	PPOS TOTAL	FS	EC	PT	PD
AP_S	.258**		.120*			.182**	.192**	-.233**
AP_A							.099*	-.433**
AP_EN					-.207**	-.161**		-.472**
AP_E	.231**					.336**	.225**	-.154**
AP_SOC	.200**		.118*			.190**	.177**	-.337**
AP_R	.273**		.192*	.164**		.230**	.184**	
AP_SP	.117*						.245**	-.400**

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$

Per approfondire la relazione statistica tra dimensioni di autoefficacia percepita e quelle di empatia/centratura sul paziente, sono state condotte delle analisi di regressione.

I risultati delle suddette analisi statistiche per il JSPE-S (Tabella 4.25) mostrano che il modello [$F_{(10,380)} = 8.325$; $p < .001$], che prevede come variabili indipendenti predittive i sette fattori di *self efficacy* e come variabile dipendente il punteggio totale della scala JSPE-S, al netto dell'effetto di età, genere e voto di maturità, spiega circa il 12% della varianza della variabile dipendente ($\Delta R^2 = .118$). Con riferimento ai coefficienti di regressione, un incremento unitario della variabile AP_SOC ($B = 4.515$; $p < .01$) e della variabile AP_R ($B = 3.459$; $p < .01$) è risultato associato ad un aumento statisticamente significativo dei punteggi della variabile JSPE-S, mentre l'incremento della variabile AP_A ($B = -3.037$; $p < .05$) ne ha comportato la diminuzione.

Tabella 4.25 – Modello di regressione multipla gerarchica per il JSPE

BLOCCHI	VARIABILI	MODELLO 1 $R^2 = .054$	MODELLO 2 $R^2 = .158$ $\Delta R^2 = .118$
		B	B
1	ETÀ	1.064*	

	GENERE	4.694***	
	VOTO DI MATURITÀ	.165*	
2	ETÀ		.984
	GENERE		2.354
	VOTO DI MATURITÀ		.061
	SCOLASTICA		2.440
	ASSERTIVA		-3.037*
	EMOZIONI NEGATIVE		-.831
	EMPATICA		1.227
	SOCIALE		4.515**
	REGOLATORIA		3.459**
	SOLUZIONE PROBLEMI		2.485

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Per quanto riguarda la scala totale del PPOS (Tabella 4.26), tale modello [$F_{(10,380)} = 6.525$; $p < .001$] spiega circa il 2% della varianza della variabile dipendente PPOS *Total* ($\Delta R^2 = .023$). Con riferimento ai coefficienti di regressione, un incremento unitario della variabile AP_SOC ($B = .133$; $p < .01$) è risultato associato ad un aumento statisticamente significativo dei punteggi della variabile PPOS *Total*.

Tabella 4.26 – Modello di regressione multipla gerarchica per il PPOS

BLOCCHI	VARIABILI	MODELLO 1	MODELLO 2
		$R^2 = .116$	$R^2 = .124$
		B	B
1	ETÀ	.076***	
	GENERE	.236***	
	VOTO DI MATURITÀ	.004*	
2	ETÀ		.080***
	GENERE		.209***
	VOTO DI MATURITÀ		.004
	SCOLASTICA		-.030
	ASSERTIVA		-.070
	EMOZIONI NEGATIVE		.018
	EMPATICA		-.007
	SOCIALE		.133**
	REGOLATORIA		.050
	SOLUZIONE PROBLEMI		-.016

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Infine, i risultati dell'analisi di regressione per le scale dell'IRI (Tabella 4.27) mostrano che il modello spiega circa il 5% della variabile dipendente FS [$F_{(10,380)} = 4.767$; $p < .001$], il 15% di EC [$F_{(10,380)} = 11.928$; $p < .001$], il 11% di PT [$F_{(10,380)} = 5.449$; $p < .001$] e il 28% di PD [$F_{(10,380)} = 17.210$; $p < .001$]. Rispetto ai singoli coefficienti di regressione, un incremento unitario delle variabili AP_A ($B = -.885$; $p < .05$), AP_EN ($B = -1.940$; $p < .001$), AP_SP ($B = -1.090$; $p < .01$) è risultato associato ad un decremento

statisticamente significativo della variabile PD; un incremento unitario delle variabili AP_R (B = .796; $\rho < .05$) e AP_SP (B = 1.888; $\rho < .001$) è risultato invece associato ad un aumento statisticamente significativo della variabile PT; per quanto riguarda la scala EC, un incremento unitario delle variabili AP_A (B = -.904; $\rho < .05$) e AP_EN (B = -1.559; $\rho < .001$) ne hanno comportato la diminuzione, mentre l'incremento unitario delle variabili AP_E (B = 1.621; $\rho < .001$), AP_SOC (B = 1.299; $\rho < .01$) e AP_R (B = .871; $\rho < .01$), l'aumento; infine, mentre un incremento unitario delle variabili AP_SOC (B = 1.431; $\rho < .05$) e AP_SP (B = 1.262; $\rho < .05$) forniscono un contributo positivo e significativo nella spiegazione della varianza della dimensione FS, l'incremento unitario della variabile AP_EN (B = -2.081; $\rho < .01$) ne fornisce uno negativo.

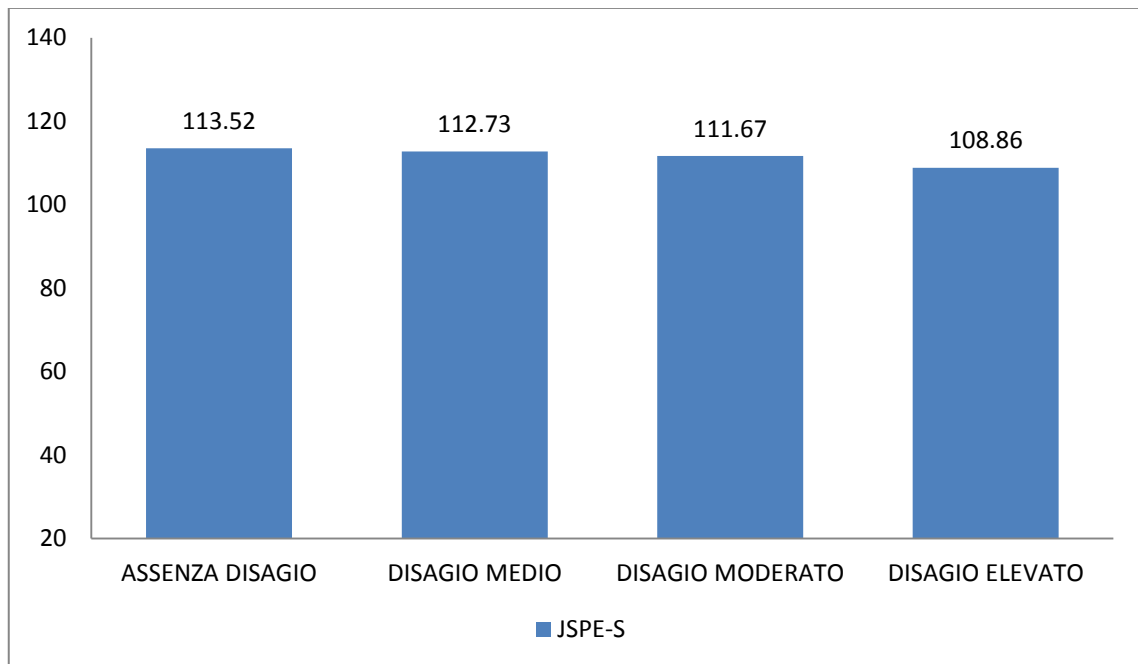
Tabella 4.27 – Modello di regressione multipla gerarchica per l'IRI

	ΔR^2	AP_S		AP_A		AP_EN		AP_E		AP_SOC		AP_REG		AP_SP	
		B	ρ	B	ρ	B	ρ	B	ρ	B	ρ	B	ρ	B	ρ
FS	.049	-.25	n.s.	-.72	n.s.	-2.1	.001	.103	n.s.	1.43	.030	-.28	n.s.	1.26	.036
EC	.15	.253	n.s.	-.90	.016	-1.6	.000	1.621	.000	1.299	.003	.871	.005	.569	n.s.
PT	.111	.397	n.s.	-.51	n.s.	-.23	n.s.	.802	n.s.	.506	n.s.	.796	.028	1.89	.000
PD	.278	-.62	n.s.	-.88	.011	-1.9	.000	.453	n.s.	-.706	n.s.	.057	n.s.	-1.1	.004

4.1.3.4.4 Il guaritore ferito: sofferenza psicologica e differenze di atteggiamento empatico/*patient-centered*

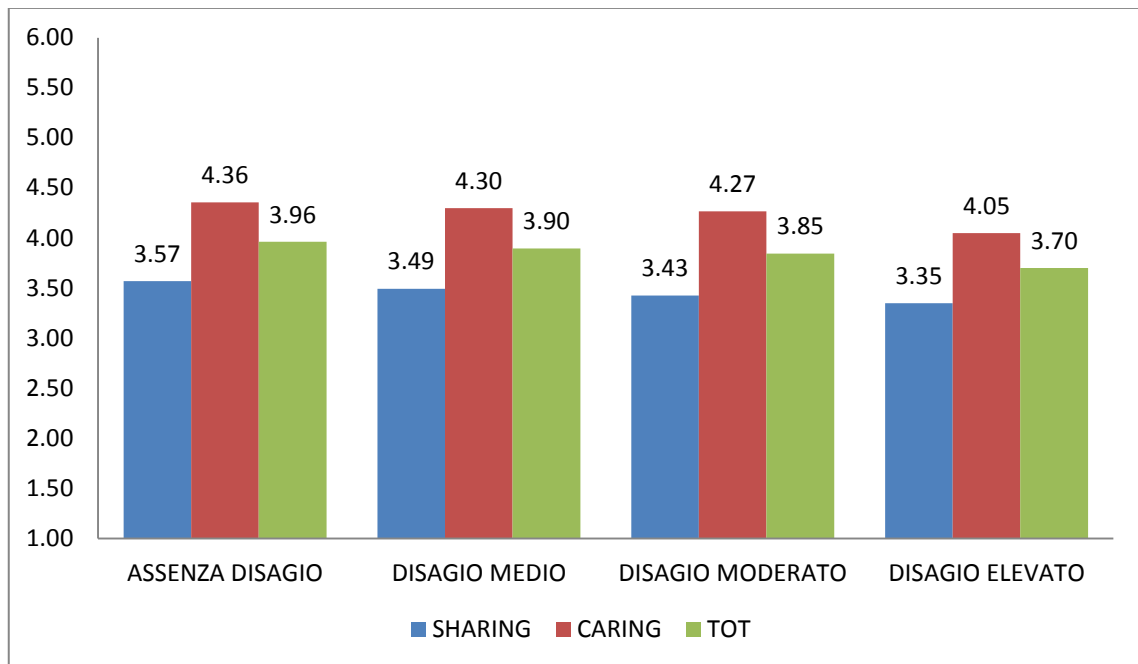
Dal confronto, controllato per la variabile covariata "età" e genere, tra le misurazioni degli studenti del primo anno che presentano differenti livelli di sofferenza psicologica non emergono differenze significative rispetto alla scala JSPE-S [$F_{(3,382)} = 1.215$; $\rho > .05$; $\eta^2 = .009$] (Grafico 4.15).

Grafico 4.15 – Differenze nei punteggi medi di empatia tra studenti con livelli diversi di sofferenza psicologica



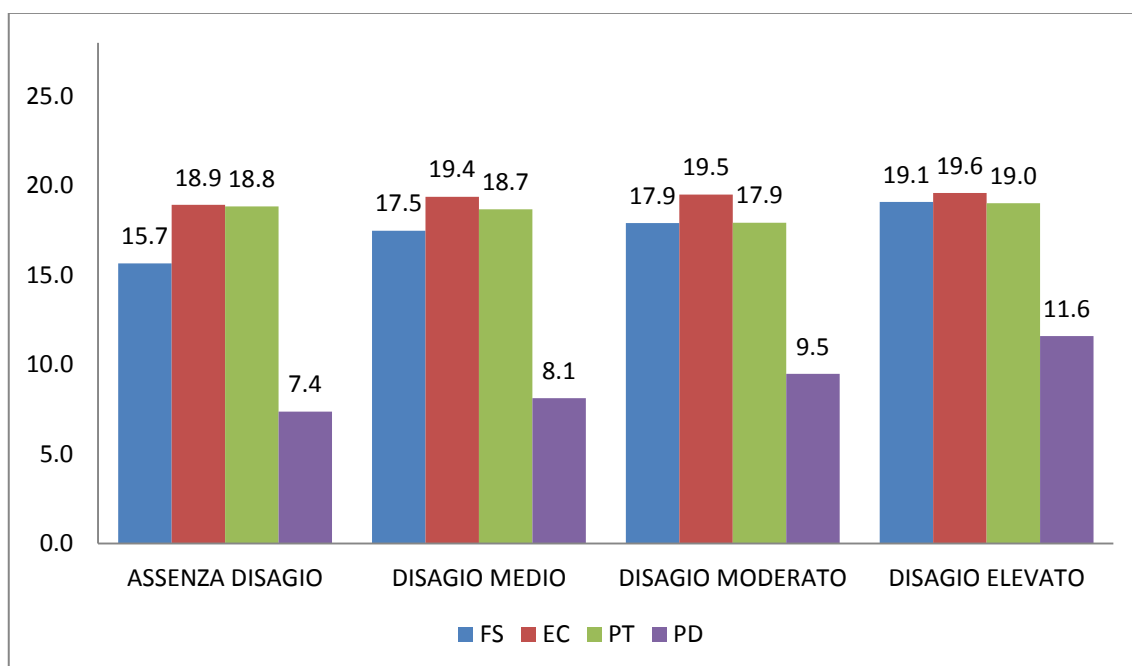
Dalle analisi della covarianza condotte sul PPOS, controllate per “età” e “genere”, è emerso invece un effetto statisticamente significativo della variabile “Livello di disagio psicopatologico” sulla variabile *Total* [$F_{(3,382)} = 3.414$; $p = .018$; $\eta^2 = .026$] e *Caring* [$F_{(3,382)} = 2.860$; $p = .037$; $\eta^2 = .022$]. Le analisi *post-hoc*, effettuate con il test di confronto multiplo *Honest Significant Difference* (HSD) di Tukey, hanno evidenziato che gli studenti che dichiarano una maggiore sofferenza psicopatologica presentano punteggi medi della scala *Total* e *Caring* del PPOS significativamente più bassi rispetto agli studenti che manifestano un maggiore grado di benessere psicologico, mentre non risultano statisticamente significative le differenze rispetto alla scala *Sharing* [$F_{(3,382)} = 1.589$; $p > .05$; $\eta^2 = .012$] (Grafico 4.16).

Grafico 4.16 – Differenze nei punteggi medi di centratura sul paziente tra studenti con livelli diversi di sofferenza psicologica



Infine, dalle analisi della covarianza condotte sulle quattro scale dell'IRI è emerso un effetto statisticamente significativo della variabile "Livello di disagio psicopatologico", al netto dell'effetto delle variabili "età" e "genere", sulla variabile FS [$F_{(3,382)} = 4.399$; $p = .005$; $\eta^2 = .033$] e PD [$F_{(3,382)} = 11.717$; $p < .001$; $\eta^2 = .084$]. Le analisi *post-hoc*, effettuate con il test di confronto multiplo *Honest Significant Difference* (HSD) di Tukey, hanno evidenziato che gli studenti che dichiarano una maggiore sofferenza psicopatologica presentano punteggi medi significativamente maggiori sia nella scala FS che nella scala PD dell'IRI rispetto ai compagni di corso che manifestano un maggiore grado di benessere psicologico; non risultano, invece, statisticamente significative le differenze rispetto alla scala EC [$F_{(3,382)} = .420$; $p > .05$; $\eta^2 = .003$] e PT [$F_{(3,382)} = .688$; $p > .05$; $\eta^2 = .005$] (Grafico 4.17).

Grafico 4.17 – Differenze nei punteggi medi di responsività empatica tra studenti con livelli diversi di sofferenza psicologica



4.2 Acquisizione e mantenimento di un approccio empatico e *patient-centered*: studio longitudinale sull'efficacia della formazione medica

4.2.1 Obiettivi

È riconosciuta in letteratura l'importanza dell'acquisizione di un approccio clinico olistico e centrato sul paziente tra gli esiti della formazione medica che è necessario valutare con misure quanto possibile oggettive per poter intervenire laddove necessario con le adeguate misure formative. Questo articolato progetto di ricerca si è posto quindi l'obiettivo di esplorare la relazione e monitorare l'andamento nel corso del tempo dei livelli di empatia e di centratura sul paziente al fine di ipotizzare percorsi formativi *ad hoc* da avviare sia in quei contesti di cura in cui le abilità relazionali sono tra i principali strumenti messi in atto per rispondere ai bisogni dell'assistito, sia, in particolare, nell'ambito della formazione universitaria. La finalità di questo secondo studio è stata, quindi, quella di valutare se – e in quale misura – genere di appartenenza ed esperienze di tirocinio pratico svolte presso l'ambulatorio di un MMG e nei diversi reparti ospedalieri a partire, rispettivamente, dal secondo e dal terzo anno di corso, siano fattori che intervengono nella formazione professionale

medica e nell'attitudine degli studenti verso i pazienti. Le nostre ipotesi di ricerca, come suggerito dalla letteratura internazionale (Hojat et al., 2001; Hojat et al., 2009), sono le seguenti:

1. gli studenti di medicina di genere femminile mostrano livelli medi di empatia e di centratura sul paziente significativamente maggiori rispetto a quelli maschili indipendentemente dallo stato di avanzamento della loro formazione universitaria;
2. le esperienze di tirocinio pratico svolte presso lo studio del Medico di Medicina Generale (MMG) al secondo anno di Corso e quella ospedaliera prevista dal terzo – portano gli studenti ad assumere un atteggiamento maggiormente paternalistico nei confronti dei pazienti; ci aspettiamo, inoltre, che le suddette esperienze formative pratiche conducano ad una diminuzione dei loro livelli di empatia.

4.2.2 Metodologia

4.2.2.1 Partecipanti

Hanno progressivamente partecipato alla compilazione dei questionari 6 coorti consecutive di studenti iscritti alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Milano-Bicocca. I dati raccolti si riferiscono agli A.A. che vanno dal 2010/2011 al 2015/2016. La somministrazione è avvenuta in occasione delle esercitazioni del modulo di "Tecniche di Comunicazione" nell'ambito del Corso di "Medicina e Società" previsto al secondo anno del Corso di Laurea e svoltesi presso le aule dell'edificio U8 in Monza. Circa il 52% del campione è di sesso femminile (Tabella 4.28).

Tabella 4.28 – Numerosità e composizione di genere del campione nei diversi anni accademici presi in considerazione

	2010/ 2011	2011/ 2012	2012/ 2013	2013/ 2014	2014/ 2015	2015/ 2016	TOTALE
MASCHI	64	67	64	65	77	69	406
FEMMINE	66	71	77	86	75	65	440
TOTALE	130	138	141	151	152	134	846

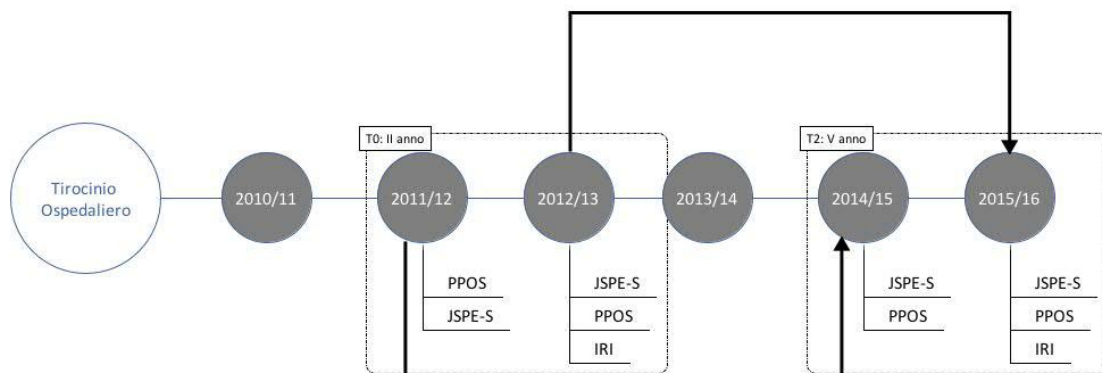
L'età media dei partecipanti è di 19.93 anni, la maggioranza dei quali di età compresa tra i 19 e 20 anni (Tabella 4.29).

Tabella 4.29 – Età media dei partecipanti alla ricerca

	2010/ 2011	2011/ 2012	2012/ 2013	2013/ 2014	2014/ 2015	2015/ 2016
ETÀ MEDIA	20.25	20.45	20.45	19.68	19.84	19.41
DS	.728	1.762	1.275	1.267	1.151	1.493
MIN	19	19	19	18	18	18
MAX	23	32	30	30	25	33

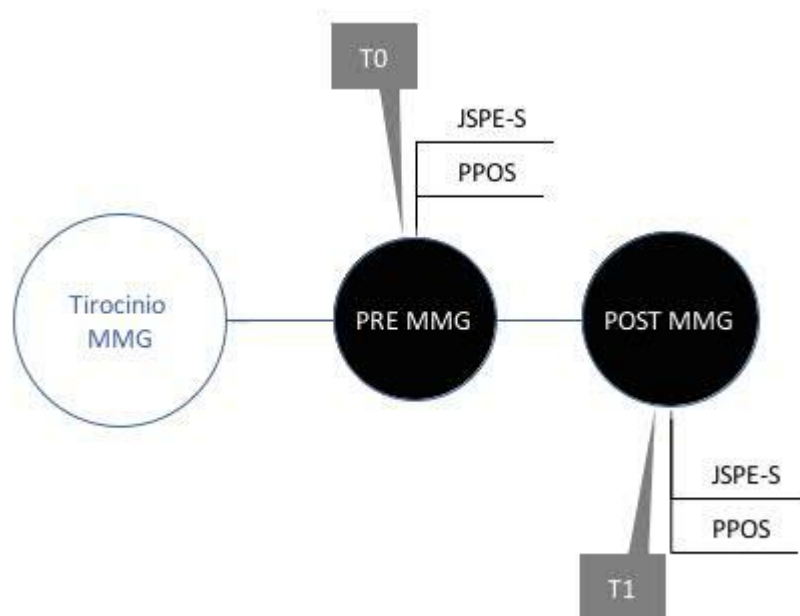
Agli studenti della prima e alla seconda coorte (A.A. di immatricolazione 2010/2011 e 2011/2012) iscritti al secondo anno è stato possibile, altresì, sottoporre il protocollo in occasione delle esercitazioni del corso di “Psichiatria e Psicologia Clinica” (T₂), previsto dall’offerta formativa del V anno del Corso di Laurea e svoltesi presso il *Multimedia Health Communication Laboratory* al quinto piano di Villa Serena (edificio U38) in Monza (Figura 4.3). A causa di eventuali assenze dei singoli studenti o a causa di compilazioni incomplete della batteria di questionari nei giorni in cui era prevista la somministrazione nei due momenti formativi, è stato possibile effettuare il confronto longitudinale tra le misure solo di un numero inferiore di partecipanti rispetto a quelli totali, ovvero del 48.13% di studenti per il JSPE-S, del 53.36% per il PPOS e del 55.07% per l’IRI.

Figura 4.3 – Disegno di ricerca dello studio longitudinale connesso al Tirocinio Ospedaliero



Alla coorte 2014/2015 è stato, invece, possibile somministrare una versione ridotta del protocollo, mancante dell'IRI, sia all'inizio (T_0) che a conclusione (T_1) dell'esperienza del tirocinio svolta presso il MMG previsto al secondo anno del Corso di Laurea (Figura 4.4). La scelta di non sottoporre agli studenti le scale dell'IRI a conclusione dell'esperienza di tirocinio dal MMG è stata dettata dalla valutazione della natura dei costrutti esplorati dalle stesse, i quali, riferendosi ad aspetti psicologici individuali stabili, di "tratto", difficilmente avrebbero potuto essere influenzati da un'esperienza formativa di così breve durata (sette giorni).

Figura 4.4 – Disegno di ricerca dello studio longitudinale connesso al Tirocinio dal MMG



4.2.2.2 Strumenti

Nel corso della revisione della letteratura internazionale, abbiamo individuato alcuni strumenti per monitorare l'andamento dell'acquisizione e del mantenimento di adeguate competenze e abilità comunicative e relazionali negli anni della formazione (Tabella 4.30; ALLEGATO 1).

Tabella 4.30 – Tabella riassuntiva degli strumenti utilizzati nel presente studio

	N° ITEMS	PUNTEGGIO ITEM	RANGE PUNTEGGIO	INTERPRETAZIONE DEL PUNTEGGIO
JSPE-S	20	1-7	20-140	Punteggi più elevati denotano maggiori livelli di

				empatia
SHARING (PPOS)	9	6-0	0-6 (media)	Punteggi più elevati riflettono un atteggiamento maggiormente centrato sulla persona
CARING (PPOS)	9	6-0	0-6 (media)	
TOTAL (PPOS)	18	6-0	0-6 (media)	
FS (IRI)	7	0-4	0-28	Maggiore è il punteggio della scala, più intensa è la componente della responsabilità empatica
EC (IRI)	7	0-4	0-28	
PT (IRI)	7	0-4	0-28	
PD (IRI)	7	0-4	0-28	

Nella presente ricerca sono state utilizzate tutte le misure previste dagli strumenti e le relative analisi sono state condotte sui dati grezzi in quanto non sono stati, ad oggi, pubblicati nella letteratura internazionale i dati normativi standardizzati.

Jefferson Scale of Physician Empathy – Student Version (JSPE-S)

In una revisione della letteratura internazionale (Hemmerdinger et al., 2007), sono stati identificati 36 differenti strumenti che misurano il livello di empatia nell'ambito della relazione medico-paziente. Il *Jefferson Scale of Physician Empathy* (JSPE; Hojat et al., 2001), appositamente creato per rilevare l'empatia dei medici, è il questionario maggiormente utilizzato nelle ricerche del settore (Tavakol et al., 2011a). Il JSPE è uno strumento validato, recentemente anche in italiano (Leombruni et al., 2014), sviluppato nel 2001 presso il *Center for Research in Medical Education and Health Care* del *Jefferson Medical College* (ora *Sidney Kimmel Medical College*) per misurare l'empatia nel contesto della formazione professionale dei medici e della cura del paziente (Hojat, 2007; Hojat et al., 2001; 2002a; 2002b; 2002c; 2005ab). Questo strumento è stato sviluppato sulla base di un'ampia revisione della letteratura e si fonda sulla definizione di empatia nel contesto della cura del paziente come un «attributo prevalentemente cognitivo, che coinvolge la comprensione di esperienze, preoccupazioni e prospettive del paziente, unitamente ad una capacità di comunicare questa comprensione con la mera intenzione di essere di aiuto» (Hojat, 2007). Le prove a supporto della validità di costrutto (Hojat, 2007; Hojat et al., 2001), della validità di criterio (Hojat et al., 2002abc), della validità predittiva (Hojat et al., 2005a), della consistenza interna e affidabilità *test-retest* (Hojat et al., 2002c) del questionario

JSPE, sono state riscontrate in studenti di medicina e medici (negli Stati Uniti). Le proprietà psicometriche del questionario JSPE sono state riscontrate anche in studenti di studi infermieristici (Ward et al., 2009), studenti di odontoiatria (Sherman & Cramer, 2005) e studenti di medicina in Paesi quali, ad esempio, Messico (Alcorta-Garza et al., 2005), Giappone (Kataoka et al., 2009) e Corea (Roh et al., 2010). Dati a supporto della psicomетria della traduzione italiana della scala JSPE sono stati riscontrati in medici e studenti di medicina italiani (Di Lillo et al., 2009; Leombruni et al., 2014). Il questionario JSPE ha avuto una larga accettazione nella comunità scientifica e ad oggi è stato tradotto in 49 lingue. Il questionario JSPE comprende 20 affermazioni; per ognuna, il partecipante è invitato ad esprimere il proprio grado di accordo secondo una scala Likert a 7 punti (1 = completamente in disaccordo, 7 = completamente d'accordo). Per ridurre la tendenza del soggetto a rispondere in modo stereotipato e/o sistematico indipendentemente dalla caratteristica misurata, metà delle affermazioni sono espresse in modo positivo, mentre l'altra metà è formulata in modo negativo e i punteggi sono considerati *reverse*. Esempi di item "positivi" sono: «I pazienti si sentono meglio quando il medico capisce il loro stato emotivo» o «La capacità del medico di capire gli stati emotivi del proprio paziente li fa sentire considerati e compresi e questo, già di per sé, ha un valore terapeutico»; mentre esempi di item formulati in modo "negativo" possono essere: «Durante l'anamnesi il medico non deve prestare attenzione alle emozioni dei pazienti» o «Credo che la considerazione dell'aspetto emotivo non abbia alcun ruolo nel trattamento della malattia». Punteggi più elevati denotano maggiori livelli di empatia. Esistono tre versioni del questionario JSPE: una per medici, una per studenti di medicina (Versione S, impiegata in questo studio) e una terza per studenti di professioni sanitarie diverse da quella medica (Versione HPS). Le tre versioni hanno contenuti simili tra loro, con leggere modifiche nella formulazione, per preservare le validità di forma e contenuto per le rispettive popolazioni *target*. I costrutti alla base del questionario includono la modalità di "cogliere la prospettiva del paziente" (*Perspective Taking*), l'"assistenza compassionevole" (*Compassionate Care*) e "il mettersi nei panni del paziente" (*Standing in the Patient's Shoes*), che sono i maggiori componenti dell'empatia nel contesto delle cure sanitarie (Hojat, 2007; Hojat et al., 2002c; Tavakol et al., 2011b).

Dopo più di dieci anni di utilizzo dello strumento nell'ambito della formazione medica nel contesto americano ed internazionale, gli autori hanno recentemente proposto criteri normativi per effettuare lo *scoring* della versione per studenti del questionario (JSPE-S), proponendo due valori-soglia (*cutoff scores*), differenziati per genere, che permettono di classificare il punteggio ottenuto dal rispondente come basso, moderato o alto (Hojat & Gonnella, 2015).

Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS)

È un questionario autosomministrato costituito da 18 item, creato in origine per essere somministrato sia ai medici che ai loro pazienti in modo da rilevare il grado di accordo/disaccordo sull'andamento della visita da parte di entrambi i protagonisti. Il PPOS (Krupat et al., 2000a) ha lo scopo di rilevare l'atteggiamento individuale rispetto alla relazione medico-paziente attraverso due sottoscale denominate *Sharing* e *Caring*. La prima sottoscala è costituita da 9 item, riflette il grado di importanza che il medico attribuisce al coinvolgimento del paziente nel colloquio medico e nelle decisioni mediche relative alla diagnosi e al trattamento e comprende affermazioni quali «È il medico che dovrebbe decidere di cosa parlare durante la visita» o «Il paziente dovrebbe essere consapevole che le decisioni sulla cura spettano solo al medico». La scala *Caring*, costituita anch'essa da 9 item, valuta quanto il medico ritenga rilevante prendere in considerazione le aspettative, le idee e i sentimenti del paziente all'interno del proprio operato e comprende affermazioni quali «Se la sincerità ed il calore umano sono i principali strumenti del medico egli non avrà un gran successo» o «Non è importante conoscere la storia e la cultura del paziente per curare la sua malattia». Viene chiesto di segnare il proprio grado di accordo o disaccordo su una scala Likert a 6 punti, da 6 (fortemente in disaccordo) a 1 (fortemente in accordo). Gli item 9, 13 e 17 hanno un punteggio *reverse*. Le scale *Sharing* e *Caring* vengono calcolate come media dei punteggi assegnati ai 9 item di ciascuna scala, mentre il punteggio totale è dato dalla media dei punteggi ottenuti nei 18 item: punteggi più elevati riflettono un atteggiamento maggiormente centrato sulla persona. Lo strumento è stato specificatamente costruito all'interno del paradigma della medicina *patient-centred* (Moja & Vegni, 2000) ed è quindi uno strumento molto utilizzato in ricerche nel campo della comunicazione medico-paziente, sia a livello di formazione degli studenti che a

livello di incremento delle competenze relazionali degli operatori del settore sanitario (Krupat et al., 2000b; Krupat et al., 2001; Haidet et al., 2002; Ribeiro et al., 2007).

Ad oggi non è stata ancora pubblicata una versione validata in italiano dello strumento. Quella adottata in questa sede è frutto di un'operazione di traduzione ad opera di colleghi esperti nella disciplina e che possiedono competenze nella traduzione dalla lingua inglese a quella italiana.

Interpersonal Reactivity Index (IRI)

Basandosi su un approccio integrato, Davis (1980) mette a punto uno strumento – l'*Interpersonal Reactivity Index (IRI)* – che rileva la responsività empatica attraverso la misura integrata di componenti affettive e cognitive. Due di tali componenti, infatti, si riferiscono alla reazione emotiva del soggetto, che può essere orientata verso la condivisione dell'esperienza altrui (considerazione empatica) oppure diretta verso la comprensione dei propri stati di ansia e di preoccupazione in situazioni relazionali (disagio personale). Gli altri due concernono, rispettivamente, l'abilità ad adottare il punto di vista di un'altra persona (*perspective taking*) e la tendenza ad immaginarsi in situazioni fittizie (fantasia). Le caratteristiche dell'approccio multidimensionale e le solide proprietà psicometriche hanno reso l'IRI lo strumento più comunemente impiegato per rilevare la responsività empatica fra gli adulti. Inoltre, l'IRI è stato ampiamente utilizzato quale strumento per esplorare i correlati di personalità di quegli operatori che prestano la loro attività in contesti di aiuto (medici, infermieri e volontari) mostrando come alti punteggi nelle sottoscale *Perspective Taking* e *Considerazione Empatica* siano predittivi di una maggiore disponibilità emotiva alla sofferenza dell'altro, mentre alti punteggi nella sottoscala *Disagio Personale* siano indicatori di un forte livello di *burn-out* (Day & Chambers, 1991; Unger & Thumhuri, 1997; Yarnold et al., 1996).

Le numerose applicazioni dell'IRI in contesti e con popolazioni differenti ne confermano l'indubbia validità come strumento multicomprendivo dei diversi aspetti della responsività empatica.

Per testimoniare la complessità dell'esperienza empatica abbiamo adottato in questo studio la versione validata in italiano dell'*Interpersonal Reactivity Index* (IRI; Albiro et al., 2006), questionario che si compone di 28 item, articolati in quattro sottoscale: (a) Fantasia (*Fantasy Scale*; FS), indaga la propensione ad identificarsi con personaggi fittizi della letteratura, del cinema o del teatro (esempio di item: «Resto veramente coinvolto dagli stati d'animo dei protagonisti di un racconto»); (b) *Perspective Taking* (PT), sonda la capacità di adottare il punto di vista altrui (esempio di item: «Quando sono in contrasto con qualcuno, di solito cerco di mettermi nei suoi panni per un attimo»); (c) Considerazione Empatica (*Empathic Concern*; EC), valuta la tendenza dei soggetti a provare compassione, preoccupazione e calore nei confronti di altre persone che vivono esperienze spiacevoli (esempio di item: «Quando vedo qualcuno che viene sfruttato, provo sentimenti di protezione nei suoi confronti»); (d) Disagio Personale (*Personal Distress*; PD), fa riferimento ai casi in cui l'essere spettatori di esperienze spiacevoli che accadono ad altri provoca un senso di sconforto e di ansietà nei soggetti stessi (esempio di item: «Tendo a perdere il controllo in casi di emergenza»). Gli item sono presentati sotto forma di affermazioni rispetto alle quali il soggetto deve dichiarare il proprio grado di accordo su una scala Likert a 5 punti (da 0 = "mai vero" a 4 = "sempre vero"). Alcuni item sono espressi in forma negativa rispetto al senso generale della sottoscala per la quale sono stati disegnati; pertanto, prima di procedere alle analisi, il punteggio di questi item va invertito.

4.2.2.3 Procedura

Nello studio longitudinale relativo all'esperienza svolta presso lo studio del MMG, la compilazione della batteria dei questionari cartacei autosomministrati si è tenuta il primo anno di corso o all'inizio del secondo, ma in ogni caso prima dell'esperienza di tirocinio nello studio del MMG (I/II anno: T₀), e a conclusione del suddetto tirocinio (II anno: T₁). Per quanto riguarda invece lo studio connesso all'esperienza di tirocinio ospedaliero, le somministrazioni sono avvenute il secondo anno di corso a conclusione dell'esperienza dal MMG (T₀) e il primo giorno delle esercitazioni di "Psicologia Clinica" del corso integrato di "Psichiatria e Psicologia Clinica" (V anno: T₂). Ogni somministrazione ha richiesto circa 30 minuti. È stato inoltre fondamentale che i questionari non fossero anonimi al fine di osservare se e in quale

misura fossero cambiate nel corso del tempo le attitudini alla relazione e la considerazione degli aspetti emotivi del paziente nella rappresentazione degli studenti dell'esercizio della professione medica. Lo studente è stato libero di accettare o rifiutare di compilare o meno i questionari nominali e ha potuto, inoltre, interrompere la compilazione e ritirare il consenso alla partecipazione in qualsiasi momento in modo totalmente libero e senza alcuna conseguenza sul piano accademico. Il presente studio è stato condotto in accordo alle linee guida della ricerca in Psicologia (Codice Deontologico degli Psicologi approvato dal Consiglio Nazionale dell'Ordine nell'adunanza del 27-28 giugno 1997) ed è stato valutato e approvato dal Comitato Etico dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca in occasione della seduta del 6 giugno 2016.

I dati sono stati tabulati ed elaborati con il programma SPSS 22 per Windows e sono stati gestiti esclusivamente in forma aggregata. I dati sono stati, inoltre, sottoposti a valutazione per identificare *outliers* uni- e multi-variati attraverso il criterio Mahalanobis (Crawford & Allan, 1994; Huba, 1985) fissato a $p < .001$. Non si registrano presenza di *outlier* e violazioni agli assunti di normalità: essendo rispettati gli assunti di omoschedasticità (le varianze sono omogenee), omogeneità delle varianze – valutata mediante il test di Levene che è risultato non significativo – e di normalità (asimmetria e curtosi compresi nell'intervallo di valori -1 e +1) per le variabili da noi considerate, le analisi statistiche sono state effettuate utilizzando test parametrici. Il livello p di significatività per i test statistici effettuati è stato fissato arbitrariamente al 5% ($p < .05$).

Mediante l'utilizzo del *software* di analitica predittiva SPSS 22, è stata eseguita l'analisi della varianza per misure ripetute (GLM) al fine di verificare se vi fossero variazioni e differenze statisticamente significative (ΔT_0-T_1 e ΔT_0-T_2), controllate per la variabile "genere", nei punteggi medi di empatia (JSPE-S e IRI) e di centratura sul paziente (PPOS) degli studenti nei tre diversi momenti formativi considerati. Per ogni confronto longitudinale è riportato il relativo *effect size* (η^2) o dimensione dell'effetto: per valori inferiori a $\eta^2 = .01$ l'effetto è stato considerato piccolo, per valori fino a $\eta^2 = .06$ l'effetto è stato considerato medio e per valori superiori a $\eta^2 = .14$ è stato considerato grande (Miles & Shevlin, 2001).

È stata, inoltre, condotta l'analisi della covarianza (ANCOVA) per verificare la significatività statistica della differenza, controllata per la variabile "età" (che nel nostro modello ricopre, appunto, il ruolo di covariata), tra i punteggi medi ottenuti alle scale dei questionari JSPE-S, PPOS e IRI da studenti raggruppati secondo la variabile "genere" nelle quattro rilevazioni, ovvero prima (T_0) e dopo (T_1) l'esperienza presso l'ambulatorio del MMG e prima (T_0) e dopo (T_2) l'esperienza di tirocinio ospedaliero. Anche in questo caso, per il confronto è riportato il relativo *effect size* (stimato attraverso l'indice d di Cohen) che ci informa di quanto i punteggi medi di maschi e femmine, rispetto ad ogni scala, differiscono fra loro e dell'ampiezza dell'effetto trovato: per valori inferiori a $d = .2$ l'effetto è stato considerato piccolo, per valori fino a $d = .5$ l'effetto è stato considerato medio e per valori superiori a $d = .8$ è stato considerato grande (Cohen, 1988).

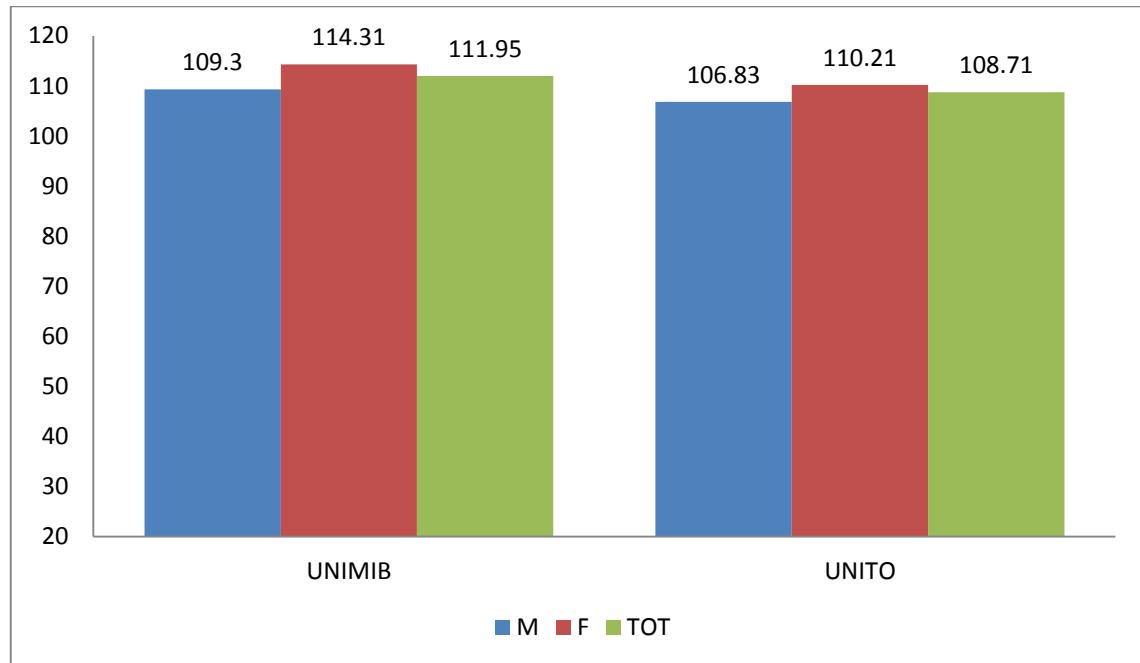
4.2.3 Risultati

4.2.3.1 Analisi preliminari: confronto con campioni normativi, correlazione tra misure e profilo degli studenti in ingresso

Complessivamente, gli studenti di Medicina che hanno partecipato alla nostra ricerca mostrano livelli medi di empatia e di responsività empatica significativamente diversi rispetto a quelli espressi dai soggetti coinvolti negli studi di validazione delle versioni italiane del JSPE-S (Leombruni, 2014) e dell'IRI (Albiero, 2006). Non si è potuto invece effettuare tale confronto relativamente al questionario PPOS in quanto ad oggi non è stato ancora pubblicato uno studio di validazione della versione italiana dello strumento. Come si può osservare nel Grafico 4.18, per quanto riguarda il JSPE-S, gli studenti iscritti al II anno di Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca coinvolti nel presente studio ($M = 347$, $F = 388$; età media = 19.92 anni, $ds = 1.4$) hanno ottenuto al JSPE-S punteggi medi significativamente maggiori rispetto ai colleghi ($M = 114$, $F = 143$; età media = 20.6 anni) iscritti al II anno della Facoltà di Medicina dell'Università di Torino che invece hanno preso parte allo studio di validazione [$F_{(1,991)} = 13.066$; $p < .001$]. In entrambi i gruppi, gli studenti di genere maschile hanno mostrato punteggi medi significativamente inferiori rispetto a quelli di

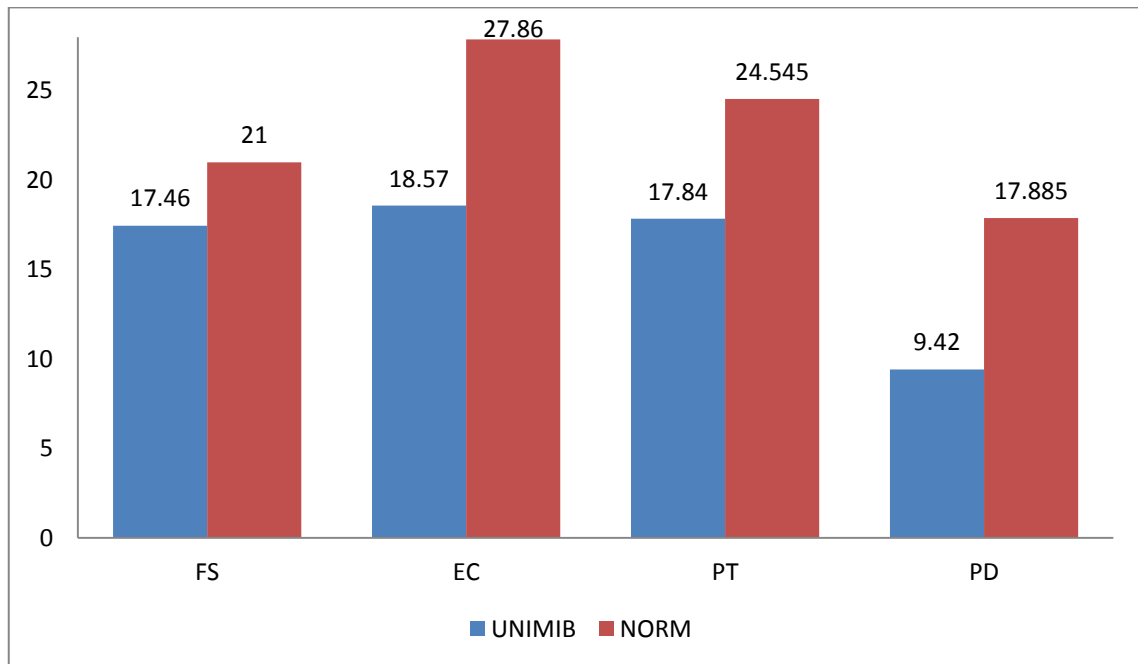
genere femminile, ma in entrambe le rilevazioni la dimensione dell'effetto è risultata piuttosto modesta ($d < .4$).

Grafico 4.18 – Differenze nei punteggi medi del JSPE-S tra il campione normativo e quello della Bicocca



Per quanto riguarda invece le scale dell'IRI (Grafico 4.19), gli studenti iscritti al II anno di Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca (M = 283, F = 309; età media = 19.9, ds = 1.433) hanno ottenuto punteggi medi significativamente minori nelle dimensioni FS [$F_{(1,854)} = 70.756$; $p < .001$], EC [$F_{(1,854)} = 949.293$; $p < .001$], PT [$F_{(1,854)} = 395.999$; $p < .001$] e PD [$F_{(1,854)} = 639.509$; $p < .001$] rispetto ai soggetti dello studio di validazione del questionario (M = 113, F = 150; età media = 17.55 anni, ds = 1.25). In entrambi gli studi, le femmine riportano punteggi significativamente più alti dei maschi in tutte le dimensioni considerate ($p \leq .004$).

Grafico 4.19 – Differenze nei punteggi medi dell'IRI tra il campione normativo e quello della Bicocca



Prima di procedere alla presentazione dei risultati relativi agli obiettivi del presente studio, è stata inoltre calcolata la relazione di linearità (attraverso l'indice di correlazione r di Pearson) esistente tra le variabili statistiche utilizzate in questo studio al fine di confermare che ogni misura fosse davvero legata agli altri strumenti utilizzati e, di conseguenza, che fosse appropriata per valutare l'empatia e la centratura sul paziente dei partecipanti (Tabella 4.31). Come mostrato nella Tabella 4.31, le misure utilizzate si sono dimostrate, nella maggior parte dei casi, altamente correlate tra loro nella direzione prevista ($range = .083-.822$). In particolare, la scala JSPE-S correla positivamente con tutte le dimensioni del PPOS e dell'IRI, mentre non risulta statisticamente significativa quella con la scala PD. Le scale del PPOS correlano positivamente tra loro, con il JSPE-S e con quelle dell'IRI, mentre risulta debole e non significativa quella tra le scale *Caring* e PD. Anche l'IRI mostra una buona correlazione tra i punteggi delle sue quattro dimensioni ad eccezione fatta per le scale PT e PD.

Tabella 4.31 – Correlazioni di ordine zero tra le variabili incluse nello studio

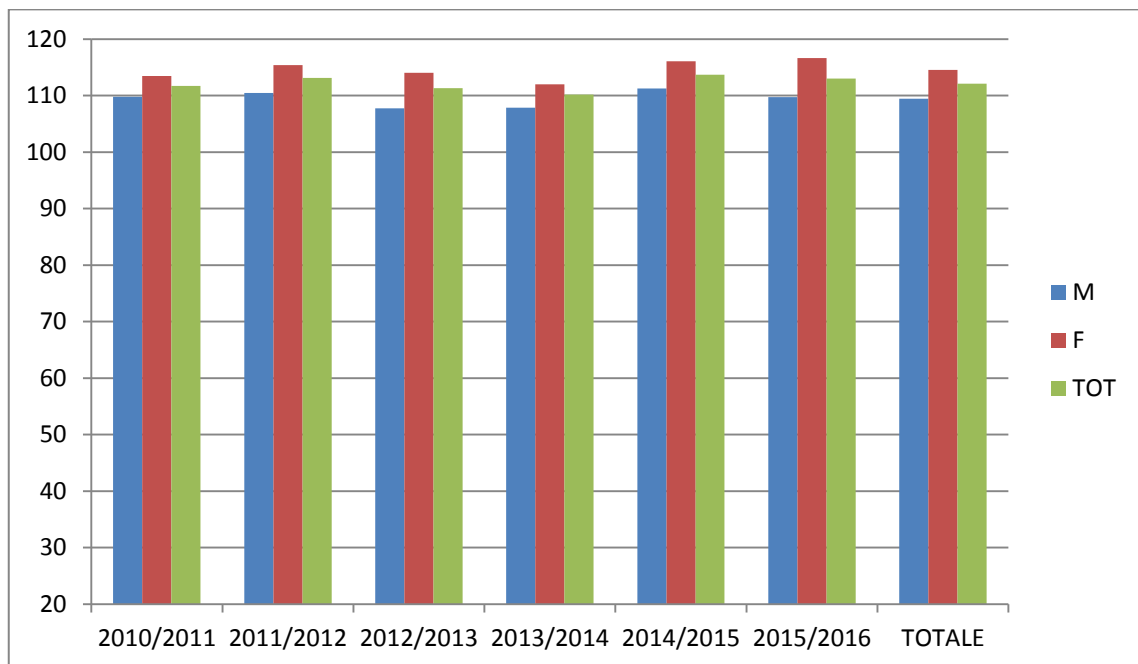
	JSPE-S	SHARING	CARING	PPOS TOTAL	FS	EC	PT	PD
JSPE-S	–							
SHARING	.207**	–						

CARING	.535**	.266**	–				
PPOS TOTAL	.454**	.822**	.768**	–			
FS	.277**	.096*	.166**	.161**	–		
EC	.461**	.113**	.308**	.255**	.325**	–	
PT	.374**	.114**	.209**	.199**	.150**	.398**	–
PD		.083*		.092*	.236**	.171**	–

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$

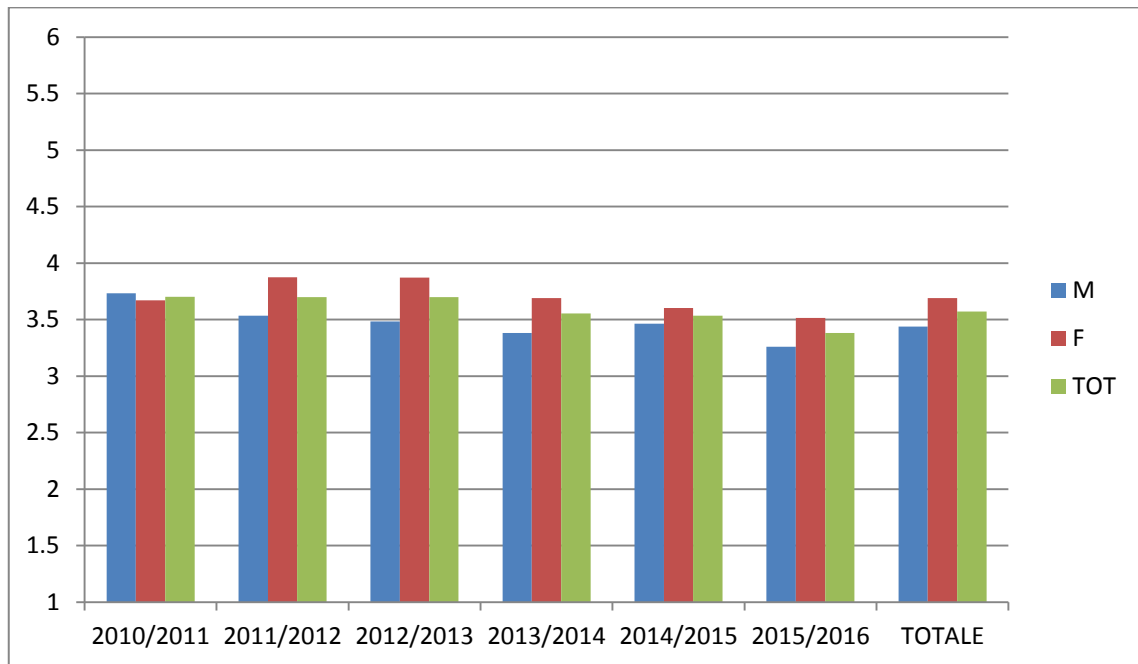
Sono state effettuate, infine, per ogni misura prevista dal disegno di ricerca, una serie di analisi preliminari della covarianza (ANCOVA) per verificare se vi fossero differenze statisticamente significative, al netto della covariata “età”, tra i punteggi medi ottenuti ai questionari rilevati all’inizio (T_0) dei diversi anni accademici di immatricolazione (A.A.) presi in considerazione e se risultasse significativo l’effetto dell’interazione tra la coorte di appartenenza dei partecipanti e la variabile “genere dello studente” (Grafico 4.20). Dalle ANCOVA condotte sul JSPE-S non è emerso un effetto statisticamente significativo della variabile “A.A.” [$F_{(5,617)} = 1.840$; n.s.]. Globalmente, così come in ogni coorte, gli studenti di genere femminile hanno ottenuto al questionario JSPE-S punteggi medi significativamente superiori ai colleghi di genere maschile [$F_{(1,617)} = 21.653$; $p < .001$; $\eta^2 = .034$], mentre non sono risultati significativi gli effetti dell’interazione tra la variabile “A.A.” e la variabile “genere” [$F_{(5,617)} = .266$; n.s.].

Grafico 4.20 – Differenze nei punteggi medi ottenuti al JSPE-S all’inizio di ogni A.A.



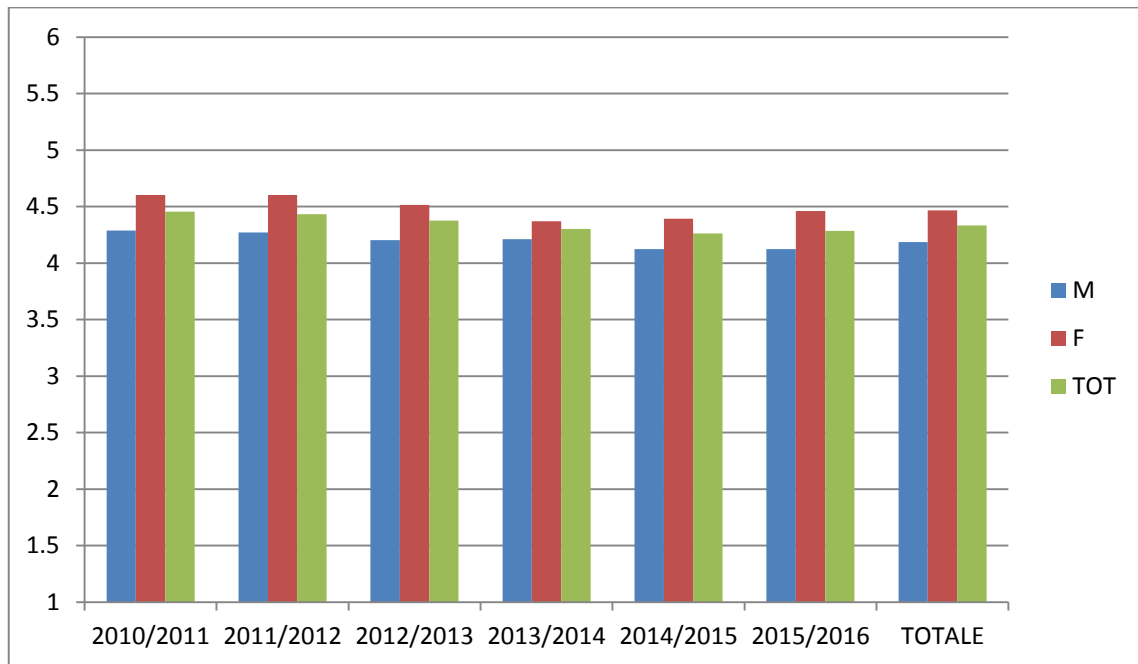
Dalle analisi della covarianza condotte sul PPOS è emerso invece un effetto statisticamente significativo della variabile “A.A.” sulla variabile *Sharing* [$F_{(5,631)} = 3.082$; $p = .009$; $\eta^2 = .024$]. Rispetto alla variabile “A.A.”, le analisi *post-hoc*, effettuate con il test di confronto multiplo *Honest Significant Difference* (HSD) di Tukey, hanno evidenziato che gli studenti appartenenti alla coorte più recente (2015/2016) presentano punteggi medi di *Sharing* significativamente più bassi rispetto alle prime tre coorti. In generale, e in ogni coorte (eccetto quella del 2010/2011), gli studenti di genere femminile hanno ottenuto alla scala *Sharing* punteggi medi significativamente superiori ai colleghi di genere maschile [$F_{(1,631)} = 21.413$; $p < .001$; $\eta^2 = .033$], mentre non sono risultati significativi gli effetti dell’interazione tra la variabile “A.A.” e la variabile “genere” [$F_{(5,631)} = 1.830$; $p > .05$] (Grafico 4.21).

Grafico 4.21 – Differenze nei punteggi medi ottenuti alla scala *Sharing* all’inizio di ogni A.A.



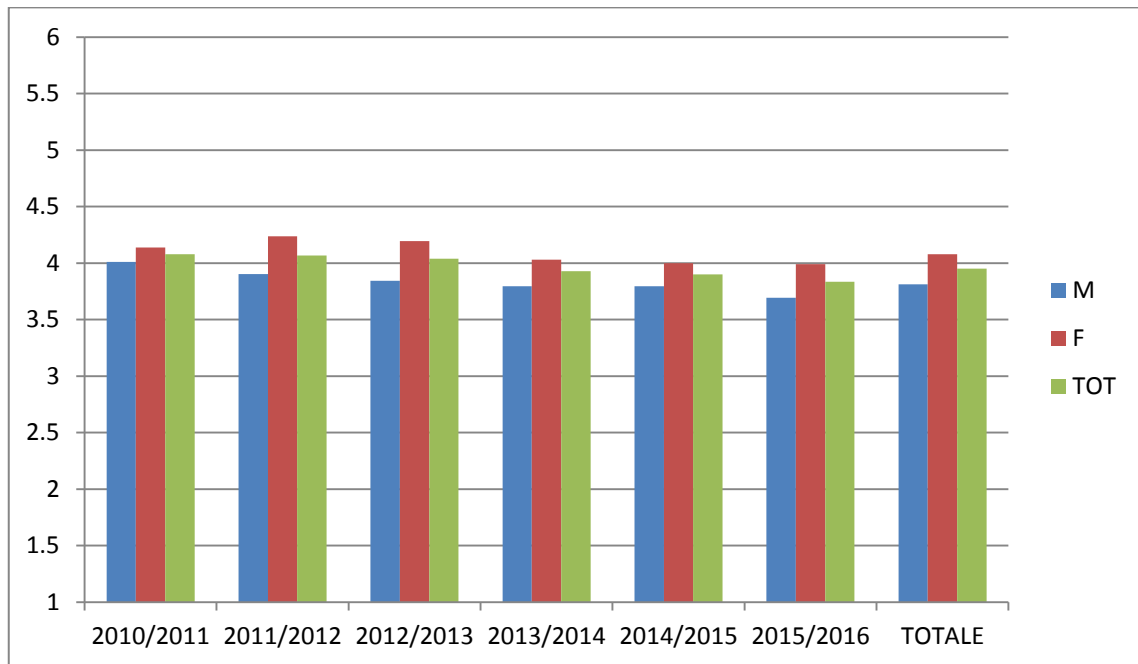
La variabile *Caring* non presenta punteggi medi significativamente diversi da una coorte all'altra [$F_{(5,631)} = 1.452$; n.s.] e non sono risultati significativi gli effetti dell'interazione tra la variabile "A.A." e la variabile "genere" [$F_{(5,631)} = .475$; n.s.]; gli studenti di genere femminile, invece, hanno ottenuto a questa scala, complessivamente e ad ogni coorte, punteggi medi significativamente superiori ai compagni di corso di genere maschile [$F_{(1,631)} = 46.439$; $p < .001$; $\eta^2 = .069$] (Grafico 4.22).

Grafico 4.22 – Differenze nei punteggi medi ottenuti alla scala *Caring* all'inizio di ogni A.A.



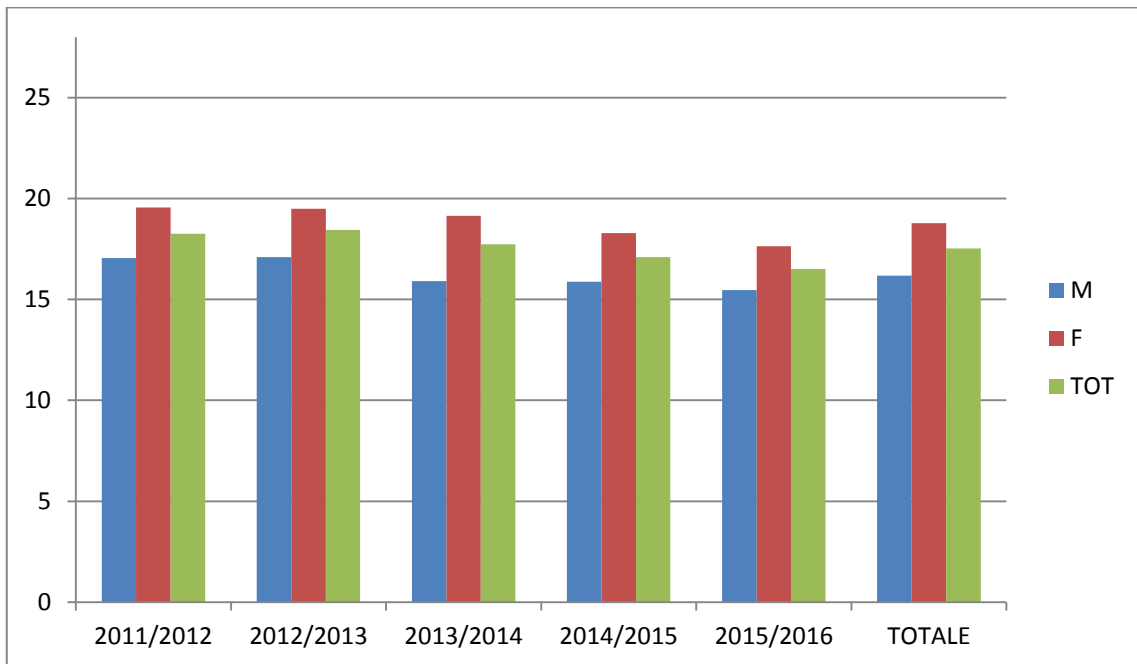
Infine, la scala *Total* del PPOS mostra punteggi medi significativamente diversi in base alla coorte di appartenenza [$F_{(5,631)} = 3.062$; $p = .01$; $\eta^2 = .024$] così come in base al genere [$F_{(1,745)} = 54.641$; $p < .001$; $\eta^2 = .077$]. Dalle analisi *post-hoc* (test di confronto multiplo di Tukey), gli studenti delle ultime due coorti si sono dichiarati mediamente meno centrati sul paziente rispetto a quelli delle prime tre. Anche per questa scala non risulta statisticamente significativa l'interazione delle variabili "A.A." e "genere" [$F_{(5,745)} = .759$; n.s.] (Grafico 4.23).

Grafico 4.23 – Differenze nei punteggi medi ottenuti alla scala *Total* all’inizio di ogni A.A.



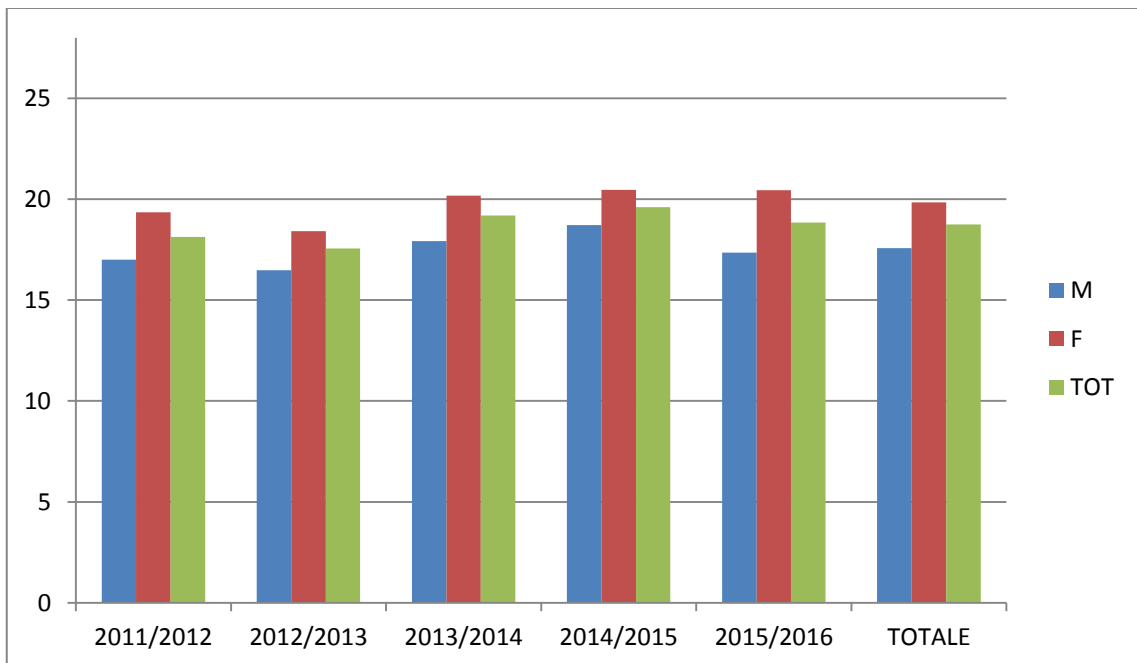
Le ANCOVA condotte sull'IRI mostrano effetti della variabile "A.A." diversificati in base alla dimensione presa in considerazione. La variabile FS presenta punteggi medi significativamente diversi da una coorte all'altra [$F_{(4,581)} = 2.747$; $p = .028$; $\eta^2 = .019$], ma non sono risultati significativi gli effetti dell'interazione tra la variabile "A.A." e la variabile "genere" [$F_{(4,581)} = .158$; n.s.]; gli studenti di genere femminile hanno, invece, ottenuto in questa scala sempre punteggi medi superiori ai compagni di corso di genere maschile [$F_{(1,581)} = 31.192$; $p < .001$; $\eta^2 = .051$] (Grafico 4.24).

Grafico 4.24 – Differenze nei punteggi medi ottenuti alla scala FS all’inizio di ogni A.A.



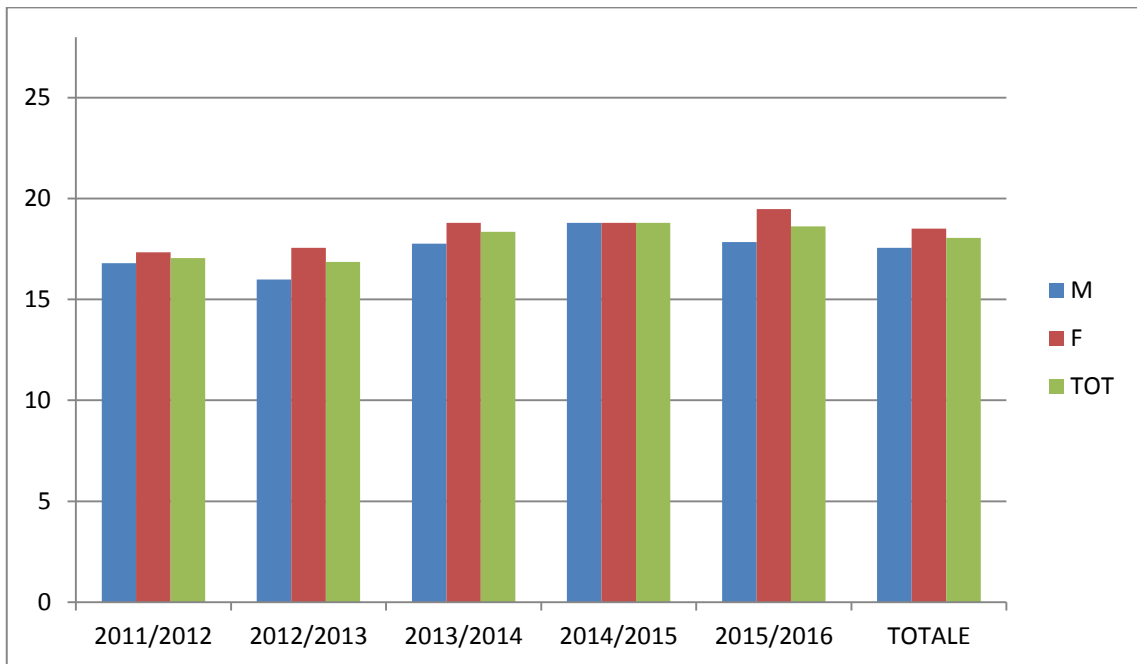
Anche per la scala EC [$F_{(4,581)} = 5.990$; $p < .001$; $\eta^2 = .04$] è emerso un effetto statisticamente significativo della variabile “A.A.” (Grafico 4.25).

Grafico 4.25 – Differenze nei punteggi medi ottenuti alla scala EC all’inizio di ogni A.A.



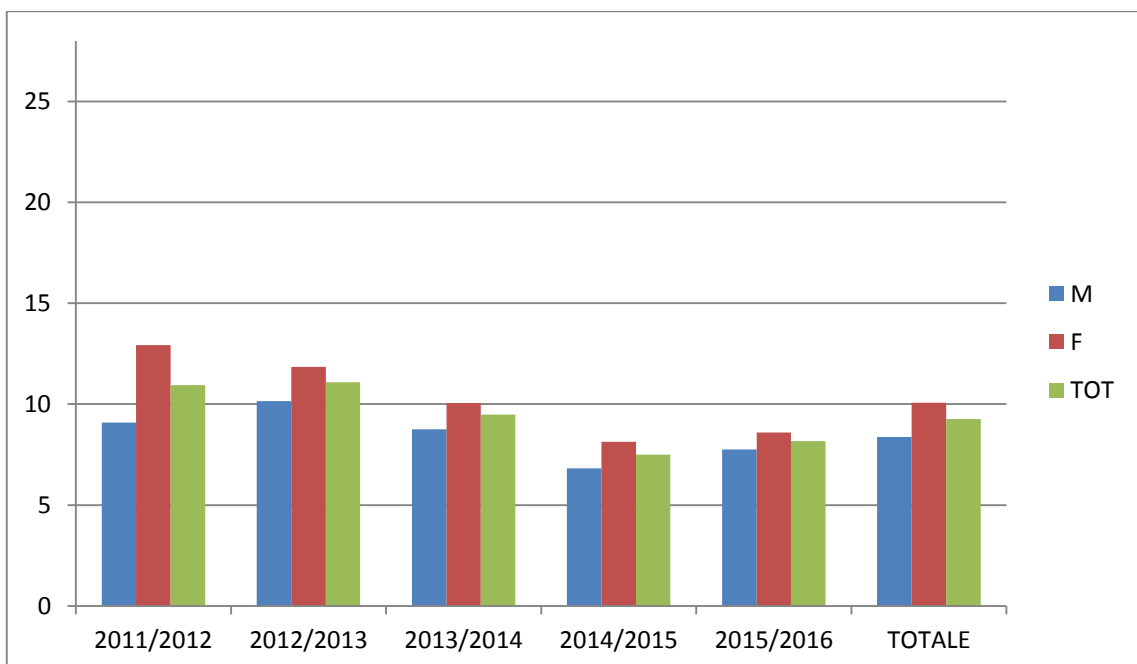
Così come per la scala PT [$F_{(4,581)} = 5.551$; $p < .001$; $\eta^2 = .037$] si osserva un cambiamento significativo dei punteggi medi in base all’A.A. di immatricolazione (Grafico 4.26).

Grafico 4.26 – Differenze nei punteggi medi ottenuti alla scala PT all’inizio di ogni A.A.



Rispetto alle coorti 2011/2012 e 2012/2013, gli studenti delle ultime tre coorti hanno mostrato livelli significativamente maggiori nelle scale EC e PT, mentre significativamente minori in quella FS e PD [$F_{(4,581)} = 16.501$; $p < .001$; $\eta^2 = .102$] (Grafico 4.27).

Grafico 4.27 – Differenze nei punteggi medi ottenuti alla scala PD all’inizio di ogni A.A.



In tutte le quattro dimensioni dell'IRI e, complessivamente, in tutte le cinque coorti di partecipanti che hanno compilato le scale in oggetto, gli studenti di genere femminile hanno ottenuto mediamente punteggi superiori ai loro colleghi maschi ($\rho < .05$)⁷, mentre per tutte e tre le misure non è risultato significativa l'interazione tra le variabili "A.A." e "genere" ($\rho > .05$)⁸.

Di seguito sono descritti in maniera analitica i risultati dei due studi di analisi della varianza (GLM e ANCOVA).

4.2.3.2 Studio longitudinale: il tirocinio dal MMG

Nella Tabella 4.32 sono riportati il numero dei rispondenti (N), i punteggi medi complessivi (μ), le deviazioni standard (DS), i punteggi minimi e massimi e l'affidabilità (stimata attraverso il coefficiente α di Cronbach) di tutte le misure incluse nel disegno di ricerca longitudinale raccolte nei due momenti formativi. Per quanto riguarda i tassi di *retention* di questo studio, ovvero la percentuale di studenti che ha compilato i questionari anche nella seconda rilevazione (T₁), ci si attesta all'89% circa.

Tabella 4.32 – Statistiche descrittive delle misure in T₀ e in T₁

	T ₀					T ₁				
	N	μ	DS	MIN MAX	α	N	μ	DS	MIN MAX	α
JSPE-S	127	113.71	12.382	72 137	.86	144	114.17	10.942	73 133	.85
SHARING	127	3.5341	.5827	1.89 5.22	.51	144	3.6975	.613	1.67 5.33	.59
CARING	127	4.2619	.56	2.11 5.50	.48	144	4.44	.50	3.00 5.67	.47
PPOS TOTAL	127	3.8996	.43751	2.72 5.00	.59	144	4.0671	.46	2.33 5.17	.65

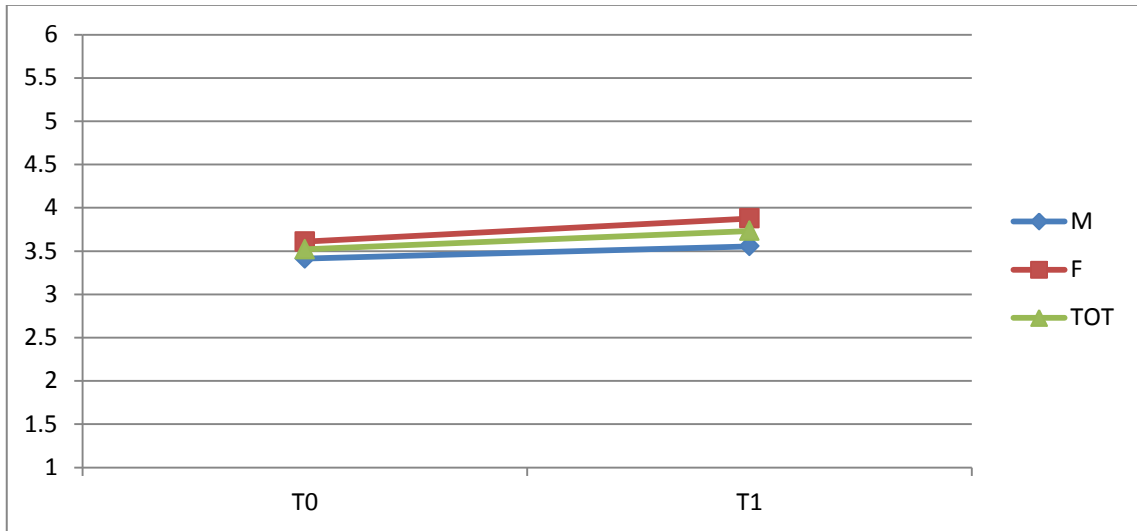
Per quanto riguarda lo studio longitudinale T₀-T₁, il modello lineare generalizzato (GLM) a misure ripetute riferito al *Jefferson Scale of Physician Empathy – Student Version* (JSPE-S) rivela che i punteggi dei partecipanti non mostrano una variazione statisticamente significativa [$F_{(1,111)} = 1.154$; n.s.] al netto della variabile "genere". Si rilevano, invece, variazioni statisticamente significative dei punteggi di tutte le scale del PPOS a conclusione dell'esperienza di tirocinio dal MMG e queste

⁷ EC: $F_{(1,581)} = 45.004$; $\eta^2 = .072$ – PT: $F_{(1,581)} = 6.102$; $\eta^2 = .01$ – PD: $F_{(1,581)} = 26.234$; $\eta^2 = .043$.

⁸ EC: $F_{(1,581)} = .488$ – PT: $F_{(1,581)} = .812$ – PD: $F_{(1,581)} = 1.911$.

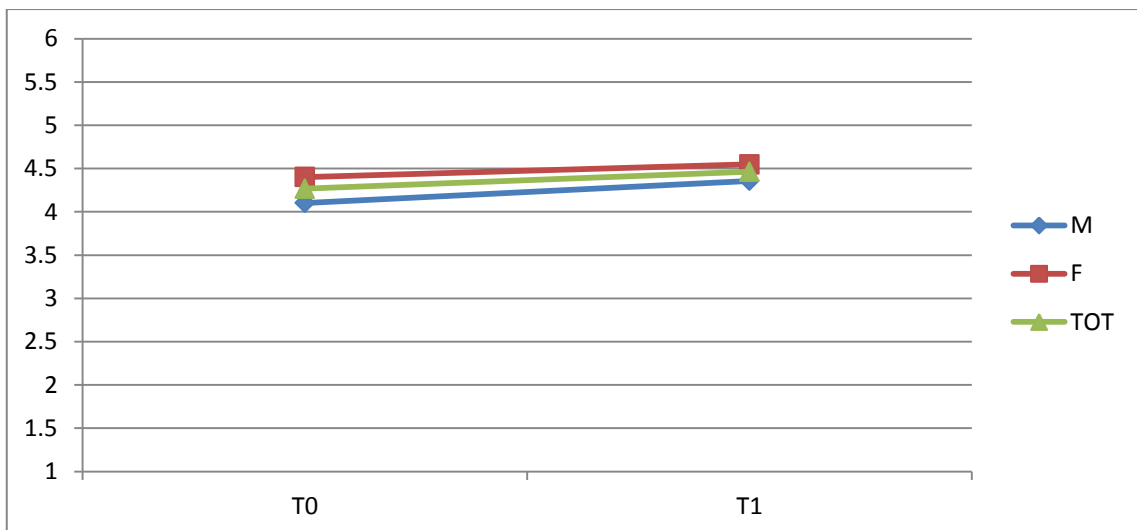
differenze osservate non sono funzione della variabile “genere”. In particolare, si rileva un incremento dei punteggi per la scala *Sharing* [$F_{(1,111)} = 12.222$; $p < .01$] (Grafico 4.28).

Grafico 4.28 – Variazione dei punteggi medi della scala *Sharing* da T₀ a T₁



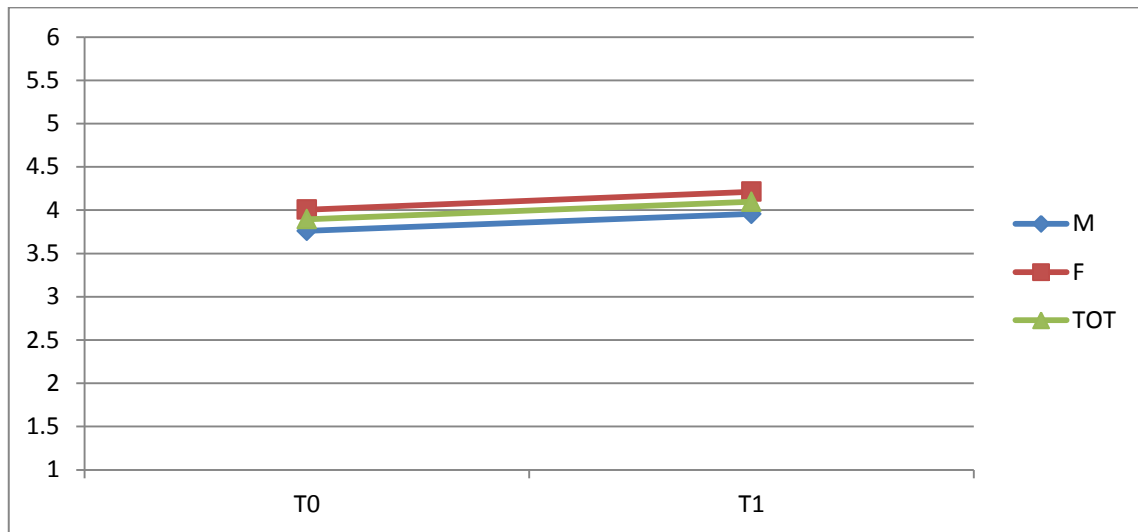
Anche i punteggi medi della scala *Caring* [$F_{(1,111)} = 14.763$; $p < .001$] aumentano in maniera statisticamente significativa a conclusione dell’esperienza del tirocinio dal MMG (Grafico 4.29).

Grafico 4.29 – Variazione dei punteggi medi della scala *Caring* da T₀ a T₁



Infine, è apprezzabile un incremento significativo dei punteggi medi della scala *Total* [$F_{(1,111)} = 22.486$; $p < .001$] a conclusione dell’esperienza di tirocinio svolta presso lo studio del MMG (Grafico 4.30).

Grafico 4.30 – Variazione dei punteggi medi della scala *Total* da T₀ a T₁



Come si può evincere dalla Tabella 4.33, in tutte le analisi che si sono dimostrate statisticamente significative si riscontrano dimensioni dell'effetto moderate.

Tabella 4.33 – Risultati analisi misure ripetute confronto T₀-T₁ (GLM)

	T ₀		T ₁		SIG. <i>p</i> VALUE	EFFECT SIZE η^2
	μ	DS	μ	DS		
JSPE-S	113.28	12.434	114.27	10.777	.285	.01
SHARING	3.5204	.59895	3.7316	.61609	.001	.099
CARING	4.2659	.54526	4.4621	.48876	.000	.117
PPOS TOTAL	3.8945	.44959	4.0969	.44313	.000	.168

4.2.3.3 Studio longitudinale: l'esperienza del tirocinio ospedaliero

Nella Tabella 4.34 sono riportati il numero dei rispondenti (N), i punteggi medi complessivi (μ), le deviazioni standard (DS), i punteggi minimi e massimi e l'affidabilità (stimata attraverso il coefficiente α di Cronbach) di tutte le misure incluse nel presente disegno di ricerca longitudinale raccolte nei due momenti formativi. Per quanto riguarda i tassi di *retention* di questo studio, ovvero la percentuale di studenti che ha compilato i questionari anche nella fase T₂, ci si attesta al 68.25% circa per il JSPE-S, al 69% circa per il PPOS e al 57.6% circa per l'IRI.

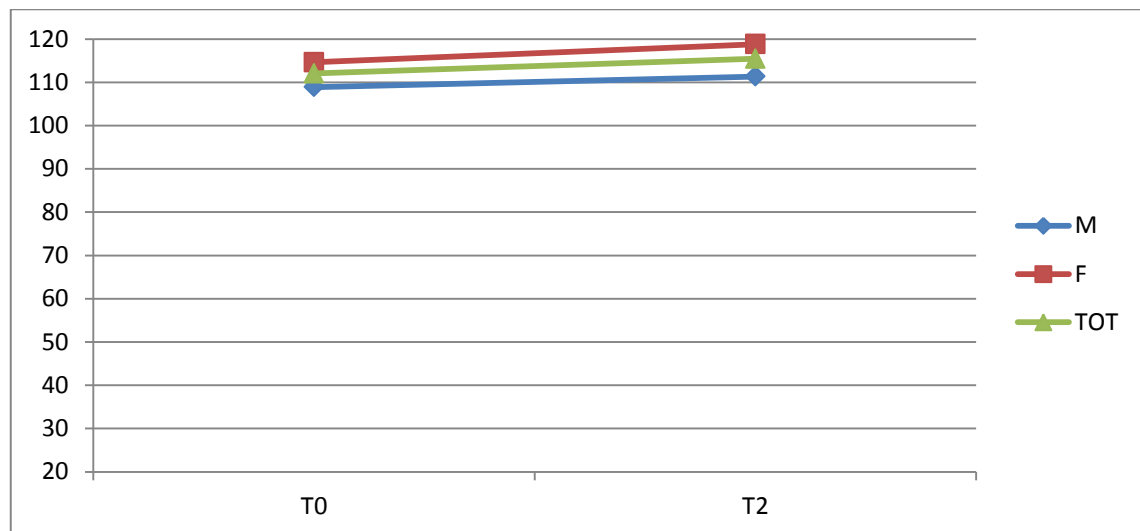
Tabella 4.34 – Statistiche descrittive delle misure in T₀ e in T₂

	T ₀	T ₂
--	----------------	----------------

	<i>N</i>	μ	<i>DS</i>	<i>MIN</i> <i>MAX</i>	α		<i>N</i>	μ	<i>DS</i>	<i>MIN</i> <i>MAX</i>	α
JSPE-S	189	112	13.663	50 138	.86		196	114.43	12.502	46 136	.88
SHARING	207	3.7055	.54144	2.00 5.44	.51		196	3.7423	.61362	2.00 5.22	.56
CARING	207	4.4281	.4955	2.56 5.33	.48		196	4.5143	.50325	2.33 5.78	.47
PPOS TOTAL	207	4.0667	.39728	2.72 5.11	.59		196	4.1284	.46166	2.33 5.22	.64
FS	132	17.77	5.177	4 28	.85		196	17.22	5.738	1 28	.85
EC	132	17.73	3.965	7 28	.73		196	18.91	4.345	6 28	.76
PT	132	17.09	4.594	3 26	.79		196	18.57	4.928	2 28	.84
PD	132	10.94	5.072	1 22	.78		196	9.49	5.009	0 24	.84

Per quanto riguarda, invece, lo studio longitudinale T₀-T₂, il modello lineare generalizzato (GLM) a misure ripetute riferito al *Jefferson Scale of Physician Empathy – Student Version* (JSPE-S) rivela che i punteggi dei partecipanti mostrano un incremento statisticamente significativo nella seconda rilevazione [$F_{(1,127)} = 7.788$; $p < .01$] al netto della variabile “genere”. Si riscontra, inoltre, una dimensione dell’effetto di magnitudine media (Grafico 4.31).

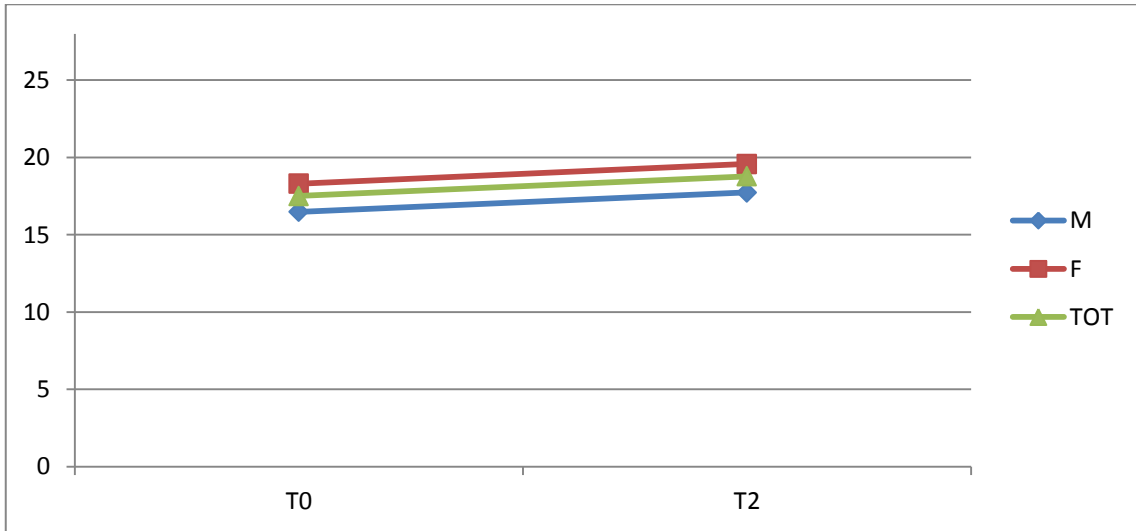
Grafico 4.31 – Variazione dei punteggi medi del JSPE-S da T₀ a T₂



Ad eccezione della dimensione *Fantasy Scale* [$F_{(1,74)} = 2.623$; n.s.], in tutte le altre dimensioni dell’*Interpersonal Reactivity Index* (IRI) si rilevano variazioni statisticamente significative dei punteggi dei partecipanti al netto della variabile

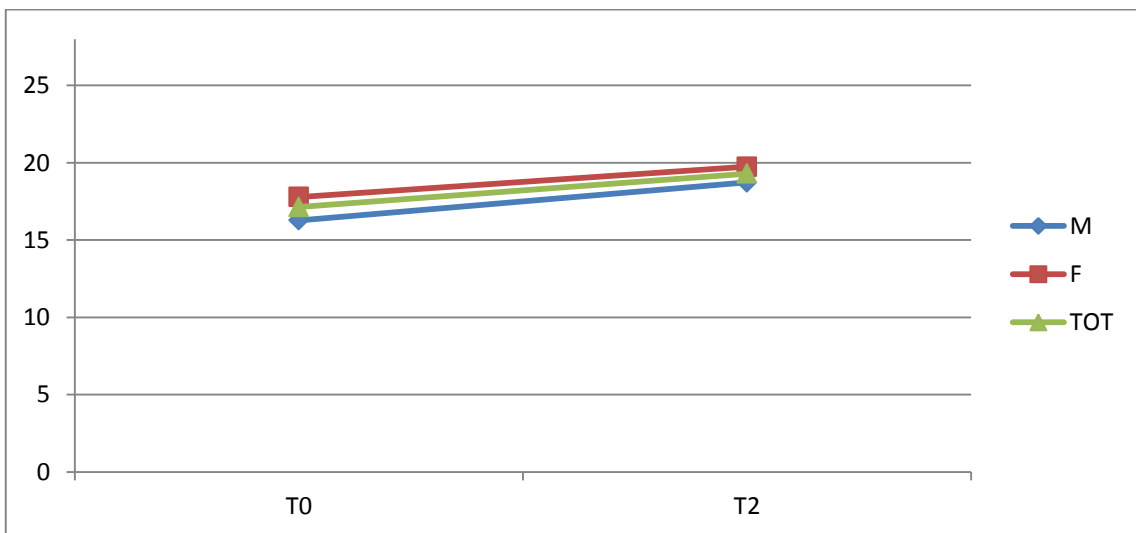
“genere”. In particolare, si rileva un incremento dei punteggi per la scala *Empathic Concern* [$F_{(1,74)} = 9.106$; $p < .01$] (Grafico 4.32).

Grafico 4.32 – Variazione dei punteggi medi della scala EC da T₀ a T₂



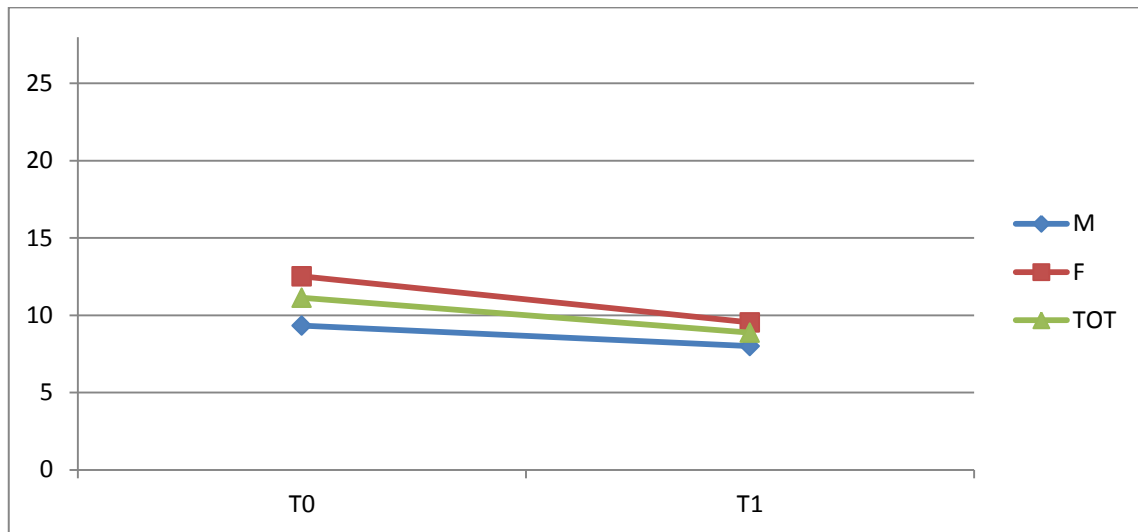
Anche i punteggi medi della scala *Perspective Taking* [$F_{(1,74)} = 17.142$; $p < .001$] aumentano in maniera statisticamente significativa dal secondo al quinto anno (Grafico 4.33).

Grafico 4.33 – Variazione dei punteggi medi della scala PT da T₀ a T₂



È apprezzabile, invece, un decremento significativo dei punteggi medi della scala *Personal Distress* [$F_{(1,74)} = 21.172$; $p < .001$] nel corso del tempo (Grafico 4.34). In tutti i casi si riscontrano dimensioni dell'effetto piuttosto elevate (Tabella 4.35).

Grafico 4.34 – Variazione dei punteggi medi della scala PD da T₀ a T₂



Infine, per nessuna delle dimensioni del *Patient-Practitioner Orientation Scale* (PPOS) si rilevano variazioni nel tempo statisticamente significative dei punteggi ottenuti dagli studenti nelle due rilevazioni: sia la scala *Caring* [$F_{(1,141)} = 2.921$; n.s.] che quella *Total* [$F_{(1,141)} = .603$; n.s.], ad eccezione di quella *Sharing* [$F_{(1,141)} = .085$; n.s.], mostrano mediamente un incremento dei punteggi, ma queste variazioni non risultano statisticamente significative (Tabella 4.35).

Tabella 4.35 – Risultati analisi misure ripetute confronto T₀-T₂ (GLM)

	I ANNO (T ₀)		V ANNO (T ₂)		SIG.	EFFECT SIZE
	μ	DS	μ	DS	p VALUE	η^2
JSPE-S	112.05	13.683	115.45	12.173	.006	.058
SHARING	3.7462	.55255	3.7296	.61364	.771	.001
CARING	4.42	.51201	4.5047	.52409	.09	.02
PPOS TOTAL	4.0829	.41925	4.1171	.46838	.439	.004
FS	18.47	5.066	17.47	6.094	.11	.034
EC	17.51	3.775	18.78	4.294	.003	.11
PT	17.13	4.532	19.30	4.484	.000	.188
PD	11.13	5.068	8.87	4.809	.000	.222

4.2.3.4 Differenze di genere all’inizio e a conclusione dei tirocini

Dal confronto, controllato per la variabile covariata “età”, tra le misurazioni degli studenti di genere maschile e femminile emergono differenze significative in entrambe le rilevazioni. In particolare, è possibile affermare che in T₀ (I anno) gli

studenti maschi mostrano livelli medi di empatia, valutata tramite il JSPE-S, più bassi rispetto alle loro colleghe [$F_{(1,627)} = 24.720$; $p < .001$; $\eta^2 = .038$]. In questo caso, la varianza della differenza rilevata nei punteggi medi ottenuti al questionario, spiegata dalla variabile “genere” al netto dell’età, risulta essere del 3.8%. Per quanto riguarda le dimensioni dell’IRI, le femmine ottengono punteggi mediamente più alti dei colleghi di genere maschile alle scale *Fantasy Scale* [$F_{(1,589)} = 33.495$; $p < .001$; $\eta^2 = .054$], *Empathic Concern* [$F_{(1,589)} = 45.579$; $p < .001$; $\eta^2 = .072$], *Perspective Taking* [$F_{(1,589)} = 6.238$; $p < .01$; $\eta^2 = .01$] e *Personal Distress* [$F_{(1,589)} = 21.475$; $p < .001$; $\eta^2 = .035$]. Anche in questo caso i risultati osservati sono stati ripuliti dall’effetto della variabile età. Passando, infine, alle misure di centratura sul paziente piuttosto che sulla malattia valutate dalle scale del PPOS, si rilevano tra i due gruppi differenze statisticamente significative in termini di un atteggiamento delle studentesse maggiormente centrato sulla persona: i maschi ottengono punteggi medi inferiori nelle scale *Sharing* [$F_{(1,641)} = 28.811$; $p < .001$; $\eta^2 = .043$], *Caring* [$F_{(1,641)} = 48.492$; $p < .001$; $\eta^2 = .07$] e in quella *Total* [$F_{(1,641)} = 61.615$; $p < .001$; $\eta^2 = .088$]. La varianza della differenza dei punteggi medi tra maschi e femmine ottenuti alle scale del PPOS, spiegata dalla variabile “genere” al netto dell’età del rispondente, risulta quindi essere, rispettivamente, del 4.3%, 7% e 8.8%. Come si può evincere dalla Tabella 4.36, per ogni misura sopracitata, la dimensione dell’effetto misurata attraverso l’indice d di Cohen – che, ricordiamo, viene definito come la differenza tra le medie di due gruppi divisa dalla deviazione standard stimata della popolazione di ciascun gruppo (assunta essere la medesima) – si colloca in un *range* medio-basso (da un valore minimo di $d = .225$ per la scala PT dell’IRI ad un massimo di $d = .561$ per la scala *Total* del PPOS).

Tabella 4.36 – Risultati confronto maschi-femmine in T_0 al netto della variabile età (ANCOVA)

	MASCHI		FEMMINE		SIG.	EFFECT SIZE
	μ	DS	μ	DS	p VALUE	Cohen's d
JSPE-S	109.3	13.459	114.31	11.965	.000	.393
SHARING	3.469	.5772	3.6972	.59165	.000	.39
CARING	4.2043	.56126	4.4623	.46349	.000	.501
PPOS TOTAL	3.8372	.4574	4.0798	.40518	.000	.561
FS	16.18	5.63	18.61	5.368	.000	.442
EC	17.37	4.5	19.66	3.798	.000	.55

PT	17.29	4.728	18.33	4.528	.004	.225
PD	8.54	4.392	10.22	4.66	.000	.371

A conclusione del tirocinio del II anno svolto presso l'ambulatorio del MMG (T₁), è possibile affermare che gli studenti maschi mostrano livelli medi di centratura sul paziente, valutata tramite la scala *Total* del PPOS, significativamente minori rispetto alle colleghe di genere femminile [$F_{(1,136)} = 9.106$; $p < .01$; $\eta^2 = .063$]. Si rilevano tra i due gruppi, inoltre, differenze statisticamente significative in termini di un atteggiamento delle studentesse maggiormente improntato al prendersi cura delle aspettative, idee e sentimenti del paziente (*Caring*) [$F_{(1,136)} = 4.153$; $p < .05$; $\eta^2 = .03$] e al coinvolgimento paritetico dell'assistito nelle scelte terapeutiche (*Sharing*) [$F_{(1,136)} = 7.575$; $p < .01$; $\eta^2 = .053$]. Attraverso le risposte fornite al JSPE-S, le studentesse dichiarano in media, altresì, di attribuire, rispetto ai colleghi di genere maschile, una maggiore importanza agli aspetti emotivi ed empatici dell'incontro tra medico e paziente, ma questa differenza non risulta statisticamente significativa [$F_{(1,136)} = 2.133$; n.s.] (Tabella 4.37).

Tabella 4.37 – Risultati confronto maschi-femmine in T₁ (ANOVA)

	MASCHI		FEMMINE		SIG.	EFFECT SIZE
	μ	DS	μ	DS	p VALUE	Cohen's d
JSPE-S	113.2	10.049	115.78	10.652	.146	.249
SHARING	3.5875	.50927	3.8596	.63787	.007	.471
CARING	4.3687	.45507	4.5324	.48591	.043	.347
PPOS TOTAL	3.9781	.39052	4.196	.45191	.003	.515

Infine, è possibile affermare che anche in T₂ (V anno) gli studenti maschi mostrano livelli medi di empatia, valutata tramite il JSPE-S, significativamente più bassi rispetto alle loro colleghe [$F_{(1,194)} = 19.882$; $p < .001$; $\eta^2 = .093$]. In questo caso, la varianza della differenza rilevata nei punteggi medi ottenuti al questionario, spiegata dalla variabile "genere" al netto dell'età, risulta essere del 9.3%. Per quanto riguarda le dimensioni dell'IRI, le femmine ottengono punteggi mediamente più alti dei colleghi di genere maschile alle scale *Fantasy Scale* [$F_{(1,194)} = 11.357$; $p < .01$; $\eta^2 = .055$], *Empathic Concern* [$F_{(1,194)} = 14.844$; $p < .001$; $\eta^2 = .071$] e *Personal Distress* [$F_{(1,194)} = 8.394$; $p < .01$; $\eta^2 = .041$]. Contrariamente a quanto osservato in T₀, la differenza dei punteggi

medi della scala *Perspective Taking* rispetto alla variabile “genere” non risulta essere statisticamente significativa in T_2 [$F_{(1,194)} = .618$; n.s.]. Anche in questo caso i risultati osservati sono stati ripuliti dall’effetto della variabile “età”. Passando, infine, alle misure di centratura sul paziente piuttosto che sulla malattia valutate dalle scale del PPOS, si rilevano tra i due gruppi differenze statisticamente significative in termini di un atteggiamento delle studentesse maggiormente centrato sulla persona: i maschi ottengono punteggi medi inferiori nelle scale *Sharing* [$F_{(1,194)} = 5.847$; $p < .05$; $\eta^2 = .029$], *Caring* [$F_{(1,194)} = 12.716$; $p < .001$; $\eta^2 = .062$] e in quella *Total* [$F_{(1,194)} = 12.797$; $p < .001$; $\eta^2 = .062$]. La varianza della differenza dei punteggi medi tra maschi e femmine ottenuti alle scale del PPOS, spiegata dalla variabile genere al netto dell’età del rispondente, risulta quindi essere, rispettivamente, del 2.9%, 6.2% e 6.2%. Come si può evincere dalla Tabella 4.38, per ogni misura sopracitata, la dimensione dell’effetto misurata attraverso l’indice d di Cohen si colloca in un *range* medio (da un valore minimo di $d = .346$ per la scala *Sharing* del PPOS ad un massimo di $d = .63$ per il JSPE-S).

Tabella 4.38 – Risultati confronto maschi-femmine in T_2 al netto della variabile età (ANCOVA)

	MASCHI		FEMMINE		SIG.	EFFECT SIZE
	μ	<i>DS</i>	μ	<i>DS</i>	p VALUE	Cohen's <i>d</i>
JSPE-S	110.39	14.406	118.01	9.222	.000	.63
SHARING	3.631	.60453	3.8408	.60755	.017	.346
CARING	4.3819	.5423	4.6314	.43608	.000	.507
PPOS TOTAL	4.0066	.50358	4.2361	.39305	.000	.508
FS	15.79	5.849	18.49	5.354	.001	.481
EC	17.68	4.203	20.00	4.194	.000	.553
PT	18.27	4.872	18.83	4.986	.433	.114
PD	8.41	4.517	10.45	5.245	.004	.417

4.3 Il medico “presente a se stesso”: *dispositional mindfulness* e livelli di empatia/centratura sul paziente

4.3.1 Obiettivi

Le finalità del presente studio sono state quelle di esplorare la relazione statistica tra alcune variabili attitudinali e i livelli di empatia e di centratura sul paziente di studenti di Medicina all’inizio del loro percorso formativo. Si tratta di uno studio a matrice principalmente teorica – valutazione delle relazioni esistenti tra le variabili

“empatia/centratura sul paziente” e “*dispositional mindfulness*” – con ricadute applicative quali, ad esempio, l’ipotesi di implementare l’offerta formativa in Medicina con corsi che vadano ad allenare e promuovere quelle competenze e attitudini che si siano dimostrate associate all’empatia e alla centratura sul paziente.

4.3.2 Metodologia

4.3.2.1 Partecipanti

Sono state monitorate, per il presente studio, quattro coorti consecutive di studenti del I e del II anno (immatricolate dal 2012/2013 al 2015/2016) del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi di Milano-Bicocca (Tabella 4.39).

Tabella 4.39 – Numerosità e composizione di genere del campione

	2012/2013	2013/2014	2014/2015	2015/2016	TOTALE
MASCHI	64	65	77	69	275
FEMMINE	77	86	75	65	303
TOTALE	141	151	152	134	578

Il 52.4% dei rispondenti è di sesso femminile, mentre l’età media dei partecipanti a questo studio è di 19.85 anni (Tabella 4.40).

Tabella 4.40 – Età media dei partecipanti

	2012/ 2013	2013/ 2014	2014/ 2015	2015/ 2016
ETÀ MEDIA	20.45	19.68	19.84	19.41
DS	1.275	1.267	1.151	1.493
MIN	19	18	18	18
MAX	30	30	25	33

4.3.2.2 Strumenti

Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

Ad oggi esistono diverse misure della *mindfulness* (Bohlmeijer et al., 2011), quali, ad esempio, il *Freiburg Mindfulness Inventory* (Buchheld et al., 2001), la *Mindfull*

Attention Awareness Scale (MAAS; Brown & Ryan, 2003), la *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS; Baer et al., 2004), la *Cognitive and Affective Mindfulness Scale* (Feldman et al., 2007) e il *Mindfulness Questionnaire* (Chadwick et al., 2008). A partire da uno studio preliminare di analisi fattoriale dei punteggi ottenuti da un ampio campione di adulti non clinici nei cinque questionari sopra elencati, Baer e collaboratori (2006; 2008) hanno sviluppato il *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ; ALLEGATO 1), uno strumento autosomministrato di 39 item misurati in base a una scala Likert a 5 livelli (1 = mai o molto raramente vero; 5 = molto spesso o sempre vero) che consente la valutazione di quelle cinque diverse sottocomponenti della *mindfulness* la cui esistenza è stata rivelata da varie indagini psicometriche indipendenti sui questionari esistenti, appunto, sul costrutto di *mindfulness* (Baer et al., 2006). Per ogni scala, maggiore è il punteggio totale, maggiore appare il livello di *mindfulness*:

- Osservare/notare/dedicarsi alle sensazioni, alle percezioni, ai pensieri e ai sentimenti, definita come la capacità di prestare attenzione alle esperienze interne ed esterne (es. «Quando cammino, mi rendo deliberatamente conto delle sensazioni del mio corpo in movimento»).
- Descrivere/etichettare con parole, concepita come la capacità di dare un nome alle esperienze interne (es. «Sono bravo/a a trovare le parole per descrivere i miei sentimenti»).
- Agire con consapevolezza/non con il pilota automatico, concentrazione/non distrazione, intesa come la capacità di prestare attenzione alle attività in corso di svolgimento (es. «Quando faccio qualche cosa, la mia mente vaga, e mi distraigo facilmente»).
- Non giudicare le esperienze interne, definibile come la capacità di assumere una posizione non giudicante nei confronti dell'esperienza (es. «Mi critico perché ho emozioni inappropriate e irrazionali»).
- Non reagire alle esperienze interne, definita come la capacità di lasciar andare e venire sensazioni e pensieri, senza perdere il controllo ed esserne catturati (es. «Percepisco i miei sentimenti e le mie emozioni senza dover necessariamente reagire ad esse») (Baer et al., 2011).

Nel presente studio, le abilità disposizionali (o “di tratto”) di *mindfulness* dei partecipanti sono state misurate attraverso la somministrazione della versione italiana (Giovannini et al., 2014) del *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ; Baer et al., 2006), unica misura validata anche nel contesto italiano che consente di valutare la *mindfulness* a livello di singole componenti (Tabella 4.41).

Tabella 4.41 – Tabella riepilogativa dello *scoring* del FFMQ

	N° ITEMS	PUNTEGGIO ITEM	RANGE PUNTEGGIO	INTERPRETAZIONE DEL PUNTEGGIO
OSSERVARE	8	1-5	8-40	Maggiore è il punteggio, maggiore appare il livello della singola componente di <i>mindfulness</i>
DESCRIVERE	8	1-5	8-40	
AGIRE CON CONSAPEVOLEZZA	8	1-5	8-40	
NON GIUDICARE LE ESPERIENZE INTERNE	8	1-5	8-40	
NON REAGIRE ALLE ESPERIENZE INTERNE	7	1-5	7-35	

Le restanti misure (JSPE-S, PPOS e IRI) sono state precedentemente descritte nella sezione strumenti (paragrafo 4.2.2.2) del secondo studio.

4.3.2.3 Procedura

Anche in questo caso, la compilazione dei questionari cartacei autosomministrati è avvenuta nelle aule dell’edificio U8 in Monza, in occasione delle esercitazioni del modulo di “Tecniche di Comunicazione” nell’ambito del Corso di “Medicina e Società” previsto al secondo anno del Corso di Laurea; lo studente è stato libero di accettare o rifiutare di compilare o meno i questionari nominali e ha potuto, inoltre, interrompere la compilazione e ritirare il consenso alla partecipazione in qualsiasi momento in modo totalmente libero e senza alcuna conseguenza sul piano accademico. Il presente studio è stato condotto in accordo alle linee guida della ricerca psicologica (Codice Deontologico degli Psicologi approvato dal Consiglio Nazionale dell’Ordine nell’adunanza del 27-28 giugno 1997) ed è stato valutato e approvato dal

Comitato Etico dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca in occasione della seduta del 6 giugno 2016.

I dati sono stati tabulati ed elaborati con il programma SPSS 22 per Windows e sono stati gestiti esclusivamente in forma aggregata. I dati sono stati, inoltre, sottoposti a valutazione per identificare *outliers* uni- e multi-variati attraverso il criterio Mahalanobis (Crawford & Allan, 1994; Huba, 1985) fissato a $p < .001$. Non si registrano presenza di *outliers* e violazioni agli assunti di normalità: essendo rispettati gli assunti di omoschedasticità (le varianze sono omogenee), omogeneità delle varianze – valutata mediante il test di Levene che è risultato non significativo – e di normalità (asimmetria e curtosi compresi nell'intervallo di valori -1 e +1) per le variabili da noi considerate, le analisi statistiche sono state effettuate utilizzando test parametrici.

Per verificare la significatività statistica della relazione tra le variabili da noi considerate, si sono condotte analisi di regressione lineare multipla gerarchica seguendo un metodo “per blocchi” mediante l'utilizzo del *software* di analitica predittiva SPSS 22. Nello specifico, il modello di regressione è stato progettato per esplorare se e in quale misura i punteggi relativi alle sfaccettature del costrutto di *mindfulness* spiegassero – predicessero – quelli di empatia e di centratura sul paziente, controllando questa relazione per l'effetto di età e genere. Per ogni modello di regressione stimato, nel primo blocco sono state inserite le variabili indipendenti età e genere come singolo blocco. Nel secondo blocco, quindi, sono state aggiunte le cinque variabili in cui è articolato il costrutto multidimensionale di *dispositional mindfulness*: “Osservare”, “Descrivere”, “Agire con Consapevolezza”, “Non Giudicare le Esperienze Interne” e “Non Reagire alle Esperienze Interne”. Una eventuale variazione statisticamente significativa rilevata al blocco 2 significherebbe che l'inserimento dei nuovi predittori nel modello ha contribuito all'incremento della varianza totale spiegata della variabile dipendente (misura di empatia o di centratura sul paziente). Oltre alla variazione del coefficiente di determinazione R^2 , tutti i modelli di regressione e le variabili sono stati valutati in termini di *effect size* (f^2 di Cohen) e di pesi beta non standardizzati (B) che, rispettivamente, esprimono la dimensione dell'effetto – per valori inferiori a $f^2 = .1$ l'effetto è stato considerato piccolo, per valori fino a $f^2 = .25$

l'effetto è stato considerato medio e per valori superiori a $f^2 = .4$ sarà considerato grande (Kotrlík & Williams, 2003; Vacha-Haase & Thompson, 2004) – e, sulla base del modello stimato, di quanto aumenta o diminuisce la variabile dipendente per ogni incremento unitario della variabile indipendente. Per valutare la significatività statistica del modello nel suo insieme è stato utilizzato il test statistico F basato sul rapporto tra varianza spiegata dal modello e varianza residua.

Il livello p di significatività per i test statistici effettuati è stato fissato arbitrariamente al 5% ($p < .05$).

4.3.3 Risultati

4.3.3.1 Analisi descrittive preliminari: confronto con il campione normativo, differenze di genere e correlazione tra le misure di empatia e le dimensioni del FFMQ

Nella Tabella 4.42 sono riportati il numero dei rispondenti (N), i punteggi medi complessivi (μ), le deviazioni standard (DS), l'affidabilità (stimata attraverso il coefficiente α di Cronbach) e altre statistiche descrittive di tutte le dimensioni del costrutto di *mindfulness* incluse nel presente disegno di ricerca.

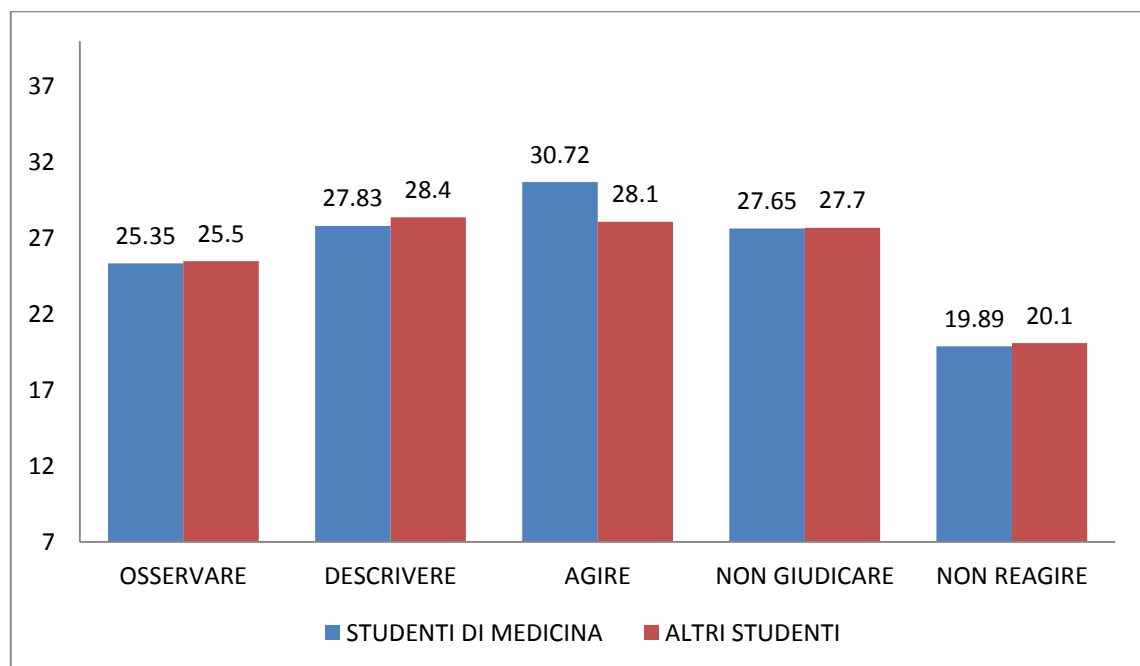
Tabella 4.42 – Statistiche descrittive delle dimensioni del FFMQ

	μ	DS	MIN MAX	ASIM METRIA	CURTOSI	α
OSSERVARE	25.65	5.214	9 40	-.077	-.149	.745
DESCRIVERE	27.83	5.464	9 40	-.295	.212	.862
AGIRE CON CONSAPEVOLEZZA	30.87	5.178	9 40	-.745	.995	.854
NON GIUDICARE LE ESPERIENZE INTERNE	27.53	5.750	8 40	-.327	.047	.82
NON REAGIRE ALLE ESPERIENZE INTERNE	19.79	4.176	7 33	-.072	.393	.735

Complessivamente, gli studenti del I e del V anno di medicina (N = 737; età media = 21.5, ds = 1.4) che hanno partecipato alla nostra ricerca non mostrano livelli

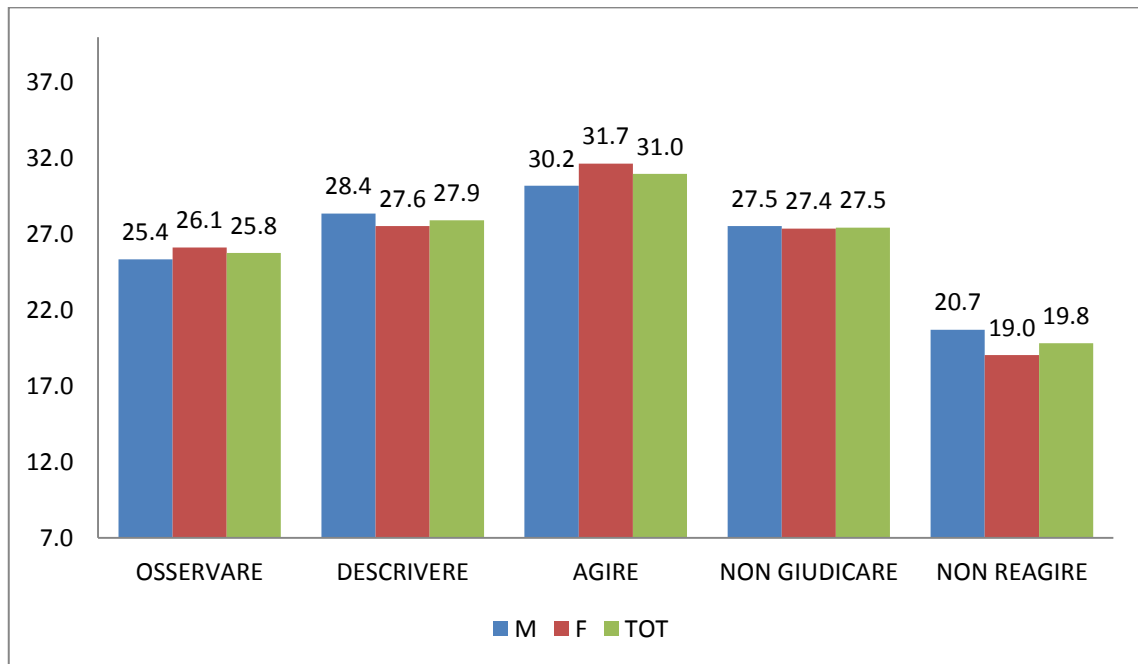
medi di *dispositional mindfulness* significativamente diversi rispetto a quelli espressi dal campione di studenti universitari (N = 318; età media = 33 anni, ds = 12.1) coinvolti nello studio di validazione della versione italiana del FFMQ (Giovannini et al., 2014), ad eccezione della dimensione “Agire con Consapevolezza” [$F_{(1,1054)} = 52.313$; $p < .001$] alla quale i futuri medici hanno ottenuto punteggi significativamente maggiori (Grafico 4.35).

Grafico 4.35 – Differenze nei punteggi medi delle dimensioni del FFMQ tra il campione normativo e gli studenti di medicina



Dal confronto, controllato per la variabile covariata “età”, tra le misurazioni delle cinque dimensioni della *mindfulness* disposizionale degli studenti di genere maschile e femminile, effettuati all’inizio della formazione medica, emergono alcune differenze significative (Grafico 4.36).

Grafico 4.36 – Differenze di genere nei punteggi medi delle dimensioni del FFMQ



In particolare, è possibile affermare che, rispetto ai colleghi maschi, gli studenti di genere femminile mostrano punteggi medi maggiori nella scala “Agire con Consapevolezza” [$F_{(1,501)} = 10.34$; $p < .01$; $\eta^2 = .02$], mentre livelli medi inferiori nella scala “Non Reagire alle Esperienze Interne” [$F_{(1,501)} = 21.449$; $p < .001$; $\eta^2 = .041$] (Tabella 4.43).

Tabella 4.43 – Risultati confronto maschi-femmine al netto della variabile età (ANCOVA)

	MASCHI		FEMMINE		SIG. p VALUE	EFFECT SIZE Cohen's <i>d</i>
	μ	DS	μ	DS		
OSSERVARE	25.36	5.18	26.13	5.129	.094	.149
DESCRIVERE	28.36	4.996	27.55	5.708	.094	.151
AGIRE CON CONSAPEVOLEZZA	30.20	4.886	31.66	5.225	.001	.289
NON GIUDICARE LE ESPERIENZE INTERNE	27.54	5.498	27.37	6.040	.733	.029
NON REAGIRE ALLE ESPERIENZE INTERNE	20.72	3.757	19.04	4.320	.000	.415

Prima di procedere alla presentazione dei risultati relativi agli obiettivi del presente studio, è stata infine calcolata la relazione di linearità (attraverso l'indice di correlazione r di Pearson) esistente tra le variabili statistiche utilizzate in questo studio al fine di confermare che ogni misura fosse davvero legata agli altri strumenti utilizzati (Tabella 4.44). Come mostrato nella Tabella 4.44, le misure utilizzate si sono dimostrate, nella maggior parte dei casi, correlate tra loro nella direzione prevista ($range = -.345 - .268$). In generale, le cinque dimensioni del FFMQ correlano positivamente con le misure di empatia e centratura sul paziente. Particolarmente degne di nota sono le correlazioni esistenti tra la scala PD e tutte le dimensioni del FFMQ che si sono dimostrate, senza eccezioni, negative, intense ed altamente significative.

Tabella 4.44 – Correlazioni di ordine zero tra le variabili incluse nello studio

	JSPE-S	SHARE	CARE	PPOS TOTAL	FS	EC	PT	PD
OSSERVARE	.243**		.141**	.115**	.268**	.186**	.257**	-.107*
DESCRIVERE	.203**	.094*		.106*		.096*	.119**	-.280**
AGIRE CONSAPEVOLE	.191**	.106*	.158**	.163**	-.088*	.124**	.201**	-.264**
NON GIUDICARE		.110*		.084*	-.104*			-.186**
NON REAGIRE					-.172**	-.147**	.156**	-.345**

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$

Anche le dimensioni del FFMQ sono correlate significativamente tra loro ($range = .110 - .323$), dimostrandosi, così, appropriate per valutare il costrutto multidimensionale di *mindfulness* dei partecipanti (Tabella 4.45).

Tabella 4.45 – Correlazioni di ordine zero tra le dimensioni del FFMQ

	OSS	DES	AGIRE	NON GIUDICARE	NON REAGIRE
OSS	–				
DES	.201**	–			
AGIRE	.110*	.323**	–		
NON GIUDICARE		.292**	.286**	–	

NON REAGIRE	.169**	.162**	.107*	.122**	–
--------------------	--------	--------	-------	--------	---

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$

4.3.3.2 Analisi di regressione multipla

I risultati dell'analisi di regressione per il JSPE-S sono riportati in Tabella 4.46. Nel blocco 2 è stata ottenuta una variazione statisticamente significativa di R^2 ($\Delta R^2 = .095$). In blocco 1, sia l'età che il genere hanno mostrato un effetto significativo seppur modesto ($F_{(2,498)} = 13.165$; $p < .001$; $R^2 = .046$), mentre, aggiungendo in blocco 2 il set di variabili predittive relative alla *mindfulness*, la varianza della variabile dipendente JSPE-S spiegata dal modello di regressione è aumentata significativamente del 9.5% [$F_{(7,493)} = 11.941$; $p < .001$; $R^2 = .133$; $f^2 = .153$]. Con riferimento ai coefficienti di regressione, un incremento unitario delle variabili "Osservare" ($B = .461$), "Descrivere" ($B = .395$) e "Agire con Consapevolezza" ($B = .276$) è risultato associato ad un aumento dei punteggi della variabile JSPE-S, mentre l'incremento unitario della variabile "Non Reagire alle Esperienze Interne" ($B = -.271$) ne ha comportato la diminuzione.

Tabella 4.46 – Modello di regressione multipla gerarchica per il JSPE-S

BLOCCHI	VARIABILI	MODELLO 1	MODELLO 2
		$R^2 = .046^{***}$	$R^2 = .133^{***}$
		<i>B</i>	<i>B</i>
1	ETÀ	.909*	
	GENERE	5.138***	
2	ETÀ		.607
	GENERE		4.161***
	OSSERVARE		.461***
	DESCRIVERE		.395***
	AGIRE		.276*
	NON GIUDICARE		-.188
	NON REAGIRE		-.271*

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

I risultati dell'analisi di regressione per il PPOS sono riportati in Tabella 4.47. Nel blocco 2 è stata ottenuta una variazione statisticamente significativa di R^2 ($\Delta R^2 = .026$). In blocco 1, sia l'età che il genere hanno mostrato un effetto significativo ($F_{(2,500)} = 40.236$; $p < .001$; $R^2 = .135$), mentre, aggiungendo in blocco 2 il set di variabili predittive relative alla *mindfulness*, la varianza spiegata della variabile dipendente PPOS *Total* dal modello di regressione è aumentata, in modo modesto, ma comunque significativo, del 2.6% [$F_{(7,495)} = 13.905$; $p < .001$; $R^2 = .153$; $f^2 = .181$]. Con riferimento ai

singoli coefficienti di regressione, un incremento unitario delle dimensioni della *mindfulness* non è risultato associato ad una variazione significativa dei punteggi della variabile PPOS *Total*.

Tabella 4.47 – Modello di regressione multipla gerarchica per la scala *Total* del PPOS

BLOCCHI	VARIABILI	MODELLO 1	MODELLO 2
		$R^2 = .135^{***}$	$R^2 = .153^{***}$ $\Delta R^2 = .026$
		<i>B</i>	<i>B</i>
1	ETÀ	.075***	
	GENERE	.270***	
2	ETÀ		.071***
	GENERE		.265***
	OSSERVARE		.007
	DESCRIVERE		.006
	AGIRE		.004
	NON GIUDICARE		.005
	NON REAGIRE		.000

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

I risultati dell'analisi di regressione per la scala FS dell'IRI sono riportati in Tabella 4.48. Nel blocco 2 è stata ottenuta una variazione statisticamente significativa di R^2 ($\Delta R^2 = .123$). In blocco 1, sia l'età che il genere hanno mostrato un effetto significativo seppur modesto ($F_{(2,499)} = 13.471$; $p < .001$; $R^2 = .047$), mentre, aggiungendo in blocco 2 il set di variabili predittive relative alla *mindfulness*, la varianza della variabile dipendente FS spiegata dal modello di regressione è aumentata significativamente del 12.3% [$F_{(7,494)} = 14.874$; $p < .001$; $R^2 = .162$; $f^2 = .193$]. Con riferimento ai coefficienti di regressione, un incremento unitario delle variabili "Osservare" ($B = .291$) e "Descrivere" ($B = .158$) è risultato associato ad un aumento dei punteggi della variabile FS, mentre l'incremento unitario della variabile "Agire con Consapevolezza" ($B = -.143$) e "Non Reagire alle Esperienze Interne" ($B = -.247$) ne ha comportato la diminuzione.

Tabella 4.48 – Modello di regressione multipla gerarchica per la scala FS

BLOCCHI	VARIABILI	MODELLO 1	MODELLO 2
		$R^2 = .047^{***}$	$R^2 = .162^{***}$ $\Delta R^2 = .123$
		<i>B</i>	<i>B</i>
1	ETÀ	-.051	
	GENERE	2.585***	
2	ETÀ		-.207
	GENERE		2.238***

OSSERVARE	.291***
DESCRIVERE	.158**
AGIRE	-.143**
NON GIUDICARE	-.070
NON REAGIRE	-.247***

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

I risultati dell'analisi di regressione per la scala EC dell'IRI sono riportati in Tabella 4.49. Nel blocco 2 è stata ottenuta una variazione statisticamente significativa di R^2 ($\Delta R^2 = .048$). In blocco 1, sia l'età che il genere hanno mostrato un effetto significativo seppur modesto ($F_{(2,499)} = 18.465$; $p < .001$; $R^2 = .065$), mentre, aggiungendo in blocco 2 il set di variabili predittive relative alla *mindfulness*, la varianza della variabile dipendente EC spiegata dal modello di regressione è aumentata significativamente del 4.8% [$F_{(7,494)} = 9.373$; $p < .001$; $R^2 = .105$; $f^2 = .117$]. Con riferimento ai coefficienti di regressione, un incremento unitario della variabile "Osservare" ($B = .124$) è risultato associato ad un aumento significativo dei punteggi della variabile FS, mentre l'incremento unitario della variabile "Non Reagire alle Esperienze Interne" ($B = -.109$) ne ha comportato la diminuzione.

Tabella 4.49 – Modello di regressione multipla gerarchica per la scala EC

BLOCCHI	VARIABILI	MODELLO 1	MODELLO 2
		$R^2 = .069^{***}$	$R^2 = .105^{***}$
		B	B
1	ETÀ	.199	
	GENERE	2.201***	
2	ETÀ		.122
	GENERE		1.861***
	OSSERVARE		.124**
	DESCRIVERE		.067
	AGIRE		.064
	NON GIUDICARE		-.062
	NON REAGIRE		-.109*

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

I risultati dell'analisi di regressione per la scala PT dell'IRI sono riportati in Tabella 4.50. Nel blocco 2 è stata ottenuta una variazione statisticamente significativa di R^2 ($\Delta R^2 = .102$). In blocco 1, sia l'età che il genere hanno mostrato un effetto significativo seppur modesto ($F_{(2,499)} = 3.094$; $p = .046$; $R^2 = .008$), mentre, aggiungendo in blocco 2 il set di variabili predittive relative alla *mindfulness*, la varianza della variabile dipendente EC spiegata dal modello di regressione è aumentata significativamente del 10.2% [$F_{(7,494)} = 9.097$; $p < .001$; $R^2 = .102$; $f^2 = .114$]. Con

riferimento ai singoli coefficienti di regressione, un incremento unitario delle variabili “Osservare” ($B = .172$), “Agire con Consapevolezza” ($B = .125$) e “Non Reagire alle Esperienze Interne” ($B = .156$) è risultato associato ad un aumento dei punteggi della variabile PT.

Tabella 4.50 – Modello di regressione multipla gerarchica per la scala PT

BLOCCHI	VARIABILI	MODELLO 1	MODELLO 2
		$R^2 = .008^*$	$R^2 = 0,102^{***}$ $\Delta R^2 = .102$
		<i>B</i>	<i>B</i>
1	ETÀ	.068	
	GENERE	1.008*	
2	ETÀ		.027
	GENERE		.970*
	OSSERVARE		.172***
	DESCRIVERE		.017
	AGIRE		.125**
	NON GIUDICARE		.013
	NON REAGIRE		.156**

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

I risultati dell’analisi di regressione per la scala PD dell’IRI sono riportati in Tabella 4.51. Nel blocco 2 è stata ottenuta una variazione statisticamente significativa di R^2 ($\Delta R^2 = .183$). In blocco 1, sia l’età che il genere hanno mostrato un effetto significativo seppur modesto ($F_{(2,499)} = 7.263$; $p = .001$; $R^2 = .024$), mentre, aggiungendo in blocco 2 il set di variabili predittive relative alla *mindfulness*, la varianza della variabile dipendente PD spiegata dal modello di regressione è aumentata significativamente del 18.3% [$F_{(7,494)} = 18.937$; $p < .001$; $R^2 = .2$; $f^2 = .25$]. Con riferimento ai singoli coefficienti di regressione, un incremento unitario delle variabili “Descrivere” ($B = -.128$), “Agire con Consapevolezza” ($B = -.156$) e “Non Reagire alle Esperienze Interne” ($B = -.258$) è risultato associato ad una diminuzione significativa dei punteggi della variabile PD.

Tabella 4.51 – Modello di regressione multipla gerarchica per la scala PD

BLOCCHI	VARIABILI	MODELLO 1	MODELLO 2
		$R^2 = .024^{**}$	$R^2 = .20^{***}$ $\Delta R^2 = .183$
		<i>B</i>	<i>B</i>
1	ETÀ	-.016	
	GENERE	1.47***	
2	ETÀ		.000
	GENERE		1.152**
	OSSERVARE		-.015

DESCRIVERE	-0.128***
AGIRE	-0.156***
NON GIUDICARE	-0.046
NON REAGIRE	-0.258***

Note: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

4.4 Discussione dei risultati e sviluppi futuri

4.4.1 Riflessioni sulla selezione in Medicina

Alla luce dei risultati statistici emersi dal primo studio – che si inserisce nel dibattito internazionale sul rinnovamento dei criteri di selezione dei candidati ai CdL in Medicina e Chirurgia – si possono formulare alcune ipotesi sulla riconsiderazione delle attuali prove di ammissione ai Corsi a numero programmato di Medicina e Chirurgia e dei requisiti per la valutazione dei candidati in Italia.

La selezione di uno studente empatico e *patient-centred* – caratteristiche attitudinali già inserite nella *mission* formativa specifica del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca e annoverate tra i *gold standard* di riferimento di molteplici università straniere – dovrebbe prevedere la scelta di un candidato altamente motivato ad intraprendere la professione medica – intesa come professione di aiuto e dalla forte utilità sociale –, fiducioso di riuscire ad affrontare con successo e profitto le sfide – accademiche, sociali, interpersonali ed emotive – connesse al completamento degli studi universitari e che presenti spiccati tratti personologici di amicalità, apertura e curiosità nei confronti dell'altro-da-sé, di coscienziosità e di stabilità emotiva. A questo proposito, un'ampia letteratura rende conto del ruolo di tali caratteristiche attitudinali e personologiche nella predisposizione alla prosocialità in ambito medico, intesa come particolare sensibilità e risonanza con i sentimenti altrui che permette di comprenderne i vissuti e perciò di recepirne le richieste di aiuto, di conforto, di sostegno e di partecipazione.

4.4.1.1 Il profilo dello studente di Medicina

Questo studio vede impegnati 437 studenti con un'età compresa tra i 18 e i 33 anni ed equamente distribuiti per sesso e per le altre variabili socio-demografiche. I dati provengono dalle risposte fornite al protocollo di questionari dagli studenti arruolati al primo anno dall'A.A. 2013/2014 all'A.A. 2015/2016.

I risultati preliminari, ottenuti dall'analisi del questionario utilizzato nella ricerca, indicano che gli studenti si aspettano una professione caratterizzata dall'aiuto per i pazienti e socialmente utile, mentre non si aspettano una retribuzione scarsa e un'attività lavorativa rischiosa per la salute.

Gli studenti sono motivati al percorso accademico principalmente dalla volontà di prendersi cura degli altri, mentre aspetti variamente opportunistici risultano meno rilevanti.

Gli studenti evidenziano elevate capacità di autoregolazione, riferiscono un livello elevato di "empatia", sia circa la propensione al coinvolgimento con gli altri nei loro momenti difficili, sia per quanto riguarda la tendenza ad assumere spontaneamente la prospettiva altrui circa un problema o una situazione, mentre riescono a mantenere un comportamento finalizzato allo scopo, anche in presenza di segnali di sofferenza altrui.

Si tratta di studenti che evidenziano una sostanziale "salute psicologica".

4.4.1.2 Motivazioni alla scelta della professione medica e atteggiamento empatico/*patient-centered*

I risultati evidenziano che le motivazioni di natura altruistica alla base della scelta della professione medica risultano positivamente associate all'importanza che gli studenti attribuiscono alla considerazione della dimensione emotiva nell'ambito del rapporto medico-paziente e ad un atteggiamento clinico centrato sulla persona del malato. Il desiderio di rendersi utile, di aiutare chi soffre e di prendersi cura delle persone bisognose, oltre ad essere tra le motivazioni più rilevanti nella scelta della Facoltà di Medicina, forniscono un contributo significativo anche alla capacità dello studente di provare calore e compassione, nonché di cogliere il punto di vista altrui e di rispettarlo. Motivazioni maggiormente legate alla mancanza di alternative, invece, sembrano collegate a livelli più elevati di disagio personale cagionato dall'assistere alla sofferenza altrui.

Queste evidenze suggeriscono che in coloro che intraprendono il percorso degli studi medici non animati da una forte motivazione personale, ma piuttosto

dall'indecisione o dalla mancata ammissione ad altri CdL, si riscontrano maggiori difficoltà emotive connesse all'esercizio del ruolo professionale di cura; al contrario, chi affronta questi studi animato da intense spinte prosociali è maggiormente incline a soddisfare esigenze di conforto e partecipazione di chi soffre sin dalle fasi iniziali di un percorso formativo che culminerà in una professione della cura e "del prendersi cura".

4.4.1.3 Dimensioni di personalità e atteggiamento empatico/*patient-centered*

Nel tentativo di analizzare l'influenza dei cinque grandi fattori di personalità sui livelli di empatia e *patient-centredness* degli studenti di medicina, emerge che l'amicalità – dimensione che si riferisce al riguardo verso gli altri, alla gentilezza e alla affabilità – contribuisce maggiormente, se non fornendo a volte un contributo unico, a spiegare l'atteggiamento degli studenti nella relazione con il paziente. Nel gruppo dei partecipanti a questo studio, forniscono un contributo significativo, anche se in misura decisamente inferiore, anche gli altri quattro grandi fattori. Mentre la coscienziosità e l'apertura mentale sembrano essere significativamente e positivamente correlati alla capacità di assumere la prospettiva degli altri, nel caso della stabilità emotiva si evidenzia un contributo significativo e negativo nel determinare i livelli di calore, compassione e interesse per le altre persone, nonché in quelli delle emozioni di ansia o di sconforto personali generate dalla percezione dello stato d'animo negativo di altri o dal coinvolgimento emotivo in una determinata situazione. Per quanto riguarda l'estroversione, invece, aspetti come l'attività, l'entusiasmo, l'intraprendenza e l'assertività forniscono un contributo significativo e negativo alla capacità dello studente di assumere il punto di vista altrui e di provare sentimenti di calore, interesse e compassione per l'altro, nonché ad un atteggiamento clinico orientato al paziente. Questa dimensione "energetica" della personalità sembra però poter costituire un fattore di protezione contro il disagio personale e la perdita di controllo cagionati dall'assistere a situazioni di urgenza ed emergenza.

I nostri risultati possono avere importanti implicazioni per la progettazione di programmi formativi finalizzati al miglioramento dei livelli di empatia degli studenti di Medicina. Supponendo che la personalità sia una caratteristica identitaria stabile nel

corso tempo, una strategia per aumentare i livelli di empatia tra gli studenti di Medicina sarebbe quella di selezionare già in fase di ingresso i candidati che presentino livelli più marcati di quei tratti di personalità (amicalità e apertura mentale) che si sono dimostrati essere in relazione con un atteggiamento clinico empatico e centrato sulla persona del paziente. Anche se questo studio non è sufficiente per suggerire che la selezione alla Scuola di Medicina debba dipendere dalla valutazione della personalità degli studenti, si ritiene comunque che la scelta di candidati più amichevoli e aperti all'esperienza potrebbe essere un valido strumento per ammettere al CdL gli studenti più promettenti dal punto di vista di un approccio alla professione medica che sia empatico e centrato sul paziente.

Tuttavia, persistono molti quesiti ancora senza risposta da affrontare prima di potersi muovere in questa direzione come, ad esempio, l'eventuale definizione di uno strumento di valutazione della personalità del candidato e di valori-soglia adeguati allo scopo di selezionarlo. Infine, è necessario considerare che in un contesto di selezione, il desiderio di essere ammesso può portare il candidato a falsificare le risposte fornite al test di personalità in una direzione che lo renda un candidato desiderabile agli occhi della commissione esaminatrice.

4.4.1.4 Dimensioni di autoefficacia e atteggiamento empatico/*patient-centered*

Alcune riflessioni, invece, possono essere formulate rispetto alle relazioni statistiche emerse tra dimensioni di autoefficacia personale, intese come convinzioni di saper esercitare un effettivo controllo sugli eventi e le circostanze che caratterizzano la propria vita, e misure di empatia/centratura sul paziente. I risultati emersi da questo primo studio avvalorano il ruolo determinante delle convinzioni di efficacia personale nel sostenere e promuovere una rappresentazione della relazione tra medico e paziente che sia empatica e centrata sui bisogni di quest'ultimo. Anche nel caso delle condotte empatiche e centrate sull'altro, le persone non contemplerebbero neppure la loro possibilità se ritenessero di non essere in grado di affrontare con successo le attività e le conseguenze che esse comportano: la convinzione di riuscire efficacemente ad esprimere le proprie istanze in modo assertivo, di regolare le proprie

emozioni negative nonché l'azione in conformità degli scopi perseguiti, di instaurare relazioni interpersonali nella sfera sociale ed affettiva e di risolvere i problemi che possono presentarsi nei diversi ambiti della propria vita, permette di contemplare la possibilità di interpretare l'esercizio della professione medica attraverso condotte e atteggiamenti diretti al benessere emotivo altrui.

Con particolare riferimento alle convinzioni di autoefficacia emotiva e sociale, che si sono dimostrate le dimensioni di autoefficacia maggiormente in relazione con quelle di empatia e di centratura sul paziente, si può ipotizzare che la tendenza di una persona ad agire volontariamente a beneficio dell'emotività altrui sia favorita e sostenuta dalle convinzioni che la persona stessa ha di saper gestire efficacemente sia le proprie emozioni di fronte a situazioni che generano ansia o scoraggiamento legati alla percezione di difficoltà e rifiuti, sia le relazioni interpersonali in termini di fare amicizia con nuove persone e di partecipazione ad attività di gruppo. I risultati riportati in questa ricerca testimoniano che le convinzioni che le persone nutrono rispetto alle loro capacità di saper gestire adeguatamente i vissuti emotivi e le relazioni intrapersonali influenzano l'atteggiamento clinico degli studenti in una direzione empatica e centrata sui bisogni del paziente. Tanto più lo studente di medicina si ritiene capace di saper controllare lo sconforto, scoraggiamento e stress e tanto più si ritiene capace di saper affrontare adeguatamente gli altri, di sapersi muovere nel mondo delle relazioni interpersonali, di saper intuire e rispondere alle condizioni ed esigenze altrui, tanto più esso sarà spronato a dirigersi verso l'altro, sarà sostenuto nei suoi tentativi di contatto interpersonale e sarà protetto dal disagio e dalla sofferenza. Prendersi cura degli altri, confortare ed aiutare, così come la disponibilità a cooperare, a porre le proprie competenze al servizio degli altri senza indurre soggezioni e dipendenze, sono tutte azioni che richiedono la convinzione di essere in grado di dominare le proprie preoccupazioni, di affrontare lo scoraggiamento di fronte ai fallimenti e il disagio che può derivare dal contatto con situazioni difficili e disagiati.

I risultati dello studio che abbiamo riportato hanno particolare rilevanza non solo perché forniscono nuovi elementi di chiarimento all'ampio dibattito sulle origini e i fattori che promuovono e sostengono un atteggiamento empatico e *patient-centred* nel contesto della formazione medica, ma anche perché hanno importanti implicazioni

pratiche. Potenziare l'autoefficacia degli studenti di medicina nell'ambito della relazione medico-paziente significa migliorare il loro funzionamento in questo specifico e imprescindibile aspetto in cui si declina la professione medica: sono infatti le convinzioni che le persone hanno di saper fare che le spingono a sperimentarsi realmente, dal momento che è improbabile che le persone si rendano inclini o si abituino a tentare condotte che ritengono di non essere capaci di dominare. Inoltre, le convinzioni che le persone hanno rispetto alle loro abilità non sono disposizioni stabili, ma strutture cognitivo-valutative modificabili con appositi programmi di addestramento, all'interno dei quali esperienze di padronanza diretta vengono affiancate e sostenute dall'apprendimento vicario attraverso l'esposizione a modelli professionali tutoriali che possono configurarsi come fonti di ispirazione, competenza e motivazione.

4.4.1.5 Sofferenza psicologica e differenze di atteggiamento empatico/*patient-centered*

A partire dalle evidenze statistiche emerse da questo primo studio si rileva, infine, che la sofferenza personale di natura psicologica degli studenti risulta associata ad una diminuzione significativa dei loro livelli di centratura sul paziente, nonché all'aumento del disagio personale degli stessi in risposta al disagio manifestato da altri o in situazioni emozionalmente stressanti come quelle che si possono verificare nell'ambito delle cure mediche.

Un comportamento empatico è possibile, infatti, solo nelle situazioni in cui vi sia un livello ottimale di benessere individuale; sarebbe esageratamente oneroso farsi carico della sofferenza altrui quando il proprio benessere è già provato da sofferenze e preoccupazioni. Un vivo sentimento di sofferenza personale espone le persone ad una «deriva egoistica» (Steca & Caprara, 2006) potrandole a focalizzare l'attenzione su di sé e sui propri bisogni al fine di sottrarsi alla fonte della propria sofferenza – che a volte può coincidere proprio con la persona con cui siamo in relazione –, piuttosto che ad intervenire per aiutare l'altro: prendersi cura di se stessi è condizione necessaria per prendersi cura dell'altro. Si impone, quindi, la necessità che l'istituzione universitaria inviti il futuro operatore della cura e della salute, fin dalle fasi iniziali del

suo percorso formativo, a prendere contatto con la propria sofferenza psicologica e, allo stesso tempo, a non tralasciare le proprie risorse.

Questo proposito può declinarsi nell'offerta di uno spazio di approfondimento e riflessione su situazioni, sia accademiche che di vita quotidiana, che causano difficoltà o stress o che possono interferire con il percorso di studio e la piena realizzazione delle proprie potenzialità, come può esserlo un servizio di *counselling* universitario finalizzato alla promozione del benessere individuale degli studenti e che rappresenta sempre più un servizio chiave all'interno dei servizi erogati allo studente universitario, come dimostra il fatto che quasi ogni Ateneo italiano si è ormai dotato di questa risorsa. Presso l'Ateneo di Milano-Bicocca, ad esempio, tale servizio di *counselling* (SACSUM) si configura come un intervento breve (5-10 colloqui), di stampo cognitivo-relazionale, focalizzato sullo sviluppo delle capacità di gestione delle situazioni di difficoltà attraverso il *reappraisal* finalizzato alla costruzione di narrative alternative a quella portata dallo studente e alla pianificazione di strategie di *problem solving*.

4.4.1.6 Alcune proposte in tema di ammissione a Medicina

Concludendo, tra le proposte che si possono quindi formulare in tema di ammissione al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, tese al reclutamento di studenti che siano in grado di soddisfare al meglio le caratteristiche che un buon medico dovrebbe avere, si può annoverare l'utilizzazione, per quelle sedi che intendono avvalersene ai fini della selezione sulla base del loro specifico profilo formativo, di ulteriori metodi (test psico-attitudinali, valutazione dell'intelligenza sociale, breve saggio scritto, intervista strutturata, doppio colloquio, ecc.) tendenti a valutare la predisposizione dei candidati alle discipline del Corso di Laurea (Katz & Vinker, 2014), anche se con un peso relativo limitato a pochi punti percentuali della valutazione globale.

L'utilizzo di tali metodi è comunque raccomandata, anche in riferimento ai soli studenti già ammessi, ai fini dell'orientamento e della formazione di un medico moralmente integro, eticamente orientato, empatico, capace di comunicare, di analizzare e risolvere problemi e di lavorare in gruppo, ricco di iniziativa, di

autocontrollo, di entusiasmo e di motivazione alla cura e al prendersi cura del prossimo (Hurwitz et al., 2013).

Si potrebbe proporre di svolgere la prova suddividendola in due fasi e tempi distinti:

1. una prova da svolgere nella primavera dell'ultimo anno delle Scuole Secondarie, impartita con quesiti a risposte multiple e/o interviste strutturate, dovrebbe essere dedicata a valutare le generiche attitudini ed abilità ed anche la predisposizione per la professione medica;
2. una seconda prova, analoga a quella attuale, ma limitata alle discipline scientifiche da svolgere all'inizio di settembre.

In questo modo la prova complessiva potrebbe meglio valutare la personalità, le conoscenze e le attitudini del candidato, pur continuando ad essere fattibile e trasparente e le novità concorsuali sarebbero comunque ispirate ai criteri della trasparenza e dell'uguaglianza (Svelto, 2011).

La proposta della valutazione in ingresso delle suddette predisposizioni caratteriali e attitudinali – considerate, ormai da tempo in letteratura, caratteristiche desiderabili per tutti gli studenti di Medicina (Marley & Carman, 1999) – in aggiunta alle conoscenze tematiche scientifiche (i cosiddetti “saperi minimi”) e alle abilità cognitive – già ben testate in tutti i concorsi italiani ed europei –, invita però alla considerazione che le eventuali innovazioni che potrebbero essere proposte per migliorare la selettività del test potrebbero essere di difficilissima attuazione in relazione sia all'elevato numero di studenti che si presentano ai concorsi di ammissione, sia in relazione agli attuali vincoli legislativi in materia di ammissione: a tal riguardo, è bene ricordare che mentre il DM 509/99 lascia una forte autonomia alla programmazione didattica degli Atenei (il 30% delle attività formative), di contro nessun livello di autonomia è attualmente concesso nella selezione degli studenti, che allo stesso modo potrebbe essere adeguata al profilo specifico del Corso di Laurea programmato da ogni singolo Ateneo.

Anche se il sistema attuale di selezione mostra diverse criticità, quali l'eccessivo nozionismo e la non attinenza agli studi medici dei quesiti i cui argomenti, tra l'altro, non sono sempre ricompresi nei programmi delle Scuole d'Istruzione Superiore, le domande con risposta a scelta multipla (quiz) rappresentano a tutt'oggi il miglior metodo per la valutazione dei saperi e per l'accertamento delle capacità di risolvere i problemi. I "quiz" non valutano soltanto le capacità mnemoniche degli studenti, ma anche le abilità nell'interpretazione dei dati e nella ricerca delle soluzioni. Le prove di selezione, che fanno riferimento a quesiti a risposte multiple, presentano il vantaggio fondamentale della possibilità di una prova unica nazionale effettuabile in breve tempo e con assoluta trasparenza. Il sistema attuale è adattabile a diverse esigenze si possono variare facilmente il numero dei quesiti, le aree disciplinari e culturali coinvolte, i tempi di svolgimento delle prove, ecc. I risultati della valutazione sono inoltre disponibili in tempi brevissimi, data la correzione automatica (D'Andrea & Kyriacou, 2010).

4.4.2 Riflessioni sulla formazione in Medicina

Dalla seconda ricerca, che si è concentrata principalmente sul monitoraggio del cambiamento dei livelli di empatia e di centratura sul paziente nel corso della formazione medica, rilevati a partire da misure e questionari *self report*, possiamo proporre alcune ipotesi esplicative. Questi risultati presentati di seguito sono in linea con quelli presenti nella letteratura internazionale più aggiornata dedicata all'argomento (ALLEGATO 2).

4.4.2.1 Il profilo dello studente di Medicina in ingresso nel corso degli anni

Le analisi esplorative iniziali di profilazione degli studenti di Medicina in ingresso si riferiscono ad un arco temporale di sei anni accademici (dall'A.A. 2010/2011 all'A.A. 2015/2016). Questo periodo, per quanto di durata non irrilevante, non si dimostra comunque sufficiente per trarre delle conclusioni sui risultati emersi che possano essere spiegate alla luce di un intervenuto passaggio generazionale e/o cambiamento socio-culturale. La tendenza rilevata negli anni accademici di ingresso più recenti si caratterizza per una minore centratura sul paziente a favore, invece, di

una maggiore responsività dal punto di vista empatico. Nonostante la rilevanza di tali dati, si tratta comunque di risultati ad uno stato ancora embrionale che potrebbero essere implementati e acquisire maggiore capacità esplicativa se la profilazione in questione continuasse nel tempo, andando ad indagare, oltre all'effetto della formazione universitaria, quanto incida l'aspetto socio-culturale sulla rappresentazione che gli studenti, che si accingono ad intraprendere il corso universitario in Medicina, abbiano della professione medica.

4.4.2.2 Efficacia della formazione medica

L'incremento dei livelli di centratura sul paziente degli studenti, dopo il periodo di una settimana (T_0 - T_1) trascorso presso gli studi dei Medici di Medicina Generale (MMG), ha mostrato un importante effetto dell'esperienza pratica – pur nella sua brevità (circa 16 ore distribuite su quattro pomeriggi in una settimana) – che ha modificato l'atteggiamento degli studenti verso la pratica professionale e verso i pazienti. È stata quindi confermata non solo la presenza di un effetto molto precoce di un'esperienza formativa che offre allo studente un punto di vista privilegiato che permette di vedere la persona nella sua complessità, mostrando come gli aspetti biologici, psicologici e sociali si integrino e si influenzino a vicenda, ma anche l'adeguatezza di tale scelta didattica che, ricordiamo, costituisce un *unicum* nel panorama della formazione in Medicina in Italia.

Le differenze dei livelli medi delle misure di empatia espressi prima (T_0) e dopo (T_2) l'esperienza triennale di tirocinio ospedaliero possono essere riconducibili, invece, alla ricca ed intensa esperienza formativa universitaria che, oltre ad offrire agli studenti attività didattiche sotto forma di esercitazioni pratiche e lezioni teoriche frontali, prevede, nel periodo da noi considerato, attività formative professionalizzanti, ovvero un'esperienza triennale di tirocinio pratico da svolgere presso le strutture assistenziali identificate dal Consiglio di Coordinamento Didattico (CCD), nei periodi dallo stesso definiti, per un numero complessivo di almeno 60 CFU, sia in ambito chirurgico che medico. Tale esperienza sembra aver contribuito al miglioramento della capacità degli studenti, in egual misura per entrambi i sessi, nell'assunzione del punto di vista di un'altra persona, nella promozione di reazioni emotive orientate verso la condivisione

dell'esperienza altrui e nella diminuzione del disagio personale sperimentato in risposta alla sofferenza manifestata da altri o in situazioni emozionalmente stressanti.

Certamente queste ricerche necessitano di ulteriori approfondimenti e conferme, preferibilmente anche in altri sedi universitarie italiane di formazione medica, tanto che il numero di soggetti esaminati in entrambi gli studi longitudinali risulta inferiore alla numerosità campionaria ipotetica suggerita da *power sample size analysis* parametrizzata sui valori di significatività adottati (Dupont, 1988; Dupont & Plummer, 1990). Per poter attribuire una maggiore capacità predittiva dei cambiamenti osservati al percorso formativo preso in esame, sarebbe auspicabile in futuro introdurre nel disegno di ricerca più gruppi di controllo composti da studenti iscritti ad altre Facoltà e monitorati longitudinalmente durante il medesimo arco temporale. Inoltre, l'aumento statisticamente significativo dei punteggi di empatia degli studenti alla fine del percorso formativo preso in considerazione (V anno) sarebbe potuto risultare maggiormente interessante se si fosse effettuata una ulteriore rilevazione durante il triennio di tirocinio ospedaliero: un monitoraggio più frequente avrebbe potuto mettere in evidenza eventuali oscillazioni delle traiettorie individuali di cambiamento osservate. Interessante sarà, infine, approfondire e monitorare l'andamento delle misure anche dopo la conclusione degli studi universitari per verificare il mantenimento di tali risultati ed, eventualmente, associarli all'orientamento della scelta professionale. Infine, un ulteriore possibile sviluppo futuro di entrambi gli studi longitudinali potrebbe consistere nel mettere in relazione le variazioni osservate nei profili attitudinali degli studenti con quelli dei medici *tutor* che li hanno accompagnati lungo i suddetti percorsi formativi. Le competenze professionali complesse degli studenti esplorate in questa ricerca prevedono, infatti, sia un sapere dichiarativo – astratto, formale, generale – che deriva da un corpo di conoscenze teorico, ma anche – e soprattutto – un sapere procedurale, specifico, basato sulla pratica di tutti i giorni, che ha a che fare con l'esperienza, con l'apprendimento lungo l'arco della vita formativa e lavorativa. La formazione informale erogata in ambito ospedaliero promuove un sapere che è possibile trasmettere solo sul campo, attraverso l'esibizione della pratica professionale che attiva processi di identificazione con un medico tutore che lascia un segno sugli studenti non attraverso

la sua esperienza didattica o la sua eccellenza professionale, ma grazie al fatto che ogni medico, impegnato nel suo lavoro nell'ambito dell'assistenza sanitaria e dotato di una certa esperienza, è portatore di una cultura professionale ricca, viva e presente, anche se difficile da esplicitare.

4.4.2.3 Differenze di genere

Relativamente al genere di appartenenza dello studente, invece, è possibile concludere che, sia all'inizio che a conclusione del tirocinio del II anno e, più in generale, dell'*iter* formativo universitario, è emerso che gli studenti di genere femminile dichiarano di essere, rispetto ai propri colleghi di genere maschile, maggiormente in grado di:

- comprendere esperienze, preoccupazioni e prospettive del paziente;
- attribuire importanza al coinvolgimento del paziente nel colloquio medico e nelle decisioni mediche relative alla diagnosi e al trattamento e di ritenere rilevante il prendere in considerazione le aspettative, le idee e i sentimenti del paziente all'interno del proprio operato;
- identificarsi con la narrazione delle storie altrui, di adottare il punto di vista dell'altro e di provare compassione, preoccupazione e calore, oltre che un più intenso senso di sconforto e di ansietà, nei confronti di altre persone che vivono esperienze spiacevoli.

Tale differenza di genere che, ricordiamo, abbiamo riscontrato in tutte le fasi del percorso formativo in cui sono state effettuate le rilevazioni, può essere attribuita all'influenza, esercitata anche nel contesto medico, di quei fattori intrinseci (es. caratteristiche biologico-evoluzionistiche) ed estrinseci (es. aspettative culturali di ruolo), ampiamente riconosciuti ed accettati dalla letteratura dedicata all'argomento. Queste differenze tra generi, per quanto complesse siano le ipotesi sulle loro origini (nessuno studioso oggi potrebbe pensare, infatti, che vi siano differenze unicamente biologiche o sociali), esistono, sono rilevanti e contribuiscono a promuovere nei due generi un diverso orientamento verso la realtà sociale ed interpersonale che vede nelle donne, per esempio, una prevalenza dell'orientamento emotivo che le porta ad assumere un atteggiamento empatico tendente ad identificare stati mentali altrui e a

rispondervi con appropriate condotte. Con questa posizione non si vuole riesumare l'antica (e un po' stantia) dicotomia "mascolinità-femminilità", la cui adesione ha impedito per lungo tempo lo sviluppo di un repertorio di risposte flessibili all'ambiente sociale. Al contrario ci si propone di offrire, a coloro che si occupano della formazione del personale sanitario (nonché dagli operatori stessi), delle evidenze che possano aiutarli ad orientare il proprio agire professionale durante l'esercizio del mandato formativo, con ciò consentendo, da una parte, di personalizzare l'intervento formativo in base all'appartenenza di genere del destinatario, dall'altra, consapevole lui stesso di tali dinamiche, di invitare gli studenti a riflettere su queste latenti caratteristiche bio-psico-sociali della professione medica e, di conseguenza, aiutarli ad esplicitare come queste influiscano, in modo tacito, sugli esiti della propria formazione e professione impedendo, così, che le stesse agiscano in maniera automatica e stereotipata sui loro stili di apprendimento, prima, e di cura, poi.

Rispetto proprio agli stili di cura, sarà necessario condurre ulteriori studi per verificare se i questionari autosomministrati adottati in questa ricerca siano strumenti utili a predire l'effettivo comportamento clinico degli studenti – orientato alla persona piuttosto che alla malattia – nell'ambito del rapporto con il paziente. Ricerche future potranno inoltre controllare se le differenze di genere nell'atteggiamento verso la cura riscontrate in questo studio verranno poi percepite anche dai pazienti destinatari delle cure una volta che gli studenti avranno intrapreso l'esperienza pratica di tirocinio clinico o la professione medica.

4.4.3 Riflessioni sul futuro della formazione in Medicina

Il terzo studio, che si inserisce invece tra le iniziative volte al miglioramento e al perfezionamento continuo della formazione medica in ambito universitario, si è focalizzato sulla valutazione della relazione statistica tra i livelli delle dimensioni di *dispositional mindfulness* e quelli dei diversi aspetti dei costrutti di empatia e di centratura sul paziente, rilevati a partire da misure e questionari autosomministrati.

Dai risultati di questa terza ricerca possiamo affermare che una maggiore sintonia con i propri stati interni, ovvero la capacità di osservarli senza apporvi un'etichetta, descriverli come eventi transitori della nostra mente e non reagirvi in

modo automatico e stereotipato, non solo è associata ad una maggiore capacità di entrare in connessione empatica con gli altri, ma è correlata negativamente con i livelli di disagio personale sperimentato dalla persona in risposta al disagio manifestato da altri o in situazioni emozionalmente stressanti.

Questa evidenza empirica ci porta a concludere che, come suggerito anche dalla letteratura internazionale (Krasner et al., 2009; Shapiro et al., 1998; Siegel, 2009), la pratica della meditazione basata sulla *mindfulness* potrebbe promuovere una migliore sintonia ed empatia nel rapporto tra medico – sia in formazione che professionista – e paziente e, altresì, ridurre la tonalità disforica dei propri stati mentali connessi alla percezione della sofferenza altrui. La meditazione *mindful*, addestrando e sviluppando le capacità attentive e aumentando l'abilità degli individui di raccogliere sottili segnali percettivi nell'ambiente, promuove la capacità di prestare attenzione a ciò che accade nella relazione piuttosto che lasciare la mente vagare altrove. Questo comporterebbe che durante un colloquio con un paziente o un suo familiare, il “clinico *mindful*” risulterà maggiormente empatico poiché egli, non solo potrà prestare un'attenzione più intensa a ciò che l'altra persona sta facendo e dicendo, ma riuscirà inoltre a raccogliere con più efficienza i messaggi impliciti che l'altro sta inviando e che il proprio corpo, nel contempo, gli suggerisce: ad esempio, mentre un medico parla con un paziente, può prestare un'attenzione elevata alla comunicazione ed essere, allo stesso tempo, consapevole in modo sensibile del tono emotivo sottile che la sottende e delle informazioni sensoriali provenienti dai propri distretti corporei mentre l'interazione ha luogo (attivazione emotiva, postura, ecc.).

Un atteggiamento mentale *mindful* aiuta a creare, giorno dopo giorno, la possibilità di una più intensa presenza all'esperienza del momento presente, caratterizzata dall'essere una presenza mentale aperta e non automaticamente giudicante. Presenza mentale aperta significa connessione con i propri pensieri, con le sensazioni corporee e con le emozioni e contemporaneamente presenza a ciò che avviene nell'ambiente e con le persone con cui ci relazioniamo. La capacità di non essere automaticamente giudicanti apre all'accettazione di ciò che avviene fornendo la possibilità di ridurre la consueta reattività e di rimanere equanimi. Infine l'equanimità e una reattività meno marcata permettono di incrementare attenzione, calma,

empatia e pazienza, preziose virtù che un clinico dovrebbe possedere. Questo atteggiamento mentale costituisce una base stabile che offre al medico la possibilità di entrare in relazione con gli altri aprendosi ad un ascolto autentico e mantenendo, allo stesso tempo, un comportamento assertivo. L'ascolto attento permette al clinico una migliore comprensione delle problematiche dell'altro e, nel caso di un paziente, abbracciando tutta l'esperienza della malattia, di evitare un atteggiamento riduzionistico orientato ai soli aspetti biologici, perché la malattia, particolarmente quando assume caratteristiche di cronicità o di gravità, oltre ad alterare i parametri biologici interessa la vita intera della persona, le emozioni, lo stare nel mondo. Superare, attraverso un assetto mentale *mindful*, il modello relazionale di tipo paternalistico risulta allora più agevole e spontaneo in quanto il medico scopre una possibilità che si rivela più gratificante sia per il paziente che per il medico stesso: il medico perde il ruolo esclusivo di mero "aggiustatore" – come Tiziano Terzani (2004) amava definire i suoi oncologi –, per quanto imprescindibile, ed acquisisce quello di persona in relazione che condivide con il paziente aspetti comuni dell'esperienza umana, portandolo oltre la meccanicità e la ripetitività del lavoro, facendo di quest'ultimo un'esperienza arricchente.

La significativa ed intensa relazione statistica riscontrata tra le cinque dimensioni di *dispositional mindfulness* e quelle di empatia/centratura sul paziente risulta, inoltre, in linea con le evidenze provenienti dalla più aggiornata letteratura internazionale sull'argomento che riconosce alla *mindfulness* la capacità di promuovere le funzioni integrative della corteccia prefrontale che sono implicate, tra le altre cose, in processi di regolazione corporea, di sintonia interpersonale, di stabilità emotiva, di flessibilità di risposta, di conoscenza di sé, di eliminazione dei condizionamenti rispetto a stimoli che fanno paura, di capacità d'intuizione nonché di azione morale (Siegel, 2009). Nelle ricerche già esistenti è possibile individuare un certo numero di dati coerenti con l'idea che nel corso della meditazione si attivino alcune aree con "proprietà specchio", come l'area motoria supplementare (Urry et al., 2004), l'area premotoria (Lutz et al., 2004) e la corteccia temporale superiore (STG e STS; Brefczynski-Lewis, 2006; Lazar, 2006; Short, 2006). Il processo mentale di consapevolezza e meditazione *mindful* sembra essere, inoltre, correlato ad una

specializzazione emisferica in termini di dominanza del lobo frontale sinistro in risposta a stimoli emotigeni (Davidson et al., 2003) e ad un maggiore spessore corticale (Lazar et al., 2005) e ad una più intensa, coordinata e sincrona attività delle scariche neurali (Lutz et al., 2004) delle aree prefrontali. Per mezzo dell'insula, quest'ultime regioni corticali anteriori ricevono i segnali dei mutamenti del sistema limbico e del corpo, avviati dalla percezione sensoriale dei segnali emotivi provenienti da un'altra persona e mediati dal "circuito della risonanza" di cui fanno parte il sistema dei neuroni specchio, l'insula, la corteccia temporale superiore e le regioni prefrontali mediali. Durante l'atto empatico, le informazioni provenienti dall'enterocezione vengono poi attribuite alle altre persone come esito dei processi di interpretazione e valutazione ai quali sono deputate, appunto, le regioni prefrontali (Carr et al., 2003). *Mindfulness* ed empatia procedono quindi in modo sinergico: il *focus* enterocettivo promosso da uno stato di consapevolezza *mindful* – caratterizzato da gentilezza ed accettazione – aumenta la capacità di "guardarsi dentro" che è lo strumento per mezzo del quale sentiamo il nostro mondo interiore e cogliamo il senso delle espressioni delle altre persone. Non sorprende, quindi, che il livello di consapevolezza *mindful* di un individuo, essendo in relazione neurale con il "circuito di risonanza" coinvolto nell'empatia e nella codifica dell'intenzione del comportamento altrui, sia associato positivamente ai livelli autodichiarati di empatia in ambito medico, di responsabilità empatica e di centratura sul paziente.

Nonostante le connessioni rilevate in questa ricerca, così come nella letteratura sopracitata, tra *dispositional mindfulness* e attività mentalistiche esplicite, ad oggi esiste un numero limitato di studi che si sono occupati delle connessioni tra abilità di *mindfulness* e capacità empatiche in ambito medico, lasciando senza risposta una serie di interrogativi sull'opportunità di integrare corsi di *mindfulness* all'interno del *core curriculum* delle Facoltà di Medicina, su quale sia il momento ideale per insegnare la *mindfulness* durante la carriera formativa e professionale di un medico, quale metodo didattico possa essere a tal fine più efficace e come si possa mantenere nel tempo quanto appreso (Dobkin & Hutchinson, 2013).

Resta infine, comunque, la difficoltà di esplorare i costrutti da noi analizzati attraverso qualsiasi tipo di strumento o tecnica di indagine psicologica: i questionari

autosomministrati possono essere considerati delle descrizioni di alto livello, ma permane comunque una grossa ed incolmabile discrepanza con quella che è l'effettiva esperienza soggettiva esperita, un limite sistemico e sistematico di qualunque disegno di ricerca che si avvalga dell'impostazione da noi adottata.

5. Conclusioni

La figura del medico spesso rappresenta l'anello di congiunzione tra la persona e il percorso di cura intrapreso dal paziente. La consapevolezza delle competenze mediche necessarie per rispondere a tali bisogni è sempre più ampia ed esse vanno da quelle tecniche e cognitive fino a quelle comunicativo-relazionali. Queste ultime, spesso considerate come abilità individuali facoltative, sono invece considerate non meno importanti delle competenze cliniche e tecnico-operative (Decreto Ministeriale n. 739/1994). Il medico, tra le molteplici mansioni che ricopre, è colui che aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte attraverso un percorso di cura, adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere ed è colui che ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, spesso in sinergia con gli altri operatori, i familiari e le persone di riferimento dell'assistito. Per fare fronte a un'efficace comunicazione è fondamentale possedere capacità empatiche, ovvero un atteggiamento interpersonale caratterizzato da un impegno di comprensione dell'altro, una competenza cardine per gli operatori sanitari per fronteggiare in maniera efficace i problemi presenti in una popolazione di pazienti sempre più complessa e avvicinarsi progressivamente ad un'umanizzazione delle cure, senza la quale alcuna pratica assistenziale verrà considerata efficace e di qualità (Haque et al., 2012). Un professionista con un elevato livello di capacità empatiche non solo saprà rispondere con maggiore efficacia ai bisogni della persona assistita, ma saprà anche accogliere e progettare un percorso di cura più mirato e personalizzato, saprà lavorare maggiormente in gruppo e trarre dall'esperienza professionale la massima ricchezza.

Molti sostengono che alla medicina scientifica sia necessario contrapporre una medicina umanistica che rivaluti l'importanza del "prendersi cura", ridimensionando così il dominio incontrastato del "fare diagnosi e somministrare la terapia". A mio parere, la contrapposizione tra medicina umanistica e medicina scientifica è priva di senso se si guarda con mente aperta a quello che sappiamo oggi sulle dinamiche che regolano la relazione medico-paziente. Non si vuole, infatti, suggerire di abbandonare il parere di un esperto e le competenze mediche duramente conquistate quando la nostra salute è compromessa o la continuità della nostra esistenza fisica è in dubbio.

Piuttosto, deve essere ricalibrato il differenziale di potere fra paziente e medico. A tal riguardo, Saki Santorelli, l'attuale direttore della *Stress Reduction Clinic* e del *Center for Mindfulness* all'Università di Medicina del Massachusetts, ci ricorda il mito di Chirone, il Centauro guaritore colpito ad un ginocchio da una freccia scoccata da Ercole che, essendo stata intinta nel veleno dell'Idra, provocava ferite inguaribili: capace di guarire gli altri, Chirone non era in grado di guarire se stesso e, essendo immortale, visse con questa ferita non potendo prendersene cura prima di occuparsi della cura degli altri, dando vita all'archetipo del guaritore ferito: «in ogni medico esiste un Ferito; in ogni paziente, in ogni malato e in ogni essere umano che soffre, dimora un potente Guaritore Interiore» (Santorelli, 2015). Questo non significa che i ruoli siano uguali, ma piuttosto che le emozioni elicitate nella relazione terapeutica – senso di potere e di limitatezza, irritabilità ed eccitazione, paura e padronanza di sé, disperazione e compassione, tristezza e gioia – fluiscono in entrambe le direzioni. L'atto medico, dal primo incontro diagnostico fino all'intervento terapeutico, è appunto una relazione interpersonale che affonda le sue radici evolutive nelle emozioni che si attivano ogniqualvolta una persona chiede aiuto ed un'altra accoglie questa richiesta. Quello che il medico fa, o non fa, causa cambiamenti fisiologici nell'organismo del paziente, e questi cambiamenti possono contribuire al miglioramento o favorire il peggioramento della condizione morbosa. I meccanismi somatici che derivano dall'interazione con il contesto medico sono altrettanto importanti di quelli indotti dai processi morbosi e dagli agenti terapeutici. L'effetto *placebo* e l'effetto *nocebo*, per esempio, hanno una loro realtà fisica, anche se gli eventi che li causano sembrano, ad un'analisi superficiale e datata, appartenere a sfere che poco hanno a che fare con la fisiopatologia.

La medicina non può che essere scientifica e umanistica allo stesso tempo. In caso contrario, la cura del paziente sarà comunque incompleta se non addirittura inefficace. Il problema dell'umanizzazione delle cure si è accentuato da quando in Italia è stata condotta un'indagine dal Tribunale del malato; essa ha dimostrato che, su oltre ventimila pazienti, la quasi totalità degli interpellati lamentava un atteggiamento indifferente o addirittura scostante di molti operatori sanitari (Facco et al., 2013). Il giusto tentativo di dare ascolto alla diffusa insoddisfazione dell'opinione pubblica nei confronti della medicina contemporanea non deve tradursi in un ridimensionamento

della formazione tecnico-scientifica, identificando il medico compassionevole con il cultore delle terapie alternative. A mio parere, l'obiettivo è invece educare le prossime generazioni di medici alla consapevolezza che preparazione scientifica e capacità di relazione con il paziente sono due facce della stessa medaglia perché la relazione è in sé un fattore terapeutico (o anti-terapeutico) suscettibile di analisi scientifica.

BIBLIOGRAFIA

- Abbagnano, N. (1961). Dizionario di filosofia. Torino: UTET.
- Adam, J., Bore, M., McKendree, J., Munro, D., & Powis, D. (2012). Can personal qualities of medical students predict in-course examination success and professional behaviour? An exploratory prospective cohort study. *BMC Medical Education*, *12* (1), 69.
- Adamo, S. M. G., & Valerio, P. (1987). La relazione medico-paziente nel controllo periodico di pazienti portatori di pace-maker. *Rivista di neurologia, psichiatria, scienze umane*, *1*, 294-310.
- Adenzato, M., & Meini, C. (A cura di) (2006). Psicologia evoluzionistica. Torino: Bollati Boringhieri.
- Ader, R., & Cohen, N. (1975). Behaviorally conditioned immunosuppression. *Psychosomatic Medicine*, *37*, 333-340.
- Adolphs, R., Damasio, H., Tranel, D., Cooper, G., & Damasio, A. R. (2000). A role for somatosensory cortices in the visual recognition of emotion as revealed by three-dimensional lesion mapping. *Journal Of Neuroscience*, *20*, 2683-2690.
- Agosti, A. (A cura di) (2003). Il cinema per la formazione. Milano: Franco Angeli.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment. Erlbaum (NJ): Hillsdale.
- Al Shawwa, L., Abulaban, A. A., Abulaban, A. A., Merdad, A., Baghlaif, S., Algethami, A., Abu-shanab, J., & Balkhoyor, A. (2015). Factors potentially influencing academic performance among medical students. *Journal Of Advances In Medical Education And Practice*, *6*, 65-75.
- Albiero P., & Matricardi, G. (2006). Che cos'è l'empatia. Roma: Carocci.
- Albiero, P., & Lo Coco, A. (2001). Designing a method to assess empathy in Italian children. In A. C. Bohart & D. J. Stipek (A cura di), *Constructive and destructive behavior implications for family, school and society* (pp. 205-223). Washington, DC: American Psychological Association.
- Albiero, P., Ingoglia, S., & Lo Coco, A. (2006). Contributo all'adattamento italiano dell'Interpersonal Reactivity Index. *Testing Psicometria Metodologia*, *13*(2), 107-125.
- Alby, J. M. (1985). Note de synthèse sur l'enseignement de la Psychologie Médicale en Europe. *Psychologie Médicale*, *17*(2), 213-215.
- Alcorta-Garza, A., Gonzalez-Guerrero, J., Tavitas-Herrera, S., Rodrigues-Lara, F., & Hojat, M. (2005). Validity of the Jefferson Scale of Physician Empathy among Mexican medical students. *Salud Mental*, *28*, 57-63.
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). Handbook of mentalization-based treatment. Chichester: John Wiley & Sons.
- Allport, O. W., & Odbert, H. S. (1936). Trait-names: A psycho-lexical study. *Psychological Monographs*, *47*.

- Al-Naim, A. F., Al- Rashed, A. S., Aleem, A. M., Khan, A. S., Ali, S. I., & Bogam, R. R. (2016). Personality traits and academic performance of medical students in Al-Ahsa, Saudi Arabia. *International Journal Of Scientific Reseach*, *5(4)*, 425-427.
- Amadei, G. (2009). Prefazione. Benessere, mindfulness. In D. J. Siegel (2009), *Mindfulness e cervello* (pp. VII-XIV). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Amadei, G. (2013). Mindfulness. Essere consapevoli. Bologna: Il Mulino.
- Amodio, D. M., & Frith, C. D. (2006). Meeting of minds: The medial frontal cortex and social cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, *7*, 268-277.
- Anderson, C. D. (1981). Expression of affect and physiological response in psychosomatic patients. *Journal Of Psychosomatic Research*, *25*, 143-149.
- Anderson, L. A., & Zimmerman, M. A. (1993). Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: A study of chronic disease management. *Patient Education And Counseling*, *20(1)*, 27-36.
- Anolli, L. (A cura di) (2002). Psicologia della comunicazione. Bologna: il Mulino.
- Ardila, A. (2008). On the evolutionary origins of executive functions. *Brain And Cognition*, *68*, 92-99.
- Ardis, S., & Marcucci, M. (2013). La comunicazione sanitario-paziente. Raleigh (NC): Aonia Edizioni, Lulu Press.
- Ardrey, R. (1966). The territorial imperative. New York: Atheneum Publishers.
- Arkes, H. R., Faust, D., Guilmette, T. J., & Hart, K. (1988). Eliminating the hindsight bias. *Journal Of Applied Psychology*, *73(2)*, 305-307.
- Arkes, H. R., Saville, D. P., Wortmann, R. L., & Harkness, A. R. (1981). Hindsight bias among physicians weighing the likelihood of diagnoses. *Journal Of Applied Psychology*, *66(2)*, 252-254.
- Artino, A. R., La Rochelle, J. S., & Durning, S. J. (2010). Second-year medical students' motivational beliefs, emotions, and achievement. *Medical Education*, *44(12)*, 1203-1212.
- Asmudson, G., Vlaeyen, J., & Crombez, G. (2004). Understanding and treating fear of pain. Oxford: Oxford University Press.
- Augé, M. & Herzlich, C. (A cura di) (1986). Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia. Milano: Il Saggiatore.
- Autton, N. (1992). Parlare non basta. L'importanza del contatto fisico e della vicinanza nelle relazioni di cura. Torino: E. D. T. Edizioni di Torino.
- Bachtin, M. (2000). L'autore e l'eroe. Torino: Einaudi.
- Baer, R. (2003). Mindfulness training ad a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science And Practice*, *10*, 125-143.
- Baer, R. A., & Maffei, C. (2012). Come funziona la mindfulness. Teoria, ricerca, strumenti. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Baer, R. A., Samuel, D. B., & Lykins. E.LB. (2011). Differential item functioning on the Five Facet Mindfulness Questionnaire is minimal in demographically matched meditators and non-meditators. *Assessment*, *18*, 3-10.

Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment, 11*(3), 191-206.

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27-45.

Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., & Williams, J. M. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and non-meditating samples. *Assessment, 15*(3), 329-342.

Baerheim, A. (2001). The diagnostic process in general practice: Has it a two-phase structure? *Family Practice, 18*, 243-245.

Baldoni, F. (2006). Attaccamento e professione: l'influenza dei modelli operativi interni sulle relazioni lavorative. In E. Cicognani & L. Palestini (A cura di), *Promuovere benessere con persone, gruppi, comunità* (pp. 128-129). Cesena: Il Ponte Vecchio.

Balint, M. (1961). *Medico, paziente e malattia*. Milano: Feltrinelli.

Balint, M. (1975). *Sei minuti per il paziente*. Firenze: Guaraldi.

Bandura, A. (1996) (A cura di). *Il senso di autoefficacia. Aspettative su di sé e azione*. Trento: Erickson.

Bandura, A. (2000). *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*. Trento: Erickson.

Bandura, A. (2001). Guida alla costruzione delle scale di autoefficacia. In G. V. Caprara (A cura di), *La valutazione dell'autoefficacia. Interventi e contesti culturali* (pp. 15-34). Trento: Erickson.

Bara, B. (2007). *Dinamica del cambiamento e del non-cambiamento*. Torino: Bollati Boringhieri.

Barbaranelli, C., & Caprara, G. V. (2000). Measuring the Big Five in self-report and other ratings: A multitrait-multimethod study. *European Journal Of Psychological Assessment, 16*, 31-43.

Barbaranelli, C., Caprara, G. V., Rabasca, A., & Pastorelli, C., (2002). A questionnaire for measuring the Big Five in late childhood. *Personality And Individual Differences, 34*, 645-654.

Baron-Cohen S. (1997). *L'autismo e la lettura della mente*. Roma: Astrolabio.

Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. Cambridge, MA: MIT Press.

Baron-Cohen, S. (2012). *La scienza del male. L'empatia e le origini della crudeltà*. Milano: Raffaello Cortina.

Barsky III, A. J. (1981). Hidden reasons some patients visit doctors. *Annals Of Internal Medicine, 94*, 492-498.

Bateson, G. (1976). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi.

Bateson, G. (1979). *Mind and nature: A necessary unity*. New York: E. P. Dutton.

Bauchner, H., Simpson, L., & Chessare, J. (2001). Changing physician behavior. *British Medical Journal, 84*, 459-462.

- Beauchamp, T., & Childress, J. (1999). *Principi di etica biomedica*. Firenze: Le Lettere.
- Becker, G., Beyene, Y., Newsom, E. M., & Rodgers, D. V. (1998). Knowledge and care of chronic illness in three ethnic minority groups. *Family Medicine*, *30*, 173-178.
- Becker, H. S., Geer, B., & Miller, S. J. (1972). Medical Education. In H. E. Freeman, S. Levine & L. G. Reeder (A cura di), *Hand Book of medical sociology* (pp. 192-205). Prentice Hall Englewood Cliffs.
- Becker, M. H. (1985). Patient adherence to prescribed therapies. *Medical Care*, *23*(5), 539-555.
- Beckman, H. B., & Frankel, R. M. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals Of Internal Medicine*, *101*, 692-696.
- Beckman, H. B., & Frankel, R. M. (1994). The use of videotape in internal medicine training. *Journal Of General Internal Medicine*, *9*, 517-521.
- Beckman, H. B., Markakis, K. M., Suchman, A. L., & Frankel, R. M. (1994). The doctor-patient relationship and malpractice. *Archives Of Internal Medicine*, *266*, 1831-1832.
- Beecher, H. K. (1955). The powerful placebo. *Journal Of The American Medical Association*, *159*, 1602-1606.
- Beier, L. (1985). In sickness and in health: A seventeenth century family's experience. In R. Porter (A cura di), *Patients and practitioners: Lay perceptions of medicine in pre-industrial society* (pp. 101-128). Cambridge: Cambridge University press.
- Bell, J. (1984). Exposing the hidden curriculum. *Nursing Mirror*, *158*(12), 20-22.
- Bellini, L. M., & Shea, J. A. (2005). Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training. *Academic Medicine*, *80*(2), 164-167.
- Bellini, L. M., Baime, M., & Shea, J. A. (2002). Variation of mood and empathy during internship. *JAMA*, *287*(23), 3143-3146.
- Bellomo, A. (2004). *Psicologia medica e abilità relazionali*. Torino: Edizioni Minerva Medica.
- Benaglio, C. (2004). Curare il corpo muto. Un percorso di medical humanities a partire dal film *Parla con lei* di Pedro Almodóvar. In L. Zannini (A cura di), *Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica*. Milano: Franco Angeli.
- Benbassat, J., & Baumal, R. (2005). Enhancing self-awareness in medical students: An overview of teaching approaches. *Academic Medicine*, *80*(2), 156-161.
- Benedetti, F. (2012). *Il cervello del paziente. Le neuroscienze della relazione medico-paziente*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Benincasa, F., & Castaldi, G. (2003). La decisione nel corso dell'azione. In V. Caimi & M. Tombesi (A cura di), *Medicina generale*. Torino: Utet.
- Berlinguer, G. (1982). *La professione del medico*. Milano: Feltrinelli.

- Berry, D. S., & Pennebaker, J. W. (1993). Nonverbal and verbal emotional expression and health. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 59, 11-19.
- Bert, G. (1974). Il medico immaginario e il malato per forza. Milano: Feltrinelli.
- Bert, G. (1977). Il farmaco come segno e come mediazione. In G. Maccacaro & A. Martinelli (A cura di), *Sociologia della medicina*. Milano: Feltrinelli.
- Bert, G. (2006). Cinema e medicina: un viaggio nell'immaginario. In R. Bucci (A cura di), *Manuale di medical humanities*. Roma: Zadig.
- Bert, G. (2007). *Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Bert, G., & Quadrino, S. (2002). *Parole di medici, parole di pazienti. Counselling e narrativa in medicina*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Bert, G., Gardini, A., & Quadrino, S. (2013). *Slow medicine. Perché una medicina sobria, rispettosa e giusta è possibile*. Milano: Sperling & Kupfer.
- Bertalanffy, L. von (1950). An outline of general system theory. *British Journal Of The Philosophy Of Science*, 1, 134-165.
- Bertalanffy, L. von (1968). *General systems theory*. New York: Braziller.
- Bertetto, O., Franchini, L., & Ritorto, G. (2006). Il rapporto medico-paziente, oggi. In P. M. Furlan (A cura di), *I nuovi luoghi delle cure. Comprendere, innovare, costruire, gestire. Vol. 1: Salute e società* (pp. 164-174). Torino: Celid.
- Bertolini, G. (1994). Diventare medici nella complessità. In G. Bertolini (A cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*. Milano: Guerini.
- Bertolini, G., & Carinci, P. (1994). Il saper sapere nella formazione del medico: Una prospettiva da approfondire. In G. Bertolini (A cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*. Milano: Guerini.
- Bertolini, G., & Ceruti, M. (1994). Identità e cambiamento: Un capovolgimento ontologico. In G. Bertolini (A cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*. Milano: Guerini.
- Bertolini, G., & Massa, R. (1997). *Clinica della formazione medica*. Milano: Franco Angeli.
- Betri, M. L. (1984). Il medico e il paziente: I mutamenti di un rapporto e le premesse di un'ascesa professionale (1815-1859). In F. Della Peruta (A cura di), *Storia d'Italia. Annali. Vol. 7: Malattia e medicina* (pp. 209-232). Torino: Einaudi.
- Betri, M. L. (1987). La crisi del ruolo medico. I galatei dell'Ottocento. *Federazione Medica*, 7, 685-688.
- Billings, J. A., & Stoeckle, J. D. (1999). *The clinical encounter. A guide to the medical interview and case presentation*. St. Louis: Mosby-Year Book Inc.
- Bisanti, R., Rezzonico, G., & Carassa, A. (2006). La relazione interpersonale nella comunicazione in medicina. *Psicologia della Salute*, 1, 25-40.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science And Practice*, 1(3), 230-241.

Blackwell, B. (1992). Compliance. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 58, 161-169.

Blakemore, S. J., Bristow, D., Bird, G., Frith, C., & Ward, J. (2005). Somatosensory activations during the observation of touch and a case of vision-touch synaesthesia. *Brain*, 128, 1571-1583.

Bocchi, G., & Ceruti, M. (A cura di) (1985). La sfida della complessità. Milano: Feltrinelli.

Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. Norcross (A cura di), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 89-108). New York: Oxford University Press.

Bohlmeijer, E., ten Klooster, P. M., Fledderus, M., Veehof, M., & Baer, R. (2011). Psychometric properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in depressed adults and development of a short form. *Assessment*, 18(3), 308-320.

Boisaubin, E. V., & Winkler, M. G. (2000). Seeing patients and life context: The visual arts in medical education. *American Journal Of Medical Science*, 319(5), 292-296.

Bombeke, K., Symons, L., Vermeire, E., Debaene, L., Schol, S., De Winter, B., & Van Royen, P. (2012). Patient-centredness from education to practice: the 'lived' impact of communication skills training. *Medical Teacher*, 34(5), e338-348.

Bonino, S., Lo Coco, A., & Tani, F. (1998). Empatia. I processi di condivisione delle emozioni. Firenze: Giunti.

Bore, M., Munro, D., & Powis, D. (2009). A comprehensive model for the selection of medical students. *Medical Teacher*, 31(12), 1066-1072.

Borghi L., & Pennacchini, M. (2009). Medicina high-tech e technical humanities. *L'arco di Giano*, 61, 165-173.

Borke, H. (1971). Interpersonal perception of young children: egocentrism or empathy?. *Developmental Psychology*, 5, 263-296.

Borkenau, P., & Ostendorf, F. (1990). Comparing exploratory and confirmatory factor analysis: A study on the 5-factor model of personality. *Personality And Individual Differences*, 11, 515-524.

Bottaccioli, F. (2010). Filosofia per la medicina, medicina per la filosofia: Greci e Cina a confronto. Milano: Tecniche Nuove.

Bowes, P., Stevenson, F., Ahluwalia, S., & Murray, E. (2012). I need her to be a doctor: Patients' experiences of presenting health information from the internet in GP consultations. *British Journal Of General Practice*, 62(604), e732-738.

Bowlby, J. (1972). Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'attaccamento alla madre. Torino: Bollati Boringhieri.

Bowlby, J. (1982). Costruzione e rottura dei legami affettivi. Milano: Raffaello Cortina.

Bowlby, J. (1989). Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento. Milano: Raffaello Cortina.

Branch, W. T., Kern, D., Haidet, P., Weissmann, P., Gracey, C. F., Mitchell, G., & Inui, T. (2001). Teaching the human dimensions of care in clinical settings. *Journal Of The American Medical Association*, 286(9), 1067-1074.

Brazeau, C. M., Schroeder, R., Rovi, S., & Boyd, L. (2010). Relationships between medical student burnout, empathy, and professionalism climate. *Academic Medicine*, 85(10 Suppl), S33-36.

Brefczynski-Lewis, J. (2006). Results of the fMRI study on concentration meditation: Attentional expertise in long-time Buddhist practitioners. Poster presentato al Mind and Life Summer Research Institute, Garrison, New York.

Brorsson, A., & Rastam, L. (1993). The patient's family history: A key to the physician's understanding of patients' fears. *Family Practice*, 10, 197-200.

Brothers, L. (1990). The social brain: A project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain. *Concepts In Neuroscience*, 1, 27-51.

Brown, C. A., & Lilford, R. J. (2008). Selecting medical students. Tests of cognitive ability are the best method at present. *British Medical Journal*, 336, 786.

Brown, J., Stewart, M., & Tessier, S. (1995). Assessing communication between patients and doctors. A manual for scoring patient-centred communication. Montreal: CSFM Working Papers Series.

Brown, J., Stewart, M., McCracken, E., McWhinney, I. R., & Levenstein, J. (1986). The patient-centered clinical method. 2. Definition and application. *Family Practice*, 3, 75-79.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 84(4), 822-848.

Bruehl, S., Chung, O. Y., Burns, J. W., & Biridepalli, S. (2003). The association between anger expression and chronic pain intensity: Evidence for partial mediation by endogenous opioid dysfunction. *Pain*, 106, 317-324.

Bruner, J. (1992). La ricerca del significato. Torino: Bollati Boringhieri.

Bruni, R., Ferrazzoli, F., & Binetti, P. (2003). La relazione medico-paziente alla luce della teoria dell'attaccamento. Il counseling di attaccamento. *Clinica Terapeutica*, 154(4), 277-286.

Bryant, B. K. (1982). An index of empathy for children and adolescents. *Child Development*, 53, 413-425.

Bucheld, N., Grossman, P., & Walach, J. L. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal For Meditation And Meditation Research*, 1, 11-34.

Buller, M. K., & Buller, D. B. (1987). Physicians' communication style and patient satisfaction. *Journal Of Health And Social Behavior*, 28, 375.

Butler, C., Rollnick, S., & Stott, N. (1996). The practitioner, the patient and resistance to change, recent ideas on compliance. *Canadian Medical Association Journal*, *154*, 1357-1362.

Butler, N. M., Campion, P. D., & Cox, A. D. (1992). Exploration of doctor and patient agendas in general practice consultation. *Social Science And Medicine*, *35*, 1145-1155.

Byrne, P. S., & Long, B. E. L. (1976). Doctors talking to patients. London: Her Majesty's Stationery Office.

Calman, K. C. (2007). Medical Education: Past, Present and Future. Churchill Livingstone Elsevier.

Campbell, E. F., Rank, B. K., & Sinclair, A. J. M. (1974). Selection of medical students: A burning question. *Medical Journal Of Australia*, *1(20)*, 785-788.

Campbell, S. M., & Roland, M. O. (1996). Why people consult the doctor?. *Family Practice*, *13*, 75-83.

Canestrari, R., & Cipolli, C. (1991) L'interazione medico-paziente: aspetti relazionali e comunicativi. In C. Cipolli & E. A. Moja (A cura di), *Psicologia medica* (pp. 24-48). Roma: Armando.

Capanna, C., Vecchione, M., & Schwartz, S. H. (2005). La misura dei valori. Un contributo alla validazione del Portrait Values Questionnaire su un campione italiano. *Bollettino di Psicologia Applicata*, *246*, 29-41.

Caporale, M. (2012). Medicina, antica arte del "prendersi cura". In M. Caporale, P. Falaschi & G. Familiari (A cura di), *Prendersi cura: la relazione terapeutica e la comunicazione medico-paziente* (pp. 15-32). Roma: UniversItalia.

Cappa, F., Mancino, E. (A cura di) (2005). Il mondo, che sta nel cinema, che sta nel mondo. Milano: Mimesis.

Capranico, S. (1997). Role playing. Manuale ad uso di formatori ed insegnanti. Milano: Raffaello Cortina.

Caprara, G. V. (2001). Introduzione. In G. V. Caprara (A cura di), *La valutazione dell'autoefficacia. Interventi e contesti culturali* (pp. 7-14). Trento: Erickson.

Caprara, G. V., & Barbaranelli, C. (2000). Capi di Governo, telefonini, bagni schiuma: determinanti personali dei comportamenti di voto e di acquisto. Milano: Raffaello Cortina.

Caprara, G. V., & Cervone, D. (2003). Personalità. Milano: Raffaello Cortina.

Caprara, G. V., & Gennaro, A. (1994). Psicologia della personalità. Bologna: Il Mulino.

Caprara, G. V., & Gerbino, M. (2001). Autoefficacia emotiva: La capacità di regolare l'affettività negativa e di esprimere quella positiva. In G. V. Caprara (A cura di), *La valutazione dell'autoefficacia. Interventi e contesti culturali* (pp. 35-50). Trento: Erickson.

Caprara, G. V., Barbaranelli, C., & Borgogni, L. (2000). BFQ: Big Five Questionnaire. Manuale. Firenze: Organizzazioni Speciali.

Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., & Perugini, M. (1993). The Big Five Questionnaire: A new questionnaire for the measurement of the five factor model. *Personality And Individual Differences, 15*, 281-288.

Caprara, G. V., Gerbino, M., & Delle Fratte, A. (2001). Autoefficacia interpersonale. In G. V. Caprara (A cura di), *La valutazione dell'autoefficacia. Interventi e contesti culturali* (pp. 51-62). Trento: Erickson.

Carotenuto, A. (2004). *Oltre la terapia psicologica*. Milano: Bompiani.

Carr, L., Iacoboni, M., Dubeau, M. C., Mazziotta, J. C., & Lenzi, G. L. (2003). Neural mechanisms of empathy in humans: A relay from neural systems for imitation to limbic areas. *Proceeding Of The National Academy Of Sciences, 100(9)*, 5497-5502.

Caruana, F., & Gallese, V. (2011). Sentire, esprimere, comprendere le emozioni: Una nuova prospettiva neuroscientifica. *Sistemi Intelligenti, XXIII(2)*, 223-233.

Cassata, D. M. (1978). Health communication theory and research: An overview of the communication specialist interface. In B. D. Ruben (A cura di), *Communication Yearbook*. New Brunswick (NJ): Transaction Books.

Cassel, E. J. (1985). *Talking with patients: Volume 2. Clinical Technique*. Cambridge (MA): MIT Press.

Castaldo, M. (2013). L'interazione medico-paziente: Tra senso, biopotere, cura e guarigione. *Salute e Società, 1*, 164-172.

Cattell, R. B. (1943). The description of personality: 1. Foundations of trait measurement. *Psychological Review, 50(6)*, 559-594.

Cattell, R. B. (1970). *Handbook for the sixteen personality factors questionnaire (16PF)*. Champaign (IL): Institute for Personality and Ability Testing.

Cattorini, P. (1996). *Bioetica. Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*. Milano: Masson.

Cavaggioni, G., Barbaranelli, C., Di Liegro, I., et al. (2013). Proposta di un modello sperimentale per la selezione e l'accesso ai Corsi di Studio in Medicina e Chirurgia. *Medicina & Chirurgia, 57*, 2555- 2558.

Cavicchi, I. (2000). *La medicina della scelta*. Bollati & Boringhieri: Torino.

Cazzullo, C. L., & Poterzio, F. (2007). *Paziente & Medico. Fenomenologia e prassi della relazione terapeutica*. Roma: CIC Edizioni Internazionali.

Ceccarelli, M. (2015). L'empatia: Modello biopsicosociale e implicazioni terapeutiche. *PSICOBIEETTIVO, 2*, 38-59.

CENSIS, Forum per la ricerca biomedica (2005). *Comunicazione, ospedale e innovazione farmacologica*. Milano: Franco Angeli.

Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., & Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ). *British Journal Of Clinical Psychology, 47(Pt 4)*, 451-455.

Chaminade, T., & Decety, J. (2002). Leader or follower? Involvement of the inferior parietal lobule in agency. *Neuroreport, 13*, 1975-1978.

Charon, R. (2000). Literature and medicine: Origins and destinies. *Academic Medicine, 75*, 23-27.

Charon, R. (2001). Narrative medicine. A model for empathy, reflection, profession and trust. *Journal Of American Medical Association, 286(15)*, 1897-1902.

Charon, R. (2006). Narrative medicine. Honoring the stories of illness. New York: Oxford University Press.

Charon, R., Banks, J. T., Connelly, J. E., Hawkins, A. H., Hunter, K. M., Jones, A. H., Montello, M., & Poirer, S. (1995). Literature and medicine: Contribution to clinical practice. *Annals Of Internal Medicine, 122(8)*, 599-606.

Cheng, Y., Lin, C. P., Liu, H. L., Hsu, Y. Y., Lim, K. E., Hung, D., & Decety, J. (2007). Expertise modulates the perception of pain in others. *Current Biology, 17*, 1708-1713.

Christianson, C. E., McBride, R. B., Vari, R. C., Olson, L., & Wilson, H. D. (2007). From traditional to patient-centred learning: Curriculum change as an intervention for changing institutional culture and promoting professionalism in undergraduate medical education. *Academic Medicine, 82(11)*, 1079-1088.

Ciechanowski, P. A., Katon, W. J., Russo, J. E., & Walker, E. A. (2002a). Attachment theory: A model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine, 64(4)*, 660-667.

Ciechanowski, P. A., Katon, W. J., Russo, J. E., & Walker, E. A. (2001). The patient-provider relationship: Attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *American Journal Of Psychiatry, 158(1)*, 29-35.

Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Russo, J. E., Dwight-Johnson, M. M. (2002b). Association of attachment style to lifetime medically unexplained symptoms in patients with Hepatitis C. *Psychosomatics, 43(3)*, 206-212.

Cipolli, C., & Moja, E. A. (A cura di) (1991). Psicologia medica. Roma: Armando Editore.

Clever, S. L., Jin, L., Levinson, W., & Meltzer, D. O. (2008). Does doctor-patient communication affect patient satisfaction with hospital care? Results of an analysis with a novel instrumental variable. *Health Services Research, 43*, 1505-1519.

Cochrane, A. L. (1978). L'inflazione medica. Efficacia ed efficienza nella medicina. Milano: Feltrinelli.

Cohen Cole, A. S. (1991). The medical interview. The Three Function Approach. St. Louis: Mosby-Year Book Inc.

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Cohen, S., Tyrrell, D. A., & Smith, A. P. (1991). Psychological stress and susceptibility to the common cold. *The New England Journal Of Medicine, 325(9)*, 606-612.

Colombo, F., & Rebughini, P. (2006). La medicina contesa. Cure non convenzionali e pluralismo medico. Roma: Carocci.

Colozzi, I. (A cura di) (1989). L'ospedale tra istanze di efficienza e umanizzazione. Milano: Franco Angeli.

- Comrey, A. L. (1970). *Comrey Personality Scales manual*. San Diego (CA): Educational and Industrial Testing Service.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review Of Sociology*, *18*, 209-232.
- Contini, M. (1994). Il medico e il paziente: Principi metodologici per la costruzione di un incontro. In G. Bertolini (A cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*. Milano: Guerini.
- Cook, S. H. (1991). Mind the theory/practice gap in nursing. *Journal Of Advanced Nursing*, *16*(12), 1462-1469.
- Corbellini, G. (2004). *Breve storia delle idee di salute e malattia*. Roma: Carocci.
- Coricelli, G., & Nagel, R. (2009). Neural correlates of depth of strategic reasoning in medial prefrontal cortex. *Proceedings Of The National Academy Of Sciences Of The United States Of America*, *106*, 9163-9168.
- Cosmacini, G. (1994). *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*. Roma: Laterza.
- Cosmacini, G. (1995). *La qualità del tuo medico. Per una filosofia della medicina*. Roma-Bari: Laterza.
- Cosmacini, G. (1998). *Ciarlataneria e medicina*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cosmacini, G. (2001). *L'arte lunga*. Roma-Bari: Laterza.
- Cosmacini, G. (2003). *La vita nelle mani. Storia della chirurgia*. Roma-Bari: Laterza.
- Cosmacini, G., & Satolli, R. (2003). *Lettera a un medico sulla cura degli Uomini*. Roma: Laterza.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, (FL): Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five factor Inventory (NEO-FFI): Professional Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Cox, A., Rutter, M., & Holbrook, D. (1981). Psychiatric interviewing techniques. V. Experimental study, eliciting factual information. *British Journal Of Psychiatry*, *139*, 29-37.
- Cox, A., Rutter, M., & Holbrook, D. (1988). Psychiatric interviewing techniques. A second experimental study, eliciting factual information. *British Journal Of Psychiatry*, *152*, 64-72.
- Craig, M. C., Catani, M., Deeley, Q., Latham, R, Daly, E., Kanaan, R., Picchioni, M., McGuire, P. K., Fahy, T., Murphy, D. G. (2009). Altered connections on the road to psychopathy. *Molecular Psychiatry*, *14*, 946-953.
- Crandall, S. J., Volk, R. J., & Cacy, D. (1997). A longitudinal investigation of medical student attitudes toward the medically indigent. *Teaching And Learning In Medicine*, *9*(4), 254-260.

Crawford, J. R., & Allan, M. (2011). The Mahalanobis distance index of WAIS-R subtest scatter: Psychometric properties in a healthy UK sample. *British Journal Of Clinical Psychology, 33(1)*, 65-69.

Crellin, J. K., & Briones, A. F. (1995). Movies in medical education. *Academic Medicine, 79(9)*, 745.

Croskerry, P. (2000). The cognitive imperative: Thinking about how we think. *Academic Emergency Medicine, 7(11)*, 1223-1231.

Croskerry, P. (2002). Achieving quality in clinical decision making: Cognitive strategies and detection of bias. *Academic Emergency Medicine, 9(11)*, 1184-1204.

D'Alessandro, S. (2003). Comunicazione sanitaria. Il rapporto medico-infermiere-paziente. *Rivista Italiana di Comunicazione Pubblica, 18*, 188-196.

D'Andrea, V., & Kyriacou, K. A. (2010). Selezione dei migliori futuri medici. *Medicina e Chirurgia, 48*, 2111-2112.

Dallari, M. (1994). Superstizione scientifica e fragile verità dell'allusione. In G. Bertolini (A cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*. Milano: Guerini.

Damasio, A. R., Grabowski, T. J., Bechara, A., Damasio, H., Ponto, L. L., Parvizi, J., Hichwa, R. D. (2000). Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions. *Nature Neuroscience, 3(10)*, 1049-1056.

Dames, S., Tonnerre, C., Saint, S., & Jones, S. R. (2005). Clinical problem-solving. Don't know much about history. *The New England Journal Of Medicine, 352(22)*, 2338-2342.

Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine, 65(4)*, 564-570.

Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog Of Selected Documents In Psychology, 10*, 85.

Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology, 10*, 85.

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal Of Personality And Social Psychology, 44*, 113-126.

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal Of Personality And Social Psychology, 44(1)*, 113-126.

Davis, M. H. (1994). Empathy. A social psychological approach. Madison, WI: Brown & Benchmark.

Day, H. L., & Chambers, J. (1991). Empathy and burnout in rehabilitation counsellors. *Canadian Journal Of Rehabilitation, 5(1)*, 33-44.

De Bellis, R. (2014). Dalla malattia al paziente. Modelli di comunicazione nella relazione terapeutica. Francavilla al Mare: Edizioni Psiconline.

De Kooning, J., Linders, N., Smolders, F., & Willenstein, S. (1999). *Medical Education in Europe. An Antology of Med-Net Conference Presentations*. Lille 1998 and Maastricht 1999. Nijmegen, Holland: TRIO print.

De Marinis, M. G., Matarese, M., & Piredda, M. (2013). Il paziente al centro del sistema sanitario: Una questione di curriculum nascosto. *Metodologia Didattica e Innovazione Clinica (MEDIC)*, 21(1), 37-42.

de Mennato P. (2010). Formare al sapere riflessivo nella professione medica attraverso l'uso dei film. In O. De Sanctis, & E. Frauenfelder, *Cartografie pedagogiche* (pp. 289-311). Napoli: Liguori.

de Mennato, P. (2012). La formazione iniziale degli studenti di Medicina e delle professioni della cura. *Salute e Territorio*, 191.

De Santi, A., & Simeoni, I. (2010). Il medico, il paziente e i familiari. Guida alla comunicazione efficace. Torino: SEEd.

De Solla Price, D. J. (1967). *Sociologia della creatività scientifica*. Milano: Bompiani.

De Waal, F. B. (2007). Putting the altruism back into altruism: The evolution of empathy. *Annual Review Psychology*, 59, 1-22.

Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral And Cognitive Neuroscience Reviews*, 3, 71-100.

Decety, J., & Moriguchi, Y. (2007). The empathic brain and its dysfunction in psychiatric populations: Implications for intervention across different clinical conditions. *Biopsychosocial Medicine*, 1, 22-65.

Decety, J., Echols, S., & Correll, J. (2009). The blame game: The effect of responsibility and social stigma on empathy for pain. *Journal Of Cognitive Neuroscience*.

Deikman, A. J. (1982). *The observing self*. Boston: Beacon Press.

Del Corno, F., Lang, M., & Taidelli, G. (1986). Il medico, il paziente e le loro medicine. *Psicologia dei farmaci*. Milano: Franco Angeli.

Del Piccolo, L., Mazzi, M., Saltini, A., & Zimmermann, C. (2002). Inter and intra individual variation in physician's verbal behaviour during primary care consultations. *Social Science & Medicine*, 55, 1871-1885.

Del Prato, D. (2013). Student's voices: The lived experience of faculty incivility as a barrier to professional formation in associate degree nursing education. *Nurse Education Today*, 33(3), 286-290.

Demetrio, D. (1995). *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*. Milano: Raffaello Cortina.

Depalmas, C., & Ferro Allodola, V. (2013). L'"inganno" dell'empatia in ambito sanitario. Dall'empatia all'exotopia: dicotomia del senso attraverso l'uso riflessivo dei film. *Tutor*, 13(3), 22-31.

Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R. Administration, scoring, and procedures manual 1*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.

- Deutsch, F. M., & Madle, R. A. (1975). Empathy: Historic and current conceptualizations, measurement, and a cognitive theoretical perspective. *Human Development, 18*, 267-287.
- Dewey, J. (1938). *Experience and education*. New York: Macmillian.
- Di Giovanni, P. (2009). *La razionalità in medicina. Gestire la mente nella pratica clinica*. Roma: Carocci.
- Di Guglielmo, R., & Polenzani, L. (1999). Medico e paziente in medicina generale. In L. Bellino (A cura di), *Argomenti di medicina generale*. Roma: Carocci.
- Di Lillo, M., Cicchetti, A., Lo Scalzo, A., Taroni, F., & Hojat, M. (2009). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians. *Academic Medicine, 84*(9), 1198-1202.
- Di Matteo, M. R., Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., Kravitz, R. L., McGlynn, E. A., Kaplan, S., & Rogers, W. H. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: Results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychology, 12*(2), 93-102.
- Di Nallo, E. (1977). *Per una teoria della comunicazione di massa*. Milano: Franco Angeli.
- Didonna, F. (2012). Introduzione. Dove nuovi e antichi percorsi per fronteggiare la sofferenza si incontrano. In F. Didonna (A cura di), *Manuale clinico di mindfulness* (pp. 41-58). Milano: Franco Angeli.
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five factors model. *Annual Review Of Psychology, 41*, 417-440.
- Digman, J. M., & Inouye, J. (1986). Further specifications of the five robust factors of personality. *Journal Of Personality And Social Psychology, 50*, 116-123.
- DiMatteo, M. R. (1998). The role of the physician in the emerging health care environment. *Western Journal Of Medicine, 168*, 328-333.
- DiMatteo, M. R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: A quantitative review of 50 years of research. *Medical Care, 42*, 200-209.
- Diseker, R. A., & Michielutte, R. (1981). An analysis of empathy in medical students before and following clinical experience. *Journal Of Medical Education, 56*(12), 1004-1010.
- Dizard, J., & Gadlin, H. (1992). *The minimal family*. Amherst (MA): University of Massachusetts Press.
- Dobkin, P. L., & Hutchinson, T. A. (2013). Teaching mindfulness in medical school: Where are we now and where are we going?. *Medical Education, 47*(8), 768-779.
- Dominian, J. (1971). Psychological significance of touch. *Nursing Times, 67*(29), 896-898.
- Donghi, P., & Preta, L. (A cura di), *In principio era la cura*. Bari: Laterza.

Dowell, J., Lumsden, M. A., Powis, D., Munro, D., Bore, M., Makubate, B. et al. (2011). Predictive validity of the personal qualities assessment for selection of medical students in Scotland. *Medical Teacher*, 33, e485-e488.

Downie, R. S., & Charlton, B. (1992). *The making of a doctor: Medical education in theory and practice*. Oxford: Oxford University Press.

Dozier, M., Cue, K. L., & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: role of attachment organization in treatment. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 62, 793-800.

Drossman, D. A. (1997). Psychosocial sound bites: Exercises in the patient-doctor relationship. *American Journal Of Gastroenterology*, 92(9), 1418-1423.

Dunkelman, H. (1979). Patients' knowledge of their condition and treatment: How it might be improved. *The British Medical Journal*, 2(6185), 311-314.

Dupont, W. D. (1988). Power calculations for matched case-control studies. *Biometrics*, 44(4), 1157-1168.

Dupont, W. D., & Plummer, W. D. (1990). Power and sample size calculations. A review and computer program. *Controlled Clinical Trials*, 11(2), 116-128.

Dyer, M. G. (1983). The role of affect in narratives. *Cognitive Science*, 7, 211-242.

Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research*, 10(4), 421-434.

Ebisch, S. J., Perrucci, M. G., Ferretti, A., Del Gratta, C., Romani, G. L., & Gallese, V. (2008). The sense of touch: Embodied simulation in a visuotactile mirroring mechanism for observed animate or inanimate touch. *Journal Of Cognitive Neuroscience*, 20, 1611-1623.

Ekman, P. (1973). *Darwin and facial expression: A century of research in review*. New York: Academic Press.

Elam, C. L. (2000). Use of emotional intelligence as a measure of medical school applicants' non cognitive characteristics. *Academic Medicine*, 75, 445-446.

Elnicki, D. M., Curry, R. H., Fagan, M., Friedman, E., Jacobson, E., Loftus, T., Ogden, P., Pangaro, L., Papadakis, M., Szauter, K., Wallach, P., & Linger, B. (2002). Medical students' perspectives on and responses to abuse during the internal medicine clerkship. *Teaching And Learning In Medicine*, 14(2), 92-97.

Elstein, A. S. (1999). Heuristic and biases: Selected errors in clinical reasoning. *Academic Medicine*, 74(7), 791-794.

Elwyn, G., & Gwyn, R. (1999). Narrative based medicine. Stories we hear and stories we tell: Analyzing talk in clinical practice. *British Medical Journal*, 318, 186-188.

Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Journal Of The American Medical Association*, 267, 2221-2226.

Emery, J. L., & Bell, J. F. (2009). The predictive validity of the biomedical admissions test for pre-clinical examination performance. *Medical Education*, 43, 557-564.

- Enelow, A. J., Forde, D. L., & Brummel-Smith, K. (1996). *Interviewing and patient care*. New York: Oxford University Press.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, *196*, 129-136.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal Of Psychiatry*, *137*, 535.
- Enright, D. (1989). *The faber book of fevers and frets*. London: Faber & Faber.
- Epstein, R. M. (1999). Mindful practice. *JAMA*, *282*(9), 833-839.
- Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *Journal Of The American Medical Association*, *287*(2), 226-235.
- Epstein, R. M., Campbell, T. L., Cohen Cole, A. S., McWhinney, I. R., & Smilkstein, G. (1993). Perspectives on patient-doctor communication. *Journal Of Family Practice*, *37*, 377-388.
- Eraker, S. A., Kirscht, J. P., & Becker, M. H. (1984). Understanding and improving patient compliance. *Annals Of Internal Medicine*, *100*, 258-268.
- Erikson, E. H. (1968). *Infanzia e società*. Roma: Armando.
- Eva, K. V., Rosenfeld, J., Reiter, H. I., & Norman, G. R. (2004). An admissions OSCE: The multiple mini-interview. *Medical Education*, *38*, 314-326.
- Eva, K. W., Harold, I., Reiter, H.I., Trinh, K., Wasi, P., Rosenfeld, J., & Norman, G.R. (2009). Predictive validity of the multiple mini-interview for selecting medical trainees. *Medical education*, *43*, 767-775.
- Eva, K. W., Reiter, H. I., Rosenfeld, J., & Norman, G. R. (2004). The relationship between interviewers' characteristics and ratings assigned during a Multiple Mini-Interview. *Academic Medicine*, *6*(79), 602-609.
- Evans, D. A., Block, M. R., Steinberg, E. R., & Penrose, A. M. (1986). Frames and heuristics in doctor-patient discourse. *Social Science And Medicine*, *22*, 1027-1034.
- Evans, M., & Finlay, I. (A cura di) (2001). *Medical Humanities*. London: BMJ Books.
- Evidence-Based Medicine Working Group (1992). Evidence-based Medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *Journal Of The American Medical Association*, *268*, 2420-2425.
- Ewan, C. E. (1988). Social issues in medicine: A follow up comparison of senior year medical student's attitudes with contemporaries in non-medical faculties. *Journal Of Medical Education*, *22*, 375-380.
- Eysenek, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual Of Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder and Stoughton.
- Fabrega, H. (1975). The need for an ethnomedical science. *Science*, *189*, 969-975.
- Facco, S., Cirio, L., Galante, J., et al. (2013). Le capacità empatiche degli infermieri di area chirurgica. *L'Infermiere*, *2*, 28-31.
- Familiari, G. (2012). Lo studio delle scienze umane. La "mission" specifica del Corso di Laurea: Il modello biomedico-psico-sociale. In M. Caporale, P. Falaschi & G. Familiari,

Prendersi cura: la relazione terapeutica e la comunicazione medico-paziente (pp. 9-14). Roma: UniversItalia.

Familiari, G., & Casti, A. (2006). L'ammissione 2006 a Medicina. Alcune riflessioni per un diario di bordo. *Medicina e Chirurgia*, *34*, 1375-1376.

Familiari, G., Azzena, G. B., Binetti, P., Bonomo, L., Calatroni, A., Casacchia, M., DeAntoni, E., Gallo, P., Geremia, R., Lenzi, A., Maroder, M., & Negri, M. (2002a). Selezionare gli studenti delle facoltà di medicina, stato attuale e prospettive future. *Medicina e Chirurgia*, *17*, 600-609.

Familiari, G., Azzena, G. B., Binetti, P., Bonomo, L., Calatroni, A., Casacchia, M., DeAntoni, E., Gaudio, E., Geremia, R., Lenzi, A., Maroder, M., Sagnelli, E., Borgia, G., Delrio, G., Danieli, G., & Frati, L. (2002b). Linee guida per la selezione degli studenti ai corsi di laurea specialistici in medicina e chirurgia. *MEDIC*, *10*, 182-185.

Familiari, G., Azzena, G. B., Binetti, P., Bonomo, L., Calatroni, A., Casacchia, M., DeAntoni, E., Geremia, R., Lenzi, A., Maroder, M., Negri, M., Sagnelli, E., Borgia, G., Delrio, G. (2002c). Orientamento, accesso a medicina e debito formativo. Ipotesi di studio e prospettive future. *Medicina e Chirurgia*, *19*, 695-703.

Familiari, G., Azzena, G. B., Binetti, P., Casacchia, M., DeAntoni, E., Gallo, P., Gaudio, G., Lenzi, A., Maroder, M., Borgia, G., Delrio, G., Sagnelli, E., Danieli, G., Frati, L., Culasso, F., Relucenti, M., Stallone, T., Matrone, T., & Falaschi, P. (2005a). Indagine nazionale su ingresso a Medicina e risultati I e II anno. Correlazione tra Maturità, Test di ingresso ministeriale, media degli esami del I e II anno ed esami di Fisica, Chimica e Biologia. *Medicina e Chirurgia*, *28*, 1068-1073.

Familiari, G., Azzena, G. B., Binetti, P., Casacchia, M., DeAntoni, E., Gallo, P., Gaudio, E., Lenzi, A., Maroder, M., Borgia, G., Delrio, G., Sagnelli, E., & Danieli, G. (2003). L'accesso a Medicina. Il miglioramento del processo di selezione. *Medicina e Chirurgia*, *22*, 840-845.

Familiari, G., Azzena, G. B., Binetti, P., Casacchia, M., DeAntoni, E., Gallo, P., Gaudio, E., Lenzi, A., Maroder, Borgia, G., Del Rio, G., Sagnelli, E., Danieli, G., & Frati, L. (2005b). Scegliere i medici del futuro: È possibile migliorare il metodo di selezione?. *Medicina e Chirurgia*, *29*, 1096-1098.

Familiari, G., Cittadini, A., Caruso, G., Panella, C., Midiri, G., Relucenti, M., Heyn, R., Baldini, R., Ziparo, V., Lenzi, A., & Frati, L. (2008). Ammissione a Medicina 2005-2008. Alcune riflessioni per una discussione aperta. *Medicina e Chirurgia*, *44*, 1872-1878.

Familiari, G., Falaschi, P., & Vecchione, A. (2001). La nuova laurea specialistica in Medicina e Chirurgia e la formazione di un medico con un cultura bio-medico-psico-sociale. *Medicina e Chirurgia*, *16*, 591-596.

Familiari, G., Falaschi, P., Morisani, L., et al. (2006). Corsi di orientamento in preparazione alle prove di accesso ai corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e nelle Professioni sanitarie: Una proposta di cooperazione Scuola-Università. *Medicina e Chirurgia*, *35*, 1413-1417.

Familiari, G., Relucenti, M., Ziparo, V., Gaudio, E., Lenzi, A., & Frati, L. (2009). Come selezionare i medici della nuova generazione: Proposte in tema di ammissione a medicina e chirurgia. *Arco di Giano*, 61, 221-234.

Fantini, B. (1995). La medicina scientifica e le trasformazioni nelle teorie e nelle pratiche della medicina occidentale. In P. Donghi & L. Preta (A cura di), *In principio era la cura*. Bari: Laterza.

Farrah, S. (1971). The nurse, the patient and touch. In M. Duffey, E. H. Andersen, B. S. Bergersen, M. Lohr & M. H. Rose (A cura di), *Current concepts in clinical nursing*. St. Louis: Mosby.

Farrer, C., & Frith C. D. (2002). Experiencing oneself vs another person as being the cause of an action: The neural correlate of the experience of agency. *Neuroimage*, 15, 596-603.

Federspil, G. (2004). Le scienze umane in medicina. *Bollettino della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche*, 7(11-12), 19-30.

Feeney, J. A., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. In M. B. Sperling & W. H. Berman (A cura di), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 128-152). New York: Guilford Press.

Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J.-P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the cognitive and affective mindfulness scale-revised (CAMS-R). *Journal Of Psychopathology And Behavioral Assessment*, 29(3), 177-190.

Felten, D. L., Felten, S. Y., Carlson, S. L., Olschowka, J. A., & Livnat, S. (1985). Noradrenergic and peptidergic innervation of lymphoid tissue. *Journal Of Immunology*, 135(2 Suppl), 755s-765s.

Feltovich, P. J., & Barrows, H. S. (1984). Issues of generality in medical problem solving. In H. G. Schmidt & M. L. De Volder (A cura di), *Tutorials in problem based learning: A new direction in teaching the health professions*. Assen: The Netherlands Van Gorcum.

Ferguson, E., James, D., & Madeley, L. (2002). Factors associated with success in medical school: Systematic review of the literature. *British Medical Journal*, 324, 952-957.

Feshbach, N. D. (1975). Empathy in children: Some theoretical and empirical considerations. *Counseling Psychologists*, 5(2), 25-30.

Feshbach, N. D. (1987). Parental empathy and children adjustment/maladjustment. In N. Eisenberg & J. Strayer (A cura di), *Empathy and its development* (pp. 271-291). New York: Cambridge University Press.

Fieschi, L., Matarese, M., Vellone, E., Alvaro, R., & De Marinis, M. G. (2013). Medical humanities in healthcare education in Italy: A literature review. *Annali Dell'Istituto Superiore Di Sanità*, 49, 56-64.

Filippini, C. (1974). Problemi di relazione medico-paziente. *Minerva Medica*, 65(89), 4721-4723.

- Finlay, I. (2001). Portfolio learning: The humanities in medical education. In M. Evans & I. Finlay (A cura di), *Medical humanities*. London: BMJ Publishing Group.
- Fioravanti, M., & Tomei, G. (2010). Obiettivi dell'esame del paziente. In M. Fioravante (A cura di), *Psicologia clinica per i professionisti della sanità* (pp. 71-86). Milano: McGraw-Hill.
- Firth-Cozens, J. (2001). Cultures for improving patient safety through learning: The role of teamwork. *International Journal For Quality In Health Care*, 10(Suppl 2), ii26-ii31.
- Firth-Cozens, J., & Greenhalgh, J. (1997). Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Social Science & Medicine*, 44(7), 1017-1022.
- Fiske, D. W. (1949). Consistency of the factorial structures of personality rating from different sources. *Journal Of Abnormal And Social Psychology*, 44, 329-344.
- Flammer, A. (1995). Developmental analysis of control beliefs. In A. Bandura (A cura di), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 69-113). Cambridge (UK): Cambridge University Press.
- Fognini, G., Duca, P., & Casazza, G. (2005). Medicinema: La formazione del medico e il contributo della decima musa. Considerazioni su una sperimentazione didattica. *Medic*, 13(1), 50-56.
- Folgheraiter F. (2000). L'utente che non c'è. Lavoro di rete e empowerment nei servizi alla persona, Trento: Erickson.
- Fonagy, P., & Target, M. (2001). Attaccamento e funzione riflessiva. Milano: Raffaello Cortina.
- Formenti, L. (1998). La formazione autobiografica. Milano: Guerini.
- Formenti, L. (2008). Formare/formarsi all'aiuto: Esercizi di con-posizione. In R. Màdera (A cura di), *Adulità. Le pratiche filosofiche nella formazione* (pp. 150-161). Milano: Guerini e Associati.
- Fossati, A., Feeney, J. A., Grazioli, F., Borroni, S., Acquarini, E., & Maffei, C. (2007). L'Attachment Style Questionnaire (ASQ) di Feeney, Noller e Hanrahan. In L. Barone & F. Del Corno (A cura di), *La valutazione dell'attaccamento adulto: I questionari autosomministrati* (pp. 181- 196). Milano: Raffaello Cortina.
- Fossati, A., Somma, A., Maffei, C., & Borroni, S. (2013). Il ruolo dei deficit di mindfulness nella disregolazione emotiva e comportamentale: uno studio italiano su soggetti non clinici. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 19(1), 43-62.
- Foucault, M. (1969). *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*. Torino: Einaudi.
- Foucault, M. (1976). *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*. Torino: Einaudi.
- Foucault, M. (1977). *Microfisica del potere*. Torino: Einaudi.
- Fox, N. J., Ward, K. J., & O'Rourke A. J. (2005). The "expert patient": Empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the Internet. *Social Science & Medicine*, 60, 1299-1309.

Francis, V., Korsch, B. M., & Morris, M. J. (1969). Gaps in doctor-patient communication. Patients' response to medical advice. *The New England Journal Of Medicine*, 280, 535-540.

Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller*. Chicago: The University of Chicago Press.

Frank, A. W. (2004). *The renewal of generosity: Illness, medicine, and how to live*. Chicago: University of Chicago Press.

Frankel, R. M. (2004). Relationship-centered care and the patient-physician relationship. *Journal Of General Internal Medicine*, 19(11), 1163-1165.

Freemon, B., Negrete, V. F., Davis, M., & Korsch, B. M. (1971). Gaps in doctor-patient communication, doctor-patient interaction analysis. *Pediatric Research*, 5, 298-311.

Freidson, E. (1961). *Patients' views of medical practice*. New York: Russel Sage Foundation.

Freud, S. (1912). Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico. Da "Tecnica della psicoanalisi", in *Opere*, VI (pp. 532-541). Torino: Bollati Boringhieri.

Friedman, H., & Boothby-Kewley, S. (1987). The disease-prone personality: A meta-analytic view of the construct. *American Psychologist*, 42, 539-555.

Frith, C. D., & Frith, U. (1999). Development and neurophysiology of mentalizing. *Philosophical Transactions Of The Royal Society Of London & Biological Sciences*, 358, 459-473.

Frith, C. D., & Frith, U. (2006). The neural basis of mentalizing. *Neuron*, 50, 531-534.

Frith, U., & Frith, C. D. (2003). Development and neurophysiology of mentalizing. *Philosophical Transactions Of The Royal Society Of London. Series B, Biological Sciences*, 358(1431), 459-473.

Fukui, Y., Noda, S., Okada, M., Mihara, N., Kawakami, Y., Bore, M., Munro, D., & Powis, D. (2014). Trial use of the Personal Qualities Assessment (PQA) in the entrance examination of a Japanese medical university: Similarities to the results in western countries. *Teaching and Learning in Medicine*, 26(4), 357-363.

Fulcheri, M. (2004). *Le attuali frontiere della psicologia clinica*. Torino: Centro Scientifico Editore.

Gabbard, G. O., & Menninger, R. W. (1989). The psychology of postponement in the medical marriage. *Journal Of The American Medical Association*, 261, 2378-2381.

Gadamer, H. G. (1994). *Dove si nasconde la salute*. Milano: Raffaello Cortina.

Gaddi, A., Basili, S., Rizzo, C., Lenzi, A., & Caruso C. (2014). Il Core Curriculum degli studi di Medicina. Stato dell'arte e prospettive. *Medicina e Chirurgia*, 62, 2791-2793.

Gaddi, A., Vettore, L., & Tomasi, A. (2003). *Core curriculum* degli studi medici, proposta metodologica per una sua prima revisione. *Medicina e Chirurgia*, 22, 846-848.

Gainotti, G. (1996). Neuropsicologia delle emozioni. In G. Denes & L. Pizzamiglio (A cura di), *Manuale di neuropsicologia* (pp. 810-837). Bologna: Zanichelli.

Gallagher, H. L., & Frith, C. D. (2003). Functional imaging of “theory of mind”. *Trends In Cognitive Sciences*, 7(2), 77-83.

Gallese, V. (2001). The «Shared Manifold» hypothesis: From mirror neurons to empathy. *Journal Of Consciousness Studies*, 8(5-7), 33-50.

Gallese, V., Keysers, C., & Rizzolatti, G. (2004). A unifying view of the basis of social cognition. *Trends In Cognitive Sciences*, 8, 376-403.

Ganau, A. (2015). Dal paziente reale al simulatore-paziente. Come la tecnologia migliora la formazione medica e la sicurezza del paziente. *Medicina e Chirurgia*, 66, 2974-2977.

Garcia-Barbero, M. (1999). Medical Curricula in European Countries. Published by WHO European Center for Integrated Health Care Services, Barcelona, Spain.

Gask, L., Goldberg, D., Lesser, A., & Millar, T. (1988). Improving the psychiatric skills of the general practitioner trainee: An evaluation of a group training course. *Medical Education*, 22, 132-138.

Gask, L., McGrath, G., Goldberg, D., & Millar, T. (1987). Improving the psychiatric skills of established general practitioners: Evaluation of group teaching. *Medical Education*, 21, 362-368.

Gaudio, E. (2007). Il Core Curriculum: Una sfida applicativa. *Medicina e Chirurgia*, 37-38, 1528-1532.

Gerbing, D. W., & Tuley, M. R. (1991). The 16PF related to the five-factor model of personality: Multiple-indicator measurement versus the a priori scales. *Multivariate Behavior Research*, 26, 271-289.

Giarelli, G., & Venneri, E. (2009). Sociologia della salute e della medicina. Manuale per le professioni mediche, sanitarie e sociali. Milano: Franco Angeli.

Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal “social” conflict and role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert & K. Bailey (A cura di), *Genes on the couch. Explorations in evolutionary psychotherapy*. East Sussex: Brunner-Routledge.

Giovannini, C., Giromini, L., Bonalume, L., Tagini, A., Lang, M., & Amadei, G. (2014). The Italian Five Facet Mindfulness Questionnaire: A contribution to its validity and reliability. *Journal Of Psychopathology And Behavioral Assessment*, 36(3), 415-423.

Girolami, P. (2009). *Medicina, etica e diritto*. Torino: Centro Scientifico Editore.

Gofton, W., & Regehr, G. (2006). What we don't know we are teaching: Unveiling the hidden curriculum. *Clinical Orthopaedics And Related Research*, 449, 20-27.

Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor (UK): NFER-Nelson.

Goldberg, D., Steele, J. J., Smith, C., & Spivey, L. (1983). Training family practice residents to recognize psychiatric disturbances. Rockville (MD): National Institute Of Mental Health.

Goldberg, D., Steele, J., & Smith, C. (1980). Teaching psychiatric interview techniques to family doctors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62, 41-47.

Goldberg, L. R. (1981). Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. In L. Wheeler (A cura di), *Review of personality and social psychology* (Vol. 2; pp. 141-165). Beverly Hills (CA): Sage.

Goldberg, L. R. (1990). An alternative "Description of personality": The Big Five factor structure. *Journal Of Personality And Social Psychology*, *59*, 1216-1229.

Goldberg, L. R., & Rosolack, T. K. (1993). The Big Five factor structure as an integrative framework: An empirical comparison with Eysenck's P-E-N model. In C. F. Halverson, G. A. Kohnstamm & R. P. Martin (A cura di), *The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood* (pp. 7-35). New York: Erlbaum.

Goldberg, L.R. (1982). From Ace to Zombie: Some explorations in the language of personality. In C. D. Spielberger & J. N. Butcher (A cura di), *Advances in personality assessment* (Vol. 1; 203-234). Hillsdale (NJ): Erlbaum.

Goleman, D. (1995). *Intelligenza Emotiva. Che cos'è e perché può renderci felici.* Milano: Rizzoli.

Good, B. J. (1999). *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente.* Milano: Edizioni di Comunità.

Gorlin, R., & Zucker, H. D. (1983). Physicians' reactions to patients. A key to teaching humanistic medicine. *The New England Journal Of Medicine*, *308*, 1059-1063.

Gothill, M. (1998). What do doctors want? Altruism and satisfaction in general practice. *Family Practice*, *15*, 36-39.

Goubert, L., Craig, K. D., & Buysse, A. (2009). Perceiving others in pain: Experimental and clinical evidence in the role of empathy. In J. Decety & W. Ickes (A cura di). *The social neuroscience of empathy* (pp. 153-165). Cambridge, MA: MIT Press.

Gould, S. J., & Eldredge, N. (1993). Punctuated equilibrium comes of age. *Nature*, *366*, 223-227.

Gracey, C. F., Haidet, P., Branch, W. T., Kern, D., & Frankel, R. (2005). Precepting humanism: Strategies for fostering the human dimensions of care in ambulatory settings. *Academic Medicine*, *80(1)*, 21-28.

Gracia, D. (1993). *Fondamenti di bioetica.* Cinisello Balsamo: Paoline.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal Of Psychopathology And Behavioral Assessment*, *26 (1)*, 41-54.

Graziano, W. G., & Ward, D. (1992). Probing the Big Five in adolescence: Personality and adjustment during a developmental transition. *Journal Of Personality*, *60*, 425-440.

Grice, H. P. (1987). *Logica e conversazione.* In M. Sbisà (A cura di), *Gli atti linguistici: Aspetti e problemi di filosofia del linguaggio.* Milano: Feltrinelli.

Griffith, C. H., & Wilson, J. F. (2001). The loss of student idealism in the third-year medicine clerkship. *Evaluation And The Health Professions*, *24*, 61-71.

- Grmeck, M. D. (1996). Il concetto di malattia. In M. D. Grmeck (A cura di), *Storia del pensiero medico occidentale - Vol. 2: Dal Rinascimento all'inizio dell'Ottocento* (pp. 259-289). Roma: Laterza.
- Groopman, J. (2008). Come pensano i dottori. Milano: Mondadori.
- Gross, C., & Del Piccolo, L. (2003). Informare il malato. Strategie comunicative. *Recenti Progressi in Medicina*, 94(9), 353-360.
- Gross, R. (2002). Decidere in medicina. Un approccio alla decisione clinica. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Grossi, E. (2004). Il medico del XXI secolo tra riduzionismo statistico, intelligenza artificiale e nuovo umanesimo. *MEDIC*, 12(1), 26-36.
- Groves, M. A., Gordon, J., & Ryan, G. (2007). Entry tests for graduate medical programs: Is it time to re-think?. *Medical Journal Of Australia*, 186(3), 120-123.
- Grüninger, U. J. (1995). Patient education. An example of one-to-one communication. *Journal Of Human Hypertension*, 9, 15-25.
- Guggenbühl-Craig, A. (1983). Al di sopra del malato e della malattia. Milano: Raffaello Cortina.
- Guidano, V. F. (1988). La complessità del sé. Un approccio sistemico-processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva. Torino: Bollati Boringhieri.
- Guidano, V. F. (1992). Il Sé nel suo divenire. Verso una terapia cognitiva post-razionalista. Torino: Bollati Boringhieri.
- Guidano, V., & Liotti, G. (1983). Cognitive processes and emotional disorders. New York: Guilford.
- Guilbert, J.-J. (2002). Guida pedagogica per il personale sanitario IV. Bari: Edizioni dal Sud.
- Guilford, J. P. (1975). Factors and factors of personality. *Psychological Bulletin*, 82, 802-814.
- Guilford, J. S., Zimmerman, W., & Guilford, J. P. (1976). The Guilford-Zimmerman Temperament Survey handbook. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press.
- Gundersen, L. (2001). Physician burnout. *Annals Of Internal Medicine*, 135, 145-148.
- Guttentag, O. (1953). The physician's point of view. *Science*, 117, 207-210.
- Guttentag, O. (1979). The attending physician as a central figure. In E. Cassel & M. Siegler (A cura di), *Changing values in medicine*. New York: University Publications of America.
- Haas, J. S., Cook, E. F., Puopolo, A. L., Burstin, H. R., Cleary, P. D., & Brennan, T. A. (2000). Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction?. *Journal Of General Internal Medicine*, 15(2), 122-128.
- Hafferty, F. W., & Franks, R. (1994). The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine*, 69(11), 861-871.
- Hafferty, F. W. (1998). Beyond curriculum reform: Confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine*, 73(4), 403-407.

- Hafferty, F. W. (1998). Beyond curriculum reform: Confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine, 73*(4), 403-407.
- Hafferty, F. W., & Franks, R. (1994). The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine, 69*(11), 861-871.
- Haglund, M. E., aan het Rot, M., Cooper, N. S., Nestadt, P. S, Muller, D., Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2009). Resilience in the third year of medical school: A prospective study of the associations between stressful events occurring during clinical rotations and student well-being. *Academic Medicine, 84*(2), 258-268.
- Haidet, P., & Paterniti, D. A. (2003). "Building" a history rather than "taking" one. *Annals Of Internal Medicine, 163*, 1134-1140.
- Haidet, P., & Stein, H. F. (2006). The role of the student-teacher relationship in the formation of physicians. The hidden curriculum as process. *Journal Of General Internal Medicine, 21*(Suppl 1), 16-20.
- Haidet, P., Dains, J. E., Paterniti, D. A., Hechtel, L., Chang, T., Tseng, E., & Rogers, J. C. (2002). Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Medical Education, 36*(6), 568-574.
- Haight, S. J., Chibnall, J. T., Schindler, D. L., & Slavin, S. J. (2012). Associations of medical student personality and health/Wellness characteristics with their medical school performance across the curriculum. *Academic Medicine, 87*(4), 476-485.
- Hall, J. A., Roter, D. L., & Katz, N. R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care, 26*, 657-675.
- Hanh, T. N. (1975). *The miracle of mindfulness: A manual of meditation*. Boston: Beacon Press.
- Haque, O. S., & Waytz, A. (2012). Dehumanization in medicine: Causes, solutions and functions. *Perspectives On Psychological Science, 7*, 176-186.
- Harlow, H. F. (1959). Love in infant monkeys. *Scientific American, 200*, 68-74.
- Harris, S., & Owen, C. (2007). Discerning quality: Using the multiple mini-interview in student selection for the Australian National University Medical School. *Medical Education, 41*, 234-241.
- Hartfield, E., Cacioppo, J. T., & Rapson R. L. (1997). *Il contagio emotivo*. Cinisello Balsamo: Edizioni San Paolo.
- Hathaway, S. R, & McKinley, J. C. (1943). *Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. New York: Psychological Corporation.
- Hawkins, A. W. (1993). *Reconstructing illness: Studies in pathography*. West Lafayette: Purdue University Press.
- Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Headly A. (2007). Communication Skills: A call for teaching to the test. *American Journal Of Medicine, 120* (10), 912-915.

Heath, C. (1984). Participation in the medical consultation: The co-ordination of verbal and non-verbal behavior between the doctor and the patient. *Sociology Of Health & Illness*, 6(3), 311-338.

Hein, G., & Singer, T. (2008). I feel how you feel but not always: The empathic brain and its modulation. *Current Opinion In Neurobiology*, 18, 153-158.

Hemmerdinger, J. M., Stoddart, S. D. R., & Lilford, R. J. (2007). A systematic review of tests of empathy in medicine. *Medical Education*, 7, 24.

Henbest, R. J., & Stewart, M. (1990). Patient-centredness in the consultation. 2. Does it really make a difference? *Family Practice*, 7, 28-33.

Hobbs, J. L. (2009). A dimensional analysis of patient-centered care. *Nursing Research*, 58(1), 52-62.

Hoffman, M. L. (1984). Interaction of affect and cognition in empathy. In C. Izard, J. Kagan & R. Zajonc (A cura di), *Emotions, cognition, and behavior* (pp. 103-131). Cambridge: Cambridge University Press.

Hofmeister, M., Lockyer, J., & Crutcher, R. A. (2009). The multiple mini-interview for selection of international medical graduates into family medicine residency education. *Medical Education*, 43(6), 573-579.

Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 33, 307-316.

Hojat, M. (2007). Empathy in patient care. Antecedents, development, measurement, and outcomes. New York: Springer.

Hojat, M. (2014). Assessments of empathy in medical school admissions: What additional evidence is needed?. *International Journal Of Medical Education*, 5, 7-10.

Hojat, M., Michalec, B., Veloski, J. J., & Tykocinski, M. L. (2015). Can empathy, other personality attributes, and level of positive social influence in medical school identify potential leaders in medicine?. *Academic Medicine*, 90(4), 505-510.

Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2015). Eleven years of data on the Jefferson Scale of Empathy-Medical Student Version (JSE-S): Proxy norm data and tentative cutoff scores. *Medical Principles And Practice*, 24(4), 344-350.

Hojat, M., Erdermann, J. B., Velosky, J. J., Nasca, T. J., Callahan, C. A., Julian, E., & Peck, J. A. (2000). A validity study of the writing sample section of the medical college admission test. *Academic Medicine*, 75(10suppl), s25-s33.

Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., et al. (2002a). Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Medical Education*, 36, 522-527.

Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Veloksi, J. J., Magee, M. (2002b). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Academic Medicine*, 77(10 suppl), S58-S60.

- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., Magee, M. (2002c). Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal Of Psychiatry*, *159*, 1563-1569.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Cohen, M. J. M., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., Veloski, J., & Magee, M. (2001). The Jefferson Scale of Physician Empathy: Development and preliminary psychometric data. *Educational And Psychological Measurement*, *61*(2), 349-365.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Gonnella, J. S., Magee, M. (2005a). Empathy scores in medical school and ratings of empathic behavior in residency training 3 years later. *Journal Of Social Psychology*, *145*, 663-672.
- Hojat, M., Mangione, S., Nasca, T. J., Rattner, S., Erdmann, J. B., Gonnella, J. S., & Magee, M. (2004). An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical Education*, *38*(9), 934-941.
- Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., Veloski, J., & Gonnella, J. S. (2009). The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*, *84*(9), 1182-1191.
- Hojat, M., Zuckerman, M., Magee, M., Mangione, S., Nasca, T., Vergare, M., & Gonnella, J. (2005b). Empathy in medical students as related to specialty interest, personality, and perceptions of mother and father. *Personality And Individual Differences*, *39*, 1205-1215.
- Holland, J. C., Geary N., & Marchini, A. (1987). An international survey of physician attitudes and practice in regard to revealing the diagnosis of cancer. *Cancer Investigations*, *5*, 151-154.
- Holt, T. E. (2004). Narrative medicine and negative capability. *Literature And Medicine*, *23*(2), 318-333.
- Horvarth, A. T., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, *61*(4), 561-573.
- Huba, G. J. (1985). How unusual is a profile of test scores? *Journal Of Psychoeducational Assessment*, *3*, 321-325.
- Hughes, P. (2002). Can we improve on how we select medical students?. *Journal Of The Royal Society Of Medicine*, *95*(1), 18-22.
- Hunink, M., & Glasziou, P. (2009). Decision making in health and medicine. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hunter, K. M. (1991). Doctors' stories. The narrative structure of medical knowledge. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Hunter, K. M., Charon, R., & Coulehan, J. (1995). The study of literature in medical education. *Academic Medicine*, *70*(9), 787-794.
- Hurtz, G. M., & Donovan, J. J. (2000). Personality and job performance: The Big Five revisited. *Journal Of Applied Psychology*, *85*, 869-879.

Hurwitz, S., Kelly, B., Powis, D., Smyth, R., & Lewin, T. (2013). The desirable qualities of future doctors. A study of medical student perceptions. *Medical Teacher, 35*(7), e1332-e1339.

Husbands, A., Mathieson, A., Dowell, J., Cleland, J., & Mackenzie, R. (2014). Predictive validity of the UK clinical aptitude test in the final years of medical school: A prospective cohort study. *BMC Medical Education, 14*(1).

Husbands, A., Rodgerson, M. J., Dowell, J., & Patterson, F. (2015). Evaluating the validity of an integrity-based situational judgement test for medical school admissions. *BMC Medical Education, 15*(1).

Husserl, E. (1961). *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Milano: Il Saggiatore.

Husserl, E. (1965). *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*. Torino: Einaudi.

Hutchison, W. D., Davis, K. D., Lozano, A. M., Tasker, R. R., Dostrovsky, J. O. (1999). Pain-related neurons in the human cingulate cortex. *Nature Neuroscience, 2*, 403-405.

Iandolo, C. (1983). *Parlare col malato. Tecnica, arte ed errori della comunicazione*. Roma: Armando Editore.

Illich, I. (1977). *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*. Milano: Mondadori.

Imbasciati, A. (2008). *La mente medica. Che significa "umanizzazione" della medicina?*. Springer.

Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. National Academy Press, Washington (DC), 2001.

Ishida, H., Nakajima, K., Inase, M., & Murata, A. (2010). Shared mapping of own and others' bodies in visuotactile bimodal area of monkey parietal cortex. *Journal Of Cognitive Neuroscience, 22*, 83-96.

Jabbi, M., Swart, M., & Keysers, C. (2007). Empathy for positive and negative emotions in the gustatory cortex. *NeuroImage, 34*, 1744-1753.

Jackson, D. N. (1967). *Personality research form manual*. New York: Research Psychologist's Press.

Jackson, P. W. (1968). *Life in classroom*. New York: Teachers College Press.

Jantsch, E. (1980). *The self-organizing universe*. New York: Pergamon.

Jaspers, K. (1991). *Il medico nell'età della tecnica*. Milano: Raffaello Cortina.

Jayadevappa, R., & Chhatre, S. (2011). Patient centered care – A conceptual model and review of the state of the art. *Open Health Services And Policy Journal, 4*, 15-25.

Jette, A., Svend, S., Poul-Erik, K., & Jen, M. (2007). The effect of training in communication skills on medical doctors' and nurses' self-efficacy. A randomized controlled trial. *Patient Education And Counseling, 66*, 270-277.

John, O. P., Caspi, A., Robins, R. W., Moffitt, T., & Stouthamer-Loeber, M. (1994). The "Little Five": Exploring the nomological network of the five-factor model of personality in adolescent boys. *Child Development, 65*, 160-178.

- Johnson, W. D. K. (1991). Predisposition to emotional distress and psychiatric illness amongst doctors: the role of unconscious and experiential factors. *British Journal Of Medical Psychology*, *64*, 317-329.
- Jonas, H. (1999). *Tecnica, medicina ed etica*. Torino: Einaudi.
- Jones, A. (2007). Putting practice into teaching: An exploration study of nursing undergraduates' interpersonal skills and the effects of using empirical data as a teaching and learning resource. *Journal Of Clinical Nursing*, *16*(12), 2297-307.
- Jones, R., Higgs, R., da Angelis, C., & Prideaux, D. (2001). Changing face of medical curricula. *The Lancet*, *357*, 699-703.
- Jotkovitz, A. B., & Clarfield, M. (2005). The physician as a comforter. *European Journal Of Internal Medicine*, *16*, 96-96.
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal Of Surgery*, *5*, 57-65.
- Kabat-Zinn, J. (2001). *Dovunque tu vada, ci sei già*. Milano: TEA.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science And Practice*, *10*(2), 145.
- Kabat-Zinn, J. (2010). *Vivere momento per momento*. Milano: TEA.
- Kabat-Zinn, J., & Santorelli, S. (1996). *A teaching mandala. Mindfulness-based stress reduction professional training resource manual*. Massachusetts: Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society.
- Kahneman, D., Slovic, P., & Tversky, A. (1982). *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1999). *Synopsis of psychiatry-behavioral sciences/clinical psychiatry*. Hagerstown: Lippincott Williams&Wilkins.
- Kasteler, J., Kane, R. L., Olsen, D. M., & Thetford, C. (1976). Issues underlying prevalence of "doctor shopping" behavior. *Journal Of Health And Social Behavior*, *17*, 328-339.
- Kataoka, H. U., Koide, N., Ochi, K., Hojat, M., & Gonnella, J. S (2009). Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Academic Medicine*, *84*(9), 1192-1197.
- Katz, S., & Vinker, S. (2014). New non-cognitive procedures for medical applicant selection: A qualitative analysis in one school. *BMC Medical Education*, *14*, 237.
- Keysers, C., Kaas, J. H., & Gazzola, V. (2010). Somatosensation in social perception. *Nature Reviews Neuroscience*, *11*, 417-428.
- Keysers, C., Wicker, B., Gazzola, V., Anton, J. L., Fogassi, L., & Gallese, V. (2004). A touching sight: SII/PV activation during the observation and experience of touch. *Neuron*, *42*, 335-346.
- Khan, A. S., Cansever, Z., Avsar, U. Z., & Acemoglu, H. (2013). Perceived self-efficacy and academic performance of medical students at Ataturk University, Turkey. *Journal Of The College Of Physicians And Surgeons – Pakistan*, *23*(7), 495-498.

Klaunberg, S., Maier, C., Assion, H. J., Hoffmann, A., Krumova, E. K., Magerl, W., Scherens, A., Treede, R. D., & Juckel, G. (2008). Depression and changed pain perception: Hints for a central disinhibition mechanism. *Pain, 140*, 332-343.

Kleinman, A. (1978). Alcuni concetti e un modello per la comparazione dei sistemi medici intesi come sistemi culturali. In I. Quaranta (A cura di) (2006), *Antropologia medica. I testi fondamentali*. Milano: Raffaello Cortina.

Kleinman, A. (2006). *What really matters: Living a moral life amidst uncertainty and danger*. New York: Oxford University Press.

Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals Of Internal Medicine, 88*(2), 251-258.

Knasel, E., Meed, J., & Rossetti, A., (2002). *Apprendere sempre*. Milano: Raffaello Cortina.

Kobak, R. R., & Hazan, C. (1991). Attachment in marriage: effects of security and accuracy of working models. *Journal Of Personality And Social Psychology, 60*(6), 861-869.

Koenig, T. W., Parrish, S. K., Terregino, C. A., Williams, J. P., Dunleavy, D. M., Volsch, J. M. (2013). Core personal competencies important to entering students' success in medical school: What are they and how could they be assessed early in the admission process?. *Academic Medicine, 88*(5), 603-613.

Korsch, B. M, Gozzi, E. K., & Francis, V. (1968). Gaps in doctor-patient communication. 1. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics, 42*(5), 855-871.

Kotrlik, J. W., & Williams, H. A. (2003). The incorporation of effect size in information technology, learning, and performance research. *Information Technology, Learning, And Performance Journal, 21*(1).

Kovacs, G., & Croskerry, P. (1999). Clinical decision making: An emergency medicine perspective. *Academic Emergency Medicine, 6*(9), 947-952.

Krakowsky, A. (1982). Stress and practice of medicine. II: Stressors, stresses and strains. *Psychotherapy And Psychosomatics, 38*, 11-23.

Kramer, G. (2007). *Insight Dialogue. The interpersonal path to freedom*. Boulder (CO): Shambhala Publications.

Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J., & Quill, T. E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA, 302*(12), 1284-1293.

Kravitz, R. L., Callahan, E. J., Paterniti, D., Antonius, D., Dunham, M., & Lewis, C. E. (1996). Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. *Annals Of Internal Medicine, 125*, 730-737.

Krupat, E., Bell, R. A., Kravitz, R. L., Thom, D., & Azari, R., (2001). When physicians and patients think alike: Patient-centred beliefs and their impact on satisfaction and trust. *Journal Of Family Practice, 50*, 1057-1062.

Krupat, E., Rosenkranz, S. L., Yeager, C. M., Barnard, K., Putnam, S. M., & Inui, T. S. (2000a). The practice orientations of physician and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Education And Counseling, 39*, 49-59.

Krupat, E., Yeager, C. M., & Putnam, S. (2000b). Patient role orientations, doctor-patient fit, and visit satisfaction. *Psychology & Health, 15*, 707-719.

Kuhl, D. (2002). What dying people want: Practical wisdom for the end of life. Toronto (ON): Doubleday.

Kumar, P., Waiter, G., Ahearn, T., Milders, M., Reid, I., & Steele, J. D. (2008). Frontal operculum temporal difference signals and social motor response learning. *Human Brain Mapping, 30*, 1421-1430.

Kurtz, S. M., & Silverman, J. D. (1996). The Calgary-Cambridge Observation Guides: An aid to defining the curriculum and organising the teaching in communication training programmes. *Medical Education, 30*(2), 83-89.

Kurtz, S., Silverman, J., & Draper, J. (A cura di) (1998). Teaching and learning communication skills in medicine. Oxford: Radcliffe Publishing.

Laín Entralgo, P. (1955). *Mysterium doloris*. Madrid: Publicaciones Universidad "Menéndez Pelayo".

Laín Entralgo, P. (1961). *Enfermedad y pecado*. Barcelona: Toray.

Laín Entralgo, P. (1969). *Il medico e il paziente*. Milano: Saggiatore.

Laín Entralgo, P. (1978). *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat.

Lang, M. (2003). *Il colloquio clinico*. Milano: Raffaello Cortina.

Larsen, J. H., Risor, O., & Putnam, S. (1997). P-R-A-C-T-I-C-A-L: A step-by-step model for conducting the consultation in general practice. *Family Practice, 14*, 295-301.

Launer, J. (2002). *Narrative-based primary care*. Abingdon, UK: Radcliffe Medical Press.

Lazar, S. (2006). *Mind-Body connection: Neural correlates of respiration during meditation*. Relazione presentata al Mind and Life Summer Research Institute, Garrison, New York.

Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., McFarvey, M., Quinn, B. T., Dusek, J. A., Benson, H., Rauch, S. L., Moore, C. I., & Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport, 16*(17), 1893-1897.

Lazare, A., Eisenthal, S., & Wasserman, L. (1975). The customer approach to patienthood, attending to patient requests in a walk-in clinic. *Archives Of General Psychiatry, 32*, 553-558.

LeDoux, J. E. (1998). *Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni*. Milano: Club degli editori.

Lee, K. H., & Siegle, G. J. (2009). Common and distinct brain networks underlying explicit emotional evaluation: A meta-analytic study. *Social Cognitive And Affective Neuroscience*.

Leinster, S. (2013). Selecting the right medical student. *BMC*, *11*, 245.

Lemay, J.-F., Lockyer, J. M., Collin, V. T., & Brownell, A. K. W. (2007). Assessment of non-cognitive traits through the admissions multiple mini-interview. *Medical Education*, *41*, 573-579.

Lempp, H., & Seale, C. (2004). The hidden curriculum in undergraduate medical education: Qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *British Medical Journal*, *329*(7469), 770-773.

Leombruni, P., Di Lillo, M., Miniotti, M., Picardi, A., Alessandri, G., Sica, C., Zizzi, F., Castelli, L., & Torta, R. (2014). Measurement properties and confirmatory factor analysis of the Jefferson Scale of Empathy in Italian medical students. *Perspectives On Medical Education*, *3*(6), 419-430.

Leonzi, S. (1999). *La salute tra norma e desiderio*. Roma: Meltemi.

Lepore, M. J., (1982). *Death of the clinician*. Springfield: Charles C. Thomas.

Levenstein, J., McCracken, E., McWhinney, I. R., Stewart, M., & Brown, J. (1986). The patient-centered clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family Practice*, *3*, 24-30.

Levinson, W. (1994). Physician-patient communication. A key to malpractice prevention. *Journal Of The American Medical Association*, *272*(20), 1619-1620.

Levinson, W., Roter, D., Mullooly, J. P., Dull, V. T., & Frankel, R. M. (1997). Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Journal Of The American Medical Association*, *277*, 553-559.

Liddle, H. A. (1982). On the problem of eclecticism: A call for epistemologic clarification and human-scale theories. *Family Process*, *21*, 243-250.

Lieberman, M. D., Eisenberger, N. I., Crockett, M. J., Tom, S. M., Pfeifer, J. H., & Way, B. M. (2007). Putting feelings into words. Affect labeling disrupts amygdala activity in response to affective stimuli. *Association For Psychological Science*, *18*(5), 421-428.

Lievens, F. (2013). Adjusting medical school admission: assessing interpersonal skills using situational judgement tests. *Medical Education*, *47*, 182-189.

Lievens, F., & Coetsier, P. (2001). Situational tests in student selection: An examination of predictive validity, adverse impact and construct validity. *International Journal Of Selection And Assessment*, *10*, 245-257.

Lievens, F., Buyse, T., & Sackett, P. R. (2005). The operational validity of a video-based situational judgement test for medical college admissions: Illustrating the importance of matching predictor and criterion construct domains. *Journal Of Applied Psychology*, *90*, 442-452.

- Lievens, F., Coetsier, P., De Fruyt, F., & De Maeseneer, J. (2002). Medical students' personality characteristics and academic performance: A five-factor model perspective. *Medical Education, 36*(11), 1050-1056.
- Light, D. (1975). The impact of medical school on future psychiatrists. *American Journal Of Psychiatry, 132*, 607-610.
- Linn, L. S., Brook, R. H., Clark, V. A., Davies, A. R., Fink, A., & Kosecoff, J. (1985). Physician and patient satisfaction as factors related to the organization of internal medicine group practices. *Medical Care, 23*(10), 1171-1178.
- Liotti, G. (2005). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: Carocci.
- Liotti, G. (2007). I modelli operativi interni dell'attaccamento nella relazione terapeutica. In P. Gilbert & R. L. Leahy (A cura di), *La relazione terapeutica in terapia cognitivo-comportamentale*. Firenze: Eclipsi.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G., & Monticelli, F. (A cura di) (2014). *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitivo-evoluzionistica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lipkin, M., Putnam, S., & Lazare, A. (A cura di) (1995). *The medical interview*. New York: Springer Verlag.
- Lippi, D., & Baldini, M. (2000). *La medicina: Gli uomini e le teorie*. Bologna: Clueb.
- Lipps, T. (2002). Empatia e godimento estetico. *Discipline filosofiche, XII*(2), 31-45. Macerata: Quodlibet.
- Lloyd, M., & Bor, R. (1996). *Communication skills for medicine*. London: Churchill Livingstone Elsevier.
- Lorenz, K. (1950). The comparative method in studying innate behaviour patterns. In *Physiological mechanisms in animal behaviour. Symposia of the Society for Experimental Biology, No. IV*. New York: Academic Press.
- Lovelock, J. (1979). *Gaia*. New York: Oxford University Press.
- Lown, B. (1996). *The lost art of healing: Practicing compassion in medicine*. Boston: Houghton Mifflin.
- Luban-Plozza, B. (2001). *Il medico come terapia. L'alleanza con il paziente*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Luban-Plozza, B., & Pozzi, U. (1986). *I gruppi Balint*. Padova: Piccin.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. S., O'Brien, C. P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives Of General Psychiatry, 42*, 602-611.
- Ludwig, D. S., & Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in Medicine. *Journal Of The American Medical Association, 300*(11), 1350-1352.
- Luhman, N. (2002). *La fiducia*. Bologna: il Mulino.
- Lumsden, M. A., Bore, M., Millar, K., Jack, R., & Powis, D. (2005). Assessment of personal qualities in relation to admission to medical school. *Medical Education, 39*, 258-265.

- Lussier, M. T., & Richard, C. (2008). Because one shoe doesn't fit all: A repertoire of doctor-patient relationships. *Canadian Family Physician, 54*(8), 1089-1092, 1096-1099.
- Lutz, A., Greischar, L. L., Rawlings, N. B., Ricard, M., & Davidson, R. J. (2004). Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proceeding Of The National Academy Of Sciences, 101*(46), 16369-16373.
- Maffei, C., Lotti, A., & Lingiardi, V. (1991). La formazione al rapporto medico-paziente nelle facoltà mediche: Problemi, esperienze, innovazioni. In C. Cipolli & E. A. Moja (A cura di), *Psicologia medica* (pp. 298-321). Roma: Armando.
- Magalhães, E., Costa, P., & Costa, M. J. (2012). Empathy of medical students and personality: Evidence from the Five-Factor Model. *Medical Teacher, 34*(10), 807-812.
- Magalhães, E., Salgueira, A. P., Costa, P., & Costa, M. J. (2011). Empathy in senior year and first year medical students: A cross-sectional study. *BMC Medical Education, 1*, 52.
- Main, M. (1991). Conoscenza metacognitiva, monitoraggio metacognitivo e modello di attaccamento unitario. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (A cura di). *L'attaccamento nel ciclo di vita*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Main, M., Kaplan, N., Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherthon & E. Waters (A cura di), *Growing points in attachment theory and research*. Monographs of the Society for Child Development, 50 (1-2 Serial n. 209), 66-104.
- Majani, G. (2001). Compliance, adesione, aderenza. I punti critici della relazione terapeutica. Milano: McGraw-Hill.
- Malherbe, J. F. (1997). *Pour une éthique de la médecine*. Namur: Artel-Erasme.
- Malherbe, J. F. (2003). *Les ruses de la violence dans les arts du soin. Essais d'éthique critique II*. Montreal: Liber.
- Mangone, E. (2006). La strutturazione del ruolo del medico e la fiducia. *Salute e Società, Suppl. 1*, 117-133.
- Mangone, E. (2013). La professione medica fra "essere", "fare" e "sapere relazionale". *Sociologia e Politiche Sociali, 16*(2), 163-180.
- Marano, P. (2006). *Crisi della medicina accademica. Condivisione, cambiamento e innovazione, corresponsabilità*. Milano: Franco Angeli.
- Marañón, G. (1981). *Vocacion y etica y otros ensayos*. Barcelona: Espasa Libros.
- Marceca, M., & Russo M.L. (2012). Il paziente straniero – Il rapporto di cura con persone di etnie diverse come occasione di arricchimento personale e professionale. *Salute e Territorio, 191*, 124-125.
- Marcel, G., Thibon, G., Decorte, M., Fouché, S., Brunier, G., Debidour, V. H., & Rolin, J. (1957). *Che cosa attendete dal medico?*. Brescia: Morcelliana.
- Mari, M., Di Maio, L., Gremigni, P., Sommaruga, M., Grassi, W. (2011). Comunicare con i pazienti: un Gruppo Operativo in Reumatologia. *Psicologia della Salute, 1*, 135-147.

- Mariuzzi, G. M. (2000). Istanze per uno sviluppo delle scienze umane. *Medicina e Chirurgia*, 14, 476-478.
- Marley, J., & Carman, I. (1999). Selecting medical students: A case report of the need for change. *Medical Education*, 33, 455-459.
- Marrone, M. (1998). Attaccamento e interazione. Roma: Borla.
- Marshall, P. A., & O'Keefe, J. P. (1995). Medical students' first person narrative of patient's story of AIDS. *Social Science And Medicine*, 40, 67-76.
- Martin, J. R. (1997). Mindfulness: A proposed common factor. *Journal Of Psychotherapy Integration*, 7(4), 291-312.
- Marvel, M. K., Doherty, W. J., Weiner, E. (1998). Medical interviewing by exemplary family physicians. *Journal Of Family Practice*, 47, 343-348.
- Marvel, M. K., Epstein, R. M., Flowers, K., & Beckman, H. B. (1999). Soliciting the patient's agenda have we improved?. *Journal Of The American Medical Association*, 281, 283-287.
- Maslow, A. H. (1970). Motivation and personality. New York: Harper&Row.
- Massa, R. (1997). Pedagogia medica e clinica della formazione. In G. Bertolini & R. Massa (A cura di), *Clinica della formazione medica* (pp. 21-39). Milano: Franco Angeli.
- Massa, R. (A cura di) (1992). La clinica della formazione. Un'esperienza di ricerca. Milano: Franco Angeli.
- Maturana, H., & Varela, F. (1987). The tree of knowledge. Boston: Shambala.
- Maunder, R. G., & Hunter J. J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine*, 63, 556-567.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D Sluyter (A cura di), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*. New York: Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2010). MSCEIT. Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test. Manuale. Firenze: Giunti.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of Personality across instruments and observer. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 52, 81-90.
- McCrae, R. R., Costa, P. T., & Piedmont, R. L. (1993). Folk concepts, natural language, and psychological constructs: The California Psychological Inventory and the five-factor model. *Journal Of Personality*, 61, 1-26.
- McKeown, T. (1978). La medicina. Sogno, miraggio o nemesi?. Palermo: Sellerio.
- McLellan, M. F. (1997). Literature and medicine: Narratives of physical illness. *The Lancet*, 349, 1618-1620.
- McManus, I. C, Livingston, M. C., & Katona, C. (2006). The attractions of medicine: The generic motivations of medical school applicants in relation to demography, personality and achievement. *Medical Education*, 6(11).

McManus, I. C. (2005). Student selection. In J. A. Dent & R. M. Harden (A cura di), *A practical guide for medical teachers* (pp. 364-373). Churchill Livingstone Elsevier.

McManus, I. C., Paice, E., & Keeling, A. A. (2004). Stress, burnout, and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BMC Medicine*, 2, 29.

McNeil, J. B., Pauker, G. S., Sox, C. H., & Tversky, A. (1982). On the elicitation of preferences for alternative therapies. *New England Journal Of Medicine*, 306(21), 1259-1262.

McWhinney, I. R. (1989). The need for a transformed clinical method. In M. Stewart & Roter, D. (A cura di), *Communicating with medical patients* (pp. 25-40). London: Sage Publications.

McWhinney, I. R. (1993). Why we need a new clinical method. *Family Practice*, 11, 3-7.

McWhinney, I. R. (1997). A textbook of family medicine. Oxford: Oxford University Press.

Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51, 1087-1110.

Mead, N., & Bower, P. (2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: A review of the literature. *Patient Education And Counseling*, 48, 51-61.

Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal Of Personality*, 40, 525-543.

Meichenbaum, D., & Turk, D. C. (1987). Facilitating treatment adherence. New York: Plenum Press.

Meier, D. E., Back, A. L., & Morrison, R. S. (2001). The inner life of physicians and care of the seriously ill. *Journal Of The American Medical Association*, 286(23), 3007-3014.

Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1983). Newborn infants imitate adult facial gestures. *Child Development*, 54, 702-709.

Melville, A. (1980). Job satisfaction in general practice: Implications for prescribing. *Social Science & Medicine*, 14A(6), 495-499.

Mercer, A., & Puddey, I. B. (2011). Admission selection criteria as predictors of outcomes in an undergraduate medical course: A prospective study. *Medical Teacher*, 33(12), 997-1004.

Merton, R. K. (1981). *La sociologia della scienza. Indagini teoriche ed empiriche*. Milano: Franco Angeli.

Mezirow, J. (2003). *Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti*. Milano: Raffaello Cortina.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11-15.

Milanese, R., & Milanese, S. (2015). *Il tocco, il rimedio, la parola. La comunicazione tra medico e paziente come strumento terapeutico*. Milano: Salani Editore.

- Miles, J. N. V., & Shevlin, M. E. (2001). *Applying regression and correlation: A guide for students and researchers*. London: Sage Publications.
- Miller, F. G., & Colloca, L. (2009). The placebo effect. Illness and interpersonal healing. *Perspectives In Biology And Medicine*, 52, 518-539.
- Miller, G. A., Galanter, E., & Pribram, K. H. (1973). *Piani e strutture del comportamento*. Milano: Franco Angeli.
- Mitchell, J. P., Macrae, C. N., & Banaji, M. R. (2006). Dissociable medial prefrontal contributions to judgments of similar and dissimilar others. *Neuron*, 50, 655-663.
- Moja, E. A., & Vegni, E. (2000). *La visita medica centrata sul paziente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Molière (2011). *Il malato immaginario*. Milano: Garzanti.
- Moreno, J. L. (1980). *Il teatro della spontaneità*. Firenze: Nuova Guaraldi.
- Mortari, L. (2003). *Apprendere dall'esperienza*. Milano: Carocci.
- Mottana, P. (1997). Il corpo assente. In G. Bertolini & R. Massa (A cura di), *Clinica della formazione medica* (pp. 116-147). Milano: Franco Angeli.
- Mottana, P. (2000). Miti d'oggi nell'educazione. E opportune contromisure. Milano: Franco Angeli.
- Murphy, G. (1947). *Personality: A biosocial approach to origins and structure*. New York: Harper.
- Musi, E. (2006). La vita emotiva: Risorsa delle professioni di cura. In V. Iori (A cura di), *Quando i sentimenti interrogano l'esistenza*. Milano: Guerini.
- Mutti, A. (1994). "Fiducia", in *Enciclopedia delle Scienze Sociali*. Roma: Istituto dell'Enciclopedia Italiana.
- Myers, L. B., & McCaulley, M. H. (1985). *Manual: A guide to the development and use of Myers-Briggs Type Indicator*. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press.
- Myers, L. B., & Midence, K. (1998). Concepts and issues in adherence. In L. B. Myers & K. Midence (A cura di), *Adherence to treatment in medical conditions*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Myerscough, P.R. (1996). *Come parlare con i pazienti*. Napoli: Casa Editrice Idelson.
- Nanni, A. (1996). La pedagogia narrativa: Da dove viene e dove va. In R. Mantegazza (A cura di), *Per una pedagogia narrativa*. Bologna: Editrice Missionaria Italiana.
- Nardone, G. (1994). La prescrizione medica: Strategie di comunicazione ingiuntiva. *Scienze dell'interazione*, 1(1), 81-90.
- Naso, I. (1982). *Medici e strutture sanitarie nella società tardo medievale. Il Piemonte dei secoli XIV e XV*. Milano: Franco Angeli.
- Nayak, R. D. (2016). Relationship of extroversion dimension with academic performance of medical students. *The International Journal Of Indian Psychology*, 3(2), 32-39.
- Nehels, N. (1995). Narrative pedagogy: Rethinking nursing education. *Journal Of Nursing Education*, 34(5), 204-210.
- Nettleton, S. (2006). *The sociology of health and illness*. Cambridge: Polity Press.

Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., Haramati, A., & Scheffer, C. (2011). Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine, 86*(8), 996-1009.

Newbell, J. D., & Gabrielson, I. W. (A cura di) (1987). *Medicine looks at the humanities*. London: University Press of America.

Nietzsche, F. (1978). *Aurora. Pensieri sui pregiudizi morali*. Milano: Adelphi.

Nigris, E. (2004). *Didattica generale*. Milano: Guerini.

Norman, G. R., Rosenthal, D., Brooks, L. R., Allen, S. W., & Muzzin, L. J. (1989). The development of expertise in dermatology. *Archives Of Dermatology, 125*(8), 1063-1068.

Norman, P. (1993). Predicting the uptake of health checks in general practice: Invitation methods and patients' health beliefs. *Social Science And Medicine, 37*, 53-59.

Norman, W. T. (1967). 2800 Personality trait descriptors: Normative operating characteristics for a university population. Ann Arbor (Mi): University of Michigan, Department of Psychology.

Norman, W.T. (1963). Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicate factor structure in peer nomination personality ratings. *Journal Of Abnormal And Social Psychology, 66*, 574-583.

Novack, D. H., Dube, C., & Goldstein, M. G. (1992). Teaching medical interviewing: A basic course on interviewing and the physician-patient relationship. *Archives Of Internal Medicine, 152*(9), 1814-1820.

Novack, D. H., Epstein, R. M., & Paulsen, R. H. (1999). Toward creating physician-healers: Fostering medical students' self-awareness, personal growth, and well-being. *Academic Medicine, 74*(5), 516-520.

Novack, D. H., Epstein, R. M., Paulsen, R. H. (1999). Toward creating physician healers: Fostering medical students' self-awareness, personal growth, and well-being. *Academic Medicine, 74*(5), 516-520.

Novack, D. H., Suchman, A. L., Clark, W., Epstein, R. M., Najberg, E., & Kaplan, C. (1997). Calibrating the physician. Personal awareness and effective patient care. Working Group on Promoting Physician Personal Awareness, American Academy on Physician and Patient. *JAMA, 278*(6), 502-509.

O'Toole, T. P., Gibbon, J., Harvey, J., & Switzer, G. (2002). Students' attitudes toward indigent patients. *Academic Medicine, 77*(6), 586.

Oates, K., & Goulston, K. (2012). How to select the doctors of the future. *Internal Medicine Journal, 42*, 364-368.

Ochsner, K. N., Beer, J. S., Robertson, E. R., Cooper, J. C., Gabrieli, J. D., Kihlstrom, J. F., D'Esposito, M. (2005). The neural correlates of direct and reflected self-knowledge. *Neuroimage, 28*(4), 797-814.

Older, J. (1982). *Touching is healing*. New York: Stein & Day Publ.

- Ong, L. M., Dehaes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication. A review of the literature. *Social Science And Medicine*, *40*, 903-918.
- Ongaro Basaglia, F. (1982). *Salute/malattia. Le parole della medicina*. Torino: Einaudi.
- Othmer, E., & Othmer, S. C. (1999). *L'intervista clinica con il DSM-IV*. Milano: Raffaello Cortina.
- Padoan, I. (2014). La comunicazione responsabile. In L. Candiotti & L. V. Tarca (A cura di), *Comunicare in medicina. L'arte della relazione* (pp. 29-47). Milano-Udine: MIMESIS EDIZIONI.
- Palese, A. (2004). L'intimità nell'assistenza del paziente. In L. Zannini (A cura di), *Il corpo-paziente. Da oggetto delle cure a soggetto della relazione terapeutica*. Milano: Franco Angeli.
- Palmieri, C. (1997). I luoghi del discorso. In G. Berolini & R. Massa (A cura di), *Clinica della formazione medica* (pp. 40-115). Milano: Franco Angeli.
- Palmieri, C. (2000). *La cura educativa*. Milano: Franco Angeli.
- Panagopoulou, E., Montgomery, A., & Benos, A. (2006). Burnout in internal medicine physicians: differences between residents and specialists. *European Journal Of Internal Medicine*, *17*(3), 195-200.
- Parizzi, F., & Strepparava, M. G. (2010). Educare alla relazione con il paziente attraverso la narrativa: L'esperienza della Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Milano Bicocca. In L. Garrino (A cura di), *La medicina narrativa nei luoghi di formazione e cura* (pp. 188-223). Torino: Centro Scientifico Editore.
- Paro, H. B. M. S., Silveira, P. S. P., Perotta, B., Gannam, S., Enns, S. C., Giaxa, R. R., Bonito, R. F., Martins, M. A., & Tempski, P. Z. (2014). Empathy among medical students: Is there a relation with quality of life and burnout?. *PLoS ONE*, *9*(4), e94133.
- Parodi, A. (2002). *Storia della medicina*. Torino: Edizioni di Comunità.
- Parsons, T. (1965). *Il sistema sociale*. Milano: Comunità.
- Parsons, T. (1965). *Il sistema sociale*. Milano: Edizioni di Comunità.
- Pastorelli, C., & Picconi, L. (2001). Autoefficacia scolastica, sociale e regolatoria. In G. V. Caprara (A cura di), *La valutazione dell'autoefficacia. Interventi e contesti culturali* (pp. 87-104). Trento: Erickson.
- Pastorelli, C., Vecchio, G. M., & Boda, G. (2001). Autoefficacia nelle *life skills*: Soluzione dei problemi e comunicazione interpersonale. In G. V. Caprara (A cura di), *La valutazione dell'autoefficacia. Interventi e contesti culturali* (pp. 137-146). Trento: Erickson.
- Patel, V. L., Groen, G. J., & Arocha, J. F. (1990). Medical expertise as a function of task difficulty. *Memory & Cognition*, *18*(4), 394-406.
- Patrick, L. E., Altmaier, E. M., Kuperman, S., & Ugolini, K. (2001). A structured interview for medical school admission phase 1: Initial procedures and results. *Academic Medicine*, *76*(1), 66-71.

Patterson, F., Ashworth, V., Zibarras, L., Coan, P., Kerrin, M., & O'Neill, P. (2012). Evaluations of situational judgement tests to assess non-academic attributes in selection. *Medical Education*, *46*(9), 850-868.

Patterson, F., Knight, A., Dowell, J., Nicholson, S., Cousans, F., & Cleland, J. (2016a). How effective are selection methods in medical education? A systematic review. *Medical Education*, *50*, 36-60.

Patterson, F., Rowett, E., Hale, R., Grant, M., Roberts, C., Cousans, F., & Martin, S. (2016b). The predictive validity of a situational judgement test and multiple-mini interview for entry into postgraduate training in Australia. *BMC Med Education*, *16*(1), 87.

Patterson, M. (1976). An arousal model of the inter-personal intimacy. *Psychological Review*, *83*, 235-245.

Peabody, D. (1984). Personality dimensions through trait inferences. *Journal Of Personality And Social Psychology*, *46*, 384-403.

Peabody, D. (1987). Selecting representative trait adjectives. *Journal Of Personality and Social Psychology*, *52*, 59-71.

Pedersen, R. (2009). Empirical research on empathy in medicine: A critical review. *Patient Education And Counseling*, *76*, 307-322.

Pennebaker, J. W. (1985). Traumatic experience and psychosomatic disease: Exploring the roles of behavioural inhibition, obsession, and confiding. *Canadian Psychology*, *26*, 82-95.

Pennebaker, J. W., & Susman, J. R. (1988). Disclosure of traumas and psychosomatic process. *Social Science And Medicine*, *26*, 327-332.

Perfranceschi, L. (2013). Ascolto ed empatia: Riflessioni sulla costruzione della relazione di cura. In A. Moretto (A cura di), *Il paziente tra coscienza e relazionalità* (pp. 73-86). Verona: Libreria Cortina Editrice.

Peskun, C., Detsky, A., & Shandling, M. (2007). Effectiveness of medical school admission criteria in predicting residency ranking four years later. *Medical Education*, *41*, 57- 64.

Petrillo, G. (2006). L'approccio biopsicosociale: definizioni e caratteristiche. In A. Mauri & C. Tinti (A cura di), *Psicologia della salute. Contesti di applicazione dell'approccio biopsicosociale* (pp. 3-15). Novara: UTET.

Piccinelli, M., Bisoffi, G., Bon, M.G., Cunico, L., & Tansella, M., (1993). Validity and test-retest reliability of the italian version of the 12-item General Health Questionnaire in general practice: A comparison between three scoring methods. *Comprehensive Psychiatry*, *34*(3), 198-205.

Piccinini, G., & Gardini, F. (2010). Dal sintomo al significato. La relazione terapeutica nella fenomenologia clinica. *La società degli individui*, *38*, 93-104.

Piedmont, R., McCrae, R., & Costa, P. (1992). An assessment of the Edwards personal preference schedule from the perspective of the five-factor model. *Journal Of Personality Assessment*, *58*, 67-78.

- Pitcher, D., Garrido, L., Walsh, V., & Duchaine, B. C. (2008). Transcranial magnetic stimulation disrupts the perception and embodiment of facial expressions. *Journal Of Neuroscience, 28*, 8929-8933.
- Platone (2005). *Le Leggi*. Milano: Rizzoli.
- Platt, F. W., & McMath, J. C. (1979). Clinical hypocompetence: The interview. *Annals Of Internal Medicine, 91*, 898-902.
- Porter, M. E., & Olmsted Teisberg, E. (2006). *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business Review Press.
- Portes, L. (1964). *A la recherche d'une éthique médicale*. Paris: Masson.
- Potter, V. R. (1970). Bioethics, the science of survival. *Perspectives In Biology And Medicine, 14(1)*, 127-153.
- Powis, D. (2008). Selecting medical students. *Medical Journal of Australia, 188*, 323-324.
- Powis, D. (2015). Selecting medical students: An unresolved challenge. *Medical Teacher, 37(3)*, 252-260.
- Powis, D. A., Bore, M., Munro, D., & Lumsden, M. A. (2005). Development of the personal qualities assessment as a tool for selecting medical students. *Journal Of Adult And Continuing Education, 11*, 3-14.
- Pravettoni, G., & Vago, G. (2011). *Medical decision making. Decidere in ambito sanitario*. Milano: McGraw-Hill.
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *Behavioral And Brain Science, 1*, 515-526.
- Preston, S. D., & De Waal, F. B. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral Brain Science, 25(1)*, 1-20.
- Quaglino, G. P. (1985). *Fare formazione*. Bologna: Il Mulino.
- Quill, T. E. (1983). Partnerships in patient care: A contractual approach. *Annals Of Internal Medicine, 98*, 228-234.
- Quill, T. E., & Brody, H. (1996). Physician recommendations and patient autonomy: Finding a balance between physician power and patient choice. *Annals Of Internal Medicine, 125*, 763-769.
- Rabin, B. S., Cohen, S., Ganguli, R., Lysle, D. T., & Cunnick, J. (1989). Bidirectional interaction between the central nervous system and the immune system. *Critical Reviews In Immunology, 9(4)*, 279-312.
- Rainville, P. (2004). Pain and emotions. In D. D. Prince & M. C. Bushnell (A cura di), *Psychological methods of pain control: Basic science and clinical perspectives* (pp. 117-141). Seattle, WA: IASP Press.
- Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M. A., Cull, A., & Gregory, W. M. (1996). Mental health of hospital consultants: The effects of stress and satisfaction at work. *Lancet, 347(9003)*, 724-728.
- Redelmeier, D. A., & Sharif, E. (1995). Medical decision making in situations that offer multiple alternatives. *Medical Decision Making, 273*, 302-305.

- Regehr, G., & Norman, G. R. (1996). Issues in cognitive psychology: Implications for professional education. *Academic Medicine*, *71*(9), 988-1001.
- Reiser, S. J. (1978). *La medicina e il regno della tecnologia*. Milano: Feltrinelli.
- Reiter, H. I., Eva, K. W., Rosenfeld, J., & Norman, G. R. (2007). Multiple Mini-Interviews predict clerkship and licensing examination performance. *Medical Education*, *41*(4), 378-384.
- Rezzara, A. (1997). Relazione e cura. In G. Bertolini & R. Massa (A cura di), *Clinica della formazione medica* (pp. 186-212). Milano: Franco Angeli.
- Rezzonico, G., & Voltolini, A. (1999). Lo scritto autobiografico in psicoterapia cognitiva. In F. Veglia (A cura di), *Storie di vita: Narrazione e cura in psicoterapia cognitiva* (pp. 273-293). Torino: Bollati Boringhieri.
- Rezzonico, G., Baronessa, C., & Bani, M. (2012). Il lavoro costruttivista con le emozioni. In G. Rezzonico & I. De Marco (A cura di), *Lavorare con le emozioni nell'approccio costruttivista* (pp. 84-108). Torino: Bollati Boringhieri.
- Riberio, M. M. F., Krupat, E., & Amaral, C. F. S. (2007). Brazilian medical students' attitudes toward patient-centered care. *Medical Teacher*, *29*, 204-208.
- Riccardi, V. M., & Kurtz, S. M. (1983). *Communication and counselling in health care*. Springfield (IL): Charles C. Thomas Publisher.
- Richardson, M., Abraham, C., & Bond, R. (2012). Psychological correlates of university students' academic performance: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *138*(2), 353-387.
- Ricoeur, P. (1955). *Histoire et vérité*. Paris: Seuil.
- Ricoeur, P. (1989). *Dal testo all'azione. Saggi di ermeneutica*. Milano: Jaca Book.
- Rimondini, M., & Del Piccolo, L. (2002). L'approccio centrato sul paziente: Dalla medicina generale alla psichiatria. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, *11*(4), 232-236.
- Ripamonti, C. A., & Clerici, C. A. (2008). *Psicologia e salute. Introduzione alla psicologia clinica in ambito sanitario*. Bologna: il Mulino.
- Ritov, I., & Baron, J. (1990). Reluctance to vaccinate: Omission bias and ambiguity. *Journal Of Behavioral Decision Making*, *3*, 263-277.
- Riva, M. G. (1997). La formazione. In G. Bertolini & R. Massa (A cura di), *Clinica della formazione medica* (pp. 213-271). Milano: Franco Angeli.
- Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review Of Neuroscience*, *27*, 169-192.
- Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2006). *So quello che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: Raffaello Cortina.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, *3*, 131-141.
- Roberti, A., Belotti, C., & Caterino, L. (2006). *Comunicazione medico-paziente. La comunicazione come strumento di lavoro del medico*. Urgnano (BG): Alessio Roberti Editore.

Robinson, G. C. (1939). *The patient as a person: The study of the social aspects of illness*. New York.

Robinson, J. D. (1998). Getting down to business: Talk, gaze and body organization during openings of doctor-patient consultations. *Health Communication, 25*(1), 97-123.

Robinson, S., & Hill, Y. (1995). Miracles take a little longer: Project 2000 and the health-promoting nurse. *International Journal Of Nursing Studies, 32*(6), 568-579.

Rochat, P., & Striano, T. (2002). Who's in the mirror? Self-other discrimination in specular images by four- and nine-month-old infants. *Child Development, 73*, 35-46.

Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In J. S. Koch (A cura di), *Psychology: A study of a science. Formulations of the person in the social context* (Vol. 3, pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.

Rogers, C. (1970). *La terapia centrata sul cliente*. Firenze: Martinelli.

Roh, M., Hahm, B., Lee, D., & Suh, D. (2010). Evaluation of empathy among Korean medical students: A cross-sectional study using the Korean Version of the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Teaching And Learning Medicine, 22*, 167-171.

Rohde, J. J. (1977). Sociologia e psicologia sociale della sfera clinica. In G. Abbatecola & L. Malocchi (A cura di), *Il potere della medicina* (194-215). Milano: ETAS.

Rosenthal, R., & Jacobson, L. (1969). *Pigmalione in classe*. Milano: Franco Angeli.

Rosvold, E. O., & Bjertness, E. (2001). Physicians who do not take sick leave. *Scandinavian Journal Of Public Health, 29*, 71-75.

Roter, D. L. (1977). Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health Education Monograph, 5*(4), 281-315.

Roter, D. L. (1989). Which facets of communication have strong effects on outcome. A meta-analysis. In M. Stewart & D. L. Roter (A cura di), *Communicating with medical patients* (pp. 179-183). London: Sage Publications.

Roter, D. L. (1991). *The Roter method of Interaction process Analysis*. RIAS manual. Baltimore: John Hopkins University.

Roter, D. L., & Hall, J. A. (1987). Physicians' interviewing styles and medical information obtained from patients. *Journal Of General Internal Medicine, 2*, 325-329.

Roter, D. L., Hall, J. A., & Katz, N. R. (1988). Patient-physician communication, a descriptive summary of the literature. *Patient Education And Counseling, 12*, 99-119.

Roter, D. L., Hall, J. A., & Katz, N. R. (1987). Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Medical Care, 25*, 437-451.

Roter, D. L., Stewart, M., Putnam, S. M., Lipkin, M., Stiles, W., & Inui, T. S. (1997). Communication patterns of primary care physicians. *Journal Of The American Medical Association, 277*, 350-356.

Roter, D., & Frankel, R. (1992). Quantitative and qualitative approaches to evaluation of the medical dialogue. *Social Science And Medicine, 34*, 1097-1103.

Ruby, P., & Decety, J. (2001). Effect of subjective perspective taking during simulation of action: A PET investigation of agency. *Nature Neuroscience*, 4, 546-550.

Ruby, P., & Decety, J. (2003). What you believe versus what you think they believe. A neuroimaging study of conceptual perspective taking. *European Journal Of Neuroscience*, 17, 2475-2480.

Russo, M. L., Petri, F., & Marceca, M. (2013). "Cosa ha detto il dottore?" Idee e riflessioni per una comunicazione efficace tra medico e paziente migrante. *Salute e Società*, 1, 141-163.

Russo, M. T. (2001). Il ruolo delle scienze umane nella formazione del medico. *Tutor*, 82.

Ruusuvuori, J. (2001). Looking means listening: Coordinating displays of engagement in doctor-patient interaction. *Social Science & Medicine*, 52(7), 1093-1108.

Saba, G. W. (2002). L'approccio biopsicosociale: Mappe, miti e modelli di salute e malattia. In V. Cigoli & M. Mariotti (A cura di), *Il medico, la famiglia e la comunità. L'approccio biopsicosociale alla salute e alla malattia* (pp. 25-55). Milano: Franco Angeli.

Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, S., Rosenberg, W., & Haynes, R. (2000). *Evidence-Based Medicine: How to practice and teach EBM*. London: Churchill Livingstone.

Sacks, O. (1992). *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*. Milano: Adelphi.

Safran, D. G., Taira, D. A., Rogers, V. H., Kosinski, M., Ware, J. E., & Tarlov, A. R. (1998). Linking primary care performance to outcomes of care. *Journal Of Family Practice*, 47, 213-220.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Roma-Bari: Laterza.

Saha, S., Mary, C. B, & Cooper, L. A. (2008). Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *Journal Of The National Medical Association*, 100(11), 1275-1285.

Sakaly, J. A. (2003). Restoring the patient's voice. The therapeutics of illness narratives. *Journal Of Holistic Nursing*, 21(3), 228-241.

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.

Santorelli, S. (2015). *Guarisci te stesso. Lezioni di mindfulness*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Santosuosso, A. (A cura di) (1996). *Il consenso informato*. Milano: Raffaello Cortina.

Sapir, M. (1972). *La formation psychologique du médecin*. Paris: Payot.

Sapir, M. (1984). *Medico-paziente: un corpo a corpo*. Napoli: Liguori

Sarno, I., Preti, E., Prunas, A., & Madeddu, F. (2011). *SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R. Adattamento italiano*. Firenze: Giunti O.S.

Saxe, R. (2006). Uniquely human social cognition. *Current Opinion In Neurobiology*, 16, 235-239.

Saxe, R., & Kanwisher, N. (2003). People thinking about thinking people: The role of the temporo-parietal junction in "theory of mind". *Neuroimage*, 19, 1835-1842.

Schmidt, S., Nachtigall, C., Wuerthric-Martone, O., & Strauss, B. (2002). Attachment and coping with chronic disease. *Journal Of Psychosomatic Research*, 53, 763-773.

Schmoldt, R. A., Freeborn, D. K., & Klevit, H. D. (1994). Physician burnout: Recommendations for HMO managers. *HMO Practice*, 8(2), 58-63.

Schneider, P. B. (1972). *Psicologia medica*. Milano: Feltrinelli.

Schön, D. A. (1993). *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*. Bari: Dedalo.

Schwartz, S. H. (2003). Basic human values: Their content and structure across cultures. In A. Tamayo & J. Porto (A cura di), *Valores e trabalho*. Brasilia: Editora Universidade de Brasilia.

Schwartz, S. H., Melech, G., Lehmann, A., Burgess, S., & Harris, M. (2001). Extending the cross-cultural validity of the theory of basic human values with a different method of measurement. *Journal Of Cross Cultural Psychology*, 32, 519-542.

Sclavi, M. (2003). *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*. Milano: Mondadori.

Secondulfo, D. (1979). Medico e paziente: Elementi per un'analisi sociologica. *Studi Di Sociologia*, 17(4), 368-387.

Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2006). *Mindfulness. Al di là del pensiero, attraverso il pensiero*. Torino: Bollati Boringhieri.

Sgreccia, E. (1988). *Manuale di bioetica. Vol. 1: Fondamenti ed etica biomedica*. Milano: Vita e Pensiero.

Shamay-Tsoory, S. G., Aharon-Peretz, J., & Perry, D. (2009). Two systems for empathy: A double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain*, 132, 617-627.

Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals Of Internal Medicine*, 136(5), 358-367.

Shanafelt, T. D., Sloan, J. A., & Habermann, T. M. (2003). The well-being of physicians. *The American Journal Of Medicine*, 114(6), 513-519.

Shanafelt, T. D., West, C., Zhao, X., Novotny, P., Kolars, J., Habermann, T., & Sloan, J. (2005). Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *Journal Of General Internal Medicine*, 20(7), 559-564.

Shapiro, A. K., & Shapiro, E. (1997). *The powerful placebo: From ancient priest to modern physician*. Baltimore (MD): Johns Hopkins University Press.

Shapiro, J., Kasman, D., & Shafer, A. (2006). Words in wards: A model of reflective writing and its uses in medical education. *Journal Of Medical Humanities*, 27, 231-244.

Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal Of Behavioral Medicine*, *21*, 581-599.

Sherman, J. J., & Cramer, A. (2005). Measurement of changes in empathy during dental school. *Journal Of Dental Education*, *69*(3), 338-345.

Short, B. (2006). Regional brain activation during meditation slows time and practice effects: A functional MRI study. Poster presentato al Mind and Life Summer Research Institute, Garrison, New York.

Shorter, E. (1986). La tormentata storia del rapporto medico paziente. Milano: Feltrinelli.

Sica, C., Magnia, C., Ghisib, M., Altoèb, G., Sighinolfi, C., Rocco Chiria, L., & Franceschini, S. (2008). Coping Orientation to Problems Experienced-Nuova Versione Italiana (COPE-NVI): Uno strumento per la misura degli stili di coping. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, *14*, 27-53.

Siegel, D. J. (2009). Mindfulness e cervello. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Sighinolfi, C., Norcini Pala, A., Chiri, L. R., Marchetti, I., & Sica, C. (2010). Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): Traduzione e adattamento italiano. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, *2*.

Silver, H. K., & Glicken, A. D. (1990). Medical student abuse. Incidence, severity, and significance. *JAMA*, *263*(4), 527-532.

Silverman, J., Kurtz, S. M., & Draper, J. (2005). Skills for communicating with patients. London: Radcliffe Publishing.

Simpson, P. L., Scicluna, H. A., Jones, P. D., Cole, A. M. D., O'Sullivan, A. J., Harris, P.G., Velan, G., & McNeil, H. P. (2014). Predictive validity of a new integrated selection process for medical school admission. *BMC Medical Education*, *14*(1).

Singen, P. A., & Siegler, M. (1996). Clinical ethics in the practice of medicine. In J. C. Bennet & F. Plum (A cura di), *Cecil textbook of medicine*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J., Stephan, K., Dolan R. J., & Frith, C. (2006). Empathic neural responses are modulated by the perceived fairness of others. *Nature*, *439*, 466-469.

Smith, E. E. (1989). Concepts and induction. In M. I. Posner (A cura di), *Foundations of cognitive science*. Cambridge: MIT Press.

Smith, R. (1996). The patient's story. An integrated approach to doctor-patient interviewing. New York: Brown and Company.

Smith, R. C., Marshall, A. A., Lyles, J. S., & Frankel, R. M. (1999). Teaching self-awareness enhances learning about interviewing. *Academic Medicine*, *74*, 1242-1248.

Smith, R. C., & Hope, R. B. (1991). The patient's story integrating the patient- and physician-centred approaches to interviewing. *Annals Of Internal Medicine*, *115*, 470-476.

Smith, R. C., Lyles, J. S., Mettler, J., Stoffelmayr, B. E., Van Egeren, L. F., Marshall, A. A., Gardiner, J. C., Maduschke, K. M., Stanley, J. M., Osborn, G. G., Shebroe, V., & Greenbaum, R. B. (1998). The effectiveness of intensive training for residents in interviewing. A randomized, controlled study. *Annals Of Internal Medicine*, 128, 118-126.

Smorti, A. (1994). Il pensiero narrativo. Costruzione di storie e sviluppo della conoscenza sociale. Firenze: Giunti.

Soldati, M. G. (2000). Soggettività e storie di vita nella formazione. In R. Cima, L. Moreni & M. G. Soldati, *Dentro le storie. Educazione e cura con le storie di vita*. Milano: Franco Angeli.

Spaggiari, E. (2007). Il nuovo paziente: un navigatore riflessivo. *Salute e Società*, 1, 1-7.

Spencer, J. (2004). Decline in empathy in medical education: How can we stop the rot?. *Medical Education*, 38(9), 916-918.

Spilker, B. (1996). Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. New York: Lippincott-Raven.

Spinsanti, S. (2004). Il rapporto medico-paziente: Il posto dell'etica. *Salute e Società*, 1, 51-68.

Starfield, B., Wray, C., Hess, K. (1981). The influence of patient-practitioner agreement on outcomes of care. *American Journal Of Public Health*, 17, 127-132.

Steca, P., & Caprara, M. (2006). Prosocialità e benessere individuale nell'arco della vita. In G. V. Caprara, & S. Bonino (A cura di), *Il comportamento prosociale. Aspetti individuali, familiari e sociali* (pp. 209-223). Trento: Erickson.

Stein, E. (1986). *L'empatia*. Milano: Franco Angeli.

Stewart, M. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal*, 152, 1423-1433.

Stewart, M. A. (1984). What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Social Science And Medicine*, 2, 167-175.

Stewart, M. A., McWhinney, I. R., & Buck, C. W. (1979). The doctor-patient relationship and its effect upon outcome. *Journal Of The Royal College Of General Practitioners*, 29, 77-82.

Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal Of Family Practice*, 49(9), 796-804.

Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (A cura di) (1995). *Patient-centred medicine: Transforming the clinical method*. London: Sage Publications.

Stewart, M., Brown, J., Levenstein, J., McCracken, E., & McWhinney, I. R. (1986). The patient-centered clinical method. 3. Changes in residents' performance over two months of training. *Family Practice*, 3, 164-167.

Stiles, W. B. (1978). Verbal response modes and dimensions of interpersonal roles: A method of discourse analysis. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 36(7), 693-703.

Stillman, P. L., Sabers, D. L., & Redfield, D. L. (1976). Use of paraprofessionals to teach interviewing skills. *Pediatrics*, 57(5), 769-774.

Stoeckle, J. D., & Billings, J. A. (1987). A history of history taking, the medical interview. *Journal Of General Internal Medicine*, 2, 119-127.

Stotland, E. (1969). Exploratory studies in empathy. In L. Berkowitz (A cura di), *Advances in experimental social psychology* (pp. 271-314). New York: Academic Press.

Strayer, J. (1987). Affective and cognitive perspectives on empathy. In N. Eisenberg & J. Strayer (A cura di), *Empathy and its development* (pp. 218-244). New York: Cambridge University Press.

Strepparava, M. G., Corrias, D., & Tagliabue, L. (2012). Le emozioni nella formazione del medico. In G. Rezzonico & I. De Marco (A cura di), *Lavorare con le emozioni nell'approccio costruttivista* (pp. 173-204). Torino: Bollati Boringhieri.

Stuart, S., & Noyes, R. (1999). Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics*, 40(1), 34-43.

Suchman, A. L., & Matthews, D. A. (1988). What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connective dimension of medical care. *Annals Of Internal Medicine*, 108, 125-130.

Suchman, A. L., Roter, D., Green, M., & Lipkin, M. (1993). Physician satisfaction with primary care office visits. Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient. *Medical Care*, 31, 1083-1092.

Svelto, V. (2011). L'ammissione ai Corsi di Laurea a numero programmato dell'area sanitaria. *Medicina e Chirurgia*, 52, 2276-2279.

Sweeney, B. (2004). Postcard 7... Is art the finest teacher? Fine art and medicine. *The British Journal Of General Practice*, 54(498), 70-71.

Szasz, T. S., & Hollender, M. H. (1976). The basic models of the doctor-patient relationship. *Archives Of Internal Medicine*, 97, 585-589.

Tambone, V. (2013). Medical humanities e formazione del medico. *MEDIC*, 21(1), 25-24.

Tanner, C. A. (1990). Caring as a value in nursing education. *Nursing Outlook*, 38(2), 70-72.

Tarca, L. V. (2014). Comunicazione e verità. La cura dei mortali nell'età della tecnica. In L. Candiotti & L. V. Tarca (A cura di), *Comunicare in medicina. L'arte della relazione* (pp. 53-89). Milano-Udine: MIMESIS EDIZIONI.

Tartas, M., Walkiewicz, M., Majkovicz, M., & Budzinski, W. (2011). Psychological factors determining success in a medical career: A 10-year longitudinal study. *Medical Teacher*, 33(3), e163-e172.

Tatarelli, R., De Pisa, E., & Girardi, P. (2002). Curare con il paziente. Metodologia del rapporto medico-paziente. Milano: Franco Angeli.

Tavakol, S., Dennick, R., & Tavakol, M. (2011a). Empathy in UK medical students: Differences by gender, medical year and specialty interest. *Education For Primary Care, 22*(5), 297-303.

Tavakol, S., Dennick, R., & Tavakol, M. (2011b). Psychometric properties and confirmatory factor analysis of the Jefferson Scale of Physician Empathy. *BMC Medical Education, 11*, 54.

Terzani, T. (2004). *Un altro giro di giostra. Viaggio nel male e nel bene del nostro tempo*. Milano: Longanesi.

Thomas, M. R., Dyrbye, L. N., Huntington, J. L., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2007). How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *Journal Of General Internal Medicine, 22*(2), 177-183.

Titchner, E. (1909). *Experimental psychology of the thought processes*. New York: McMillan.

Tolstoj, L. (1996). La morte di Ivan Il'ič. In L. Tolstoj, *La morte di Ivan Il'ič – Tre morti e altri racconti* (pp. 50-52). Milano: Adelphi.

Tomasello, M. (1999). *The cultural origins of human cognition*. Cambridge (MA): Harvard University Press.

Tomasello, M. (2009). *Le origini della comunicazione umana*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Tomei, G. (2007). La Comunicazione e la relazione con il malato: quale formazione nelle Facoltà mediche italiane?. *Medicina e Chirurgia, 40-41*, 1670-1675.

Torsoli, A., Cascino, A., Familiari, G., Gallo, P., Gazzaniga, P., Rinaldi, C., Della Rocca, C., Renda, P., Serra, P., & Frati, L. (2000). Educazione medica come sperimentazione. Un'ipotesi di curriculum integrato pre-laurea. *MEDIC, 8*, 204-210.

Trapnell, P. D., & Wiggins, J. S. (1990). Extension of the Interpersonal Adjective Scales to Include the Big Five dimensions of personality. *Journal Of Personality And Social Psychology, 59*, 781-790.

Troisi, A. (2012). Introduzione. In F. Benedetti, *Il cervello del paziente. Le neuroscienze della relazione medico-paziente* (pp. XI-XIV). Roma: Giovanni Fioriti Editore.

Trombini, G., & Chattat, R. (2002). Educare alla relazione in medicina. *MEDIC, 10*(3), 128-132.

Trucchia, S. M., Lucchese, M. S., Enders, J. E., & Fernández, A. R. (2013). Relationship between academic performance, psychological well-being, and coping strategies in medical students. *Revista De La Facultad De Ciencias Médicas, 70*(3), 144-152.

Tucci, A. (2010). Il potere delle storie. *Salute e Società, 2*, 213-216.

Tuckett, D., Boulton, M., Olson, C., & Williams, A. (1985). *Meeting between experts. An approach to sharing ideas in medical consultation*. London: Tavistock.

Tupes, E. C., & Christal, R. E. (1961). Recurrent personality factors based on trait ratings. *Journal Of Personality, 60*, 225-251.

- Tutton, P. J. (1996). Psychometric test results associated with high achievement in basic science components of a medical curriculum. *Academic Medicine*, 71(2), 181-186.
- Tutton, P., & Price, M. (2002). Selection of medical students. Affirmative action goes beyond the selection process. *British Medical Journal*, 324, 1170-1171.
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185, 1124-1131.
- Uhlmann, R. F., Inui, T. S., & Carter, W. B. (1984). Patient requests and expectations. *Medical Care*, 22, 681-685.
- Unger, L. S., & Thumhuri, L. K. (1997). Trait empathy and continuous helping: The case of voluntarism. *Journal Of Social Behavior And Personality*, 12(3), 785-800.
- Urlings-Strop, L. C., Stijnen, T., Themmen, A. P. N., & Splinter, T. A. V. (2009). Selection of medical students: A controlled experiment. *Medical Education*, 43, 175-183.
- Urry, H. L., Nitschke, J. B., Dolski, I., Jackson, D. C., Dalton, K. M., Mueller, C. J., Rosenkranz, M. A., Ryff, C. D., Singer, B. H., & Davidson, R. J. (2004). Making a life worth living: Neural correlates of well-being. *Psychological Science*, 15(6), 367-372.
- Vacha-Haase, T., & Thompson, B. (2004). How to estimate and interpret various effect sizes. *Journal Of Counseling Psychology*, 51, 473-481.
- Vaillant, G. E., Sobowale, N. C., & McArthur, C. (1972). Some psychologic vulnerabilities of physicians. *New England Journal Of Medicine*, 287, 372-375.
- 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. (2001). Teaching and assessing communication skills in Maastricht: The first twenty years. *Medical Teacher*, 23, 245-251.
- Van Ijzendoorn, M. H. (1992). Intergenerational transmission of parenting: A review of studies in nonclinical populations. *Developmental Review*, 12, 76-99.
- Van Thiel, J., Kraan, H. F., & Van der Vleuten, C. P. M. (1991). Reliability and feasibility of measuring medical interviewing skills: The revised Maastricht History-Taking and Advice Checklist. *Medical Education*, 25(3), 224-229.
- Vanderford, M. L., Stein, T., Sheeler, R., & Skochelak, S. (2001). Communication challenges for experienced clinicians: Topics for an advanced communication curriculum. *Health Communication*, 13(3), 261-284.
- Vegetti, M. (1992). La medicina delle origini. Cos, Cnido e oltre. *Medicina Democratica*, 85, 13.
- Verghese, A. (2001). The physician as storyteller. *Annals Of Internal Medicine*, 135(11), 1012-1017.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: Three decades of research. A comprehensive review. *Journal Of Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 26(5), 331-342.
- Vettore, L. (2005). Si possono apprendere e insegnare le Medical Humanities?. *Medicina e Chirurgia*, 27, 1016-1021.

Vettore, L. (2014). Medicina narrativa e counselling. Strumenti di educazione alla medicina partecipativa per il miglioramento della relazione tra medico e paziente. *Medicina e Chirurgia*, 64, 2874-2880.

Vettore, L., & Gaddi, A. (2011). Definire il core curriculum. In P. Gallo (A cura di), *Insegnare nei corsi di laurea in medicina e odontoiatria* (pp. 63-81). Torino: Espress Edizioni.

Vettore, L., & Parizzi, F. (2006). Medicina narrativa. *Medicina e Chirurgia*, 34, 1348-1356.

Viafora, C. (2006). Bioetica e formazione medica: Premesse teoriche ed esperienze didattiche. In A. Bompiani (A cura di), *Formare un buon medico. Prospettive a confronto* (pp. 155-177). Milano: Franco Angeli.

Vigorelli, P. E., & Vigorelli, L. (1985). Alleanza terapeutica tra medico e paziente. Milano: Ghedini Editore.

Vimercati, G. (1973). La relazione medico-malato. *Chronica Dermatologica*, 4(5), 745-753.

Virzì, A. (2007). La relazione medico-paziente. Come riumanizzare il rapporto: un manuale introduttivo. Milano: Franco Angeli.

Visioli, O. (A cura di) (1994). La medicina contemporanea fra scienze della natura e scienze umane. Milano: Cortina.

Vogeley, K., Bussfeld, P., Newen, A., Herrmann, S., Happé, F., Falkai, P., Maier, W., Shah, N. J., Fink, G. R., & Zilles, K. (2001). Mind reading: Neural mechanisms of theory of mind and self-perspective. *Neuroimage*, 14(1 Pt 1), 170-181.

Vygotskij, L. (1990). Pensiero e linguaggio. Ricerche psicologiche. Roma-Bari: Laterza.

Wade, J. C. (1955). The patient/physician relationship: One doctor's view. *Health Affairs*, 14, 209-212.

Wager, T. D., Davidson, M. L., Hughes, B. L., Lindquist, M. A., & Ochsner, K. N. (2008). Prefrontal-subcortical pathways mediating successful emotion regulation. *Neuron*, 59, 1037-1050.

Walker, L. G. (1996). Communication skills: When, not If, to Teach. *European Journal Of Cancer*, 32A(9), 1457-1459.

Ward, J., Schaal, M., Sullivan, J., Bowen, M. E., Erdmann, J. B., & Hojat, M. (2009). Reliability and validity of the Jefferson Scale of Empathy in undergraduate nursing students. *Journal Of Nursing Measurement*, 17(1), 73-88.

Watson, W. H. (1975). The meanings of touch: Geriatric nursing. *Journal Of Communication*, 25(3), 104-112.

Wear, D. (1998). On white coats and professional development: The formal and the hidden curriculum. *Annals Of Internal Medicine*, 129, 734-737.

Weiner, N. (1961). Cybernetics. Cambridge, MA: MIT Press.

Weston, W. W., & Brown, J. B. (1995). Overview of the patient centred clinical method. In M. Stewart, J. B. Brown, W. W. Weston, I. R. McWhinney, C. L. McWilliam &

T. R. Freeman (A cura di), *Patient centred medicine: Transforming the clinical method* (pp. 21-30). London: Sage Publications.

WFME (2000). Task force on defining international standards in basic medical education. *Medical Education*, 34, 665-675.

Whitcher, S. J., & Fisher, J. D. (1979). Multidimensional reaction to therapeutic touch in a hospital setting. *Journal Of Personality & Social Psychology*, 37(1), 87-96.

WHO (1998). The World Health Report 1998. Life with 21st century, a vision for all. Ginevra.

Widiger, T. A (1993). The DSM-III-R categorical personality disorder diagnoses: A critique and an alternative. *Psychological Inquiry*, 4, 75-90.

Wiggins, J. S. (1979). A psychological taxonomy of trait-descriptive terms: The interpersonal domain. *Journal Of Personality and Social Psychology*, 37, 395-412.

Wiggins, J. S. (1996). The five-factor model of personality: Theoretical perspectives. New York: Guilford.

Wilkinson, S. R. (2003). Coping and complaining. Attachment and the language of disease. New York: Brunner-Routledge.

Wilkinson, T. J., Gower, S., & Sainsbury, R. (2002). The earlier, the better: The effect of early community contact on the attitudes of medical students to older people. *Medical Education*, 36(6), 540-542.

Williams, R., & Dazzi, N. (2006). Il concetto di empatia tra clinica e ricerca empirica. In: N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli (A cura di), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti* (pp. 389-435). Milano: Raffaello Cortina Editore.

Williams, S., Weinman, J., & Dale, J. (1998). Doctor-patient communication and patient satisfaction, a review. *Family Practice*, 15, 480-492.

Wispé, L. (1987). History of the concept of empathy. In N. Eisenberg & J. Strayer (A cura di), *Empathy and its development* (pp. 17-37). New York: Cambridge University Press.

Wittgenstein, L. (1985). *Tractatus logico-philosophicus*. Torino: Einaudi.

Wolf, S. (1950). Effects of suggestion and conditioning on the action of chemical agents in human subjects; the pharmacology of placebos. *Journal Of Clinical Investigation*, 29(1), 100-109.

Woloschuk, W., Harasym, P. H., & Temple, W. (2004). Attitude change during medical school: A cohort study. *Medical Education*, 38(5), 522-534.

Woods, S. L. (2012). La formazione dei professionisti della salute nei protocolli basati sulla mindfulness: Il cuore dell'insegnamento. In F. Didonna (A cura di), *Manuale clinico di mindfulness* (pp. 629-644). Milano: Franco Angeli.

Wulff, H., Pedersen, S. A., & Rosenberg, R. (1995). *Filosofia della medicina*. Milano: Cortina.

Yang, K. S., & Bond, M. H. (1990). Exploring implicit personality theories with indigenous or imported constructs: The Chinese case. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 58, 1087-1095.

- Yarnold, P. R., Bryant, F. B., Nightingale, S. D., & Martin, G. J. (1996). Assessing physician empathy using the Interpersonal Reactivity Index: A measurement model and cross-sectional analysis. *Psychology, Health & Medicine, 1*(2), 207-221.
- Young, A. (2006). Antropologie della "illness" e della "sickness". In I. Quaranta (A cura di), *Antropologia medica* (pp. 107-136). Milano: Raffaello Cortina.
- Young, M. G. (1965). The human touch: Who needs it? In J. Stewart (A cura di), *Bridges not walls: A book about interpersonal communication*. Massachusetts: Addison-Wesley Publ. Co. Inc.
- Zani, B. (1993). La comunicazione medico-paziente. In B. Zani, P. Selleri, D. David (A cura di), *La comunicazione. Modelli teorici e contesti sociali*. Roma: Carocci.
- Zannini, L. (1997). Il sapere medico. In G. Bertolini & R. Massa (A cura di), *Clinica della formazione medica* (pp. 148-185). Milano: Franco Angeli.
- Zannini, L. (2001). Salute, malattia e cura Teorie e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sociosanitari. Milano: Franco Angeli.
- Zannini, L. (2004). Narrazione e medical humanities. *Tutor, 3-4*, 209-215.
- Zannini, L. (2008). Medical humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura. Milano: Raffaello Cortina.
- Zannini, L. (2014). Formare i professionisti della cura alle competenze narrative: oltre la "ricetta" delle medical humanities. In M. Catiglioni (A cura di), *Narrazione e cura* (pp. 155-175). Milano-Udine: Mimesis Edizioni.
- Zannini, L., Randon, G., & Saiani, L. (2011). Il curriculum nascosto nella formazione infermieristica. *Medicina e Chirurgia, 52*, 2292-2296.
- Zhan-Waxler, C., Radke-Yarrow, M., & King, R. A. (1979). Child rearing and children's prosocial initiations toward victims of distress. *Child Development, 50*, 319-330.
- Zimmermann, C. (1996). L'intervista medica e la comunicazione medico-paziente. In D. Goldberg, S. Benjamin & F. Creed (A cura di), *Psichiatria nella pratica medica*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Zina Vignotto, F. (2006). Il rapporto medico-paziente nel passato. In P. M. Furlan (A cura di), *I nuovi luoghi delle cure. Comprendere, innovare, costruire, gestire. Vol. 1: Salute e società* (pp. 164-174). Torino: Celid.
- Zolnierek, K. B., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care, 47*(8), 826-834.

ALLEGATO 1: Questionari

CONSENSO INFORMATO

Variabili individuali nella selezione e accesso ai Corsi di Studio in Medicina e Chirurgia

Caro studente,

i questionari che ti invitiamo a compilare sono gli strumenti di un progetto di ricerca coordinato dalla Conferenza permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia a cui partecipa anche il Presidente del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Ateneo Milano-Bicocca. La Conferenza dei Presidenti è un organismo universitario composto da tutti i presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia italiani che si riunisce regolarmente e attua in modo coordinato diverse iniziative che hanno la funzione di rendere omogenea la formazione del medico su tutto il territorio nazionale e controllarne la buona qualità, per poter formare medici competenti e capaci da tutti i punti di vista.

Questo progetto sull'accesso a medicina nasce dalla considerazione che la formazione medica ha, a tutti i livelli, forti connotazioni psicologiche, relazionali e sociali. L'attuale sistema italiano di selezione dei candidati da ammettere ai corsi di studio in Medicina e Chirurgia si basa, però, su una prova esclusivamente "cognitiva", che non tiene conto di quelle caratteristiche "non cognitive", come gli interessi e le inclinazioni individuali, che potrebbero, invece, avere un ruolo fondamentale nella formazione di un medico capace di curare ma anche di "prendersi cura" dei suoi pazienti. Proprio per questi motivi, molte sedi universitarie, a livello internazionale, già utilizzano test psicoattitudinali e colloqui, in aggiunta ai test che valutano le abilità cognitive dei candidati.

All'interno della conferenza, il gruppo di lavoro "Accesso a Medicina" sta cercando di trovare ulteriori possibili criteri che possano contribuire ad una più accurata selezione dei candidati. Per individuare questi criteri è però necessario uno studio preliminare (uno studio pilota) che consiste nel seguire una coorte di studenti dall'inizio del loro percorso formativo, al momento del test di ammissione, fino al momento della laurea e dell'accesso alle specialità, monitorando i cambiamenti e le caratteristiche individuali che consentono di fronteggiare al meglio i diversi momenti di difficoltà e di stress che si possono presentare nel corso degli studi medici. A questo progetto partecipano due università del nord Italia (Torino e Milano-Bicocca) due del centro (Roma e Chieti) e due del sud (Palermo e Foggia).

In quanto studente iscritto alla Bicocca, verrai in diversi momenti negli anni successivi invitato/a a partecipare alle diverse iniziative legate al progetto, che consistono sia nella compilazione di altri questionari, sia in diversi e brevi colloqui con le persone che seguono questa iniziativa. Per questo motivo è necessario che i questionari non siano anonimi, perché sarà importante vedere se e come cambiano alcuni aspetti legati alla scelta della professione, come – ad esempio – le motivazioni a fare Medicina, quali sono le criticità e le difficoltà nelle tappe formative, come cambiano le aspettative sulla professione stessa nel corso del tempo, ecc.

I dati raccolti nei diversi momenti del progetto serviranno a rendere migliori i criteri di selezione negli anni a venire e saranno di grande importanza per il processo di selezione dei futuri studenti di medicina.

Sei quindi libero di accettare o rifiutare di partecipare a questa prima fase del progetto, compilando o meno i questionari che seguono. Puoi interrompere la compilazione in qualsiasi momento e ritirare il consenso alla partecipazione in qualsiasi momento. Potrai ritirarti dal progetto in qualsiasi momento in modo totalmente libero e senza alcuna conseguenza.

Per ogni necessità è attivo un indirizzo di riferimento a cui è possibile scrivere per qualsiasi chiarimento: progetto.medicina@unimib.it e mariagrazia.strepparava@unimib.it

Ti chiediamo quindi:

1. Accetti di partecipare a questa prima fase del progetto e compilare i questionari delle pagine seguenti?

non accetto accetto

NOME E COGNOME _____

FIRMA _____

2. Accetti di partecipare al progetto anche negli anni successivi? (il consenso potrà essere ritirato in qualsiasi momento)

non accetto accetto

NOME E COGNOME _____

FIRMA _____

Come referenti locali del progetto e a nome di tutto il gruppo di lavoro "Accesso a Medicina" e della Conferenza permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia ti auguriamo buon lavoro e ti ringraziamo per il supporto a questa importante iniziativa.

Un cordiale saluto.

Prof. Vittorio Locatelli (Presidente Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia)

Prof.ssa Maria Grazia Strepparava (Commissione Orientamento)

Modulo trattamento dati personali per la ricerca

Variabili individuali nella selezione e accesso ai Corsi di Studio in Medicina e Chirurgia

Informativa

Gentile Partecipante,

ai sensi del D.Lgs. 196/2003, sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il trattamento delle informazioni che La riguardano, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

In particolare, i dati idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato che le chiediamo mediante questo modulo.

Ai sensi dell'articolo 13 del predetto decreto, Le forniamo quindi le seguenti informazioni:

1. I dati sensibili da Lei forniti verranno trattati solo per scopi di studio e ricerca e non verranno comunicati o diffusi altrove.
2. L'identificazione attraverso il nome e cognome e numero di matricola sarà in chiaro solo fino al termine del progetto e verrà custodita dai ricercatori in una sede separata e sicura, presso il Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università di Milano-Bicocca.
3. Il conferimento dei dati è facoltativo e l'eventuale rifiuto a fornire tali dati potrebbe comportare solo l'interruzione della sua partecipazione allo studio.
4. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del responsabile del progetto di ricerca, ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs.196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente qui di seguito:

Decreto Legislativo n.196/2003, Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:

- a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Le richieste vanno rivolte a Maria Grazia Strepparava all'indirizzo e-mail mariagrazia.strepparava@unimib.it o all'indirizzo progetto.medicina@unimib.it.

Consenso per il trattamento di dati sensibili

NOME E COGNOME _____

FIRMA _____

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art.4 comma 1 lett. d), nonché art.26 del D.lgs.196/2003, vale a dire i dati "idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale": presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento dello studio.

INFORMAZIONI SOCIO-DEMOGRAFICHE

Cognome: _____ Nome: _____ Matricola: _____

E-mail: _____ Cell: _____ Nazionalità: _____

Sede del Corso di Laurea: _____ Età: _____ Sesso: (1) M (2) F

Diploma di Maturità posseduto:

- (1) Liceo Classico
- (2) Liceo Scientifico
- (3) Liceo Artistico
- (4) Liceo Linguistico
- (5) Centri di Formazione Professionale
- (6) Istituto Tecnico Industriale
- (7) Istituto Tecnico per Geometri
- (8) Istituto Tecnico Commerciale
- (9) Istituto Professionale
- (10) Istituto Magistrale/Liceo Socio-Psicopedagogico
- (11) Altro (specificare) _____

Voto di maturità: ____/100 o ____/60 Anno del diploma di maturità: _____

Altre esperienze formative universitarie prima del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia?

(1) Sì (2) No se "Sì", in che Facoltà? _____

Hai sostenuto la prova di ingresso al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia anche in anni passati ?

(1) Sì (2) No se "Sì", quante volte ? _____

Attualmente lavori?

- (1) No
- (2) Studio e lavoro con prevalenza dello studio
- (3) Studio e lavoro con prevalenza del lavoro

Qual è il tuo Stato civile?

- (1) Celibe/Nubile
- (2) Convivente
- (3) Sposato
- (4) Separato
- (5) Divorziato

Con chi vivi attualmente?

- (1) con la mia famiglia di origine
- (2) con il mio partner
- (3) con altri ragazzi/ragazze
- (4) da solo/a

Hai figli? NO SÌ se "Sì", Quanti? _____

Come giudichi il tuo reddito familiare?

- (1) Insufficiente
- (2) Sufficiente
- (3) Più che sufficiente
- (4) Ottimo

Età di tuo padre: _____ (9) Deceduto

Età di tua madre: _____ (9) Deceduta

I tuoi genitori (se viventi) sono:

- (1) Sposati
- (2) Separati
- (3) Conviventi
- (4) Divorziati

Hai fratelli/sorelle? No Sì Se Sì, quanti fratelli/sorelle hai? 1 2 3 4+

Quale è il titolo di studio dei tuoi genitori:

	Padre	Madre
(1) Licenza elementare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Media inferiore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Qualifica professionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Scuola Superiore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Laurea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Quale è la professione dei tuoi genitori ?

	Padre	Madre
(1) Imprenditore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Libero professionista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Artigiano, commerciante, altro lav. Autonomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Dirigente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Funzionario, quadro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Insegnante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Impiegato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) Operaio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) Casalinga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) Pensionato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11) Non occupato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12) Medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(13) Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECONDO TE, QUANTO CARATTERIZZANO IL LAVORO DI MEDICO QUESTI ASPETTI LAVORATIVI?

ISTRUZIONI

Per rispondere utilizza la seguente scala di risposta.

	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Del tutto
Valore corrispondente	1	2	3	4	5

1. Rischio per la propria salute	1	2	3	4	5
2. Orari e turni pesanti	1	2	3	4	5
3. Scarsa retribuzione	1	2	3	4	5
4. Lavoro duro e pesante	1	2	3	4	5
5. Coinvolgimento emotivo nella sofferenza dei malati e familiari	1	2	3	4	5
6. Burocratizzazione della professione	1	2	3	4	5
7. Impotenza di fronte alla malattia e alla morte	1	2	3	4	5
8. Aiutare gli altri	1	2	3	4	5
9. Lavoro utile per la società	1	2	3	4	5
10. Lavoro che ti dà una sicurezza economica	1	2	3	4	5

PERCHÉ HAI SCELTO DI STUDIARE PER DIVENTARE MEDICO?

ISTRUZIONI

Per rispondere utilizza la seguente scala di risposta.

	Per nulla	Poco	Abbastanza	Molto	Del tutto
Valore corrispondente	1	2	3	4	5

1. Ho avuto esperienze positive con il mondo sanitario	1	2	3	4	5
2. Mi è stato consigliato da amici e/o parenti	1	2	3	4	5
3. Non sono riuscito/a ad entrare in altri corsi universitari	1	2	3	4	5
4. Per caso o per una coincidenza	1	2	3	4	5
5. Ci tengo agli altri e voglio aiutare e prendermi cura delle persone che hanno bisogno	1	2	3	4	5
6. Voglio acquisire esperienza nel settore della cura	1	2	3	4	5
7. Questo corso di laurea mi darà la possibilità di trovare un buon lavoro subito dopo la laurea	1	2	3	4	5
8. La sede del corso è comoda da raggiungere	1	2	3	4	5
9. Per la varietà di compiti e aree di lavoro del medico	1	2	3	4	5
10. Provengo da un'altra facoltà in cui non mi sono trovato/a bene	1	2	3	4	5
11. Ho avuto esperienze nel volontariato positive	1	2	3	4	5
12. È un corso di laurea meno impegnativo rispetto agli altri	1	2	3	4	5
13. Perché è una professione che mi consentirà di aiutare chi soffre	1	2	3	4	5
14. Con questo lavoro posso rendermi utile	1	2	3	4	5
15. Ho già lavorato o lavoro in ambito sanitario	1	2	3	4	5
16. Una esperienza personale "mi ha segnato"	1	2	3	4	5
17. È quello che ho sempre desiderato fare	1	2	3	4	5
18. Perché è una professione che mi consentirà di stare a diretto contatto con le persone	1	2	3	4	5
19. Perché mi sento portato/a per questo tipo di professione	1	2	3	4	5
20. Non sapevo cosa fare	1	2	3	4	5
21. Ho interesse per le materie sanitarie	1	2	3	4	5
22. Ho dei familiari che lavorano in ambito sanitario	1	2	3	4	5
23. Perché posso seguire il corso con conoscenti/amici	1	2	3	4	5
24. Perché c'è la possibilità di far carriera	1	2	3	4	5

BIG FIVE QUESTIONNAIRE-40 (BFQ-40)

ISTRUZIONI

Per ciascuna delle affermazioni che seguono, valuta il tuo grado di accordo/disaccordo mettendo una crocetta sul numero corrispondente alla tua opinione. Leggi attentamente le affermazioni e cerca di rispondere con la massima spontaneità. Non ci sono risposte giuste o sbagliate.

Grado di accordo	Del tutto in disaccordo	Parzialmente in disaccordo	Né d'accordo né in disaccordo	Parzialmente d'accordo	Del tutto d'accordo
Valore corrispondente	1	2	3	4	5

1. Sono una persona attiva e vigorosa	1	2	3	4	5
2. Capisco quando gli altri hanno bisogno del mio aiuto	1	2	3	4	5
3. Mi piace fare le cose ragionandoci molto sopra	1	2	3	4	5
4. Sono una persona rilassata	1	2	3	4	5
5. Mi tengo sempre informato/a su quello che succede nel mondo	1	2	3	4	5
6. Mi sforzo di primeggiare sugli altri	1	2	3	4	5
7. Ho fiducia nelle intenzioni altrui	1	2	3	4	5
8. Dedico molto tempo alla revisione dei lavori che faccio	1	2	3	4	5
9. Mi capita raramente di essere depresso/a	1	2	3	4	5
10. Mi attraggono i programmi di informazione culturale e/o scientifica	1	2	3	4	5
11. Mi piacerebbe lavorare in un ambiente in cui c'è competizione tra i colleghi	1	2	3	4	5
12. Tendo a comportarmi in maniera cordiale con gli altri	1	2	3	4	5
13. Sono una persona metodica e ordinata	1	2	3	4	5
14. Riesco a dominare gli stati di ansia	1	2	3	4	5
15. Mi sforzo sempre di vedere le cose da angolature differenti	1	2	3	4	5
16. Tendo a sostenere con energia i miei punti di vista	1	2	3	4	5
17. Mi sforzo di essere tollerante con le altre persone	1	2	3	4	5
18. Se devo rispettare una scadenza cerco di applicarmi fino al limite delle mie forze	1	2	3	4	5
19. È difficile che le critiche altrui mi feriscano	1	2	3	4	5
20. Dedico molto tempo alla lettura	1	2	3	4	5
21. Mi piace fare diverse attività allo stesso tempo	1	2	3	4	5
22. Non esito a dare un aiuto a chi ne ha bisogno, anche se si tratta di	1	2	3	4	5

persone che conosco appena					
23. Gli ambienti disordinati mi infastidiscono	1	2	3	4	5
24. In genere mantengo la calma anche in situazioni in cui avrei validi motivi per irritarmi	1	2	3	4	5
25. Mi piace acquisire conoscenze anche in ambiti che non sono strettamente attinenti ai miei interessi di studio e di lavoro	1	2	3	4	5
26. Generalmente riesco a ben argomentare le mie ragioni e a convincere gli altri della loro validità	1	2	3	4	5
27. Mi sforzo sempre di venire incontro alle esigenze altrui	1	2	3	4	5
28. Cerco di organizzare la mia vita in modo sistematico	1	2	3	4	5
29. Solitamente evito di mostrare il mio malumore	1	2	3	4	5
30. Cerco sempre di inquadrare i problemi secondo modi e prospettive diverse	1	2	3	4	5
31. Mi piacciono le situazioni che mettono alla prova le mie capacità	1	2	3	4	5
32. Sono molto sensibile alle difficoltà altrui	1	2	3	4	5
33. Sono molto scrupoloso/a	1	2	3	4	5
34. Il mio umore è piuttosto stabile	1	2	3	4	5
35. Mi interessa conoscere i modi di vita e le usanze di paesi e popoli diversi dal nostro	1	2	3	4	5
36. Metto molta energia nelle cose che faccio	1	2	3	4	5
37. Ritengo che in ogni persona ci sia qualcosa di buono	1	2	3	4	5
38. Difficilmente desisto da un'attività che ho intrapreso	1	2	3	4	5
39. Mi capita raramente di entrare in agitazione per qualcosa	1	2	3	4	5
40. Comprendo le ragioni di chi si comporta in maniera diversa dalla "norma"	1	2	3	4	5

QUESTIONARIO SULL'AUTOEFFICACIA PERCEPITA

ISTRUZIONI

Indica, utilizzando la scala di risposta di sotto riportata, la risposta che maggiormente ti descrive.

Quanto sei capace di...	Per nulla capace	Poco capace	Mediamente capace	Molto capace	Del tutto capace
Valore corrispondente	1	2	3	4	5

1. Impegnarti nello studio quando hai altre cose interessanti da fare	1	2	3	4	5
2. Concentrarti nello studio senza farti distrarre	1	2	3	4	5
3. Sforzarti di studiare quando sei annoiato/a	1	2	3	4	5
4. Finire in tempo i lavori che sono stati assegnati a lezione	1	2	3	4	5
5. Prendere appunti delle spiegazioni dei professori	1	2	3	4	5
6. Organizzarti nello svolgimento delle diverse attività accademiche	1	2	3	4	5
7. Programmare le tue attività accademiche	1	2	3	4	5
8. Assicurarti l'aiuto dei professori quando necessario	1	2	3	4	5
9. Assicurarti l'aiuto di altri studenti quando necessario	1	2	3	4	5
10. Dibattere in pubblico con una persona la cui posizione si scontra con la tua	1	2	3	4	5
11. Dire quello che pensi, anche quando gli altri non sono d'accordo con te	1	2	3	4	5
12. Esporre un'opinione personale su un argomento controverso ad un gruppo di sconosciuti	1	2	3	4	5
13. Opposti se sei trattato in modo ingiusto	1	2	3	4	5
14. Sostenere le tue opinioni in aula anche se gli altri non sono d'accordo	1	2	3	4	5
15. Affrontare una situazione conflittuale senza perdere la calma	1	2	3	4	5
16. Contenere la vergogna dopo avere fatto una gran brutta figura di fronte a molte persone	1	2	3	4	5
17. Controllare l'ansia di fronte ad un problema	1	2	3	4	5
18. Dominare la tensione in situazioni d'emergenza	1	2	3	4	5
19. Evitare di continuare a pensare a cose che ti preoccupano	1	2	3	4	5
20. Mantenere alto il morale di fronte alle difficoltà	1	2	3	4	5
21. Non avviliti troppo quando vieni seriamente criticato/a	1	2	3	4	5
22. Non farti sopraffare dal timore di sbagliare di fronte a prove per te molto importanti	1	2	3	4	5
23. Evitare di preoccuparti quando le cose vanno male	1	2	3	4	5

24. Restare calmo/a nel corso di un esame	1	2	3	4	5
25. Superare l'imbarazzo per aver fatto una "gaffe" con una persona al giudizio della quale tieni molto	1	2	3	4	5
26. Superare la frustrazione se gli altri non ti apprezzano come vorresti	1	2	3	4	5
27. Aiutare nello studio un collega in difficoltà	1	2	3	4	5
28. Capire i sentimenti che gli altri provano per te	1	2	3	4	5
29. Capire quali sono i tuoi sentimenti nei confronti degli altri	1	2	3	4	5
30. Esprimere il tuo affetto ad un amico o ad un'amica cui tieni in modo particolare	1	2	3	4	5
31. Contribuire a creare una buona atmosfera tra gli studenti	1	2	3	4	5
32. Fare amicizia con i ragazzi	1	2	3	4	5
33. Fare amicizia con le ragazze	1	2	3	4	5
34. Lavorare in gruppo	1	2	3	4	5
35. Partecipare alle discussioni che avvengono in aula	1	2	3	4	5
36. Tenere una conferenza di fronte ad un pubblico numeroso	1	2	3	4	5
37. Evitare di commettere trasgressioni anche quando è minimo il rischio di sanzione	1	2	3	4	5
38. Resistere alla tentazione di non andare a lezione se ti senti annoiato/a o scocciato/a	1	2	3	4	5
39. Resistere alle pressioni degli amici a fare cose che rischiano di metterti nei guai	1	2	3	4	5
40. Sottrarti alle insistenze degli amici che ti chiedono di fare cose che ritieni sarebbe meglio evitare	1	2	3	4	5
41. Individuare soluzioni alternative positive di fronte ai problemi	1	2	3	4	5
42. Generare e discutere soluzioni prima di prendere una decisione	1	2	3	4	5
43. Affrontare qualcosa di nuovo senza che qualcuno ti spieghi come procedere	1	2	3	4	5
44. Inventare nuove procedure anziché limitarti a seguire quelle stabilite da altri	1	2	3	4	5
45. Trovare modi diversi per fare le stesse cose	1	2	3	4	5

SYMPTOM CHECKLIST-90-R (SCL-90-R)

ISTRUZIONI

Di seguito vengono descritte sensazioni corporee, emozioni e comportamenti. In base alla tua attuale condizione ed al tuo modo di agire rispondi a ciascuna frase mettendo una X sul quadratino corrispondente. Per valutare l'intensità disponi di 5 valori per ciascuna frase come nello schema che trovi di seguito; scegli quello che ritieni più vicino alla tua condizione attuale. Ricordati che per ciascuna frase puoi dare una sola risposta.

Condizione attuale	Per niente	Poco	Moderatamente	Molto	Moltissimo
Valore corrispondente	0	1	2	3	4

1. Mal di testa	0	1	2	3	4
2. Nervosismo o agitazione interna	0	1	2	3	4
3. Pensieri sgradevoli che si ripetono	0	1	2	3	4
4. Sensazione di svenimento o di vertigine	0	1	2	3	4
5. Perdita dell'interesse o del piacere sessuale	0	1	2	3	4
6. Tendenza a criticare gli altri	0	1	2	3	4
7. Convinzione che qualcun altro possa controllare i miei pensieri	0	1	2	3	4
8. Sensazione che gli altri siano responsabili della maggior parte dei miei problemi	0	1	2	3	4
9. Difficoltà a ricordare le cose	0	1	2	3	4
10. Preoccupazioni per la mia negligenza o trascuratezza	0	1	2	3	4
11. Sentirsi facilmente infastidito o irritato	0	1	2	3	4
12. Dolori al cuore o al petto	0	1	2	3	4
13. Paura degli spazi aperti o delle strade	0	1	2	3	4
14. Sentirsi debole o fiacco	0	1	2	3	4
15. Idee di togliersi la vita	0	1	2	3	4
16. Udire voci che le altre persone non odono	0	1	2	3	4
17. Tremori	0	1	2	3	4
18. Sensazione di non potersi fidare della maggior parte delle persone	0	1	2	3	4
19. Scarso appetito	0	1	2	3	4
20. Facilità al pianto	0	1	2	3	4
21. Sentirsi intimidito o a disagio con l'altro sesso	0	1	2	3	4
22. Sensazione di essere preso in trappola	0	1	2	3	4

23. Paure improvvise senza ragione	0	1	2	3	4
24. Scatti d'ira incontrollabili	0	1	2	3	4
25. Paura di uscire di casa da solo	0	1	2	3	4
26. Attribuirsi la colpa di tutto	0	1	2	3	4
27. Dolori alla bassa schiena	0	1	2	3	4
28. Senso di incapacità a portare a termine le cose	0	1	2	3	4
29. Sentirsi solo	0	1	2	3	4
30. Sentirsi giù di morale	0	1	2	3	4
31. Preoccuparsi eccessivamente per qualsiasi cosa	0	1	2	3	4
32. Mancanza di interesse	0	1	2	3	4
33. Senso di paura	0	1	2	3	4
34. Sentirsi facilmente ferito o offeso	0	1	2	3	4
35. Convinzione che gli altri percepiscano i tuoi pensieri	0	1	2	3	4
36. Sensazione di non trovare comprensione o simpatia	0	1	2	3	4
37. Sensazione che gli altri ti siano ostili o ti abbiano in antipatia	0	1	2	3	4
38. Dover fare le cose molto lentamente	0	1	2	3	4
39. Palpitazioni o sentirsi il cuore in gola	0	1	2	3	4
40. Senso di nausea o mal di stomaco	0	1	2	3	4
41. Sentirsi inferiore agli altri	0	1	2	3	4
42. Dolori muscolari	0	1	2	3	4
43. Sensazione che gli altri ti osservino o parlino di te	0	1	2	3	4
44. Difficoltà ad addormentarsi	0	1	2	3	4
45. Bisogno di controllare ripetutamente ciò che fai	0	1	2	3	4
46. Difficoltà a prendere decisioni	0	1	2	3	4
47. Paura di viaggiare in autobus, in metropolitana o in treno	0	1	2	3	4
48. Sentirsi senza fiato	0	1	2	3	4
49. Vampate di calore o brividi di freddo	0	1	2	3	4
50. Necessità di evitare certi oggetti, luoghi o attività perché ti spaventano	0	1	2	3	4
51. Senso di vuoto mentale	0	1	2	3	4
52. Intorpidimento o formicolio di alcune parti del corpo	0	1	2	3	4
53. Nodo alla gola	0	1	2	3	4
54. Guardare al futuro senza speranza	0	1	2	3	4
55. Difficoltà a concentrarsi	0	1	2	3	4

56. Senso di debolezza in qualche parte del corpo	0	1	2	3	4
57. Sentirsi teso/a o sulle spine	0	1	2	3	4
58. Senso di pesantezza alle braccia o alle gambe	0	1	2	3	4
59. Idee di morte o di morire	0	1	2	3	4
60. Mangiare troppo	0	1	2	3	4
61. Senso di disagio quando la gente ti guarda o parla di te	0	1	2	3	4
62. Avere dei pensieri che non sono tuoi	0	1	2	3	4
63. Sentire l'impulso di colpire, ferire o fare male a qualcuno	0	1	2	3	4
64. Svegliarsi presto al mattino	0	1	2	3	4
65. Avere bisogno di ripetere lo stesso atto come toccare, contare, lavarsi le mani, ecc.	0	1	2	3	4
66. Sonno inquieto o disturbato	0	1	2	3	4
67. Sentire l'impulso di rompere o spaccare oggetti	0	1	2	3	4
68. Avere idee o credenze che gli altri non condividono	0	1	2	3	4
69. Sentirsi penosamente imbarazzato in presenza di altri	0	1	2	3	4
70. Sentirsi a disagio tra la folla come nei negozi, al cinema, ecc.	0	1	2	3	4
71. Sensazione che tutto richieda uno sforzo	0	1	2	3	4
72. Momenti di terrore e di panico	0	1	2	3	4
73. Sentirsi a disagio quando mangi o bevi in presenza di altri	0	1	2	3	4
74. Ingaggiare frequenti discussioni	0	1	2	3	4
75. Sentirsi a disagio quando sei solo	0	1	2	3	4
76. Idea che gli altri non apprezzino nella giusta misura i tuoi successi	0	1	2	3	4
77. Sentirsi solo e triste anche in compagnia	0	1	2	3	4
78. Senso di irrequietezza tanto da non potere stare seduto tranquillo	0	1	2	3	4
79. Sentimenti di inutilità	0	1	2	3	4
80. Presentimento che debba accaderti qualcosa di spiacevole	0	1	2	3	4
81. Urlare o scagliare oggetti	0	1	2	3	4
82. Avere paura di svenire davanti agli altri	0	1	2	3	4
83. Impressione che gli altri possano approfittare di lei, se lei glielo permette	0	1	2	3	4
84. Pensieri sul sesso che ti affliggono	0	1	2	3	4
85. Idea di dover scontare i propri peccati	0	1	2	3	4
86. Pensieri e immagini di natura spaventosa	0	1	2	3	4
87. Pensiero di avere una grave malattia fisica	0	1	2	3	4

88. Non sentirsi mai vicino/a alle altre persone	0	1	2	3	4
89. Sentirsi in colpa	0	1	2	3	4
90. Idea che qualche cosa non vada bene nella tua mente	0	1	2	3	4

JEFFERSON SCALE OF PHYSICIAN EMPATHY – STUDENT VERSION (JSPE-S)

ISTRUZIONI

Leggendo ognuna delle 20 affermazioni sotto riportate, indica per ognuna il tuo grado di accordo facendo una crocetta su una delle caselle della scala che trovi accanto ad ogni domanda.

Grado di accordo	Completamente in disaccordo						Completamente in accordo
Valore corrispondente	1	2	3	4	5	6	7

1. La capacità dei medici di capire lo stato emotivo dei pazienti e dei loro familiari è un fattore irrilevante per il loro trattamento.	1	2	3	4	5	6	7
2. I pazienti si sentono meglio quando i medici riescono a capire il loro stato emotivo.	1	2	3	4	5	6	7
3. È difficile per un medico vedere le cose dal punto di vista dei propri pazienti.	1	2	3	4	5	6	7
4. Nel rapporto con i pazienti la comprensione del “linguaggio” del corpo è importante quanto la comunicazione verbale.	1	2	3	4	5	6	7
5. Un discreto senso dell’umorismo da parte del medico, può contribuire ad ottenere risultati migliori nella terapia del paziente.	1	2	3	4	5	6	7
6. Poiché le persone sono diverse le une dalle altre è quasi impossibile vedere le cose dal punto di vista dei pazienti.	1	2	3	4	5	6	7
7. Durante l’anamnesi non è importante porre attenzione alle emozioni dei pazienti.	1	2	3	4	5	6	7
8. L’attenzione rivolta alle esperienze personali dei pazienti è irrilevante dal punto di vista dell’efficacia del loro trattamento.	1	2	3	4	5	6	7
9. Nell’assistere i pazienti i medici dovrebbero cercare di immaginarsi nei loro panni.	1	2	3	4	5	6	7
10. La capacità del medico di capire gli stati emotivi dei suoi pazienti li fa sentire considerati e compresi e questo, già di per sé, ha un valore terapeutico.	1	2	3	4	5	6	7
11. La malattia del paziente può essere curata solo con trattamenti medici; di conseguenza un legame affettivo con i pazienti non ha alcuna funzione terapeutica significativa.	1	2	3	4	5	6	7
12. Per comprendere i problemi di salute dei pazienti non è importante chiedere loro notizie relative alla propria vita.	1	2	3	4	5	6	7
13. I medici dovrebbero cercare di capire cosa pensano e sentono i loro pazienti anche facendo attenzione alle sue forme di comunicazione non verbale e al linguaggio del corpo.	1	2	3	4	5	6	7
14. Credo che la considerazione dell’aspetto emotivo non abbia alcun ruolo nel trattamento della malattia.	1	2	3	4	5	6	7
15. L’empatia è una capacità terapeutica senza la quale il successo come medico sarebbe limitato.	1	2	3	4	5	6	7

16. Una componente importante nelle relazioni tra medico e i suoi pazienti è la capacità dei medici di comprendere lo stato emotivo del paziente e della sua famiglia.	1	2	3	4	5	6	7
17. Per dare un'assistenza migliore ai propri pazienti i medici dovrebbero cercare di vedere le cose dal loro punto di vista.	1	2	3	4	5	6	7
18. I medici non dovrebbero permettersi di essere coinvolti emotivamente nei rapporti con i loro pazienti e le loro famiglie.	1	2	3	4	5	6	7
19. Non mi piace leggere riviste non mediche e non amo l'arte.	1	2	3	4	5	6	7
20. Credo che l'empatia sia un importante fattore terapeutico nel trattamento medico.	1	2	3	4	5	6	7

PATIENT-PRACTITIONER ORIENTATION SCALE (PPOS)

ISTRUZIONI

Le affermazioni che seguono si riferiscono alle opinioni che le persone possono avere riguardo i medici, i pazienti e l'assistenza medica. Leggi ogni affermazione e metti una crocetta sulla casella che indica quanto concordi o non concordi con ciascuna di esse.

Grado di accordo	Disaccordo Totale	Disaccordo Moderato	Disaccordo Lieve	Accordo Lieve	Accordo Moderato	Accordo Totale
Valore corrispondente	6	5	4	3	2	1

1. È il medico che dovrebbe decidere di cosa parlare durante la visita	1	2	3	4	5	6
2. Il prezzo da pagare per i progressi della medicina è una scarsa attenzione al paziente come persona	1	2	3	4	5	6
3. La parte più importante della visita medica è l'esame fisico	1	2	3	4	5	6
4. Spesso per i pazienti è meglio non ricevere una spiegazione completa della loro condizione medica	1	2	3	4	5	6
5. I pazienti dovrebbero fidarsi della competenza dei loro medici e non credere di capire da soli qualcosa della loro condizione di malattia	1	2	3	4	5	6
6. Quando i medici fanno molte domande sulla vita del paziente si impicciano troppo di questioni personali	1	2	3	4	5	6
7. Se i medici sono davvero bravi nella diagnosi e nella terapia il modo in cui si comportano con il paziente non è importante	1	2	3	4	5	6
8. Molti pazienti continuano a fare domande anche se non hanno altre informazioni da ricevere	1	2	3	4	5	6
9. I pazienti dovrebbero essere trattati come se fossero alleati dei medici, eguali come prestigio e condizione sociale	1	2	3	4	5	6
10. In generale i pazienti vogliono rassicurazione piuttosto che informazioni sulla loro salute	1	2	3	4	5	6
11. Se la sincerità ed il calore umano sono i principali strumenti del medico egli non avrà un gran successo	1	2	3	4	5	6
12. Quando i pazienti non sono d'accordo con il loro medico questo è un segno che egli non si è guadagnato la loro fiducia ed il loro rispetto	1	2	3	4	5	6
13. Un programma di cura non può avere successo se entra in conflitto con lo stile di vita e i valori del paziente	1	2	3	4	5	6
14. Molti pazienti vogliono entrare e uscire dallo studio medico il più in fretta possibile	1	2	3	4	5	6
15. Il paziente deve essere sempre consapevole che le decisioni sulla cura spettano solo al medico	1	2	3	4	5	6
16. Non è importante conoscere la storia e la cultura del paziente per curare la sua malattia	1	2	3	4	5	6
17. L'ironia è un ingrediente importante nella cura del paziente	1	2	3	4	5	6
18. Quando il paziente cerca informazioni mediche per conto suo questo crea confusione più che soluzioni	1	2	3	4	5	6

INTERPERSONAL REACTIVITY INDEX (IRI)

ISTRUZIONI

Le frasi che seguono descrivono pensieri e sentimenti in diverse situazioni. Indica per ogni affermazione quanto essa ti descrive, segnando con una crocetta il numero che corrisponde.

Quanto mi descrive	Non mi descrive bene				Mi descrive molto bene
Valore corrispondente	0	1	2	3	4

1. Sogno a occhi aperti e fantastico, con una certa regolarità, su quello che potrebbe succedermi	0	1	2	3	4
2. Ho spesso pensieri teneri e di coinvolgimento per persone meno fortunate di me	0	1	2	3	4
3. A volte trovo difficile vedere le cose dal punto di vista del prossimo	0	1	2	3	4
4. A volte non mi sento molto dispiaciuto/a per le altre persone quando hanno dei problemi	0	1	2	3	4
5. Mi sento davvero coinvolto/a nelle sensazioni dei personaggi di un romanzo	0	1	2	3	4
6. Nelle situazioni di emergenza mi sento in apprensione e a disagio	0	1	2	3	4
7. Quando guardo un film o sono a teatro di solito sono oggettivo/a e raramente mi lascio coinvolgere del tutto	0	1	2	3	4
8. In un disaccordo, cerco di capire il punto di vista di tutti prima di prendere una decisione	0	1	2	3	4
9. Quando vedo qualcuno che viene sfruttato, mi sento un po' protettivo/a nei suoi confronti	0	1	2	3	4
10. A volte mi sento indifeso/a quando sono in mezzo a una situazione emotiva molto coinvolgente	0	1	2	3	4
11. A volte cerco di capire meglio i miei amici immaginando come appaiono le cose dalla loro prospettiva	0	1	2	3	4
12. Mi accade raramente di essere molto coinvolto/a da un buon libro o da un bel film	0	1	2	3	4
13. Quando vedo qualcuno farsi male, tendo a rimanere calmo/a	0	1	2	3	4
14. Le disgrazie degli altri di solito non mi disturbano un gran che	0	1	2	3	4
15. Se sono sicuro/a di avere ragione su qualcosa non butto via tempo ad ascoltare ragioni di altre persone	0	1	2	3	4
16. Dopo aver visto uno spettacolo o un film, mi sono sentito/a come se fossi uno dei personaggi	0	1	2	3	4
17. Essere in una situazione emotiva di tensione mi spaventa	0	1	2	3	4
18. Quando vedo qualcuno che viene trattato ingiustamente, talvolta mi capita di non provare molta pietà per lui	0	1	2	3	4
19. Di solito sono abbastanza efficiente nell'affrontare le emergenze	0	1	2	3	4

20. Sono spesso davvero colpito/a dalle cose che vedo succedere	0	1	2	3	4
21. Credo che in ogni questione ci siano due punti di vista e cerco di tener conto di entrambi	0	1	2	3	4
22. Mi potrei descrivere come una persona dal cuore tenero	0	1	2	3	4
23. Quando guardo un bel film, posso molto facilmente mettermi nei panni di uno dei protagonisti	0	1	2	3	4
24. Tendo a perdere il controllo durante le emergenze	0	1	2	3	4
25. Quando sono in contrasto con qualcuno, in genere cerco di "mettermi nei suoi panni" per un attimo	0	1	2	3	4
26. Quando sto leggendo una storia o un romanzo, immagino come mi sentirei io se le vicende della storia stessero capitando a me	0	1	2	3	4
27. Quando vedo qualcuno che ha urgente bisogno di aiuto in una situazione di emergenza, crollo	0	1	2	3	4
28. Prima di criticare qualcuno, cerco di immaginare come mi sentirei io se fossi al suo posto	0	1	2	3	4

FIVE FACET MINDFULNESS QUESTIONNAIRE (FFMQ)

ISTRUZIONI

Per favore, assegna un valore a ciascuna delle seguenti affermazioni, utilizzando la scala presentata di seguito. Indica il numero che descrive meglio la tua opinione in merito a ciò che in genere è vero per te.

Quanto è vero per me	Mai o molto raramente vero	Raramente vero	A volte vero	Spesso vero	Molto spesso o sempre vero
Valore corrispondente	1	2	3	4	5

1. Quando cammino, mi rendo deliberatamente conto delle sensazioni del mio corpo in movimento	1	2	3	4	5
2. Sono bravo/a a trovare le parole per descrivere i miei sentimenti	1	2	3	4	5
3. Mi critico perché ho emozioni inappropriate e irrazionali	1	2	3	4	5
4. Percepisco i miei sentimenti e le mie emozioni senza dover necessariamente reagire ad esse	1	2	3	4	5
5. Quando faccio qualche cosa, la mia mente vaga, e mi distraigo facilmente	1	2	3	4	5
6. Quando faccio la doccia o il bagno, sto attento/a alle sensazioni dell'acqua sul mio corpo	1	2	3	4	5
7. Sono in grado di esprimere a parole le mie credenze, opinioni e aspettative	1	2	3	4	5
8. Non metto attenzione in ciò che faccio, perché sto sognando ad occhi aperti, mi sto preoccupando per qualcosa, o sono in altro modo distratto/a	1	2	3	4	5
9. Osservo i miei sentimenti senza perdermi in essi	1	2	3	4	5
10. Mi dico che non dovrei provare le sensazioni che sto provando	1	2	3	4	5
11. Mi accorgo di come cibi e bevande abbiano un effetto sui miei pensieri, sulle mie sensazioni corporee e sulle mie emozioni	1	2	3	4	5
12. Mi riesce difficile trovare le parole per descrivere ciò che sto pensando	1	2	3	4	5
13. Mi distraigo facilmente	1	2	3	4	5
14. Credo che alcuni dei miei pensieri siano anormali, o sbagliati, e che non dovrei pensare in quel modo	1	2	3	4	5
15. Faccio attenzione a sensazioni come il vento fra i capelli, o il sole sul volto	1	2	3	4	5
16. Faccio fatica a pensare alle parole giuste per esprimere quello che penso di una cosa	1	2	3	4	5
17. Giudico se i miei pensieri sono buoni o cattivi	1	2	3	4	5
18. Mi riesce difficile restare concentrato su ciò che sta capitando nel presente	1	2	3	4	5

19. Quando ho pensieri o immagini stressanti, “faccio un passo indietro”, e mi accorgo del pensiero o dell’immagine, senza esserne soverchiato	1	2	3	4	5
20. Faccio attenzione ai suoni, come il ticchettio degli orologi, gli uccelli che cinguettano, o le macchine che passano	1	2	3	4	5
21. In situazioni difficili, sono in grado di fermarmi senza reagire immediatamente	1	2	3	4	5
22. Quando una sensazione si presenta nel mio corpo, mi è difficile descriverla, perché non trovo le parole giuste	1	2	3	4	5
23. Mi sembra di procedere “in automatico”, senza molta consapevolezza di ciò che sto facendo	1	2	3	4	5
24. Quando ho pensieri o immagini stressanti, mi sento calmo/a dopo poco tempo	1	2	3	4	5
25. Mi dico che non dovrei pensare nel modo in cui sto pensando	1	2	3	4	5
26. Mi rendo conto degli odori e degli aromi delle cose	1	2	3	4	5
27. Anche quando mi sento terribilmente turbato, sono in grado di trovare un modo per esprimerlo a parole	1	2	3	4	5
28. Mi affretto a svolgere le attività, senza porvi realmente l’attenzione	1	2	3	4	5
29. Quando ho pensieri o immagini stressanti, sono in grado di rendermi semplicemente conto di essi, senza reagire	1	2	3	4	5
30. Penso che alcune delle mie emozioni siano cattive, o inappropriate, e che non dovrei provarle	1	2	3	4	5
31. Mi accorgo degli elementi visivi nell’arte o nella natura, come colori, forme, trama o l’alternarsi di luci e ombre	1	2	3	4	5
32. La mia tendenza è quella di dar voce alle mie esperienze	1	2	3	4	5
33. Quando ho pensieri o immagini stressanti, semplicemente me ne rendo conto, e li lascio passare	1	2	3	4	5
34. Svolgo lavori o compiti automaticamente, senza avere consapevolezza di ciò che sto facendo	1	2	3	4	5
35. Quando ho pensieri o immagini stressanti, li giudico in termini di giusto o sbagliato, a seconda del contenuto di quel pensiero/immagine	1	2	3	4	5
36. Faccio attenzione a come le mie emozioni influenzano i miei pensieri e il mio comportamento	1	2	3	4	5
37. Normalmente sono in grado di descrivere il modo in cui mi sento in quel momento, con un buon livello di dettaglio	1	2	3	4	5
38. Mi trovo a fare cose senza mettervi attenzione	1	2	3	4	5
39. Mi disapprovo quando ho idee irrazionali	1	2	3	4	5

ALLEGATO 2: Revisione della letteratura

Revisione della letteratura internazionale sulla differenza di genere dei livelli di empatia in ambito sanitario (JSPE; JSPE-HP; JSPE-S)

ANN O	AUTORI	STATO	PARTECIPANT I	MASCHI ($\mu \pm DS$)	FEMMINE ($\mu \pm DS$)	SIG. (ρ VALUE)	EFFECT SIZE (Cohen' s d)
2001	Hojat et al.	USA	193 (♀=78)	115.9±11	119.8±10.5	< .05	.362
2002	Hojat et al.	USA	704 (♀=26%)	119.1±11.8	120.9±12.2	.08	.149
2002	Hojat et al.	USA	371 (♀=173)	119±11	122±10	< .01	.285
2005	Alcorta-Garza et al.	Mexico	1022 (♀=494)	109.08±14.1	111.9±13.9	.002	.143
2005	Austin et al.	UK	153 (♀=103)	79.61±8.62	82.61±7.16	.001	.378
2005	Hojat et al.	USA	422 (♀=207)	111.6±10.4	115.9±8.9	< .01	.444
2005	Sherman & Cramer	USA	130 (♀=45)	115.28±14.17	122.29±12.76	< .01	.519
2006	Kliszcz et al.	Polonia	405 (♀=324)	110.90±12.16	112.59±12.51	.28	.136
2007	Austin et al.	UK	273 (♀=188)	79.98±9.85	82.76±8.00	.016	.309
2007	Chen et al.	USA	658	112.1	116.5	< .001	n.d.
2008	Chen et al.	USA	25 (♀=17)	113.5±11.6	114.3±7.9	n.d.	.08
2009	Di Lillo et al.	Italia	289 (♀=60)	114.5±15.6	117.5±14.6	.17	.198
2009	Hojat et al.	USA	456 (♀=226)	118.2	113	< .05	n.d.
2009	Kataoka et al.	Giappone	378 (♀=103)	103.7±13.2	107±11.1	.02	.27
2009	Ward et al.	USA	333 (♀=284)	107.9±12.3	115±11.1	.004	.606
2009	Lee et al.	Sud Korea	292 (♀=124)	106.8±11.6	109.2±11.0	.072	.212
2010	Boyle et al.	Australia	459 (♀=373)	104.76±12.21	109.78±14.73	.002	.371
2010	Rahimi-Madiseh et al.	Iran	181 (♀=52)	103.7±11.0	105.6±13.7	n.s.	.152
2010	Roh et al.	South Korea	493 (♀=159)	5.1±0.7	5.2±0.6	n.s.	.153
2010	Shariat et al.	Iran	207 (♀=109)	107.87±13.1	112.34±13.74	.018	.332
2011	Berg et al.	USA	248 (♀=123)	106.4±13.3	110.4±11.8	< .05	.318
2011	Brazeau et al.	USA	418	111.14	116.12	< .001	n.d.
2011	Brown et al.	Australia	860 (♀=750)	109.5±15.8	116.4±12.3	< .001	.487
2011	Fields et al.	USA	265 (♀=233)	104.1	112.5	< .001	n.d.
2011	Fjortoft et al.	USA	160 (♀=93)	106.3±13.1	112.8±11.3	< .01	.531
2011	Magalhães et al.	Portogallo	476 (♀=321)	110.32±10.69	112.86±10.81	< .01	.236
2011	McKenna et al.	Australia	52 (♀=52)		109.9±20.9	n.d.	n.d.
2011	Nunes et al.	Trinidad e Tobago	721 (♀=523)	105.37±14.3	110.39±13.02	n.d.	.367
2011	Tavakol et al.	UK	853 (♀=470)	5.35±0.55	5.55±0.46	< .001	.394
2011	Vallabh	Johannesburg, South Africa	158	104±12.1	109±9.8	.013	.454
2012	Costa et al.	Portogallo	77 (♀=53)	106.3±9.8	113.4±10.8	.007	.688
2012	Gönüllü & Öztuna	Turchia	752 (♀=378)	PT=5.4±.97; CC=2.42±1.02	PT=5.64±.88; CC=2.14±.86	< .001	.259; .297
2012	Hsiao et al.	Taiwan	613 (♀=546)	104.22±16.07	108.57±14.30	.021	.285
2012	Kataoka et al.	Giappone	285 (♀=285)	n.d.	110.4±11.9	n.d.	n.d.
2012	McKenna et al.	Australia	106 (♀=92.5%)	n.d.	n.d.	.088	n.d.
2012	Ouzouni & Nakakis	Grecia	279 (♀=239)	-	+	.001	n.d.
2012	Paro et al.	Brasile	299	113.84±12.68; CC=67.89±7.67; POPS=7.92±2.6; PT=38.03±5.43	116.54±12.81; CC=69.80±7.62; POPS=7.78±2.69 ; PT=38.95±6.30	.21	.212
2012	Shariat & Habibi	Iran	1187 (♀=759)	98.94±15.23	102.75±13.94	< .001	.26
2012	Suh et al.	Korea	229 (♀=103)	95.5±12.0	100.3±11.7	< .05	.405
2012	Van Winkle et al.	USA	80 (♀=43)	111.6±11.8	114.5±9.9	n.d.	.266
2012	Ward et al.	USA	214 (♀=179)	109±11.3	115.6±11.7	n.d.	.573
2012	Williams et al.	Australia	783 (♀=449)	103.81	108.69	< .001	n.d.
2012	Wilson et al.	UK	282 (♀=190)	97	103	< .001	n.d.
2012	Zenasni et al.	Francia	308 (♀=150)	CC=46.05	CC=47.63	.015	n.d.
2013	Babar et al.	Malesia	582 (♀=421)	84.97±11.12	83.78±9.24	n.s.	.116
2013	Calabrese et al.	USA	373 (♀=197)	111.9±11.0	117.1±11.4	< .01	.464
2013	Costa et al.	Portogallo	77 (♀=53)	107.4±9.55	109.3±11.61	n.d.	.178
2013	Gonçalves-Pereira et al.	Portogallo	202 (♀=136)	107.79±10.12	110.74±10.50	n.s.	.286
2013	Grossemann et al.	USA	205 (♀=85)	110.8±11.84	113.19±9.97	n.s.	.218
2013	Hasan et al.	Kuwait	264	100.6±18.5	107.1±14.1	.003	.395
2013	Hegazi & Wilson	Australia	404	106	111	< .001	n.d.

2013	Lim et al.	Nuova Zelanda	72 (♀=39)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
2013	Wen et al.	Cina	753 (♀=476)	106.29±13.53	111.53±10.72	< .05	.429
2013	Yang & Yang	Taiwan	110 (♀=33)	110.29±10.17	112.36±10.52	n.d.	.2
2014	Borracci et al.	Argentina	566 (♀=147)	Global Ranking = 275	Global Ranking = 307.9	.017	n.d.
2014	Grosseman et al.	USA	223 (♀=109)	113.3±11.5	116.9±9.5	.05	.341
2014	Khademalhosseini et al.	Iran	260 (♀=140)	59.02±1.32	65.53±1.46	< .001	.677
2014	Leombruni et al.	Italia	257 (♀=143)	106.83±9.10	110.21±11.47	.011	.326
2014	McTighe	USA	717 (♀=383)	109.3±10.4	112.3±11.5	n.d.	.273
2014	Mostafa et al.	Bangladesh	348 (♀=244)	106.72±14.33	111.99±12.97	< .001	.303
2014	Potash et al.	Hong Kong	106 (♀=43)	107.1±11.9	106.7±11.9	n.s.	.033
2014	Schweller et al.	Brasile	123 (♀=140)	114.6	118.1	.003	n.d.
2014	Shashikumar et al.	India	488 (♀=108)	101.89±19.901	106.5±16.164	.012	.254
2014	van Ryn et al.	USA	4732 (♀=2361)	6.22	6.43	< .001	n.d.
2014	Williams et al.	Australia	1111 (♀=907)	105.31±13.47	110.86±11.67	< .001	.44
2014	Yaghmaei et al.	Iran	41 (♀=26)	100.5±15.51	109.4±12.5	.086	.638
2014	Youssef et al.	Trinidad e Tobago	669 (♀=438)	104.3±11.78	106.9±11.59	.001	.222
2015	Berg et al.	USA	577 (♀=287)	109.3	114.9	.003	n.d.
2015	Boss et al.	USA	37 (♀=33)	117.3±14.4	115.7±7.6	n.d.	.139
2015	Díaz-Narváez et al.	Sud America	647	103.43±14.82	106.93±13.62	sig.	.246
2015	Hall et al.	Irlanda	318 (♀=223)	104.96±12.39	106.71±11.54	n.s.	.146
2015	Hamed et al.	Arabia Saudita	163 (♀=100)	TOT=100.1±17.3 ; PT=37.7±7.69; CC=42.2±9.1; POPS=12.5±3.32	TOT=103.7±12.2 ; PT=36.4±6.01; CC=44.9±6.38; POPS=13.7±3.35	CC=.029; POPS=.02 5	.24
2015	Hojat & Gonnella	USA	2637 (♀=1336)	112.3±10.8	116.2±9.7	< .05	.379
2015	Park et al.	Korea	5343 (♀=2056)	105.25±13.37	106.95±11.74	< .001	.135
2015	Soohyun & Eun	Sud Korea	447 (♀=366)	81.5±9.23	80±8.48	n.s.	.169
2015	Ster & Selic	Slovenia	234 (♀=163)	102.7±14	109.47±11.79	.001	.523
2015	Tegge	USA	202 (♀=178)	106±14.49	115±11.59	.001	.68
2015	Williams et al.	Australia	552 (♀=375)	105.36±13.57	110.27±11.62	.001	.388
2015	Williams et al.	Malesia	204 (♀=97)	I anno=110.5; II anno=109.2	I anno=114.0; II anno=108.1	n.d.	n.d.
2016	Park et al.	Korea	317 (♀=103)	92.48±13.9	95.89±12.15	.0034	.26
2016	Tamayo et al.	USA	304	106.1±0.5	112.7±0.9	< .001	.34
2016	Quince et al.	UK	1139 (♀=695)	110.69±11.1	114.76±10.424	n.d.	.378
2016	Santos et al.	Brazil	226 (♀=126)	118.3±10.6	121±9.3	.032	.27
2016	Yuçel & Acar	Turchia	381 (♀=273)	n.d.	n.d.	n.s.	n.d.
2016	Raof & Yassin	Iraq	927	98.6±16.2	102.5±19.9	.023	.215

Note: n.d. = dato non disponibile; n.s. = non significativo

Revisione della letteratura internazionale sulla differenza tra anni accademici dei livelli di empatia in ambito sanitario (JSPE; JSPE-HP; JSPE-S)

ANNO	AUTORE	STATO	PARTE CIPANT I	DISEGNO DI RICERCA	I ANNO ($\mu \pm DS$)	II ANNO ($\mu \pm DS$)	III ANNO ($\mu \pm DS$)	IV ANNO ($\mu \pm DS$)	V ANNO ($\mu \pm DS$)	VI ANNO ($\mu \pm DS$)	SIG. (p VALUE)
2002	Mangione et al.	USA	98 (♀=43%)	CS	117.5±12.4	114±14.3	113.5±10.8	n.d.	n.d.	n.d.	.31
2004	Hojat et al.	USA	125 (♀=61)	L	n.d.	n.d.	123.1±9.9	120.6±13.9	n.d.	n.d.	< .05
2005	Sherman & Cramer	USA	130 (♀=45)	CS	6.2	5.7	5.6	5.8			< .001 (sig. tra l'anno e tutti gli altri)
2007	Austin et al.	UK	273 (♀=188)	L	♂=75.79±11.32; ♀=84.21±7.98	♂=81.91±9.65; ♀=81.72±7.63	n.d.	n.d.	♂=81.46±7.55; ♀=81.91±8.34	n.d.	.034
2007	Chen et al.	USA	658	CS	118.5	118.2	112.7	106.6	n.d.	n.d.	< .001
2009	Hojat et al.	USA	456 (♀=226)	L	115.8	115.7	108.5	110.5	n.d.	n.d.	< .05
2009	Kataoka et al.	Giappone	378 (♀=103)	CS	98.5±15.4	103.8±15.4	105±10.8	102.8±14.4	105.4±13.6	107.8±12.1	.003
2009	Lee et al.	Sud Korea	292 (♀=124)	CS	104.7±12.3	108.6±11.6	109.6±9.9	n.d.	n.d.	n.d.	.004
2010	Bombke et al.	Belgio	85 (♀=52)	L	114.3±9	115.8±10.3	115.7±8.9	108.3±10.7	110.5±11.5	n.d.	n.d.
2010	Boyle et al.	Australia	459 (♀=373)	CS	101.00±28.48	n.d.	119.88±12.61	n.d.	n.d.	n.d.	.025
2010	Chen et al.	USA	322	CS	n.d.	118.63	116.08	n.d.	n.d.	n.d.	< .001
2010	Rahimi-Madiseh et al.	Iran	181 (♀=52)	CS	106.0±13.11	102.0±13.8	106.5±14.2	105.2±11.8	106.0±12.0	n.d.	n.s.
2010	Roh et al.	South Korea	493 (♀=159)	CS	5.1±.6	5.1±.6	5±.6	5.3±.7	n.d.	n.d.	< .05
2011	Magalhães et al.	Portogallo	476 (♀=321)	CS	110.31±10.63	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	118.21±9.1	< .001
2011	McKenney et al.	Australia	52 (♀=52)	CS	101.0±28.5	110.35±11.73	119.9±12.6	n.d.	n.d.	n.d.	.025
2011	Nunes et al.	Trinidad e Tobago	721 (♀=523)	CS	110.81±13.15	107.26±13.74	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
2011	Tavakoli et al.	UK	853 (♀=470)	CS	5.48±.48	5.47±.54	5.47±.51	5.54±.47	5.40±.61	n.d.	.144
2012	Chen et al.	USA	1162 (♀=622)	L	114.58±11.70	116.02±12.42	114.24±13.74	113.29±12.59	n.d.	n.d.	< .05
2012	Costa et al.	Portogallo	77 (♀=53)	L	n.d.	n.d.	111.21±10.8	110±10.85	n.d.	n.d.	.3
2012	Gönüllü & Öztuna	Turchia	752 (♀=378)	CS	2.42±.85	2.05±.93	2.29±1.04	2.37±.96	2.15±1.03	n.d.	< .001
2012	Hong et al.	Korea	334	L	n.d.	n.d.	108.52±9.79	111.34±10.47	n.d.	n.d.	.05
2012	Hsiao et al.	Taiwan	613 (♀=546)	CS	n.d.	105.57±15.91	n.d.	109.22±13.77	n.d.	n.d.	.004

2012	McKenna et al.	Australia	106 (♀=92.5%)	CS	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	.215
2012	Shariat & Habibi	Iran	1187 (♀=759)	CS	105.5±13.2	n.d.	n.d.	99.7±14.6	n.d.	96.8±15.1	<.001
2012	Ward et al.	USA	214 (♀=179)	L	114.6±11.8	112.7±12.1	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	.05
2012	Williams et al.	Australia	783 (♀=449)	CS	106.29±15.4	107.17±14.9	106.71	n.d.	n.d.	n.d.	n.s.
2012	Wilson et al.	UK	282 (♀=190)	L	INFER MIERI=107.9±11.9; FARMA CISTI=100.3±11.8	n.d.	INFER MIERI=101.9±14.2; FARMA CISTI=10.4±10.5	n.d.	n.d.	n.d.	INFER MIERI=.0279; FARMA CISTI=<.001
2013	Babar et al.	Malaysia	582 (♀=421)	CS	84.06±8.93	84.49±9.67	82.94±9.88	86.36±13.35	83.31±8.08	n.d.	n.s.
2013	Costa et al.		77(♀=53)	CS	108.7	111.2	111.2	110.0	n.d.	n.d.	n.s.
2013	Hasan et al.	Kuwait	264	CS	n.d.	100.8±14.9	104.3±15.8	110.9±13.1	105.1±17.8	103.4±17.8	.037
2013	Hegazi & Wilson	Australia	404	CS	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.s.
2013	Lim et al.	Nuova Zelanda	72 (♀=39)	L	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	113.55±10.5	82.52±17.87	<.001
2013	Wen et al.	Cina	753 (♀=476)	CS	107.36±13.35	109.19±11.39	110.50±10.80	112.12±13.55	n.d.	n.d.	<.05
2014	Khademalhosseini et al.	Iran	260 (♀=140)	CS	65.5±0.84				55.5±1.78		.03
2014	McTigue	USA	717 (♀=383)	CS	111.3±9.6	112.4±9.7	108.8±10.9	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
2014	Mostafa et al.	Bangladesh	348 (♀=244)	CS	109.77±15.29	105.02±14.37	109.75±11.39	115.87±10.72	114.63±10.3	n.d.	<.001
2014	Schweiller et al.	Brasile	123 (♀=140)	CS	n.d.	n.d.	n.d.	115.8±8.8	n.d.	117.1±10	n.d.
2014	Shashikumar et al.	India	488 (♀=108)	CS	107.85±20.05	100.52±19.97	102.76±20.01	97.73±16.034	102.68±17.039	n.d.	.002
2014	Williams et al.	Australia	1111 (♀=907)	CS	108.71±12.52	111.01±11.94	110.16±11.59	110.02±13.26	n.d.	n.d.	.086
2014	Youssef et al.	Trinidad e Tobago	669 (♀=438)	CS	108.09±11.25	106.69±11	102.41±12.36	105.34±12.41	104.60±11.71	n.d.	.001
2015	Boss et al.	USA	37 (♀=33)	CS	119.5±6.7	114.3±12.4	112.6±5.2	111.2±7.8	n.d.	n.d.	n.d.
2015	Díaz-Narváez et al.	Sud America	647	CS	105.10	108.81	108.99	107.90	113.66	n.d.	n.s.
2015	Hall et al.	Irlanda	318	CS	103.29±12.07	104.13±12.22	105.52±11.32	110.26±10.93	n.d.	n.d.	n.s.
2015	Park et al.	Korea	5343 (♀=2056)	CS	106.41±12.39	106.77±12.28	105.18±12.59	104.97±14.04	n.d.	n.d.	<.001
2015	Soohyun & Eun	Sud Korea	447	CS	n.d.	80.2±8.21	80.4±9.01	n.d.	n.d.	n.d.	n.s.

2015	Ster & Selic	Slovenia	392 (♀=253)	L	108.17 ±11.5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	107.63 ±12.95	n.s.
2015	Williams et al.	Australia	552 (♀=375)	CS	108.87 ±13.39	110.07 ±11.34	106.01 ±12.94	n.d.	n.d.	n.d.	.007
2015	Williams et al.	Malesia	204 (♀=97)	CS	112.1±10.7	108.8±10.4	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	.038
2016	Park et al.	Korea	317	CS	POS=92.60±12.95; TOS=93.56±13.03	POS=92.92±13.70; TOS=91.88±13.49	POS=96.7±1.60; TOS=91.56±14.66	POS=100.33±13.34; TOS=87.83±13.98	n.d.	n.d.	n.d.
2016	Quince et al.	UK	1139	CS	113.03±10.295			113.03±11.468			n.s.
2016	Yucel & Acar	Turchia	381	CS	108.0	114.0	116.5	108.0	n.d.	n.d.	n.d.
2016	Raof & Yassin	Iraq	927	CS	112.9±20.1	110.5±20.0	101.8±20.0	92.7±16.0	94.7±17.0	93.7±17.0	I-IV=.005

Note: n.d. = dato non disponibile; n.s. = non significativo; L = Longitudinale; CS = Cross-Section

Revisione della letteratura internazionale sulla differenza di genere dei livelli di centratura sul paziente in ambito sanitario (PPOS)

ANNO	AUTORI	STATO	PARTECIPANTI	MASCHI (μ±DS)	FEMMINE (μ±DS)	SIG. (p VALUE)	EFFECT SIZE (Cohen's d)
2000	Krupat et al.	UK	400	TOTAL=4.75; SHARING=4.56; CARING=4.93	TOTAL=4.92; SHARING=4.74; CARING=5.10	< .05	n.d.
2002	Haidet et al.	USA	510 (♀=219)	TOTAL=4.37; SHARING=4.31; CARING=4.43	TOTAL=4.57; SHARING=4.51; CARING=4.62	< .05	n.d.
2006	Shankar et al.	Nepal	175	-	+	n.s.	n.d.
2007	Ribeiro et al.	Brasile	738 (♀=360)	TOTAL=4.4±.39; SHARING=3.82±.58; CARING=5.04±.47	TOTAL=4.72±.42; SHARING=5.26±.43; CARING=5.04±.47	TOTAL= <.001; SHARING= <.001; CARING=.003	.789; 2.82
2005	Tsimtsiou et al.	Grecia	483 (♀=209)	3.84±0.45	3.96±0.45	< .05	.266
2008	Lee et al.	Singapore	228 (♀=92)	TOTAL=4.0±.4; SHARING=3.8±.5; CARING=4.3±.5	TOTAL=4.2±.4; SHARING=4.0±.5; CARING=4.5±.5	< .001	.5; .4; .4
2010	Wahlqvist et al.	Svezia	600 (♀=374)	4.20±.46	4.36±.36	< .001	.387
2013	Abiola et al.	Nigeria	214 (♀=47)	TOTAL=3.97±.60; SHARING=4.23±.73; CARING=3.71±.63	TOTAL=4.04±.43; SHARING=4.36±.57; CARING=3.72±.51	n.s.	.134; .198; .017
2015	Mudiyanse et al.	Sri Lanka	543 (♀=289)	TOTAL=4.4±.6; SHARING=3.9±.7; CARING=4.8±.7	TOTAL=4.4±.5; SHARING=4.0±.7; CARING=4.9±.6	n.s.	0; .142; .153

Note: n.d. = dato non disponibile; n.s. = non significativo

Revisione della letteratura internazionale sulla differenza tra anni accademici dei livelli di centratura sul paziente in ambito sanitario (PPOS)

ANNO	AUTORI	STATO	PARTECIPANTI	DISEGNO DI RICERCA	I ANNO (μ±DS)	II ANNO (μ±DS)	III ANNO (μ±DS)	IV ANNO (μ±DS)	V ANNO (μ±DS)	VI ANNO (μ±DS)	SIG. (p VALUE)
2002	Haidet et al.	USA	510 (♀=219)	CS	4.61	n.d.	4.59	4.46	n.d.	n.d.	.03

2007	Ribeiro et al.	Bra sile	738 (♀=360)	CS	4.57±.43	n.d.	4.60±.41	4.67±.41	4.76±.48	4.77±.44	< .001
2007	Tsimtsi ou et al.	Gre cia	483 (♀=209)	L	n.d.	n.d.	n.d.	TOTAL= 3.96; SHARIN G=3.5; CARING =4.41	n.d.	TOTAL= 3.81; SHARIN G=3.24; CARING =4.38	< .01
2008	Lee et al.	Sin gap ore	228 (♀=92)	L	n.d.	n.d.	TOTAL= 4.10±.42 ; SHARIN G=3.84± .51; CARING =4.35±.4 9	TOTAL= 4.14±.48 ; SHARIN G=3.75± .58; CARING =4.53±.5 5	n.d.	n.d.	< .05

Note: n.d. = dato non disponibile; n.s. = non significativo; L = Longitudinale; CS = Cross-Section

Revisione della letteratura internazionale sulla differenza di genere dei livelli di responsività empatica in ambito sanitario (IRI)

ANNO	AUTORI	STATO	PARTECIPANTI	MASCHI ($\mu \pm DS$)	FEMMINE ($\mu \pm DS$)	SIG. (p VALUE)	EFFECT SIZE (Cohen's d)
1988	Coman et al.	Australia	113	EC=18.76 \pm 4.035 FS=15.2 \pm 6.5 PD=10.96 \pm 4.72 PT=17.265 \pm 4.87	EC=20.35 \pm 3.98 FS=20.63 \pm 5.43 PD=11.99 \pm 5.67 PT=17.78 \pm 4.3	FS < .001	EC= .397 FS= .906 PD= .197 PT= .112
2006	Kluszcz et al.	Polonia	405 (♀=324)	EC=18.72 \pm 3.38 FS=18.23 \pm 4.78 PD=15.82 \pm 3.47 PT=19.62 \pm 3.81	EC=20.82 \pm 3.43 FS=19.36 \pm 10.63 PD=17.53 \pm 3.66 PT=20.45 \pm 3.59	EC < .001; FS= .35; PD < .001; PT= .06	.616; .137; .479; .224
2008	Stratton et al.	USA	64 (♀=29)	PT=4.03 \pm .43; EC=4.14 \pm .47; PD=1.72 \pm .50	PT=4 \pm .47; EC=4.39 \pm .37; PD=2.05 \pm .53	\leq .05 (EC; PD)	.066; .591; .640
2011	Quince et al.	Inghilterra	655 (♀=346)	EC=19.43 \pm 4.02; PT=18.05 \pm 4.21	EC=21.07 \pm 3.76; PT=19.37 \pm 3.98	< .001	.421; .322
2013	Imran et al.	Pakistan	443 (♀=299)	PT=15.3; EC=19.2; PD=13.5	PT=16.2; EC=20.2; PD=15.4	EC=.007; PD=.03	n.d.
2014	Paro et al.	Brasile	1350 (♀=714)	PT=17.47 \pm 5.11; EC=17.54 \pm 4.51; PD=11.46 \pm 3.93	PT=17.83 \pm 4.99; EC=20.45 \pm 4.66; PD=12.91 \pm 4.36	EC < .01; PD < .01	.071; .634; .349
2016	Quince et al.	UK, Nuova Zelanda	1139 (♀=695)	EC=19.71 \pm 4.348; PT=19.025 \pm 4.484	EC=21.875 \pm 3.834; PT=19.285 \pm 4.273	EC=sig.	.528; .059

Note: n.d. = dato non disponibile; n.s. = non significativo

Revisione della letteratura internazionale sulla differenza tra anni accademici dei livelli di responsività empatica in ambito sanitario (IRI)

ANNO	AUTORI	STATO	PARTICIPANTI	DISEGNO DI RICERCA	I ANNO ($\mu \pm DS$)	II ANNO ($\mu \pm DS$)	III ANNO ($\mu \pm DS$)	IV ANNO ($\mu \pm DS$)	V ANNO ($\mu \pm DS$)	VI ANNO ($\mu \pm DS$)	SIG. (p VALUE)
1988	Coman et al.	Australia	113	L	n.d.	n.d.	n.d.	FS=16.7 1 \pm 10.96; PT=17.7 2 \pm 4.02; EC=19.5 3 \pm 4.02; PD=11.9 5 \pm 5.03	n.d.	FS=19.1 3 \pm 6.71; PT=17.3 3 \pm 5.15; EC=19.5 8 \pm 4.0; PD=11 \pm 5.35	n.d.
2005	Bellini et al.	USA	61	L	FS=17.1 \pm 5.5; PT=20.6 \pm 4.3; EC=22.2 \pm 3.5; PD=8.9 \pm 4 .1	FS=17.0 \pm 5.7; PT=19.5 \pm 4.4; EC=20.8 \pm 4.3; PD=10.6 \pm 4.3	FS=16.3 \pm 5.5; PT=19.3 \pm 3.9; EC=20.3 \pm 3.5; PD=8.5 \pm 4.1	FS=16.6 \pm 6.0; PT=18.8 \pm 4.5; EC=20.3 \pm 3.9; PD=8.0 \pm 4.2	n.d.	n.d.	EC=. 05; PD=. 02
2007	Thomas et al.	USA	532 (♀=297)	CS	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.s
2008	Stratton et al.	USA	64 (♀=29)	L	EC=4.25 \pm . 44; PD=1.87 \pm .54	n.d.	EC=3.97 \pm .60; PD=2.13 \pm .65	n.d.	n.d.	n.d.	EC= \leq .001; PD= \leq .01
2011	Quince et al.	Inghilterra	655 (♀=346)	L	EC=20.56 \pm 3.89; PT=18.71 \pm 4.1	EC=19.6 9 \pm 4.29; PT=18.6 2 \pm 4.51	EC=19.8 \pm 3.96; PT=18.9 \pm 4.25	EC=20.5 3 \pm 3.82; PT=18.5 6 \pm 4.2	EC=20.2 8 \pm 3.91; PT=18.7 2 \pm 4.14	EC=20.0 9 \pm 3.8; PT=18.6 3 \pm 4.45	n.s.
2013	Imran et al.	Pakistan	443 (♀=299)	CS	PT=15.7; EC=29.7; PD=14.8	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	PT=15.7 ; EC=29.7 ; 26;	PT=. 90; EC=. 26;

										PD=14.8	PD=.49
2014	Paro et al.	Brasile	1350 (♀=714)	CS	PT=17.48 ±5.11; EC=17.99 ±4.67; PD=12.05 ±3.91	n.d.	PT=17.6 5±5.08; EC=17.5 2±4.35; PD=11.3 0±3.90	n.d.	PT=17.2 5±5.16; EC=17.0 8±4.51; PD=11± 3.92	n.d.	PT=.73; EC=.13; PD=<.02
2016	Quince et al.	UK, Nuova Zeland a	1139 (♀=695)	CS	EC=21±3.961; PT=19.06±4.373	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	EC= 21.06± 4.393; PT= 19.31± 4.362	n.s.

Note: n.d. = dato non disponibile; n.s. = non significativo; L = Longitudinale; CS = Cross-Section