UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO – BICOCCA

Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione "Riccardo Massa"

DOTTORATO DI RICERCA IN

SCIENZE DELLA FORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE

XXIV ciclo

Benessere della persona, salute e comunicazione interculturale

"ARS MEDICA": DIMENSIONI DI PERSONALITA' E PERCEZIONE DELLA PROFESSIONE MEDICA IN STUDENTI DI MEDICINA

Coordinatore: Chiar.ma Prof.ssa Ottavia ALBANESE

Tutor: Chiar.ma Prof.ssa Maria Grazia STREPPARAVA

Candidato:

Deborah CORRIAS

Matricola: 603515

Anno Accademico 2011-2012

Ad Alessandro

RINGRAZIAMENTI

Un ringraziamento speciale va alla prof.ssa Maria Grazia Strepparava che circa dieci anni fa mi ha dato la possibilità di scegliere su quale ambito di ricerca concentrarmi: quell'opportunità mi ha permesso di intraprendere un percorso di crescita professionale e personale.

Ma soprattutto grazie per esserci stata durante questo percorso. Ringrazio il prof Giorgio Rezzonico per essere stato un esempio, per avermi passato il concetto di costruttivismo e non solo attraverso la teoria, ma soprattutto dal suo essere costruttivista.

Grazie a Rossella, Veronica, Federico e Marco che sono stati incredibili colleghi, amici e compagni di viaggio: è stato bello crescere con voi.

Un grazie particolare va ad Alessia, la mia "Ciccia" per avermi passato la canzone di Bebe e non essersi più allontanata, per la condivisione di tutte le emozioni che hanno colorato questi anni, per aver accolto le mie crisi di questi ultimi mesi e per rendere divertente qualsiasi situazione.

Ringrazio tutti i dottorandi, tesisti e tirocinanti che nel corso di questi anni sono passati dall'MHCL e che hanno condiviso con me un pezzo della loro vita.

Grazie a Stefano, per l'aiuto decisivo di questi ultimi mesi.

Ringrazio tutte le persone del Centro Icans, che ho conosciuto solo alla fine di questo lungo percorso, ma che con la loro calda accoglienza hanno reso questo periodo assolutamente più solare.

Grazie alla Nico, per essere come è, per essersi fatta vedere per quello è (tanta roba), per avermi visto per come sono.

Grazie a Stefania, per la condivisione esplicita e implicita di tutti questi anni, perché era con me fin dall'inizio del viaggio, nel lontano luglio del 2004, e perché so che sarà con me in altri momenti fondamentali della mia vita.

Grazie ad Andre e a Lorenz che hanno condiviso con me gli anni del cambiamento e del non cambiamento, ma soprattutto per le risate che solo con voi riesco a fare.

Grazie all'Ila per esserci stata più di chiunque altro quando davvero pensavo di non potercela fare, grazie per la tua amicizia e per il bene che vuoi a Cicciottone.

Grazie alla Nico, alla Chiara e a Lory che sono parte di me, che rappresentano una certezza da quando ero un'adolescente in cerca di se stessa, ad oggi che sono un'adulta che cerca di stare in pace con se stessa.

Grazie a tutta la mia famiglia, ai miei zii e ai miei cugini che rappresentano un'isola felice da sempre, quando stiamo insieme tutto prende colore.

In particolare grazie a mia cugina Betty, che è una sorella e una zia unica.

Grazie alla mia mamma che è sempre stata al mio fianco, che ha sempre accettato le mie decisioni, anche se in disaccordo con le sue, che è da sempre il mio paracadute.

Grazie al mio papà che è sempre stato orgoglioso di me, che mi ha permesso di credere in me stessa sempre e comunque.

Infine i ringraziamenti più speciali vanno ai due uomini che in maniera assolutamente diversa hanno stravolto e dato un senso alla mia vita.

Grazie a Lorenzo che mi ha preso per mano, mi ha insegnato a camminare e poi ha avuto fiducia nelle mie capacità e mi ha lasciato proseguire da sola, ma con la consapevolezza di averlo al mio fianco.

Grazie per essere un eterno insoddisfatto, questo mi permette di non fermarmi a lungo.

Grazie al mio meraviglioso bambino, Alessandro, che negli ultimi 2 anni mi ha permesso di conoscermi meglio di quanto abbia mai fatto qualsiasi altro incontro, per avermi permesso di vedere i miei limiti ma di avermi dato la forza per superarli, per aver reso pieno ogni istante della mia vita, per avermi insegnato che la vita è oggi e non domani.

INDICE

RINGRAZIAMENTI I
INTRODUZIONE 1
INTRODUCTION 5
1. I MODELLI IN MEDICINA 9
1.1 LA MEDICINA TRA PASSATO E PRESENTE 9
1.2 LA MEDICINA *PATIENT CENTRED* 15
1.2.1 Dal modello disease centred al modello patient centred 15
1.2.2 Il colloquio patient centred 19
1.2.3 Vantaggi e limiti del modello patient centred 22
2.LA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE: UN INCONTRO TRA DUE PERSONE 24
2.1 LA CORNICE DI RIFERIMENTO: L'APPROCCIO COSTRUTTIVISTA 24
2.2 UNA POSSIBILE CHIAVE DI LETTURA: LE ORGANIZZAZIONI DI SIGNIFICATO PERSONALE 27
2.2.1 La personalità metodica/analizzatrice 29
2.2.2 La personalità volitiva/controllante 30
2.2.3 La personalità fantasioso/duttile 31
2.2.4 La personalità responsabile/riflessiva 32
2.2.5 Le organizzazioni di personalità nello studio medico 33
2.3 COSA SUCCEDE NELLA RELAZIONE: I SISTEMI MOTIVAZIONALI INTERPERSONALI (SMI) 35
2.4 L'IMPALCATURA DELLA RELAZIONE MEDICO - PAZIENTE: IL CONCETTO DI INTELLIGENZA EMOTIVA 39
3. LA FORMAZIONE IN MEDICINA 49
3.1 BREVE STORIA DELLA FORMAZIONE IN MEDICINA: LA REALTA' ITALIANA 49
3.2 IL *CORE CURRICULUM* 52
3.3 COME INSEGNARE LE COMPETENZE RELAZIONALI 54
3.3.1 Le Medical Humanities (MH) 55
3.3.2 Il role play 57
3.3.3 La discussione in piccoli gruppi 58
3.4 COME VALUTARE LE COMPETENZE RELAZIONALI 59
4. LA RICERCA 62
4.1 IL CONTESTO: LA FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI MILANO BICOCCA 62
4.2 METODI 65

4.2.1 Obiettivi generali 65
4.2.2 Strumenti utilizzati 65
4.2.2.1 The Jefferson Scale of Pysichian Empathy – Empatia 65
4.2.2.2 Patient Practitioner Orientation Scale – Atteggiamento centrato sul paziente 67
4.2.2.3 "Perché hai scelto di fare medicina?"- Motivazione 68
4.2.3 Metodi di raccolta dati 68
4.3 PRIMO STUDIO (confronto tra due gruppi differenti – II e V anno) 69
4.3.1 Obiettivi 69
4.3.2 Soggetti 70
4.3.3 Procedura di analisi 71
4.3.4 Risultati 73
4.3.4.1 Descrittive per anno di corso – Questionari (JSPE-PPOS) 73
4.3.4.2 Regressione multipla lineare per anno di corso- Questionari (JSPE-PPOS) 73
4.3.4.3 Descrittive per anno di corso – Domanda aperta ("Perché hai scelto di fare medicina?") 74
4.3.4.4 Chi quadrato per anno di corso – Domanda aperta ("Perché hai scelto di fare medicina?") 75
4.3.4.5 Descrittive per genere – Questionari (JSPE-PPOS) 76
4.3.4.6 Confronto medie per genere – Questionari (JSPE-PPOS) 77
4.3.4.7 Regressione multipla lineare per anno di corso – Questionari (JSPE-PPOS) – Maschi 78
4.3.4.8 Regressione multipla lineare per anno di corso – Questionari (JSPE-PPOS)– Femmine 79
4.3.4.9 Chi quadrato per anno di corso – Domanda aperta ("Perché hai scelto di fare medicina?") – Maschi 80
4.3.4.10 Chi quadrato per anno di corso – Domanda aperta ("Perché hai scelto di fare medicina?") – Femmine 81
4.4 SECONDO STUDIO (disegno longitudinale – II e IV anno) 81
4.4.1 Obiettivi 81
4.4.2 Disegno di ricerca 82
4.4.3 Soggetti 82
4.4.4 Procedura di analisi 82
4.4.5 Risultati 83
4.4.5.1 Descrittive per anno di corso – Questionari (JSPE-PPOS) 83
4.4.5.2 Confronto medie per anno di corso – Questionari (JSPE-PPOS) 84
4.4.5.3 Descrittive per anno di corso – Domanda aperta ("Perché hai scelto di fare medicina?") 85

4.4.5.4 Chi quadrato per anno di corso – Domanda aperta ("Perché hai scelto di fare medicina?") 86
4.5 CONFRONTO CON LA LETTERATURA INTERNAZIONALE 86
4.6 DISCUSSIONE 89
CONCLUSIONI 92
BIBLIOGRAFIA 97
ALLEGATO I – PROTOCOLLO DI RICERCA 112
ALLEGATO II – CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE PER LE CATEGORIE "MOTIVAZIONI AL FARE MEDICINA" 120

INTRODUZIONE

Esistono professioni che richiedono in maniera importante sia un'attitudine naturale ad entrare in relazione con l'altro, sia la capacità di usare questa abilità in modo consapevole. Nella *capacità di relazione* si possono far rientrare molti aspetti dell'interazione, che comprendono l'ascolto attivo, la sintonizzazione empatica, la capacità di modulare in modo adeguato all'interlocutore e alla situazione i propri interventi e la distanza interpersonale, ma anche l'attenzione e la sensibilità ai messaggi mediati dalla comunicazione non verbale o l'attribuzione di stati mentali e di intenzioni all'interlocutore, il muoversi con adeguatezza e competenza tra la prospettiva di prima (il riconoscimento dei propri contenuti mentali, emotivi e cognitivi) e di terza persona (l'attribuzione all'altro di contenuti mentali cognitivi ed emotivi). Tradizionalmente e nel pensare comune gli esperti nella gestione degli aspetti relazionali sono psicologi e psicoterapeuti. Non a caso, infatti, una parte della formazione nei training di psicoterapia è dedicata alla messa a fuoco dei propri e altrui meccanismi cognitivi ed emotivi, allo sviluppo della capacità e della sensibilità nel comprendere cosa avviene dal punto di vista relazionale durante le interazioni e ai relativi meccanismi e processi di integrazione tra piano del contenuto e piano della relazione (Strepparava, 2006).

In tempi recenti però, l'attenzione nei confronti degli aspetti relazionali e della capacità di usarli consapevolmente e al servizio del proprio agire professionale è diventata importante anche in altri ambiti professionali, tra cui quello delle professioni di "cura" (Ong, Dehaes, Hoos e Lammes, 1995; Mead e Bower, 2000).

A partire dagli anni Cinquanta del secolo scorso, alcuni autori (Balint, 1957; Jaspers, 1953; Engel, 1977), iniziano a muovere delle critiche al modello biomedico, che nel corso dei secoli era divenuto il modello portante della medicina.

Se da una parte tale modello permetteva di ridurre la malattia a un lineare rapporto di causa-effetto consentendo una cura sempre più efficace ed efficiente della malattia (Cosmacini, 1997), dall'altra portava a una parcellizzazione subspecialistica della medicina, dove il medico diventava un semplice *"operaio della salute"* con l'inevitabile distanziamento dal paziente, che non era più visto come portatore di malattia con le sue inevitabili ripercussioni a livello emotivo, personale e sociale, ma veniva identificato con la malattia stessa (Tatarelli, De Pisa e Girardi, 1998).

Ai progressi nel campo della medicina, favoriti dalle scoperte scientifiche e tecnologiche, si affianca un desiderio crescente da parte del paziente di un contatto più stretto con il proprio curante. Tale desiderio di relazione nasce soprattutto dallo spostamento in avanti dell'aspettativa media di vita e dall'aumento di malattie croniche (diabete, ipertensione, ad esempio) che induce a un rapporto ripetuto con il medico (Shorter, 1985).

Viene quindi proposto un nuovo modello di riferimento per la medicina, definito *patient centred*, che trova nell'importanza assunta dalla componente comunicativa e relazionale la vera differenza rispetto al modello precedente (Virzì, 2007).

Passare da un approccio biomedico ad uno biopsicosociale (Engel, 1977), da una medicina centrata sulla malattia ad una centrata sul paziente necessita, come aveva detto Balint (1957), di lavorare sui medici: occorre un cambiamento nella formazione professionale di medici, infermieri e di tutti gli operatori della sanità.

All'interno dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, a partire dalla metà del secolo scorso, cresce così l'attenzione verso la formazione dei medici: l'obiettivo è formare professionisti che non siano solo esperti della malattia, ma che siano attenti ai vissuti, ai desideri, alle aspettative dei pazienti e dei loro familiari e che siano in grado di comunicare con essi in modo efficace.

Particolare attenzione viene posta nell'ambito formativo, all'atteggiamento personale del medico verso la futura professione, attraverso una formazione più basata sulla riflessione verso l'insieme di atteggiamenti, idee, credenze, aspettative circa lo svolgimento del proprio lavoro e circa il ruolo del medico nel rapporto con il paziente, che mira a sviluppare una visione maggiormente allargata del lavoro medico rispetto alla semplice cura della malattia.

All'interno di questo contesto si pongono i filoni di ricerca che cercano di indagare quali dimensioni possano favorire la costruzione di un colloquio centrato sul paziente. L'intelligenza emotiva, la motivazione, l'attitudine al prendersi cura e al condividere sono sicuramente variabili importanti all'interno di un colloquio medico nel momento in cui anche il professionista mette in gioco la propria persona attraverso le emozioni che l'incontro può generare.

All'interno della costruzione della relazione tra medico e paziente entrano in gioco i diversi stili di attribuzione di significato degli attori e in particolare, per quanto riguarda il medico, peculiari rappresentazioni di sé o dell'altro possono favorire, o al contrario

ridurre, la possibilità di stabilire un rapporto funzionale al raggiungimento degli obiettivi condivisi.

Il ruolo attivo del soggetto, all'interno del paradigma costruttivista, evidenzia il rischio da parte del medico di omettere o di accentuare solo le dimensioni del rapporto che sono rilevanti per il mantenimento della propria coerenza escludendo, in maniera inconsapevole, dimensioni critiche sul versante personale. Il risultato è quindi quello di creare una zona d'ombra nella relazione rispetto ad alcune tematiche.

Esiste, quindi, il rischio che l'incontro con il paziente attivi nell'operatore sanitario emozioni e rappresentazioni di sé non facilmente regolabili e quindi disfunzionali.

La possibilità di riflettere su questi aspetti prima di entrare realmente in contatto con la malattia e con tutti i suoi significati sembra essere un fattore protettivo rispetto a questi fenomeni (Feighny, Arnold, Monaco, Munro e Earl, 1998).

Diverse ricerche (Haidet, Dains, Paterniti, Hechtel, Chang, Tseng e Rogers, 2002; Hojat, Mangione, Nasca, Rattner; Erdmann, Gonnella e Magee; 2004; Bellini e Shea, 2005; Chen, Lew, Hershman e Orlander, 2007; Neumann, Friedrich, Tauschel, Fischer, Wirtz, Woopen, Haramati e Scheffer, 2011). hanno rilevato come alcune dimensione fondamentali per la costruzione di una relazione funzionale con il paziente, quali l'empatia e un atteggiamento verso la pratica, tendono a diminuire negli studenti frequentanti le Facoltà Mediche durante il percorso universitario.

Lo sviluppo di un atteggiamento personale verso il lavoro e in particolare verso l'altro è spesso affidato alla pratica durante il periodo di frequenza di tirocinio nei reparti ospedalieri. Si costituisce così nel corso del tempo una sorta di curriculum formativo informale, nascosto, *hidden*, all'interno del quale vengono apprese modalità di comportamento e di gestione relazionale del paziente attraverso l'osservazione diretta di medici esperti, spesso dei Tutori, senza che vi sia la reale possibilità che questa tematica divenga materia di analisi e riflessione approfondita e strutturata (Hafferty, 1998).

Nella ricerca presentata nel corso del seguente lavoro, ci si è posti l'obiettivo di verificare se il cambiamento, rilevato negli studenti di Medicina e Chirurgia di alcune prestigiose Università americane e anglosassoni, è un fenomeno presente anche nella realtà italiana, nello specifico nell'Università degli Studi Milano Bicocca. Si è voluto analizzare se l'esperienza di tirocinio nei reparti ospedalieri, che in questa sede ha inizio a partire dal terzo anno, ha un'influenza sugli studenti di medicina orientandoli verso un

atteggiamento maggiormente paternalistico nei confronti dei pazienti e diminuendo il loro livello di empatia.

Prima di entrare in contattato con i pazienti reali nelle corsie ospedaliere, gli studenti di questo Ateneo, nel primo semestre del secondo anno sono chiamati a riflettere sul ruolo che gli aspetti della comunicazione e della relazione giocano all'interno della consultazione medica e su quanto loro stessi con le loro aspettative, le diverse storie di vita, i diversi stili di personalità influenzano l'andamento del colloquio.

Laddove si rilevasse che l'esperienza in reparto sia messa in relazione con l'erosione di alcune delle dimensioni fondanti la relazione medico-paziente, si potrebbe riflettere sulla necessità di promuovere corsi di formazione rivolti ai Docenti-Tutori per permettere una riflessione condivisa sia sugli aspetti di relazione con i pazienti che con gli studenti e contemporaneamente si potrebbe pensare di proporre anche per gli studenti degli anni più avanzati corsi integrati, mirati all'apprendimento delle competenze comunicative – relazionali.

INTRODUCTION

There are certain professions that require both a natural ease to enter into dialogue and also the capacity to use this ability in a conscious manner. There are many aspects of interaction that make up the *relationship capacity* which include, active listening, empathetic adaption, the ability to adapt adequately the intervention and the inter-personal distance of the therapist to the subject and the scenarios, but also the ability to switch competently between the prospective of the first (recognition of his own values; mental, emotional and cognitive) and third person (recognition of the others values; mental, emotional and cognitive). Traditional and common belief is that the experts in relationship management field are typically psychologists and psychotherapists. In fact, a significant portion of the training of psychotherapists is dedicated to focalizing both individual and group cognitive and emotive techniques, the development of the capacity and the sensitivity to understand what is occurring from a relational point of view during the interaction and the relative mechanisms and integration processes between the content plane and relationship plane (Strepparava, 2006).

However, recently attention to the comparison of relational aspects and the ability to intentionally use and to put to good service professionally these techniques has become important also in other professional fields such as "care" (Ong, Dehaes, Hoos e Lammes, 1995; Mead e Bower, 2000).

Starting from the fifties, some authors (Balint, 1957; Jaspers, 1953; Engel, 1977), started to criticize the biomedical model that had over the last century become a pillar stone in medicine.

If on one hand, this model allowed to reduce the illness to a linear relationship between cause and effect permitting an ever more efficient and effective cure of the illness (Cosmacini, 1997), on the other hand this led to a subspecialist fragmentation of medicine where the doctor became a simple 'health worker' with the inevitable distancing from the patient, who was no longer seen as the porter of an illness with the inevitable repercussions from an emotional, personal and sociological point of view, but to be identified with the illness itself (Tatarelli, De Pisa e Girardi, 1998).

This has been driven by the progress in the field of medicine with scientific and technological discoveries, alongside a growing desire on the part of the patient to have a closer contact with the curing doctor. The desire for this dialogue was born mainly due to increasing life expectancy and the increase in chronic illnesses (diabetes, hypertension, for example) which induce a repeated interaction with the doctor (Shorter, 1985).

Therefore a new reference model was proposed for medicine, defined as "patient centered" in which the fundamental differences from the previous model can be found in the communication and relationship factors now included (Virzì, 2007).

Passing from a biomedical to a bio –psycho - social approach (Engel, 1977), from a medicine centered on the patients necessities, as described by Balint (1957) to one based on the doctors , necessitates a change in the professional training of doctors, nurses and all health workers.

Starting from the middle of the 20th century, as part of the Undergraduate Degree Course in Medicine and Surgery, there has been an increasing attention paid to the training of doctors: the goal is to train professionals that are not just experts in illness but are also attentive to the wishes, desires and expectations of patients and their families and that are able to communicate with them in an effective manner.

Special attention is placed during the training process to the attitude of the doctor towards his future profession through a training based more on a holistic reflection on ideas, beliefs, expectations seen during the course his professional life and around the doctors role in the relationship with his patients which aims to develop an increasingly enlarged vision of the work of a doctor compared with simplistic role of curing illness.

Branches of research can be found within this context that seek to investigate which dimensions can favor the construction of a dialogue centered on the patient. Emotional intelligence, motivation, caring attitude and the sharing of information are certainly important variables within a medical interview as the professional brings into play his personality through the emotions that the consultation can generate.

Within this context, the building of the relationship between the doctor and patient bring into play different styles of attribution of the significance of the actors and in particular for the doctor, particular positions that he or the patient may favor or on the contrary, reduce the possibility to stabilize a functional relationship even when the shared objectives are reached.

The active role of the subject, within the constructed paradigm, puts in evidence the risk of the doctor to omit or exaggerate only the facets of the relationship that are relevant for the maintenance of his own coherent view excluding, in an unconscious manner, critical personal factors. The result therefore is to create a grey area in the relationship with respect to some aspects.

There exists a risk that the consultation with the patient activates in the health worker emotions and views of himself that are not well governed and therefore dysfunctional.

The possibility to reflect on these aspects before effectively entering in contact with the illness and all that it signifies seems to be a protective factor against these phenomena (Feighny, Arnold, Monaco, Munro and Earl, 1998).

Various studies (Haidet, Dains, Paterniti, Hechtel, Chang, Tseng e Rogers, 2002; Hojat, Mangione, Nasca, Rattner; Erdmann, Gonnella e Magee; 2004; Bellini e Shea, 2005; Chen, Lew, Hershman e Orlander, 2007; Neumann, Edelhauser, Tauschel, Fischer, Wirtz, Woopen, Haramati e Scheffer, 2011). have revealed how some fundamental dimensions for the building of a relationship with the patient, such as empathy and a practical attitude, tends to drop in students in the faculty of medicine during the length of the university course .

The development of a personal disposition tending towards work and in particular towards the patient is often entrusted to the period of practical experience during the internship in hospital wards. Thus in the course of time a type of informal teaching curriculum is built up, *hidden*, inside which the doctor learns behavior and relationship management aspects of the patient through the direct observation together with medical experts, often Tutors, without the real possibility that these aspects become analyzed in a reflective and structured manner (Hafferty, 1998).

In the research presented in this work, the goal was to verify if the changes observed in the students of Medicine and Surgery of some prestigious American and Anglo-Saxon universities were present also in an Italian context, in particular the Università degli Studi Milano Bicocca. An analysis was performed to see how an internship experience in hospital wards which in this university starts in the third academic year, has an influence on medical students pointing them towards a major paternalistic attention towards the patients and reducing their level of empathy.

Before entering in contact with real patients in hospital wards, the students of this university, during the first semester of the second year are asked to reflect on the effects

that the aspects of communication and relationship play inside the medical consultation and of how much their own persona with their expectations, different life stories and different personalities can influence the results of the meeting.

In situations where the experience in the wards puts in evidence the erosion of fundamental aspects of the doctor-patient relationship, it may be deemed necessary to introduce training courses intended for Lecturers-Tutors to allow a shared reflection on relationship aspects with patients and students and at the same time it could be opportune to propose this also for the students in later years integrated into courses aiming to teach communication - relationship competencies.

1. I MODELLI DI MEDICINA

La cosa più importante in medicina?
Non è tanto la malattia di cui il paziente è affetto
quanto la persona che soffre di quella malattia
[Ippocrate]

Il dottore è un esperto di relazioni umane
[Michael Balint]

1.1 LA MEDICINA TRA PASSATO E PRESENTE

La nascita della medicina viene spesso fatta risalire alle prime forme di automedicazione da parte degli uomini primitivi che cercavano la guarigione attraverso invocazioni ad entità spirituali capaci di curare e allo stesso tempo di rassicurare malati e non rispetto all'ignoto e all'incontrollabile (Armocida e Zanobio, 1997).

Il primo tentativo di fondare una medicina slegata da pratiche e influenze magiche e religiose viene solitamente fatto risalire al V secolo a.C. e rimanda alla figura di Ippocrate di Kos e alla scuola di pensiero che da lui prese il nome.

La medicina ippocratica, primo tentativo di fondazione di una scienza medica, si avvaleva di una metodologia rigorosa ed empirica basata sulla ragionamento.

Riprendendo un'idea che risaliva al pitagorico Alcmeone, Ippocrate sosteneva che la malattia insorgesse quando nell'organismo si verificava una rottura dell'equilibrio esistente tra i quattro liquidi o umori fondamentali (sangue, flemma, bile gialla e bile nera).

L'eccesso o la mancanza di uno di questi fluidi poteva generare malattie specifiche.

Per riuscire a dare una corretta interpretazione della malattia furono sviluppate le prime metodologie di indagine basate sull'osservazione attenta e sistematica della persona e della sua sintomatologia sia da un punto di vista fisico che comportamentale.

Dall'analisi dei sintomi il medico doveva poi risalire alle cause interne della patologia, costruendo un quadro teorico complessivo e coerente; più che una vera e propria diagnosi, il medico forniva una sorta di prognosi e di indicazioni circa il possibile esito della malattia.

Nel nuovo metodo ippocratico, dunque, osservazione, teoria e pratica non solo erano complementari e interdipendenti ma erano collocate sul medesimo piano di importanza (Cosmacini, 2007).

La medicina nel tentativo di staccarsi dalla religione iniziava così a ramificarsi alla ricerca di nuovi spunti: sorsero scuole di medicina "dogmatica", che cercavano di giungere alla malattia attraverso il ragionamento, e parallelamente "sette" dedite all'osservazione e alla pratica, nonché filoni di studi "metodici" che cercavano attraverso l'osservazione di creare i primi abbozzi di sistemi classificatori.

All'interno di questa cornice variegata di prime sperimentazioni di medicina, al medico, che per primo doveva essere nel miglior stato di equilibrio possibile, si chiedeva di fungere da guida, non solo per il malato, ma anche per il soggetto sano, visto nella sua totalità, complessità e unicità.

Il medico del periodo ippocratico non si preoccupava soltanto della guarigione del proprio paziente, ma anche della sua sofferenza e del suo vissuto di malattia (Armocida e Zanobio, 1997).

Con l'ascesa di Roma a centro del mondo occidentale, la medicina di origine greca, egiziana, alessandrina e di tutti i territori conquistati dall'impero si fuse con la tradizione romana, etrusca e più in generale "italica".

Galeno di Pergamo, uno dei più importanti rappresentanti della medicina antica, aggiunse alle teorie ippocratiche nozioni filosofiche e anatomiche. Secondo Galeno lo spirito animale, che aveva sede nel cervello, controllava movimenti, percezione e sensi, lo spirito vitale, con sede nel cuore, controllava il sangue e la temperatura corporea, mentre lo spirito naturale, ubicato nel fegato, regolava alimentazione e metabolismo. Questa tripartizione rendeva conto della complessa regolazione armonica delle varie parti del corpo.

Con la caduta dell'Impero Romano e il conseguente periodo di caos politico e sociale, la medicina si rifugiò nei monasteri e nelle abbazie che divennero luoghi di custodia e trasmissione del sapere antico. Inevitabilmente il linguaggio medico tornò a mescolarsi con quello religioso: i rimedi medici coniugavano tra loro pozioni tratte dagli orti botanici delle strutture ecclesiastiche, con salassi, preghiere e confessioni.

La cura dell'uomo malato, era declinata principalmente in termini di salvezza dell'anima ed era intesa come presa in carico dell'essere umano sia da un punto di vista

organico che spirituale. La salvezza dell'anima era considerata l'estremo rimedio alla corruttibilità del corpo.

Per quanto riguarda il lavoro del medico, nei manuali di medicina iniziavano a comparire raccomandazioni sul comportamento da tenere nei confronti dei pazienti e dei loro familiari: mostrarsi modesti ma distaccati in modo da dare l'impressione di fare qualcosa di importante, confortare la famiglia, rassicurare il paziente anche attraverso l'utilizzo di alcuni interventi come i salassi.

All'interno di questo quadro storico, va ricordato il contributo della scuola medica Salernitana, la prima e più importante istituzione medica d'Europa nel Medioevo e come tale considerata precorritrice delle moderne università.

A Salerno, fin dal IX secolo, esisteva una grande cultura giuridica nonché la presenza di maestri laici e di una scuola ecclesiastica. Accanto ai maestri del diritto vi erano quindi anche quelli che curavano il corpo e insegnavano i dogmi dell'arte della salute

Federico II di Napoli nel 1221, dava una nuova forma di regolamentazione alla formazione del medico: concedeva infatti alla scuola Salernitana il diritto di conferire ai medici la licenza per l'esercizio della professione dopo aver seguito per cinque anni i corsi della scuola ed aver fatto pratica per un anno sotto il controllo di un medico anziano (quello che oggi chiameremmo "tutor"). Il *curriculum studiorum* era costituito da 3 anni di logica, 5 di medicina (comprese chirurgia e anatomia) e un anno appunto di pratica con un medico esperto, era inoltre prevista un'autopsia di un corpo umano. Attraverso la stesura e la diffusione di numerosi volumi come ad esempio il "*Regimen sanitatis salernitanum"* (una raccolta di norme igieniche e comportamentali richieste ai medici) e il "*De mulierum passionibus ante ed in post partum"* (un trattato di ostetricia scritto da una donna), i maestri salernitani ebbero il merito di svolgere un'efficacissima azione promozionale in favore della medicina e della diffusione di essa e di aver gettato le basi di quei centri studi che prenderanno il nome di università degli studi.

Lo stesso Federico II, imperatore del Sacro Romano Impero e re di Sicilia, fondò a Napoli, nel 1224, la prima università laica in Europa di tipo statale (ovvero, non fondata da corporazioni o associazioni di intellettuali, o di studenti ma in forza di un provvedimento sovrano).

E' all'interno delle Università che la medicina scientifica e quella pratica trovavano il loro spazio: grazie a due bolle papali tra il 1400 e il 1500 i medici ebbero il permesso di praticare le autopsie sui cadaveri umani, poiché considerate utili per il progresso della

medicina; si iniziava anche l'organizzazione della classe medica, delle norme igieniche negli ospedali e nei centri di studio.

Con il progredire delle conoscenze in epoca rinascimentale il sapere classico non era più in grado di spiegare e rendere ragione delle nuove scoperte introdotte principalmente dall'anatomia, ciò generava un senso di insoddisfazione verso il passato e stimolava nuove visioni del mondo, in accordo con il clima di fermento che caratterizzava il periodo.

Venivano creati ospedali maggiori per malati che potevano essere guariti e ospedali minori per pazienti cronici: all'interno di entrambi l'attenzione era rivolta maggiormente alla salute del corpo che alla carità. La malattia veniva ora intesa anche come fenomeno transitorio da curare in luoghi specifici, gli ospedali appunto, da parte di professionisti che avevano appreso conoscenze e competenze validate dai titoli acquisiti nelle università.

A Padova operavano contemporaneamente Vasalio che con la sua opera "*De humani corporis fabrica"* ha costituito le fondamenta dell'anatomia moderna e Montano, uno dei primi maestri a portare gli studenti al letto del malato (Cosmacini, 1997). Inizialmente le scoperte anatomiche non portarono a grandi risultati poiché soggette a numerose interpretazioni nelle diverse scuole di pensiero, ma col passare del tempo si registrarono importanti scoperte: nel corso del 1600 William Harvey rendeva nota la circolazione del sangue con l'odierna concezione meccanico-idraulica, Marcello Malpigli avvalendosi del microscopio descriveva gli alveoli polmonari, i glomeruli renali, i globuli rossi, Andrea Cisalpino indagava la circolazione polmonare, venivano studiati i tessuti di fegato, milza, reni e lingua.

La medicina si dedicava all'osservazione metodologica e si poneva sotto l'egida della scienza nascente e dei suoi strumenti, allontanandosi nuovamente, anche se con grandi difficoltà, dalle interpretazioni filosofiche e religiose per usufruire di tutte le scoperte e le metodologie allora disponibili.

Al nuovo medico che si affacciava alla metà del 1600 veniva chiesto non più di padroneggiare la conoscenza dei testi classici dell'antichità e di possedere l'abilità del ragionamento ma di conoscere le ultime scoperte che venivano dall'anatomia e dal funzionamento del corpo umano, di essere padrone di una metodologia più votata alla scoperta di ricorrenze e leggi generali attraverso l'osservazione controllabile (Armocida e Zanobio, 1997).

Con il metodo scientifico analitico di Galileo, Newton e Cartesio nascevano i concetti di corpo come macchina, di malattia come conseguenza della rottura della macchina e del medico come riparatore della macchina. L'opera di Vasalio prima e la diffusione di queste nuove idee poi, ponevano le basi per una nuova concezione dell'uomo e della malattia. La prima, rifacendosi al modello sperimentale, richiamava all'esperienza e alla concretezza. La seconda, dimostrando come fosse possibile paragonare il corpo umano a una macchina, ovvero composto da diverse parti meccaniche, sosteneva che la malattia potesse essere studiata attraverso semplici meccanismi di causa-effetto (Zannini, 2001).

Con il dualismo cartesiano nasceva il modello biomedico secondo il quale, la medicina aveva il compito di valutare i sintomi attraverso elementi oggettivi, al fine di determinarne le cause e la sede nell'organismo, per poi impostare un piano terapeutico che avesse lo scopo di eliminare la malattia (Virzì, 2007).

Nel corso del '700 con la rivoluzione industriale e il clima culturale dell'Illuminismo si crearono una serie di circostanze sociali ed economiche che diedero un nuovo impulso alla scienza medica: con la rivalutazione di tematiche sociali di interesse collettivo la medicina poteva far valere tutto il suo sapere nell'indirizzare scelte e strategie politiche guadagnandosi ulteriore credito agli occhi dei più. La salute e il benessere diventavano per la prima volta patrimonio comune e la medicina lo strumento per rendere possibile il miglioramento delle condizioni di vita di tutti (Cosmacini, 2007).

Nel corso del XIX secolo, la medicina si arricchiva del bagaglio di conoscenze provenienti dalla chimica, dalla matematica ancorandosi definitivamente al mondo delle scienze ed iniziando ad abbandonare ogni velleità di natura filosofico - umanistico.

Sul finire del secolo la formazione del medico era ormai largamente basata sullo studio delle materie scientifiche.

Verso la fine degli anni 40 del secolo scorso, iniziavano a essere commercializzati farmaci dalle cresciute potenzialità terapeutiche: nel 1945 la penicillina veniva prodotta e distribuita in dosi massicce, pochi anni dopo prendevano piede quelli che oggi chiameremmo antibiotici ad ampio spettro (cloramfenicolo e tetraciclina).

La scoperta di questi farmaci permetteva la guarigione di malattie che fino a pochi anni prima venivano considerate incurabili (polmoniti, febbri reumatiche, gonorrea).

Negli anni successivi veniva descritto il modello a doppia elica del DNA (1953), e nel 1967 Christian Bernard effettuava il primo trapianto d'organo al mondo, un cuore.

La malattia veniva sempre più considerata come uno squilibrio biochimico: tutto ciò che non poteva essere spiegato in questi termini, veniva relegato in campi del sapere dallo scarso valore scientifico e quindi inefficaci.

Tali cambiamenti avevano ripercussioni anche sulla rappresentazione che il medico aveva di se stesso: era in grado di guarire le persone una possibilità che i medici non avevano mai avuto in precedenza e ciò permetteva alla classe medica di acquisire una nuova fiducia rispetto alle proprie capacità di diagnosi e trattamento (Shorter, 1985).

Ma se da una parte tale modello permetteva di ridurre la malattia a un lineare rapporto di causa – effetto e per questo risultava essere predittivo, chiaro rispetto al metodo clinico, verificabile, insegnabile (Virzì, 2007) e consentiva una cura sempre più efficace ed efficiente della malattia (Cosmacini, 1997), dall'altra portava a una parcellizzazione sub - specialistica della medicina, dove il medico diventava un semplice *"operaio della salute"* con l'inevitabile distanziamento dal paziente, che non era visto come portatore di malattia con le sue inevitabili ripercussioni a livello emotivo, personale e sociale, ma veniva identificato con la malattia stessa (Tatarelli, De Pisa e Girardi, 1998).

Scomparivano dai manuali medici i consigli sul comportamento da tenere con il malato e qualsiasi accenno alla relazione con il paziente, persona malata e quindi particolarmente vulnerabile e in bilico tra paura per la malattia e fiducia nella guarigione.

Negli anni Settanta del secolo scorso, in un famoso articolo pubblicato sulla rivista Science, lo psichiatra George Libman Engel introduceva il concetto di modello bio-psico - sociale della medicina. Si trattava di considerare la malattia non come entità chiusa, limitata a concezioni biochimiche, ma di inserirla in un quadro di significati più complessi riferibili all'uomo: oltre a tenere conto degli aspetti biologici (genetici, biomolecolari e anatomici) dell'essere umano, occorreva considerare anche quelli psicologici, sociali e culturali (Hugh e Vallis, 1986).

Tale intervento però, veniva scarsamente considerato alla luce degli incredibili risultati raggiunti dal modello biochimico e del momento storico – sociale.

Nel 1978 in Italia veniva istituito il Sistema Sanitario Nazionale che si faceva carico e garante della salute pubblica.

Nel 1993 si avviava il processo di aziendalizzazione per garantire una maggiore efficienza del sistema di cura in modo da poter massimizzare l'efficacia della cura in rapporto ai costi da sostenere. Ancora nel 1997 gli ospedali venivano aggregati in

aziende, la cui logica si sposava con l'efficacia terapeutica nell'offrire un servizio di cura sempre efficace dal punto di vista medico specialistico ed efficiente dal punto di vista della spesa. I tempi delle visite venivano ridotti in maniera "scientifica" in modo da garantire quanto dovuto con standard di qualità certificati (Tatarelli, De Pisa e Girardi, 1998).

Contemporaneamente però, ci si scontrava con la possibilità che la cura non esistesse per tutte le malattie e che ci fosse la possibilità di dover convivere con malattie croniche o degenerative.

I pazienti iniziavano a perdere fiducia nei confronti dei propri medici: venivano sottoposti spesso a visite invasive, spersonalizzanti e prive di contatto umano, avevano la percezione di essere considerati come dei numeri e cresceva la sensazione di non aver ottenuto quanto cercato, poiché spesso la richiesta nascondeva difficoltà anche sociali e emotive.

I pazienti iniziavano a essere insoddisfatti: aumentavano le denunce per negligenza, diminuiva l'adesione al trattamento, venivano create le carte dei diritti dei pazienti che indicavano una formalizzazione di un rapporto che iniziava a scricchiolare.

Mentre nelle aspettative dei pazienti il medico continuava a rappresentare il buon padre di famiglia o l'alleato a cui rivolgersi in caso di precaria salute, l'immagine che i medici avevano di loro stessi si avvicina maggiormente all'idea di un organizzatore di tecniche e pratiche curative spesso stritolato tra etica della cura ed economia della stessa (Spinsanti, 2007).

L'incontro tra medico e paziente spesso si trasformava in uno scontro, rompendo quel rapporto di fiducia e collaborazione che da sempre era stato parte integrante della cura.

Risultava evidente quindi la necessità di ridefinire gli obiettivi della professione medica attraverso un modello di riferimento che fosse in grado di integrare gli aspetti tecnico scientifici con quelli emotivo - relazionali.

1.2 LA MEDICINA *PATIENT CENTRED*

1.2.1 Dal modello disease centred al modello patient centred

Come emerso nel paragrafo precedente al centro del paradigma biomedico viene posta la malattia, intesa come alterazioni di variabili oggettivamente misurabili, la sua eventuale connessione ad altre malattie e la sua cura, tralasciando tutte quelle

dimensioni sociali e psicologiche legate alla persona che, difficilmente quantificabili, rischiano di inficiare l'oggettività della disciplina. La malattia scomposta nelle sue componenti molecolari viene costantemente monitorata attraverso esami sempre più specialistici e la persona nella sua interezza finisce sullo sfondo come variabile di disturbo. Verso la metà del secolo scorso alcuni autori, tra cui Jaspers (1953), hanno sostenuto che un modello che non tenga conto anche degli aspetti emotivi durante la consultazione medica non è funzionale nella pratica clinica, poiché tende a snaturare il rapporto medico paziente riducendolo a una pura formalità e privandolo di quel valore umano che è alla base di ogni strategia di cura. Appare inoltre evidente che gli aspetti emotivi non possono essere trascurati perché è lo stesso medico che inevitabilmente porta all'interno della consultazione i propri valori, le proprie aspettative ed i propri vissuti (Balint, 1957).

Come accennato nel paragrafo precedente, Engel (1977) sul finire degli anni '70 propone di affiancare al modello biomedico, la teoria dei sistemi secondo la quale: *"la natura è ordinata secondo sistemi gerarchicamente complessi, disposti su un continuum che va dal livello inferiore a quello superiore"*, l'uomo è quindi esso stesso costituito da un insieme di sistemi (cellule, tessuti, organi, ecc), sia facente parte di un sistema più complesso (famiglia, società, ecc.) (Figura 1.1).

Poiché *"la malattia comporta modificazioni a ogni livello gerarchico"*, la medicina non può non porre attenzione a ciascuno di questi livelli (Ibidem, 1977).

Con il modello bio – psico - sociale, le due anime della medicina, quella scientifica - positivista e quella psicologica - antropologica si incontrano in un unico modello, permettendo un approccio all'individuo nella sua complessità, costituendo un modello non riduzionistico della malattia che risulta adeguato alla complessità del vivente (Tatarelli, De Pisa e Girardi, 1998).

Il modello, che verrà definito *patient centred* non è quindi alternativo a quello biomedico, ma si pone come complementare ad esso. Lo scopo della medicina centrata sulla persona non è la cura della malattia ma la presa in carico della persona malata, il che significa che oltre a trattare gli aspetti più propriamente biochimici, il medico presterà attenzione anche ai significati che il paziente attribuisce alla malattia e all'essere malato, come il sentirsi malato ha inevitabili ripercussioni nella vita famigliare, sociale e lavorativa della persona, quali risorse può mettere in gioco nella cura o cosa può ostacolarla.

Se nel modello biomedico gli obiettivi della cura sono la formulazione di una diagnosi di malattia e l'impostazione di un trattamento terapeutico, all'interno del nuovo modello gli obiettivi restano gli stessi con l'aggiunta di un maggior confronto con la persona e il suo vissuto di malattia (Moja e Vegni, 2000)

La maggior considerazione del paziente nella sua complessità, sposta il focus dalla cura della malattia alla cura della persona. La distinzione dei termini anglosassoni *disease* e *illness* oltre a differenziare una differenza qualitativa dell'esperienza umana, comportano strategie operative assai diverse: pensare in termini di *illness* significa pensare al paziente come una persona vulnerabile con paure e aspettative che entrano inevitabilmente in campo durante la consultazione e che se non vengono considerate rischiano di inficiare la sua adesione al trattamento e quindi l'efficacia della cura stessa.

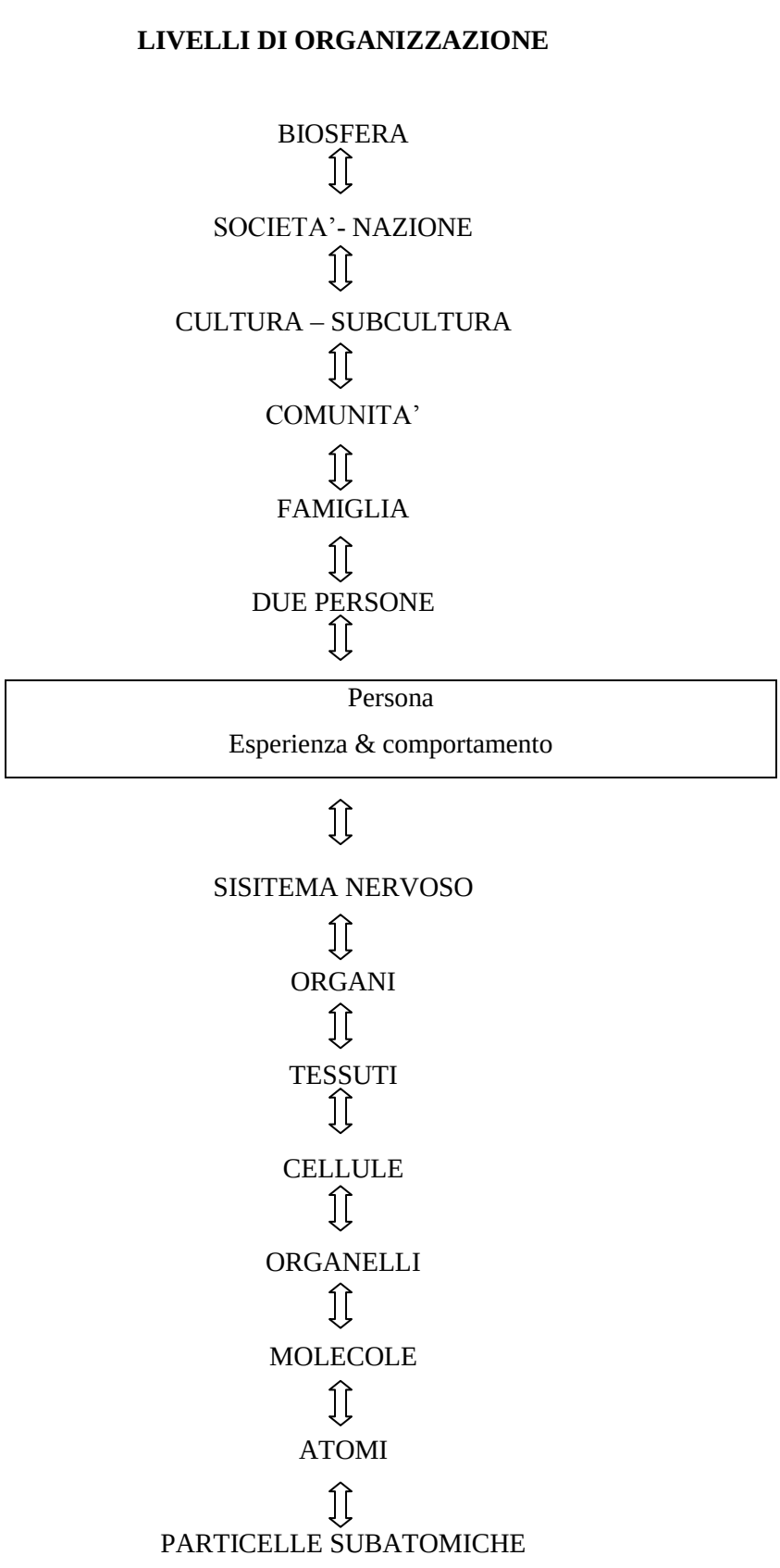
Il paziente quindi diventa parte integrante del processo di cura in un passaggio dal *to cure*, tipico della medicina centrata sulla malattia, al *to care*, tipico di questo nuovo modello (Laplantine, 1986; Bensing, 2000).

Quello che lo specialista della salute deve fare è porre attenzione a tutti gli aspetti della malattia, compreso *"il modo in cui le persone monitorano il loro corpo, definiscono e interpretano i loro sintomi, come vi pongono rimedio e come utilizzano i sistemi sanitari"* (Mechanic, 1982).

Per comprendere la malattia e per poter prendersi cura del paziente, il medico dovrebbe interessarsi a quelli che sono i vissuti di malattia del paziente: come il paziente percepisce la malattia, come si rappresenta con essa, come la integra nella propria storia e nella rappresentazione che ha di sé (Hugh e Vallis, 1986).

In sostanza, data l'innegabile efficacia terapeutica raggiunta dalla medicina attuale, il modello *patient centred,* mantiene inalterato l'approccio alla malattia del modello biomedico ampliandone però gli obiettivi, facendo rientrare all'interno delle competenze del medico anche le dimensioni più strettamente psicologiche e sociali.

Figura 1.1 Gerarchia dei sistemi naturali (Modificata da: Engel, 1980)



1.2.2 Il colloquio patient centred

All'interno del modello biomedico o *disease centred* i protagonisti della visita sono il medico con il suo bagaglio di conoscenze tecnico-scientifiche e la malattia che mostra le sue caratteristiche attraverso il corpo del paziente. Le idee del paziente, le sue emozioni sono spesso considerate un ostacolo che rendono più difficoltosa la raccolta di informazioni che permettono di formulare una corretta diagnosi e conseguentemente a una cura efficace.

Il colloquio centrato sulla malattia ha uno stile definito paternalistico o informativo (Bara, 1999): la responsabilità è affidata totalmente al medico che ne definisce strategie e obiettivi. Il paziente è interpellato al fine unico di fornire informazioni rispetto alla malattia per permettere al medico di formulare una diagnosi e un trattamento, il paziente viene guidato dal medico che da per scontato che la guarigione sia il suo unico obiettivo.

All'interno della prospettiva centrata sulla persona, il paziente raggiunge il ruolo di co-protagonista della visita, in qualità di unico esperto della propria malattia e della propria reazione al trattamento. La comunicazione ha uno stile cooperativo: medico e paziente collaborano alla costruzione del significato della malattia. La responsabilità è condivisa, entrambi i protagonisti mettono in gioco le loro aspettative, i loro desideri e le loro emozioni e insieme stabiliscono un obiettivo condiviso. Il medico può cercare di persuadere il paziente ma non può imporre il proprio punto di vista (Edwards e Elwyn, 2009).

Uno degli aspetti che ha maggiormente segnato il nuovo ruolo attribuito al paziente e alla sua prospettiva di malattia è l'introduzione del concetto di agenda del paziente (Levenstein, McCracken, McWhinney, Stewart e Brown, 1986; Brown, Stewart, McCracken, McWhinney e Levenstein, 1986; Virzì, 2007).

Il concetto di agenda del paziente contribuisce a rendere chiare, al medico innanzitutto, le dimensioni fondamentali di natura psicologica e sociale da prendere in considerazione durante il colloquio per una valutazione olistica della situazione in corso (Moja e Vegni, 2000).

E' possibile identificare quattro categorie all'interno dell'agenda, quattro dimensioni principali in cui essa è organizzata e i rispettivi compiti che lo specialista è tenuto a svolgere (Sommaruga, 2005):

1. **i sentimenti del paziente**: a ogni malattia fa seguito nel paziente una reazione emotiva. Essa cambia da persona a persona, manifestandosi sotto forme diverse: ansia, paura, rabbia, evitamento sociale, sono solo alcuni esempi. Solitamente i sentimenti rappresentano la dimensione dell'agenda che viene mostrata implicitamente o esplicitamente dal paziente senza un intervento diretto del medico. Il paziente può esprimere un disagio emotivo in modo chiaro, facendo cioè esplicito riferimento a un'emozione spiacevole (es. "sono arrabbiato", "sono spaventato"), oppure il paziente può formulare un'emozione spiacevole in un modo per cui non è chiaro il suo stato emotivo (es. "mi sento all'aria" può rimandare a diversi stati emotivi, quali ad esempio la rabbia o la paura) (Zimmerman, Del Piccolo e Finset, 2007). Il medico deve essere in grado di cogliere e approfondire le diverse attivazione emotive, anche per lo stretto legame che ha con tutte le altre dimensioni;
2. **le sue idee e interpretazioni:** ogni persona attribuisce un significato alla propria malattia e ai sintomi che ad essa si accompagnano. Le interpretazioni che vengono costruite attorno alla malattia sono spesso influenzate dalla cultura, dalle informazioni, dalle proprie esperienze di vita. Tali interpretazioni influenzano il modo in cui il paziente accetta la diagnosi, l'eventuale terapia e il modo di gestire la malattia stessa, ovvero influiscono sulla visita medica. Spesso i pazienti si creano delle teorie ingenue prive di qualsiasi base scientifica ascoltando i racconti di amici o parenti o in base a ciò che apprendono dai giornali, dalla televisione o da internet. La rappresentazione, a volte errata, che il paziente si fa della malattia guida il suo atteggiamento e conseguentemente il suo comportamento rispetto alla consultazione medica: spesso si vergognano nel manifestare le loro paure o possono avere dei comportamenti che sminuiscono la portata della diagnosi perché rassicurati dai racconti delle persone "comuni". Il medico deve essere quindi in grado di comprendere il significato che il paziente attribuisce alla malattia per poter intervenire sul successivo piano terapeutico;
3. **le aspettative e i desideri:** viene considerata la dimensione più soggettiva, per questo deve essere chiesta esplicitamente per poter essere compresa. E' stato evidenziato come l'adesione al trattamento del paziente aumenti quanto più quest'area viene esplorata. Spesso i desideri del paziente si scontrano con quelle

del curante, se questo elemento non viene riconosciuto dal professionista della cura, il rischio è che i due attori della consultazione lavorino per raggiungere obiettivi diminuendo quindi le possibilità di successo.

4. **il contesto familiare, sociale e lavorativo**: il contesto in cui il paziente vive, influenza sia le interpretazioni con i relativi sentimenti che le aspettative, inoltre una stessa malattia in contesti differenti assume un significato differente. Compito del medico è dunque quello di ascoltare la storia del paziente ed i vari protagonisti per verificare l'influenza dell'iter diagnostico e della terapia sul contesto di vita.

L' organizzazione dell'agenda in quattro categorie ha permesso di tradurre il vissuto di una malattia in obiettivi specifici che possono diventare oggetto di indagine nella visita: le quattro categorie costituiscono una "trama" per il medico, sulla base della quale gestire la consultazione.

Un aspetto che deve essere sottolineato è che l'agenda raccoglie il vissuto di *quel* particolare paziente in *quel* particolare momento, non può essere indagata a priori (Moja e Vegni, 2000).

Durante il colloquio, il paziente non affronta in maniera ordinata e specifica i punti dell'agenda, ma li accenna mediante quelli che vengono definiti *cues* (indizi) o *prompts* (suggerimenti impliciti). Il paziente quindi invia dei segnali, solitamente attraverso una modificazione del comportamento non verbale o con l'introduzione di argomenti sconnessi rispetto al contesto specifico, che il medico deve essere in grado di cogliere per migliorare e rendere più funzionale la sua relazione con il paziente (Brown, Stewart, McCracken, McWhinney e Levenstein, 1986).

Il medico ponendo attenzione agli atti non verbali del paziente, può ottenere informazioni utili a rilevare l'attendibilità di ciò che viene detto, riducendo il rischio di fraintendimenti e incomprensioni, dal momento che si moltiplicano i dati e gli elementi di controllo (Raffagnino e Occhini, 2000).

All'interno di questo modello è naturale che il medico entri in campo anch'esso oltre che come specialista anche come persona, con i suoi vissuti, le sue emozioni, i suoi desideri; questi fattori però, se non vengono riconosciuti e legittimati dal medico possono costituire un ostacolo nella creazione di un rapporto funzionale con il paziente.

1.2.3 Vantaggi e limiti del modello patient centred

Si è già sottolineato come sia cambiato il rapporto con la salute e la malattia nel corso degli ultimi decenni: c'è stato un incremento esponenziale della malattie croniche che ha portato a un nuovo rapporto con il malato che deve e vuole essere accompagnato nel corso della sua malattia (Tatarelli, De Pisa e Girardi, 1998) e dall'altra parte il paziente si presenta sempre più spesso dal medico con una lista di sintomi non direttamente correlati alla sintomatologia organica che prevedono un intervento differente rispetto alla prescrizione di farmaci (Shorter, 1985).

Per rispondere a queste nuove richieste portate dai pazienti, il modello *patient centred* risulta essere quello più adatto poiché le ricerche hanno dimostrato come adottare un approccio *patient centred* comporti una serie di vantaggi in termini di *outcomes* clinici e sul processo di guarigione, favorendo una maggiore *concordance* da parte del paziente, intesa come una reale costruzione di senso comune relativamente al piano terapeutico, una maggiore soddisfazione del paziente rispetto al modo in cui si è svolta la visita e sull'adeguatezza delle informazioni ricevute, la sua capacità di ricordare le informazioni ricevute e sugli indicatori a lungo termine come la possibilità di mantenere un buono stato di salute e l'assenza di sofferenza psichica (Ong, De Haes, Hoos e Lammes, 1995).

Inoltre gli studi hanno rilevato come un approccio centrato sulla persona abbia risvolti funzionali anche per il medico poiché riduce il rischio di sviluppare una sindrome da *burn out* caratterizzata dalla perdita della motivazione e della capacità di provare piacere per il proprio lavoro, evento costantemente rischioso per chi esercita professioni di natura relazionale che coinvolgono la malattia e la sofferenza di altre persone. Alla riduzione del *burn out* si associa a sua volta la garanzia di una maggiore soddisfazione del paziente e un minor spreco di risorse e prestazioni per la gestione del singolo caso (Bellani e Orrù, 2002).

Un approccio *patient centred*, riduce il rischio di cause legali contro i medici, dovute soprattutto a una mancanza di coinvolgimento o a un'insufficienza delle cure prestate (Beckman e Frankel, 1994) e infine riduce il fenomeno definito *doctor shopping*, fenomeno che fa specifico riferimento all'atteggiamento del paziente alla continua ricerca di un medico nuovo rispetto alla propria percezione di soddisfazione.

Il modello centrato sulla persona richiede però una serie di ulteriori investimenti rispetto al modello biomedico. Porre attenzione oltre che alla malattia, anche al vissuto relativo ad essa, implica, o comunque questa è la percezione dei professionisti della salute, un impiego di tempo maggiore. Porre attenzione anche agli aspetti emotivi e sociali del paziente, indagare la sua agenda, rispettare i suoi tempi per la comprensione e la metabolizzazione delle informazioni date, sono aspetti che si scontrano con una logica sanitaria aziendale dove a fronte di un sempre crescente numero di visite, la tempistica assume una particolare importanza (Freidson, 2002).

Inoltre imparare ad ascoltare la propria componente emotiva e quella del paziente, richiede un investimento formativo non indifferente sia a livello universitario, sia a livello post universitario. Occorre una formazione specifica per i medici alla relazione , all'utilizzo delle tecniche relazionali e comunicative, a una maggiore consapevolezza di sé, delle proprie competenze e dei propri limiti (Benbassat e Baumal, 2005).

E' da ritenersi fondata l'opinione che spesso la difficoltà di indagare la parte emotiva della persona è da far risalire ad un *empasse* del medico che, spesso non adeguatamente preparato dal punto di vista relazionale, ritiene certi argomenti pericolosi, fuori controllo e rischiosi per il buon andamento della consultazione.

Il contatto con le emozioni del paziente, e di conseguenza con le proprie emozioni, che scaturisce da un maggior grado di condivisione della relazione risulta così essere, anche alla luce della formazione medica attuale, una sorta di zona d'ombra e di pericolo da ridurre al minimo o da evitare.

Il rischio a lungo termine è che vi sia un'applicazione sterile del modello, dove il medico utilizza delle strategie di comunicazione prive di empatia ed emozione.

Nel prossimo capitolo verrà analizzata nello specifico la relazione tra medico e paziente all'interno della cornice teorica della psicologia costruttivista sistemico - processuale (Guidano 1987; 1991): la relazione medico-paziente verrà ricondotta all'incontro tra due persone, ognuna con una specifica modalità di attribuire significato e valore a se stesso, agli altri e ai rapporti interpersonali.

2. LA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE: UN INCONTRO TRA DUE PERSONE

Tutto ciò che è detto, è detto da qualcuno
[Karl Popper]

2.1 LA CORNICE DI RIFERIMENTO: L'APPROCCIO COSTRUTTIVISTA

Il biologo e filosofo cileno Humberto Maturana, e il collega Francisco Varela (1984) propongono l'idea che gli esseri viventi possano essere classificati come "macchine autopoietiche", ovvero macchine il cui fine ultimo è la continua rigenerazione di se stesse attraverso processi che garantiscano il costante mantenimento dell'equilibrio del funzionamento delle componenti interne . La caratteristica fondamentale dei sistemi viventi autopoietici è quella di riprodurre costantemente se stessi mentre entrano in rapporto con il mondo esterno.

In linea con questo approccio, l'essere umano e l'organizzazione della sua personalità sono considerabili alla stregua di un sistema autopoietico che filtra la quota di realtà esterna che è in grado di assorbire senza mutare se stesso, le sue componenti e i suoi processi generativi di base.

La personalità dell'individuo, unitamente ai suoi derivati in termini di atteggiamento verso il mondo, aspettative verso di se, verso gli altri, valore personale, è dunque il risultato di un costante processo attivo di costruzione e mantenimento della stabilità interna.

Weimer (1977) sostiene che ciò che caratterizza il costruttivismo in psicologia e che lo distingue dai precedenti paradigmi teorici di natura cognitivo - comportamentale, può essere ricondotto alla distinzione tra teorie sensoriali e teorie motorie della mente. Le prime considerano la realtà come oggettivamente data e l'essere umano come un decodificatore, più o meno realista e veritiero, della stessa, le seconde pongono invece l'accento sulla capacità della mente umana di generare un pattern di attivazione neuronale che sia in relazione con l'ambiente e i suoi stimoli, ma che non ne sia una copia perfetta, quanto piuttosto una risposta idiosincratica che dipende più dalle caratteristiche dell'osservatore che dalla natura dell'osservato.

La realtà in quest'ottica non può essere configurata come un'entità univoca esistente in sé, ma piuttosto come un insieme di processi conoscitivi che l'individuo esercita su di essa: *"... colui che descrive non può uscire dall'unità per considerare i confini e l'ambiente, ma é associato con il funzionamento dell'unità sempre, in quanto elemento che la determina. Tali situazioni, alle quali appartengono molti dei sistemi sociali autonomi, sono caratterizzate da una dinamica in cui la stessa descrizione del sistema rende il sistema differente. Ad ogni stadio, l'osservatore é in rapporto con il sistema attraverso una comprensione, che modifica la sua relazione con il sistema. Questo é, propriamente parlando, il circolo ermeneutico d'interpretazione e azione, sul quale sono basate tutte le faccende umane."*

Il concetto di "universo", che implica l'esistenza di una realtà unica per tutti, viene quindi sostituito con quello di "multiverso" che rimanda all'esistenza di tante possibili realtà quanti sono gli occhi di chi osserva.

Su queste basi teoriche nasce il modello costruttivista che sostiene che non esiste una realtà oggettiva, indipendente dall'individuo che ne fa esperienza, ma si sostiene che la realtà sia totalmente soggettiva, poiché è il soggetto stesso che la crea, partecipando in maniera attiva alla sua costruzione. La realtà, in quanto oggetto della nostra conoscenza, sarebbe dunque creata dal nostro continuo fare esperienza di essa. La determiniamo dal modo, dai mezzi, dalla nostra disposizione nell'osservarla, conoscerla e comunicarla. Si forma nei processi d'interazione ed attraverso l'attribuzione di significati alla nostra esperienza.

Nell'approccio costruttivista la conoscenza quindi è un processo di costruzione di un mondo che rende l'esperienza soggettiva consistente e non la mera riproduzione più o meno attendibile di una realtà oggettivamente data (Guidano e Liotti, 1983; Guidano, 1987; 1991; Bara, Liotti, 2001).

La conoscenza di sé e del mondo passa attraverso un sentire immediato, le emozioni e attraverso la cognizione viene dato un senso a quel sentire al fine di mantenere una coerenza interna. La conoscenza emozionale e non verbale (la conoscenza tacita), attraverso il linguaggio viene trasformata in conoscenza esplicita, verbalizzabile, cosciente e auto attribuita: attraverso il racconto di una singola esperienza viene dato senso e significato all'esperienza stessa. Il senso di coerenza individuale è il risultato del processo di integrazione delle singole esperienze emotive in una narrativa continua e

personale che coinvolge il senso di sé, la percezione del mondo, la percezione degli altri.

Ogni essere umano è considerato un sistema complesso che si costruisce attivamente nel corso del tempo attraverso le esperienze, attribuendo significati agli eventi esterni e a quelli interni seconda una sua peculiare coerenza che si sviluppa a partire dalle prime esperienze di attaccamento nell'infanzia (Bowlby, 1969; 1973; 1980, 1988).

Dalla relazione di attaccamento si dispiega gradualmente uno stile affettivo e relazione che è espressione di una specifica organizzazione di significato personale, peculiare di ciascun individuo (Nardi, 2007). Proprio la costruzione di tale organizzazione consente all'individuo di riconoscersi in maniera stabile, di progettarsi e di dare coerenza e senso a sé e al proprio rapporto con il mondo, nonostante i cambiamenti e le perturbazioni a cui si va incontro durante il ciclo di vita.

A partire dall'età di due anni il bambino inizia a costruirsi degli schemi cognitivi che contengono precise attribuzioni causali e sono autonomi; questi schemi cognitivi, che possono anche essere definiti convinzioni, strutture cognitive, costrutti o semplicemente rappresentazioni, una volta formati, sono applicabili a infinite nuove situazioni e tendono a rimanere stabili nel tempo. Le loro funzioni sono molteplici e consentono di rappresentare internamente se stessi e il mondo esterno in modo coerente.

Col tempo la persona organizza le sue convinzioni e si costruisce uno stile rappresentativo sempre più elaborato, che in parte prescinde dalla consapevolezza del soggetto. Potremmo definire questo stile rappresentativo una vera e propria teoria di sé e del mondo.

Ogni persona, mentre pensa o agisce, avverte in modo più o meno costante la presenza di emozioni connesse a ciò che sta pensando o facendo (Guidano e Liotti, 1983).

Questa modulazione emotiva è ciò che trasforma un evento in un'esperienza personale.

Infine i comportamenti sono strettamente legati ai processi cognitivi e alle esperienze emozionali della persona: da un lato i sistemi rappresentativi dirigono il repertorio comportamentale, dall'altro gli effetti ambientali forniscono nuove informazioni da elaborare, fungendo da regolatori delle strutture cognitive stesse. Attraverso questo processo, di autoregolazione, la persona cerca di assimilare le nuove informazioni agli schemi precedenti e di ristrutturare le convinzioni incongruenti.

La ristrutturazione ha luogo attraverso l'integrazione della vecchia convinzione in un'altra di livello gerarchico superiore. Lo stile rappresentativo evolve

progressivamente nella relazione continua tra aspetti cognitivi e aspetti comportamentali, determinando un programma di vita corrispondente.
Ciascun individuo inoltre, a partire dalla propria unica esperienza, attiva un processo continuo di ricerca di spiegazione della realtà, giungendo a costruire il proprio significato personale.
Attraverso l'organizzazione di significato personale, la persona entra in relazione con un'altra con diverse aspettative: ci si può relazionare, per fare solo degli esempi, aspettandosi attenzione adeguata, aspettandosi il rifiuto, aspettandosi di dover fare qualcosa per avere attenzione oppure di doversi difendere dall'intrusione.
È evidente che anche all'interno della relazione medico-paziente entrano in gioco i diversi stili di attribuzione di significato degli attori e in particolare, per quanto riguarda il medico, peculiari rappresentazioni di sé o dell'altro possono favorire, o al contrario ridurre, la possibilità di stabilire un rapporto funzionale al raggiungimento degli obiettivi condivisi.
Per essere consapevoli del proprio modo di funzionare e provare a comprendere il paziente che si trova davanti, in modo da non essere più *"attore inconsapevole di un copione già scritto",* il medico può far riferimento a diverse classificazioni di personalità che vari autori hanno rintracciato grazie soprattutto all'osservazione clinica (Tatarelli, De Pisa e Girardi, 1998; Virzì 2007).

2.2 UNA POSSIBILE CHIAVE DI LETTURA: LE ORGANIZZAZIONI DI SIGNIFICATO PERSONALE

Le organizzazioni di significato personale sono *"modalità di costruire il punto di vista "dall'interno", assolutamente unico ed esclusivamente soggettivo pur vivendo in una realtà sociale oggettivamente condivisibile",* sono una sorta di "filtro" che ci rende più sensibili e reattivi davanti a certe tematiche della vita o a certe situazioni, una sorta di occhiali con lenti colorate che danno una sfumatura di interpretazione a tutto quello che accade, una coloritura emotiva di base – una gamma di colori – che guida la costruzione del significato degli eventi e modula le emozioni dentro di noi (Guidano, 1987; 1991).
L'individuo inoltre può utilizzare come canale privilegiato per decodificare il significato e il valore dell'esperienza il riconoscimento dei propri stati interni ricorrenti, che costituiscono la guida per regolare le relazioni e interpretare quello che accade (assetto

inward) oppure può utilizzare i riferimenti esterni - il rimando di una figura significativa o criteri astratti e norme assolute e valide a priori – per dare un senso a quello che accade dentro e fuori di lui. La stabilità personale deriva in questo caso da processi di messa a fuoco dall'esterno (assetto *outward*). Nella prima modalità per dare senso agli stati interni, per costruire un significato agli eventi, ci si sintonizza sull'ascolto del proprio sentire, su ciò che si prova. Nella messa a fuoco dall'esterno, invece, il soggetto è orientato e guidato dalla variabilità del contesto relazionale. Da questo nucleo iniziale emergono e si sviluppano strategie per la regolazione delle emozioni o per la gestione delle interazioni, sempre più complesse e articolate. (Guidano, 1987;1991; Nardi, 2001; 2007).

Le organizzazioni di personalità individuate nell'ambito del cognitivismo clinico sono quattro: organizzazione di significato personale volitiva/controllante, metodica/analizzatrice, duttile/relazionale e responsabile/riflessiva (Rezzonico e Strepparava, 2004). Le etichette date in origine dagli autori (Guidano e Liotti, 1983; Guidano, 1989; 1991) rimandavano maggiormente ad aspetti psicopatologi, ma per l'uso in contesti non clinici si è preferito sottolineare gli aspetti di funzionamento che quelli di scompenso (Figura 2.1).

Figura 2.1 Le etichette psicopatologiche e quelle di funzionamento

Etichette originali delle organizzazioni di personalità (Guidano e Liotti, 1983)	**Nuove etichette delle organizzazioni di personalità (Rezzonico e Strepparava, 2004)**
Ossessiva	Metodica/analitica
Fobica	Volitiva/controllante
Psicosomatica o da disturbo alimentare psicogeno	Fantasiosa/duttile
Depressiva	Responsabile/riflessiva

Di seguito verrà presentata una breve esposizione dei principali tratti che delineano le quattro organizzazioni di personalità. Per maggiori approfondimenti si rimanda ai testi citati nel capitolo

2.2.1 La personalità metodica/analizzatrice

Gli elementi di strategia di costruzione dell'esperienza di sé nel mondo che per primi vengono ricondotti a questo stile di personalità sono quelli inerenti la ricerca di ordine e controllo attraverso il pensiero e la razionalità (Rezzonico e Strepparava, 2004). Vi è il tentativo di pianificare e organizzare l'esperienza attraverso il pensiero e la logica. Negli individui con tale organizzazione è inoltre presente un forte senso di responsabilità personale ed un senso etico molto forte. Le emozioni sono la parte di sé che è meno conosciuta; è il razionale che prevale sull'emotivo, il ragionamento sulla passione, il mentale sul fisico.

Il senso di stabilità personale è agganciato alla possibilità di riuscire a individuare quali sono le regole e le regolarità del mondo (e quindi di sé). Il riferimento alle norme è un importante fattore di stabilizzazione e sicurezza, soprattutto quando emerge la confusione o quando il livello emozionale si alza ad un livello che viene soggettivamente avvertito come troppo alto.

La percezione della propria coerenza individuale viene sviluppata attraverso la ricerca della stabilità e del controllo emozionale e cognitivo, in modo da sentire che si è "giusti" e quindi il senso della permanenza di sé è sbilanciato verso la polarità di una *lettura esterna* e si tratta quindi di uno stile di personalità *outward*, che cerca all'esterno la verità del proprio sentire.

Le emozioni ricevono fin dai primi anni di vita un'etichettatura valutativa - buono o cattivo, bene o male, giusto o sbagliato - da parte delle figure di attaccamento e nella storia personale sono considerate da sempre come fattori di disturbo: non solo ci sono emozioni che è bene non provare (rabbia, invidia, gelosia), ma anche la manifestazione delle emozioni positive deve sempre essere non eccessiva, moderata e controllata (Strepparava, 2006)

Soprattutto le emozioni più intense e pericolose sono problematiche, in quanto poco riconosciute ed evitate; è come se ci fosse il tentativo di controllare in modo assoluto l'esperienza emotiva attraverso l'ordine e la logica, a scapito della flessibilità personale.

Secondo Guidano *"l'unità organizzativa del significato personale nell'organizzazione ossessiva si basa sulla percezione di un senso di sé ambivalente e dicotomico, che si dispiega lungo confini di significato antitetici e oscillanti secondo una modalità tutto o*

nulla che ogni squilibrio nel proprio bisogno di certezza assoluta viene esperito immediatamente come una perdita totale di controllo" (Guidano, 1987; 1991).

2.2.2 La personalità volitiva/controllante

Gli individui con un'organizzazione di personalità di questo tipo si evidenziano fin dai primi contatti per l'ambivalenza che mettono in gioco nel rapportarsi con gli altri (Rezzonico e Strepparava, 2004). Le situazioni troppo strutturate sembrano attivare un bisogno immediato di libertà, ma per contro, il semplice sentire un calo di interesse nelle figure di riferimento attiva nel soggetto con organizzazione volitiva/controllante strategie atte a recuperare la vicinanza. *"L'asse dominante del paradosso sta nell'impossibilità di mediare tra un bisogno di sicurezza che scivola immediatamente in sensazioni di costrizione e un bisogno di libertà che si trasforma in paura di solitudine e sensazione di pericolo"* (Guidano, 1987; 1991).

La coerenza individuale e la stabilità della propria identità si fondano sulla percezione di sé come soggetti agenti, forti, attivi e sulla sensazione di avere tutto sotto controllo.

Il senso di benessere e tranquillità personale è legato alla sensazione che tutto, sia fuori che dentro di loro, sia chiaro, limpido, definito. È naturale per loro essere degli ottimi organizzatori e solutori di problemi, anche perché le situazioni aperte sono percepite come un disturbo, generano un senso di non compiuto, di non concluso che non va bene: se c'è un problema, è buona regola affrontarlo subito, senza rimandare. Il loro mondo è un mondo centrato sulle azioni e sul pragmatismo, senza che vi sia spazio per dubbi, incertezze, attese, ambiguità, con la disponibilità a rischiare, a prendere decisioni, anche importanti, in modo rapido e veloce (Strepparava, 2006)

Un'altra caratteristica della persona con questa organizzazione di personalità consiste nella tendenza a non apprezzare pienamente le situazioni in cui si trova, che rischiano di scivolare nella sensazione di limitazione.

Per quanto riguarda l'identità personale la persona con organizzazione volitiva/controllante è caratterizzata da un'idea di sé come persona amabile, gradevole e competente; tuttavia le emozioni sono percepite come pericolose, con la conseguente sensazione di non saperle gestire.

Lo stile relazionale delle figure di attaccamento che si sono mantenute stabilmente accessibili e regolarmente responsive, ha consentito di stabilizzare la percezione dei

propri stati interni (assetto *inward*) facilitando una differenziazione precoce e chiara del flusso emotivo interno, che favorisce la percezione di sé come entità separata dall'esterno e comunque connotata positivamente. Le emozioni di base, viscerali e somatiche, sono ben riconoscibili e in generale la persona usa e si fida del suo sentire interno, che viene considerato il filtro più importante attraverso il quale valutare gli eventi. È un filtro che si tende a non mettere mai in dubbio. Se e quando ci sono percezioni discrepanti tra interno ed esterno, la fiducia va in modo preferenziale a quello che si sente e non ad eventuali rimandi che possono giungere dall'esterno. Le tematiche chiave della persona pertanto non toccano l'amabilità personale o il valore personale, quanto piuttosto il *farcela / non farcela da soli*.

2.2.3 La personalità fantasioso/duttile

L'aspetto immediatamente emergente nelle modalità relazionali di persone che presentano un'organizzazione cognitiva di questo tipo è la difficoltà a definirsi e delinearsi rispetto alla capacità di leggere e leggersi nel mondo (Rezzonico e Strepparava, 2004). Vi è una costante ricerca di conferme negli altri significativi e una scarsa fiducia nelle proprie capacità di giudizio.

Non c'è una buona differenziazione degli stati interni e degli stati emotivi, con una prevalenza della corporeità. *"L'unitarietà dei processi di significato personale nell'organizzazione tipo disturbi alimentari psicogeni si organizza attorno ai confini antagonisti e oscillanti tra un bisogno assoluto di approvazione da parte di persone significative e la paura, altrettanto assoluta, di poter essere intrusi o disconfermati da tali persone"* (Guidano, 1987; 1991).

La necessità di essere costantemente regolati sui messaggi che arrivano dall'esterno induce lo sviluppo di sofisticate strategie di comprensione dei segnali non-verbali, degli stati emozionali altrui, degli altrui desideri e intenzioni, insomma la capacità di avere una sofisticata abilità di lettura della mente dell'altro anche perché in questo modo è più facile capire cosa si deve fare per far star bene l'altro, per compiacerlo, per ricevere la sua approvazione.

Per contro invece, la capacità di lettura della propria mente, cioè la capacità di mettere a fuoco in modo chiaro e univoco i propri desideri, stati d'animo, bisogni ed emozioni è ridotta, in una sorta di opacità a se stessi. I propri bisogni e desideri – proprio perché

poco definiti - sono messi in secondo piano rispetto all'aderire a quelle che si avvertono essere le aspettative altrui.
La tendenza di base è quella di modificare il proprio mondo interno per renderlo conforme ai riferimenti esterni (assetto *outward*): da questo meccanismo derivano molte cose, tra cui la flessibilità e l'adattabilità ai cambiamenti ma anche l'instabilità e la mancanza di fiducia nelle proprie idee (Strepparava, 2006).
Le oscillazioni emotive caratteristiche riflettono il costante tentativo di trovare un equilibrio tra il bisogno di essere con l'altro e il bisogno di differenziarsi dall'altro.

2.2.4 La personalità responsabile/riflessiva

Il tema centrale di questa organizzazione è quello della perdita e della possibilità/impossibilità della sua gestione (Rezzonico e Strepparava, 2004). Secondo Guidano centrale nell'organizzazione depressiva (responsabile/riflessiva) è *"la spiccata propensione a rispondere con disperazione e rabbia a eventi discrepanti anche minimi, come risultato di un'attiva organizzazione di tali eventi di perdita e delusione"* (Guidano, 1987; 1991). L'impossibilità di gestire la perdita e la delusione porta così all'utilizzo di strategie atte ad evitare quelle situazioni in cui il soggetto potrebbe riprovare certe emozioni; si ha così la ricerca di autosufficienza, la tendenza al rovesciamento dei ruoli, la tendenza a ricondurre a sé la causa di qualche evento esterno negativo.
La rabbia rappresenta qui un elemento di equilibrio fondamentale; *"l'emergere della rabbia rappresenta lo strumento più efficace ed economico del sistema per impedire che la tristezza e la disperazione diventino così intense e dirompenti da risultare disadattive"* (Ibidem, 1988; 1992)
La coerenza e la stabilità dell'identità personale sono legati al tema dell'autosufficienza emotiva e relazionale, una strategia sviluppata per far fronte al senso di solitudine che queste persone percepiscono fin da molto presto nella loro storia di vita.
Non solo i propri stati interni - emozioni e pensieri – sono facilmente accessibili e oggetto di esplorazione e riflessione, ma sono soggettivamente avvertiti come indicatori stabili e affidabili per capire il significato degli eventi (assetto *inward*).
Le rilevanti capacità introspettive, generano anche una buona capacità di riconoscimento e d'empatia per le emozioni altrui, soprattutto quando queste hanno la

connotazione della sofferenza e del dolore. Percepire in un'altra persona tristezza, sofferenza o malessere ha il potere di attivare immediatamente un comportamento di accudimento e cura e tale sistema motivazionale risulta la modalità di base con cui si entra in relazione con gli altri.

L'attenzione verso le persone non è mai né controllante, né intrusiva: c'è la capacità di tenersi alla giusta distanza, pronti a intervenire in caso di bisogno, con una notevole sensibilità a cogliere il momento migliore per un avvicinamento e senza aspettarsi in cambio la continuità dell'attenzione altrui. La modalità relazionale è di grande rispetto, nel senso che non tendono a imporre la propria visione del mondo o a dirigere forzatamente l'interlocutore.

Nella comunicazione di solito rispettano tempi e modi dell'interlocutore, lasciandogli sostanzialmente lo spazio per stabilire il ritmo della relazione e dell'interazione (Strepparava, 2006).

2.2.5 Le organizzazioni di personalità nello studio del medico

- *Il paziente metodico – analizzatore*

I pazienti con questa organizzazione sono estremamente perfezionisti, attenti ai dettagli, alle procedure, all'organizzazione. Sono persone molto testarde e tendono a insistere affinché le cose vengano fatte secondo le loro regole, ma nonostante questo si trovano a disagio nel prendere decisioni per la paura di commettere errori. Sono persone che spesso appaiono fredde o imbarazzate.

Il rischio con questi pazienti è di farsi trascinare nel loro sistema logico o di ironizzare sulle loro manie.

Con i pazienti metodici/analizzatori, il medico dovrebbe mostrarsi affidabile e prevedibile, dovrebbe rispettare il loro bisogno di ordine e organizzazione e incoraggiarli nel caso commettessero degli errori.

- *Il paziente volitivo – controllante*

I pazienti che presentano un'organizzazione di personalità volitiva/controllante, sono spesso eccessivamente preoccupati dei rischi che la vita quotidiana può riservare a loro stessi e alle le persone che li circondano, per questo mostrano un'attenzione costante a ciò che potrebbe essere rischioso, tenendo sotto controllo tutti i più piccoli sintomi, anche quelli più insignificanti. Il corpo per questi pazienti è una macchina che deve

essere efficiente, sana, forte e in salute. Mostrano fatica fisica, spesso eccessiva. Nella vita di questi pazienti non c'è spazio per dubbi, attese e ambiguità.

Il medico che ha a che fare con i pazienti volitivi /controllanti dovrebbe essere in grado di accogliere e contenere le loro preoccupazioni mostrandosi sereno e affidabile, dovrebbe inoltre fornire frequentemente rassicurazioni più da un punto di vista emotivo *("stia tranquillo, non c'è da preoccuparsi")* che strumentale *("ora le spiegherò le cause organiche della sua malattia, così capirà perché non c'è motivo per preoccuparsi")*, ovviamente le rassicurazioni devono essere realistiche.

Il rischio con questi pazienti è di cadere in schiavitù: evitando temi su possibili separazioni e condivisioni su inutili stati d'ansia e più facile eludere questo rischio.

- *Il paziente duttile – fantasioso*

Sono pazienti che hanno una scarsa percezione del disagio e della malattia e per questo mettono il loro corpo continuamente alla prova.

Sono ipersensibili al giudizio delle altre persone, compreso il medico, per questo sono molto attenti ai segnali non-verbali che leggono secondo la dicotomia approvazione/rifiuto. Ricercano l'attenzione e l'approvazione facendo sentire "bene" l'altro e mettendo in secondo piano i propri desideri al fine di compiacere. Sono pazienti che mostrano scarsa *compliance* e che tendono al *drop out*, ad abbandonare cioè il percorso intrapreso, in questo caso con il medico.

Il rischio con i pazienti duttili /fantasiosi è di cadere nel gioco seduttivo, intellettuale o relazionale che mettono in atto, con il risultato anche di venire inconsapevolmente manipolati. Si consiglia con questi pazienti di mostrare loro la propria stima, ma soprattutto di esplorare insieme le attivazioni emotive che sottendono la situazione.

- *Il paziente responsabile - riflessivo*

Il medico che incontra questi pazienti si troverà di fronte persone che abitualmente mostrano un umore triste e burbero. Pensano che la medicina non possa essere loro di aiuto, si sentono condannati, credono che i farmaci non servano a nulla, che creino solo dipendenza e che non risolvano la vera causa del problema, arrivano a valorizzarsi dandosi un'immagine di sé forte rispetto alla malattia pur di non dover assumere il farmaco.

Con questi pazienti il medico rischia di fare la morale o sollecitarli troppo, occorre invece fare leva sul loro senso di responsabilità e stimolarli ad aprirsi e confidarsi, mostrando la propria considerazione.

Quando due persone, con la stessa organizzazione di personalità o con organizzazioni differenti, entrano in contatto mettono in campo le proprie risorse o i propri elementi di debolezza. Nel paragrafo successivo verrà proposto un possibile modo per leggere le interazioni umane e nello specifico quella medico-paziente: i sistemi motivazionali interpersonali.

Quando due persone, con la stessa organizzazione di personalità o con organizzazioni differenti, entrano in contatto mettono in campo le proprie risorse o i propri elementi di debolezza. Nel paragrafo successivo verrà proposto un possibile modo per leggere le interazioni umane e nello specifico quella medico-paziente: i sistemi motivazionali interpersonali.

2.3 COSA SUCCEDE NELLA RELAZIONE: I SISTEMI MOTIVAZIONALI INTERPERSONALI (SMI)

Quando un medico entra in relazione con un paziente si attiva su diversi fronti: da un punto di vista cognitivo dovendo raccogliere le informazioni (attenzione), recuperando le nozioni e le conoscenze di cui dispone (memoria), processando le informazioni raccolte e integrandole con le conoscenze e le esperienze apprese (pensiero) e comunicando con il paziente (linguaggio); ha un'attivazione prassica e manuale (comunicazione non verbale) e infine ha un'attivazione da un punto di vista emotivo. In questa parte, verranno approfonditi i temi relativi a quest'ultimo aspetto.

Quando un essere umano entra in relazione con un proprio simile, in lui si attivano dei principi di organizzazione del comportamento (costituiti da un insieme di regole innate, filogeneticamente orientate alla sopravvivenza dell'individuo e della specie) che determinano la regolazione delle interazione dei partecipanti: i sistemi motivazionali interpersonali (SMI). Gli SMI sono tendenze universali, biologicamente determinate e selezionate su base evolutiva, la cui espressione nel comportamento presenta variabilità individuali. Essi regolano la condotta in funzione di particolari mete e sono in stretta relazione con l'esperienza emotiva. Le emozioni accompagnano infatti l'azione degli SMI e possono esserne considerate indicatori di attività. In questa ottica ogni specifica esperienza emotiva può essere meglio compresa se rapportata al sistema motivazionale interpersonale entro cui si colloca (Liotti 2003; 2011).

I sistemi motivazionali interpersonali, tipici dei mammiferi,vengono anche chiamati di secondo livello, per differenziarli da quelli evoluzionisticamente più antichi e già presenti nei rettili (di primo livello) e da quelli di ordine superiore, tipici degli esseri umani, che sono costituiti dai sistemi evoluzionisticamente più recenti. (Figura 2.2).
Tendenzialmente, l'attivazione di un sistema di un dato livello inibisce quella degli altri sistemi dello stesso livello.
Sono stati descritti cinque sistemi motivazionali sociali: il sistema di attaccamento, di accadimento, sessuale, agonistico e cooperativo.

Figura 2.2 Architettura morfofunzionale della motivazione (da Liotti e Farina, 2011)

Struttura cerebrale	**Motivazioni**
Primo livello Cervello rettiliano	*Regolazione fisiologica* (alimentazione, termoregolazione, cicli sonno veglia) *Difesa* (aggressione, immobilizzazione e fuga in situazioni di pericolo) *Esplorazione* (di novità ambientali) *Territorialità* *Sessualità* (senza formazione di coppia)
Secondo livello Cervello antico-mammifero (limbico)	*Attaccamento* (ricerca di cura e vicinanza protettiva) *Accudimento* (offerta di cura) *Sessualità di coppia* *Competizione* (definisce il rango di dominanza-sottomissione) *Cooperazione paritetica* (attenzione congiunta e condivisa)
Terzo livello Neocorteccia	*Intersoggettività* *Costruzione di strutture di significato*

Il sistema dell'attaccamento

Il sistema motivazionale dell'attaccamento è finalizzato ad ottenere la vicinanza, il conforto e la protezione della figura di attaccamento (di un con specifico). Il sistema si attiva nelle situazioni di difficoltà e dolore, percezione di pericolo, sensazione di debolezza e di vulnerabilità e in protratta solitudine. Un ostacolo nel raggiungimento della meta genera emozioni quali la paura per la separazione o la mancanza di protezione, la collera come protesta verso la figura di attaccamento, tristezza per la mancanza di cure o la perdita delle stesse e infine il distacco emozionale. Il sistema è disattivato dal raggiungimento dell'obiettivo della vicinanza protettiva segnalato da esperienze emotive di conforto, gioia e sicurezza.

Il sistema di accudimento

Il sistema è reciproco a quello dell'attaccamento. L'obiettivo è la salvaguardia di un membro del gruppo sociale vissuto come più indifeso e debole. Il sistema è attivato dai segnali di richiesta di conforto e protezione emessi da un altro individuo (a sua volta motivato dal sistema di attaccamento), o da percezione della sua fragilità/condizione di difficoltà. Un ostacolo nel raggiungimento della meta può generare preoccupazione, ansia per l'incolumità del conspecifico, compassione, tristezza fino anche a disperazione e colpa. Il sistema si disattiva alla cessazione delle condizioni attivanti, quindi dalla percezione di segnali di sollievo e sicurezza da parte dell'altro, generando gioia e tenerezza.

Il sistema sessuale (di coppia)

Il sistema motivazionale interpersonale sessuale è finalizzato alla formazione e al mantenimento della coppia sessuale con il valore biologico della riproduzione e del sostentamento della prole. Il sistema è attivato da segnali fisiologici interni all'organismo come variazioni ormonali, e da segnali esterni di disponibilità all'accoppiamento emessi da un altro con specifico. Un ostacolo al raggiungimento della meta genera rabbia, frustrazione, umiliazione, pudore, paura del rifiuto. La percezione dell'avvicinarsi della meta invece è collegata all'esperienza emotiva del desiderio e piacere erotico.

Il sistema agonistico

Il sistema agonistico di competizione per il rango è finalizzato alla definizione dei ranghi di potere e di dominanza/sottomissione per regolare all'interno di un gruppo il diritto prioritario di accesso alle risorse. Una volta stabilita la gerarchia all'interno del gruppo, questa rimane presente ed attiva nel tempo, con il vantaggio biologico di eliminare la necessità di continue lotte che potrebbero sfiancare gli individui, finché non viene nuovamente posta in questione. La definizione dei ranghi avviene attraverso forme ritualizzate in cui l'aggressività non è primariamente finalizzata a ledere l'antagonista ma ad ottenere da quest'ultimo un segnale di resa. Il sistema agonistico è attivato dalla percezione di una scarsa disponibilità di risorse, non solo biologiche, ma anche sociali e culturali e da segnali di sfida provenienti da un conspecifico, nell'uomo per esempio da ridicolizzazione, colpevolizzazione e altri segnali di rango. La disattivazione del sistema è determinata dal segnale di resa che comporta il riconoscimento della propria subordinazione al vincitore. Nell'uomo può disattivare il

sistema l'attivazione di un altro sistema motivazionale (ad es. quello cooperativo). Un ostacolo nel raggiungimento della meta genera rabbia, umiliazione, vergogna, tristezza e invidia. Se la meta viene invece raggiunta si possono esperire emozioni quali la gioia, il trionfo e l'orgoglio.

Il sistema cooperativo paritetico

Il sistema ha come meta il conseguimento di un obiettivo comune, che non potrebbe essere altrimenti raggiunto dallo sforzo di un singolo individuo. Il sistema è attivato quando il soggetto si percepisce come parte di un gruppo che lavora in modo vantaggioso per il perseguimento di una meta comune (ritenuta vantaggiosa a sua volta). Concorrono all'attivazione del sistema la percezione della valenza degli altri individui interagenti in funzione dei fini prefissati e la percezione da parte dei "pari" di segnali di non-minaccia agonistica. Un ostacolo nel raggiungimento della meta genera sfiducia, colpa, rabbia e isolamento. Quando la meta è vista avvicinata o raggiunta le emozioni collegate all'attivazione del sistema riguardano la gioia da condivisione, la fiducia e l'amore amicale.

Nella relazione medico-paziente è auspicabile l'attivazione di quest'ultimo sistema motivazionale, che determina lo svolgimento della relazione su un piano paritetico, dove i protagonisti della consultazione cercano la condivisione di un senso comune e di un obiettivo specifico, lavorando co-responsabilmente per il raggiungimento dello stesso.

Anche gli SMI dell'attaccamento (nel paziente) e dell'accudimento (del medico) possono essere funzionali in certi momenti del rapporto, in quanto fanno sentire il paziente accolto nelle sue richieste e necessità, il rischio però è che il paziente venga posto in un ruolo dipendente e subordinato che rischia di ostacolare il raggiungimento dell'obiettivo (Rezzonico e De Marco, 2012).

Durante il colloquio con il paziente dunque, l'emozione esperita e colta dal medico in un processo di auto-osservazione e di osservazione del paziente diventa uno strumento prezioso nella relazione terapeutica e permette inoltre il monitoraggio della stessa.

2.4 L'IMPALCATURA DELLA RELAZIONE MEDICO – PAZIENTE : IL CONCETTO DI INTELLIGENZA EMOTIVA

Negli ultimi dieci anni le ricerche sull'importanza dell'incremento di consapevolezza emotiva in quanto aiuto e guida nella pratica clinica e nel corso del colloquio medico-paziente, sull'importanza della regolazione emotiva nella professione medica, sull'importanza dell'intelligenza emotiva come la qualità che aiuta a condurre buone interazioni con i pazienti sono fiorite sviluppandosi in modo significativo (Kasman, Fryer-Edward e Braddock, 2003; Lewis, Rees, e Hudson, 2004; Jackson, Sullivan, Gadmer, Seltzer, Mitchell, Lakoma, Arnold e Block, 2005; Malterud e Hollnagel, 2005; Weng, Chen; Chen, Lu e Hung, 2008).

Ricerche condotte su ampie basi di dati hanno mostrato come sicuramente l'intelligenza emotiva sia correlata con molte delle competenze relazionali che i moderni percorsi di studi medici richiedono di possedere al termine della formazione (Arora, Ashrafian, Davis, Athanasiou, Darzi e Sevdalis, 2010).

Una prima definizione di intelligenza emotiva venne data da Salovey e Mayer (1990): *"la capacità di monitorare le proprie e altrui emozioni, di differenziarle e di usare tali informazioni per guidare il proprio pensiero e le proprie azioni".* Nello stesso articolo, gli autori sostengono inoltre che coloro che possiedono elevati livelli di intelligenza emotiva riescono facilmente a identificare e a descrivere i sentimenti in se stessi e negli altri, a regolare efficacemente gli stati di attivazione emozionale propri e altrui e sperimentano le emozioni in modo adattivo e funzionale.

Qualche anno più tardi (1997) i due autori modificarono la loro definizione includendo oltre agli aspetti emotivi anche quelli legati alla sfera cognitiva sostenendo che all'intelligenza emotiva apparteneva anche la capacità "di pensare sui sentimenti".

Goleman (1995) sostiene che all'interno dell'intelligenza emotiva rientrino due competenze: la *competenza personale* che fa riferimento alla conoscenza di noi stessi, e la *competenza sociale*, legata al modo in cui entriamo in relazione con gli altri.

Queste competenze si distinguono in cinque ambiti principali:

a. Comunicazione efficace
b. Consapevolezza emotiva
c. Controllo emotivo
d. La motivazione

e. L’empatia

Vediamo come queste abilità si declinano all’interno del rapporto tra medico e paziente.

a. Comunicazione efficace

Secondo diversi autori (Cohen Cole, 1991; Lipkin, Putnam e Lazare 1995; Ong, De Haes, Hoos e Lammes, 1995) per poter comunicare con il paziente in modo efficace, il curante deve essere in grado di:

- raccogliere le informazioni,
- restituirle al paziente,
- creare e mantenere una relazione con lui.

Durante la raccolta delle informazioni il medico ha davanti a sé il raggiungimento di quattro obiettivi: fare una diagnosi, raccogliere l’agenda del paziente (Paragrafo 1.2.2), monitorare eventuali modificazioni cliniche ed emotive del paziente e infine acquisire informazioni fondamentali per pianificare un piano terapeutico (Lipkin, Putnam e Lazare, 1995).

Per raggiungere questi obiettivi al medico si richiedono due particolari requisiti: il saper chiedere e il saper ascoltare, che costituiscono abilità *(skills)* indispensabili per raggiungere tali obiettivi.

Saper porre le domande più funzionali al raggiungimento dell’obiettivo, si basa sulla capacità, che il clinico deve acquisire in fase di formazione, di utilizzare in modo adeguato sia domande chiuse, che prevedono risposte del tipo sì/no (es. *“ha tosse?”, “vede le placche in gola?”*), che domande aperte, che predispongono l’interlocutore al dialogo (es. *“che sintomi si sente?”*). Le prime se da una parte permettono una copiosa raccolta di informazioni (Marvel, Epstein e Flowers, 1999), dall’altra risultano poco funzionali all’indagine del vissuto del paziente (Roter e Hall, 1992), mentre le domande aperte consentono al paziente di dare maggiori informazioni su quelle che sono le sue idee e le sue rappresentazioni rispetto alla malattia (Ong, De Haes, Hoos e Lammes, 1995).

Appartenenti a quest’ultima tipologia, sono le cosiddette *trigger question,* o domande stimolo, la cui funzione è di facilitare il racconto del paziente, in modo da permettere al clinico l’accesso agli aspetti più soggettivi che permette la costruzione di una buona relazione. Un altro tipo di domande aperte sono le domande eco *(echoing*), che consistono nel ripetere in forma interrogativa un termine utilizzato dal paziente su cui il medico ha interesse a soffermarsi (Moja e Vegni, 2000). La ripetizione delle parole del

paziente usata al posto di domande esplicitamente poste, ha il vantaggio di non interferire, se non in misura ridotta, con il flusso narrativo del paziente, permettendogli un'esposizione più fluida.

La capacità di ascolto è l'altro requisito che viene richiesto al medico durante la raccolta delle informazioni.

Per quanto riguarda la capacità di ascolto sia la ricerca che le riflessioni teoriche mettono l'accento sull'importanza del lasciare uno spazio adeguato al paziente in modo che possa sentirsi ascoltato, compreso e, in ultima analisi, partecipe a quanto lo riguarda (Epstein, 1993).

In particolare vengono rilevati vantaggi in relazione all'adesione al trattamento (Mc Whinney, 1989) e alla soddisfazione del paziente (Stewart, 1984).

Se al contrario il paziente non si sente ascoltato, è più probabile che si sentirà insoddisfatto, indipendentemente dalle capacità comunicative dello specialista (Virzì, 2007).

Tecniche rilevanti in questo campo risultano essere quelle del *silenzio* che usato in maniera "strategica" garantisce al paziente la possibilità di fare chiarezza sul proprio punto di vista e dell'*active listening* consistente nell'uso di locuzioni o frasi atte ad assecondare quanto emerso.

Mettersi in una posizione di ascolto piuttosto che inquisitoria, permette al medico di ricavare importanti informazioni sulla persona che ha davanti, sia da un punto di vista sociale che emotivo (Tatarelli, De Pisa e Girardi, 1998).

Un buon colloquio è quindi un colloquio che si svolge a spirale, partendo da domande aperte e dall'uso preponderante dell'ascolto, per poi proseguire con domande chiuse mirate, con una sempre maggiore partecipazione del curante (Cohen Cole, 1991).

La seconda funzione della comunicazione tra medico e paziente, la trasmissione delle informazioni, deve essere preceduta e seguita da alcuni momenti fondamentali (Sommaruga, 2005):

- la verifica della comprensione delle informazioni da parte del medico attraverso *checking skills* e *reflection skills.* Le prime consistono in parafrasi o brevi ricapitolazioni che permettono di ripetere al paziente ciò che si ritiene essere il pensiero principale che ha voluto esprimere. Permette di ribadire il messaggio ed eventualmente di chiarirlo. Fa riferimento a idee che l'altro ha espresso. Capire la completezza delle informazioni ricevute, inoltre permette di migliorare la qualità della relazione perché il

paziente si sente ascoltato e compreso (Cohen Cole, 1991). Le *reflection skills*, costituite per lo più da interventi di legittimazione o di supporto da parte del medico, hanno lo scopo di aiutare l'altro ad analizzare meglio i propri pensieri le proprie emozioni rispetto a un certo problema. Questa forma di riconoscimento del bisogno dell'altro e di risonanza affettiva, come già suggeriva Balint (1957), è il primo passo terapeutico agito dal medico:

Il medico deve quindi comunicare al paziente una serie di nuove informazioni per lo più di natura clinica. Per fare ciò il medico dovrebbe coinvolgere il paziente durante la restituzione attraverso quelle che vengono definite "capacità di orientamento".

Una tecnica, chiamata *focusing*, consiste ad esempio, nel riportare l'attenzione su una parte del dialogo che è ritenuta importante, si dovrebbe poi anticipare quello che sta per succedere e infine è ritenuto utile fare una sintesi di tutto quello che è stato riferito al paziente per permettere una migliore comprensione e memorizzazione. Le *checking back skills* rappresentano la fase finale del colloquio. Oltre al fare una sintesi è importante indagare quanto è stato compreso dal paziente, chiedendogli di ripetere un concetto che è stato espresso.

Le figure 2.3 e 2.4 riassumono le principali tecniche che i medici possono utilizzare per restituire le informazioni al paziente.

Figura 2.3 Tecniche utilizzate dal medico nel ruolo di ricevente (Virzì, 2007)

Question Skills	
▪ domande chiuse	"…ha vertigini?...", "ha avuto ance episodi di vomito…"
▪ domande aperte	"…come va?...", "mi descriva meglio questo dolore…"
▪ domande stimolo	"…da dove vogliamo partire?..."
▪ tecniche di eco	"…stanco?";
Active listening skills	
▪ silenzio	
▪ tecniche di comunicazione	"…mmmh…", "… ho capito…"

Figura 2.4 Tecniche utilizzate dal medico nel ruolo di emittente (Virzì, 2007**)**

Checking Skills	
▪ parafrasi	"…se ho capito bene...",
▪ brevi ricapitolazioni	"…dunque abbiamo detto che...",
Reflection Skills	
▪ espressioni empatiche	"…capisco come si sente…"
▪ interventi di legittimazione	"…tutti, al suo posto sarebbero spaventati…."
	"…. vediamo cosa poter fare per aiutarla…"
▪ interventi di supporto	
	"…ascolti…"
Capacità di orientamento	"adesso le spiego cosa deve fare…"
▪ focusing	"… allora ricapitoliamo, 1cpr a pranzo e 1 a cena…"
▪ categorizzazioni	
▪ sintesi	
	"è tutto chiaro?..."
Checking back skill	
▪ feedback	

La terza funzione, quella della creazione e del mantenimento della relazione con il paziente, passa trasversalmente per tutto il corso del colloquio.

Secondo Mc Whinney (1997) tuttavia non può essere condotto un colloquio centrato sul paziente se non vi è, da parte del medico, una percezione diversa del proprio operato, dei propri scopi e del proprio agire rispetto alla mera ricerca di alterazioni biologiche.

b.c. Consapevolezza e controllo emotivo

Oltre la tecnica dunque esiste una dimensione emotiva e relazionale irrinunciabile inquadrabile nell'atteggiamento personale del medico (*attitudes*) verso il paziente, la malattia e il proprio operato.

Ne consegue che la conoscenza e la capacità di usare al meglio le cosiddette *skills*, di per sé non è sufficiente a garantire che un colloquio sia effettivamente centrato sul paziente se questo non è sostenuto da una impalcatura emotiva centrata sull'attenzione emotiva all'altro oltre che, naturalmente, a se stessi.

Nell'ultimo decennio sono fiorite le ricerche che hanno lo scopo di verificare l'utilità dell'aumento di consapevolezza da parte del medico rispetto ai propri stati interni in quanto aiuto e guida nella pratica clinica (Kasman, Fryer-Edwards e Braddock, 2003; Lewis, Rees e Hudson, 2004; Jackson, Sullivan e Gadmer, 2005; Malterud e Hollangel, 2005; Weng, Cheng, Cheng, Lu e Hung, 2008).

Le emozioni e i comportamenti che si presentano durante la consultazione hanno un effetto diretto su alcuni parametri relativi all'incontro tra medico e paziente: delle volte

un'emozione può destabilizzare il medico con ovvie ripercussioni sull'andamento dell'incontro e condiziona il modo in cui può prendersi cura della persona (Shanafelt, 2002). Anche nel momento dell'anamnesi, considerato da alcuni come quello più asettico, gli aspetti emotivi sono in primo piano (Tatarelli, De Pisa e Ghirardi, 1998).

Benbassat e Baumal (2001; 2005) hanno rilevato che un incremento di consapevolezza da parte del medico rispetto al proprio atteggiamento nella pratica clinica favorisce un minor numero di errori clinici, impedisce la disaffezione del paziente, incrementa la sua soddisfazione e l'aderenza al trattamento. Si è dimostrato inoltre, che le buone capacità comunicative del medico incrementano la soddisfazione e la *compliance* del paziente, mentre essere consapevoli delle proprie emozioni favorisce una comunicazione maggiormente centrata sul paziente (Smith, Marshall, Lyles e Frankel, 1999; Winefield, 2000).

Viceversa, la non consapevolezza delle proprie emozioni può portare ad atteggiamenti e comportamenti disfunzionali alla relazione con il paziente (Figura 2.5)

Data la difficoltà ad inquadrare e definire in modo univoco cosa si intenda per *self awareness*, si è spesso dedicata maggiore attenzione all'acquisizione di abilità comunicative lasciando che lo sviluppo di un atteggiamento personale verso il lavoro e in particolare verso l'altro fosse affidato alla pratica durante il periodo di frequenza in reparto. Si è così costituito nel corso del tempo una sorta di curriculum formativo informale, nascosto, *hidden*, all'interno del quale vengono apprese modalità di comportamento e di gestione relazionale del paziente attraverso l'osservazione diretta di medici esperti, spesso dei tutor, senza che vi sia la reale possibilità che questa tematica divenga materia di analisi e riflessione approfondita e strutturata (Hafferty e Franks, 1998).

L'atteggiamento sviluppato durante gli anni di formazione tende inoltre a mantenersi stabile nel tempo improntando in maniera significativa il modo di operare e di agire nella pratica clinica e in particolare nel rapporto con il paziente (Lempp, 2004).

Lo sviluppo di una maggiore consapevolezza delle proprie emozioni non corrisponde ad un obiettivo di modificazione permanente della personalità del medico quanto piuttosto ad aumentare la consapevolezza dell'impatto della risposta emotiva personale all'interno dell'agire medico.

Figura 2.5 Emozioni e comportamenti associati, nella visita medica. Modificato da Smith, 1999

Emozioni e comportamenti del medico non riconosciuti durante una consultazione medica	
Emozioni non riconosciute	**Comportamenti conseguenti**
Comuni	**Comuni**
Paura di perdere il controllo della situazione	Ipercontrollo della comunicazione
Trattare tematiche emotive	Aumento di interruzioni nei confronti del paziente
Apparire antipatici	Comportamento superficiale rispetto alle emozioni
Ansia da prestazione	Distacco \ distanziamento
Discutere tematiche personali	Passività
Non comuni	**Non comuni**
Sensazioni sessuali	Seduttività
Attitudine a favorire dati biologici	Mancanza di rispetto, sensibilità
Rabbia	Intimidazione, critiche
Paura del coinvolgimento personale	Distanziamento, anaffettività
Senso di inadeguatezza	Imbarazzo
Identificazione con il paziente	Sovrapposizione emotiva

Essere consapevoli delle proprie emozioni, permette al medico anche di entrare in empatia con il paziente in modo funzionale.

d. Empatia

La componente essenziale nella costruzione del rapporto medico – paziente, che rappresenta un elemento trasversale della visita e che deve essere una costante del colloquio viene per lo più identificata nel concetto di empatia (Larson e Yao, 2005; Hojat, 2007).

Etimologicamente il termine empatia significa sapersi calare dentro (*en*) nel punto di vista (*pathein*) dell'altro, ovvero ciò che richiede la medicina centrata sulla persona.

All'interno del campo "relazione medico-paziente", l'empatia del curante è stata descritta in vari modi: "un naturale desiderio di prendersi cura dell'altro" (Baron-Cohen, 2003), "la capacità del medico di immaginare di essere il paziente che si è recato da lui per chiedere aiuto" (Gianakos, 1996), "la capacità di passare attraverso l'esperienza di malattia come se si fosse il paziente" (Greenson, 1967).

In generale l'empatia viene descritta come la capacità di tenere conto anche della mente altrui e non solo dei propri pensieri, delle proprie percezioni e delle proprie emozioni, è legata all'azione ed è la nostra capacità di identificare ciò che qualcun altro sta pensando o provando - *riconoscere* - e di agire adeguatamente in risposta a quei pensieri, sensazioni ed emozioni – *rispondere* (Baron-Cohen, 2011).

L'empatia è quindi l'insieme di diverse competenze: riconoscere adeguatamente gli stati emotivi propri e altrui, identificare le motivazioni e le cause che generano nel contesto

diversi tipi di stati emotivi, identificare la risposta relazionale più pertinente, tradurla in azioni adeguate al contesto. Hojat (2007), sostiene che l'empatia nel campo medico sia maggiormente funzionale se prevalentemente *cognitiva*, maggiormente legata al *capire* (piuttosto che al sentire -*feeling*) e a una buona competenza *comunicativa.*

Differenzia il concetto di empatia da quello di simpatia, che definisce come un autentico sentimento doloroso, di sofferenza insieme al paziente (da syn "insieme" e pathos "sofferenza o sentimento") L'autore sostiene che un medico empatico dovrebbe essere maggiormente ingaggiato nel capire la qualità e il tipo di esperienza emotiva esperita dal paziente, mentre il medico più simpatetico è maggiormente ingaggiato nell'esperire la profondità e l'intensità del vissuto emotivo della persona malata.

In questa concezione, l'empatia, anche in eccesso risulta sempre essere funzionale all'interno del rapporto tra medico e paziente, mentre un'eccedenza di simpatia potrebbe rappresentare un possibile ostacolo ad un giudizio clinico efficace (Hojat, Vergare, Maxwell, Brainard, Herrine, Isenberg, Veloski e Gonnella, 2009).

La relazione tra empatia e esiti positivi in relazione al contesto medico-paziente è lineare, gli *outcomes* sono maggiormente favorevoli al crescere dell'empatia; mentre il rapporto tra simpatia e esiti è rappresentabile da una curva a U rovesciata (simile a quella che raffigura il rapporto tra livelli di ansia e *performance*): la simpatia se limitata può essere funzionale, ma se eccessiva assume una valenza fortemente disfunzionale nella relazione tra curante e persona malata (Ibidem, 2009).

Le specifiche caratteristiche dell'empatia e della simpatia sono descritte nella Figura 2.6

La convinzione è che un'attivazione emotiva da parte del curante sia inevitabile, ciò che può permettere che tale attivazione sia una risorsa e non un ostacolo nella consultazione è la presa di consapevolezza del proprio modo di funzionare.

Nel modello biomedico, il curante si deve interessare solo alla malattia, alla patologia organica, di tutto ciò che il paziente dice, si deve interessare esclusivamente alle tematiche relative ai sintomi. Nel modello *patient centred* non esistono informazioni irrilevanti, tutto ciò che il paziente porta all'interno della visita è fondamentale per comprendere il significato che lui attribuisce all'essere malato. Il medico non può giudicare se il punto di vista del paziente rispetto alla malattia è corretto o meno, perché il maggior esperto non è più lui ma il paziente, ecco perché deve rispettarne il punto di vista.

Figura 2.6 Caratteristiche specifiche dell'empatia e della simpatia. Modificato da Hojat et al., (2009)

Caratteristiche	Empatia	Simpatia
Contributo dell'apprendimento	Più significativo	Meno significativo
Contributo della cognizione	Più significativo	Meno significativo
Contributo degli affetti	Meno significativo	Più significativo
Contributo di fattori innati e genetici	Meno innato	Più innato
Oggettività versus soggettività	Più oggettivo	Più soggettivo
Verosimiglianza della accuratezza	Più accurato	Meno accurato
Cause del comportamento	Avanzate	Primitive
Sforzi richiesti	Più difficile	Più facile
Relazione con la performance clinica	Direttamente proporzionale	Inversamente proporzionale
Tempo di reazione	Non spontaneo	Spontaneo
Emozioni del paziente	Rilevate senza coinvolgimento	Percepite tramite coinvolgimento
Sensazione provata	Il tipo e la qualità del vissuto del paziente	Il grado e la quantità delle sensazioni
Area del cervello coinvolta	Predominanza neocorteccia	Predominanza sistema limbico
Processo psicologico di regolazione	Valutazione	Arousal
Stato psicofisiologico	Conservazione di energia	Consumo di energia
Motivazione del comportamento	Altruistica	Su di sé
Stato della mente	Cognitivo	Emozionale
Effetto sul caregiver	Crescita personale, soddisfazione professionale	Esaurimento, affaticamento e burn out
Tipica espressione verso il paziente	Io capisco la tua sofferenza	Io sento il tuo dolore
Meccanismo chiave di processamento mentale	Cognitivo/intellettuale/comprensione	Affettivo/emozionale/ sentimento

Essere empatici comporta il difficile compito di entrare in contato con l'esperienza altrui fino a raggiungerne una profonda comprensione, questo però non esclude la

possibilità di discutere con il paziente i significati personali legati alla malattia e le sue aspettative in modo da approdare a un'esperienza comune che appartenga sia al medico che alla persona malata (Moja e Vegni, 2000).

Le ricerche nell'ambito sia della formazione medica che della relazione medico-paziente ci permettono di dire che l'empatia è fondamentale nella professione medica: il livello di empatia del medico o del futuro medico è positivamente correlato alla migliore capacità di gestire la relazione medico-paziente e quindi ad una riduzione delle denunce, a diagnosi più corrette (Hojat, 2007) e a maggiore soddisfazione del paziente (Weng, Chen , Chen, Lu e Hung, 2008); studenti con punteggi più alti sulle scale di empatia hanno valutazioni migliori relativamente alla competenza clinica nelle specialità mediche più importanti (Hojat, Gonnella, Nasca, Mangione, Vergare e Magee, 2002), inoltre il livello di empatia del futuro medico sembrerebbe essere un fattore protettivo sullo stress perché positivamente correlato al benessere e alla buona qualità di vita nel corso della formazione (Shanafelt, 2002).

e. Motivazione

Per approfondire il ruolo che la motivazione gioca all'interno della relazione tra medico e paziente si rimanda al paragrafo 2.3.

La capacità di individuare, monitorare, modulare/regolare, integrare i propri e 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.

Nel prossimo capitolo verrà presentata una breve panoramica della formazione medica in Italia, delle metodologie che possono essere utilizzate nei contesti universitari e quali strumenti possono essere impiegati per valutare le competenze apprese.

3. LA FORMAZIONE IN MEDICINA

Dobbiamo diventare il cambiamento che vogliamo vedere
[Gandhi]

I dottori passano un sacco di tempo a studiare
nomi latini delle malattie che i pazienti hanno.
Devono imparare qualcosa di più semplice.
I pazienti hanno tutti un nome,
e si sentono impauriti, imbarazzati e vulnerabili,
insomma sì, sono malati.
Quello che vogliono è soprattutto guarire
ed è per questo che affidano ai medici la loro vita!"
[Jack –William Hunt in "Un medico, un uomo"]

3.1 BREVE STORIA DELLA FORMAZIONE IN MEDICINA: LA REALTA' ITALIANA

Per quasi cinquant'anno l'Ordinamento del Corso di laurea in Medicina e Chirurgia ha seguito senza modifiche significative le norme definite dalla Riforma Gentile (Regio Decreto 28 novembre 1935 n.2044) per la facoltà di Medicina e Chirurgia, che ai tempi si identificava con l'omonimo corso di laurea. All'interno di questo Decreto c'era una tabella, denominata "Tabella 18" attraverso la quale si stabiliva che lo studente al termine dei 6 anni di corso dovesse sostenere 21 esami fondamentali e tre esami complementari, che poteva scegliere all'interno di una gamma piuttosto vasta di insegnamenti (ad esempio: microbiologia, urologia, psicologia, medicina del lavoro, chimica biologica, radiologia, istologia, embriologia medica, semeiotica medica, ecc.).
Nella seconda metà degli anni '80 del secolo scorso, si sviluppò un vivace dibattito a cui parteciparono sia le singole Facoltà che la Conferenza permanente dei Presidi e quella dei Presidenti dei Corsi di laurea in Medicina e Chirurgia, che portò all'applicazione di un nuovo Ordinamento Didattico (Decreto del Presidente della Repubblica 95/1986). Venne introdotta la nuova Tabella 18 con importanti modifiche rispetto a quella precedente: vi fu l'inserimento del numero programmato e conseguente concorso per la selezione, ponendo così fine alla illimitata possibilità di accesso; fu introdotta la "didattica per corsi integrati" che prevedeva la collaborazione tra più docenti e l'abolizione della distinzione tra materie fondamentali e complementari; il piano formativo venne suddiviso in ore minime di apprendimento e venne inserito il concetto di didattica per obiettivi formativi (obiettivi finalizzati al "saper fare" e al "saper essere" e non solo al sapere). Tra gli obiettivi formativi che lo studente doveva

raggiungere al termine del corso di laura vi era quello di *"essere in grado di comunicare con chiarezza ed umanità con pazienti e familiari, prendere misure preventive di tutela e promozione della salute, conoscere la normativa e la legislazione sanitaria e saper rispettare gli aspetti etici della medicina"*. (Pinchera, 1994).

Le competenze comunicativo – relazionali un valore istituzione all'interno dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia.

I risultati sperati dall'introduzione della nuova Tabella 18 furono però deludenti rispetto alle aspettative: ci fu un incremento degli studenti fuori corso, non ci fu una vera adesione dei docenti tanto che non si raggiunse la tanto auspicata adesione tra scienze di base e scienze cliniche, i corsi integrati furono tali solo nominalmente, ma nella realtà furono spesso solo dei collage di discipline (Frati, 1994). Dopo oltre dieci anni di sperimentazione Circa dieci anni più tardi, il Decreto Ministeriale 3 novembre 1999 n.509 adeguò i Corsi di Laura in Medicina e Chirurgia ai parametri internazionali che si basavano sui principi della flessibilità e dell'autonomia. Il regolamento si limitava ad indicare esclusivamente i principi essenziali di ogni Ordinamento, lasciando alle singole Facoltà la piena libertà di organizzare il percorso formativo secondo le esigenze della sede.

Una caratteristica fondamentale della riforma fu inoltre quella di porre lo studente al centro del percorso formativo: l'insegnamento per obiettivi formativi sottolineava quali fossero le competenze che lo studente doveva raggiungere nel corso della sua formazione e su quali competenze sarebbe stato valutato al termine del percorso. Vi fu inoltre l'inserimento dei crediti formativi universitari (CFU), indicanti il volume di lavoro, espresso in ore, necessario allo studente per poter assimilare e conseguire gli obiettivi di un certo insegnamento. Un credito equivaleva a 25 ore di "tempo-studente". Lo studente di Medicina al termine dei 6 anni doveva acquisire un totale di 360 CFU di cui almeno 60 ottenuti dallo svolgimento di attività formative professionalizzanti presso le strutture assistenziali. Venne introdotto anche il concetto di attività elettiva, che permetteva allo studente di personalizzare il proprio curriculum concedendogli di approfondire i temi a lui più congeniali e di sondare le caratteristiche di possibili future scelte professionali.

La formazione dello studente venne inoltre arricchita dalla indicazione di un approccio olistico al malato che tenesse in considerazione anche l'ambiente fisico e sociale all'interno del quale la persona vive.

In particolare venne riconosciuta l'importanza degli aspetti comunicativi e relazioni del medico senza però specificare quali fossero e in che modo potessero essere acquisiti.
Sotto la dicitura "*realizzare una comunicazione adeguata con il paziente e i suoi familiari, nella consapevolezza dei valori propri e altrui"* rientrarono, dunque, letture ed insegnamenti differenti a seconda dell'interpretazione che ne veniva data nelle diverse Facoltà, sede di formazione.
Questa introduzione modificava l'obiettivo del corso di laurea in Medicina, che non poteva più solo essere quello di insegnare la scienza medica, ma doveva diventare quello di insegnare a fare il medico, in accordo con la crescente necessità di passare da un approccio centrato sulla malattia a uno centrato sul paziente (Capitolo 1).
L'ultima riforma coincise con il D.M. 22 ottobre 2004 n.207, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.266 del 12/11/2004 che istituì la Laurea Magistrale per i corsi di Laurea come Medicina e Chirurgia, a ciclo unico e della durata di 6 anni, nel corso dei quali allo studente si richiede l'acquisizione di 360 crediti, equivalenti a 9000 ore di impegno complessivo, pari a 1500 ore per anno. Il Decreto specificava che i Corsi di Laurea dovevano assicurare allo studente un'adeguata padronanza di metodi e contenuti scientifici generali e nello specifico caso delle lauree magistrali l'obiettivo doveva essere quello di una formazione di livello più avanzato per la preparazione all'esercizio, in ambiti specifici, di attività di elevata qualificazione e complessità. Le innovazioni apportate da questo Decreto però interessarono solo marginalmente il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, poiché le innovazioni richieste per adeguarsi agli standard internazionali erano già state introdotte con le precedenti riforme (Danieli, 2008)
Il corso di laurea in Medicina e Chirurgia ha dunque lo scopo di formare il medico con una cultura bio-psico-sociale, l'ordinamento didattico specifica come la missione delle Facoltà Mediche consista nella formazione di un medico che *"possieda una visione multidisciplinare ed integrata dei problemi più comuni della salute e della malattia, con una sua educazione orientata alla comunità ed al territorio e fondamentalmente alla prevenzione delle malattie e alla promozione della salute e con una cultura umanistica nei suoi risvolti di interesse medico; tale missione specifica risponde in maniera più adeguata alle nuove esigenze di cura e salute, in quanto centrata non solo sulla malattia, ma soprattutto sull'uomo ammalato, considerato nella sua complessità di soma e psiche e inserito nel contesto sociale"*.

La formazione quindi deve essere impostata ed eseguita in modo da risultare permanente, non solo funzionale al superamento di un esame o al conseguimento di un titolo di studio, deve piuttosto mirare all'incremento delle conoscenze specifiche di un campo pratico.
Le diverse riforme non specificano però quali siano le conoscenze che devono essere acquisite e come queste possano essere insegnate dai docenti e apprese dagli studenti, nasce quindi l'esigenza di stabilire un minimo comune denominatore all'interno dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia localizzati nelle diverse sedi.

3.2 IL *CORE CURRICULUM*

Il termine anglo latino *core curriculum*, fa riferimento al complesso di contenuti essenziali (conoscenze teoriche, competenze professionali e abilità gestuali o relazionali) che tutti i neolaureati in Medicina e Chirurgia devono aver acquisito in maniera completa e permanente per l'esercizio iniziale della professione, e che costituiranno le fondamenta della loro formazione permanente. In altre parole, il *core curriculum* contiene la quota di informazioni comuni a tutti i neolaureati (di qualsiasi sede), che permette il raggiungimento degli obiettivi formativi prefissati. (Gaudio, 2007).
Il *core curriculum* italiano, frutto del lavoro di anni da parte dei Presidenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, è costituito dalle cosiddette "unità didattiche elementari" (UDE), termine che fa riferimento a una particella del sapere medico:
- con un contenuto tematico circoscrivibile e coerente,
- con caratteristiche didattico - pedagogiche omogenee,
- descritta con un linguaggio comprensibile in modo univoco dagli studenti e dai docenti,
- verificabile per l'entità del suo apprendimento.

Ogni UDE definisce quindi una conoscenza, una competenza, un'abilità e/o un comportamento che lo studente deve essere in grado di "esercitare" come risultato del processo di apprendimento/insegnamento e per questo è caratterizzata da un verbo che indica una azione; tale azione deve essere osservabile e, nei limiti del possibile, verificabile nel grado di *performance*, consentendo la valutazione oggettiva del grado di apprendimento.

Per ogni unità didattica viene quindi indicata analiticamente la caratteristica qualitativa (livello tassonomico), cioè con quale grado di completezza ne viene chiesto l'apprendimento agli studenti. Le UDE vengono classificate in tre diversi livelli tassonomici sia quando riguardano le conoscenze, che quando hanno a che fare con le competenze e le abilità (Figura 3.1).

Figura 3.1 I livelli tassonomici della UDE

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 complessive (livello 2)
   - Conoscenza approfondita e particolareggiata: lo studente deve conoscere l'argomento in modo esauriente in relazione alle sue necessità formative (livello 3)

b) Il tipo di **competenza (COM)**
   - Competenza mnemonica: lo studente ricorda quanto ha appreso 8livello 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 apprwso per risolvere personalmente problemi e assumere decisioni autonome (livello 3)

c) Il grado di **abilità (ABI)** nell'esercizio di azioni pratiche o di processi metodologici
   - 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 (livello1)
   - Abilità teorico-pratica:lo studente ha sperimentati 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)

Vengono inoltre indicati i tempi medi presumibilmente necessari allo studente per apprendere il contenuto della UDE, distinti in:

- tempo di apprendimento assistito, cioè coincidente con un'attività didattica impartita (lezione frontale, seminario, lavoro in piccolo gruppo con o senza tutore, esercitazione, ecc.);

- tempo di apprendimento autonomo, consistente nella ricerca e nella elaborazione delle conoscenze, nello studio personale, nell'esercizio individuale delle competenze e abilità pratiche o comportamentali, ecc.

Per quanto riguarda la comunicazione e la reazione con il paziente all'interno del *core curriculum* vengono identificate oltre sessanta UDE, che hanno come obiettivo l'incremento della capacità di interagire con pazienti con diverse patologie, sia nel caso di patologie acute, sia di malattie croniche in ambito pediatrico, con gli anziani e nelle relazioni con i famigliari.

Fanno parte degli obiettivi didattici anche il modo di presentarsi al paziente, l'utilizzo dell'agenda per la raccolta dei dati, l'apprendimento delle tecniche per la raccolta dei dati personali.

Il *core curriculum* pur specificando in modo abbastanza chiaro e dettagliato gli obiettivi del corso di laurea, non fornisce specifiche indicazioni metodologiche sulla didattica e sul processo formativo, lasciando in questo ampi gradi di libertà. Per quanto riguarda lo specifico caso della relazione medico-paziente, il panorama si presenta con un'ampia variabilità di percorsi in cui sia i contenuti, sia le modalità didattiche, sia la scansione e la sequenzialità nel corso degli anni sono molto eterogenei.

Nelle Facoltà Italiane i corsi sulla comunicazione e relazione sono collocati in anni accademici diversi, con crediti e obiettivi formativi diversi in base all'ordinamento universitario di riferimento.

Solo in tempi recenti si è iniziato un processo di confronto e unificazione su contenuti e le modalità di insegnamento e valutazione che però è ancora in fase di studio (Gruppo Gargano, 2007).

3.3 COME INSEGNARE LE COMPETENZE RELAZIONALI

Se da una parte però il nuovo Ordinamento Didattico Italiano pone un accento particolare sull'importanza dell'apprendimento delle abilità comunicative – relazionali da parte dei futuri medici, dall'altra non da indicazioni su quali siano gli strumenti più adeguati per raggiungere questo obiettivo (Tatarelli, De Pisa e Girardi, 1998).

Vettore (1996), sostiene che accanto alle attività didattiche formali (lezioni *ex cathedra* per non più di 1800 ore complessive), dovranno essere obbligatoriamente svolte *"attività di didattica interattiva, volta all'analisi, alla discussione e alla soluzione dei problemi bioetici, nonché alla pratica clinica: questa attività è organizzata preferibilmente in piccoli gruppi con l'assistenza di tutori, ed è finalizzata all'apprendimento di obiettivi didattici sia cognitivi sia pratici sia relazionali e*

applicativi, per non meno di 1700 ore, di cui 4/5 dedicate alla fase clinica".

Verranno ora esposte alcune modalità attraverso cui è possibile insegnare le competenze comunicative. Si è scelto proprie queste metodologie perché sono inerenti la ricerca che verrà presentata nel prossimo capitolo.

3.3.1 Le Medical Humanities (MH)

Con il termine *Medical Humanities (MH)*, si fa riferimento alla *"una scienza che ha per oggetto il sapere dell'uomo intorno a sé stesso"* (Vettore e Tenore, 2004).

L'obiettivo delle MH è quello di accrescere la competenza degli operatori sanitari nell'interazione con il mondo sanitario, promuovendo e realizzando progetti di miglioramento della qualità dei servizi; inoltre il fine unitario è l'educazione globale – non solo tecnico-scientifica, ma anche umana.

Ne deriva un paradigma più ampio di scientificità, che comprende una gamma maggiore di competenze e di capacità (Zannini, 2001)

In sé le *Medical Humanities* sono da considerarsi uno strumento, un modo di procedere nell'insegnamento che utilizza varie discipline e mezzi espressivi quali l'arte figurativa, la letteratura, il teatro, la musica, il cinema per completare quella che altrimenti rischierebbe di diventare una formazione solo tecnico-professionale dell'operatore sanitario.

L'insegnamento delle MH potrebbe anche contribuire in modo significativo ad attivare quei programmi di educazione del paziente, che lo vogliono protagonista del suo processo di cura, attraverso positivi cambiamenti del suo stile di vita (Zannini, 2008).

Il punto di vista narrativo, emergente in ambito psico-pedagogico, risulta quindi essere particolarmente utile per tutti gli operatori della salute, sollecitati a farsi carico dei problemi dei loro pazienti anche attraverso la comprensione del significato che la malattia ha per loro e per la loro famiglia. Sensibilizzare lo studente di medicina a cogliere i ritmi del narrare e la loro valenza di comunicazione non verbale costituisce quindi un mezzo in più per insegnare a fare una buona anamnesi (e comunque a relazionarsi con umanità con chi chiede aiuto) (Ibidem, 2008).

L'approccio narrativo consiste in una accurata analisi, attraverso vari punti di vista (etico, organizzativo, clinico, psicologico, sociale), di un singolo caso clinico, partendo dal concreto, per arrivare ad utilizzare categorie di indagine sui comportamenti che

trovino consenso mediante un ragionamento condiviso di natura etico-filosofica (Spinsanti, 2007).

Il conseguimento degli obiettivi educativi essenziali delle MH dovrebbe aiutare i futuri professionisti della salute a far tesoro di queste conoscenze nella soluzione dei problemi di salute, quando gli verrà chiesto d'instaurare col paziente una relazione d'aiuto; si tratta cioè di una relazione che richiede un complesso di competenze di natura tecnico-scientifica e di natura psico-relazionale, cioè le capacità di ascoltare, comprendere, condividere e sorreggere, oltre che di rilevare, diagnosticare, decidere, prescrivere, curare, prevenire e riabilitare (Spinsanti, 2007)

Gli studenti, quali futuri professionisti della salute, hanno bisogno di affrontare in modo unitario ed armonico l'apprendimento delle conoscenze, delle abilità e delle competenze che attengono alle Medical Humanities; inoltre, nell'ambito di tale educazione, risulta essere indispensabile che anche l'insegnamento sia proposto attraverso un approccio didattico-pedagogico fortemente armonico ed unitario (Ibidem, 2007)

A tale proposito è efficace un coinvolgimento personale dello studente, posto al centro del processo educativo non solo a parole, ma con i fatti che lo rendono artefice corresponsabile della propria crescita educativa. Concretamente, coinvolgere gli studenti nell'approccio alle MH significa impegnarli ad affrontare personalmente problemi simili a quelli che verosimilmente incontreranno nel loro futuro professionale; il confronto tra pari all'interno del piccolo gruppo attorno a problemi concreti che riguardano la cura delle persone suscita notevole interesse che si trasforma in curiosità ed in stimolo alla ricerca personale nel momento in cui i discenti, constatano il proprio grado d'incombenza nel cercare la migliore soluzione del problema, alla quale contribuiscono ciascuno con le proprie specificità professionali oltre che umane (Gallo, 2011). Inoltre la peculiarità di ogni problema sanitario realisticamente proposto è quella di richiedere approcci multidisciplinari e multiprofessionali. Insomma, la proposta del apprendimento basato su problemi con metodo tutoriale in piccolo gruppo, si presenta particolarmente adatto all'approccio didattico delle MH, per la loro finalità volta a contribuire alla crescita educativa globale ed armoniosa di tutti i professionisti della salute (Ibidem, 2011)

Certamente tutto ciò richiede una pianificazione ed una preparazione spesso più accurata ed impegnativa di quella di alcuni corsi disciplinari di lezione; inoltre si rende indispensabile l'opera di un coordinatore per organizzare una attività didattica che

presenta un particolare grado di complessità, in quanto dovrebbe coprire tutti gli anni del Corso di Laurea.
Si può giungere quindi ad affermare che le MH è necessario che siano apprese dagli studenti e possono essere insegnate; tuttavia l'efficacia del loro apprendimento dipende dal modo in cui sarà attuato il loro insegnamento; proprio per la natura intrinsecamente problematica delle MH, l'insegnamento deve essere a sua volta problematico (Vettore e Tenore, 2004).

3.3.2 Il role playing

"Il role-playing è lo strumento elettivo che permette ai medici di utilizzare una migliore comprensione delle proprie modalità di porsi nelle situazioni relazionali, una buona individuazione dei propri modelli interattivi e del proprio modo di ricoprire un ruolo, facilitando l'espressione e l'emergere delle emozioni" (Capranico, 1997).
Si tratta quindi di un modello di apprendimento esperienziale, all'interno del quale il caso 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 della videocamera; mentre dall'altra è riferito a tutti i partecipanti, i quali, unitamente, consentono e talvolta determinano l'apprendimento (Knasel, Meed e Rossetti, 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 sviluppare il proprio stile di comunicazione. Gli stessi protocolli, che sempre più spesso vengono proposti come suggerimenti per una corretta comunicazione della diagnosi, sono da valutare all'interno di una gestione altamente personalizzante della comunicazione (Benbassat e Baumal, 2005)

I limiti principali di questo approccio sono legati al coinvolgimento personale che viene stimolato dalle simulazioni: per alcuni l'impatto può risultare fin troppo forte e scatenare emozioni e pensieri negativi non sufficientemente consapevoli; per altri l'artificialità della situazione può ostacolare la partecipazione e l'approfondimento personale (Capranico, 1997).
In linea generale, tuttavia, il *role-playing* risulta essere una tecnica funzionale, qualunque sia il grado di coinvolgimento, anche nel caso in cui sia vissuto in maniera distaccata e rituale, o addirittura in modo spiacevole; in tal caso, il compito del conduttore sarà quello di avvicinare il gruppo alle ragioni superficiali e profonde della scarsa partecipazione.

3.3.3 La discussione in piccoli gruppi

Fondamentale nelle due metodologie didattiche appena esposte è la discussione in piccoli gruppi (massimo 30 personale). Gli studenti che partecipano alla discussione 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 (Gorlin e 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.

Una volta individuate le competenze che uno studente dovrebbe acquisire per essere un buon medico e scelte le metodologie didattiche che risultano essere maggiormente funzionali per il raggiungimento di questo obiettivo, resta da chiarire in che modo uno studente può essere valutato rispetto all'acquisizione delle abilità comunicativo – relazionali.

3.4 COME VALUTARE LE COMPETENZE RELAZIONALI

Negli ultimi decenni, gli strumenti di valutazione della comunicazione e della relazione con il paziente si sono moltiplicati in maniera esponenziale favorendo una frammentazione della ricerca in diverse direzioni tanto che ad oggi vengono effettuati studi aventi per oggetto la compatibilità dei diversi strumenti al fine di omologare quanto più possibile le dimensioni di interesse condiviso (Schiermer, 2005).
In una rassegna che prende in esame il decennio 1986-1996, Boon e Stwart (1998) elencano 44 strumenti che hanno lo scopo di valutare le competenze comunicative – relazionali del medico. Sembra quasi che ogni gruppo cerchi di crearsi un proprio strumento di misura, senza considerare il vantaggio che ne deriverebbe dalla collaborazione per la definizione di strategie per crearne uno utilizzabile da tutta la comunità scientifica (Ibidem, 1998).
Tra gli strumenti maggiormente utilizzati troviamo:

- Arizona Clinical Interview rating Scale (ACIR) (Stillman, Brown, Redfield e Sabers, 1977);
- Calgary Cambridge Observation Guide (Calgary-Cambridge) (Kurtz, Silverman; Benson e Draper., 2003);

- Common Ground Rating Form (Common Ground) (Lang, Harvill e Anderson, 2004)
- Four Habits (4 Habits) (Frankel e Stein, 1999; Krupat, 2006);
- Kalamazoo Essential Elements: The Communication Checklist (Kalamazoo) (Makoul, 2001);
- MAAS – Global Rating List for Consultation Skills of Doctor (MAAS) (Van Thiel, Draan e Der Vleuten, 1991);
- Macy Model Checklist – case western Reserve University (Macy) (Kalet, 2004);
- Medical Interview Skills Competency Evaluation (MISCE) (Spruill, 2002)
- The SEGUE Framwork (SEGUE) (Makoul, 2001).

I vari modelli proposti hanno contribuito a mantenere la separazione artificiosa tra contenuto e processo e a costruire strumenti troppo rigidi, anche per ammissione degli stessi autori.

Spesso la maggiore difficoltà risiede nella definizione delle competenze relazionali, ovvero cosa si intende con questo costrutto. Per alcuni autori (Haes e Bensing, 2009) la domanda a cui si deve rispondere è "qual è lo scopo di comunicare efficacemente in medicina?" (modello funzionale); per altri (Makoul, 2001) la domanda da porsi è "in quali fasi si organizza la comunicazione in un colloquio medico-paziente (modello strutturale). Tuttavia spesso funzioni e fasi si sovrappongono lasciando irrisolta la diatriba.

Nel corso degli ultimi decenni vi è stato lo sforzo da parte della comunità scientifica di definire le caratteristiche generali che uno strumento di valutazione delle competenze comunicative relazionali in ambito medico/sanitario dovrebbe avere.

Nel tentativo di fornire linea guida generali rispetto alle aree della formazione e della valutazione, oltre che delle metodologie da utilizzare, a partire dagli anni '90 del secolo scorso sono stati redatti dei consensi.

Il Kalamazoo Consensus II (Duffy, Gordon, Whelan, Cole-Kelly e Frankel, 2004) ad esempio, tenta di fornire linee guida generali rispetto al colloquio clinico: capacità di raccogliere la storia clinica, di effettuare una diagnosi e impostare un piano terapeutico (competenze comunicative); oltre che le capacità di creare un clima collaborativo, di costruire un'alleanza terapeutica con il paziente.

Makoul è uno dei principali autori del *"Consensus"* e lui stesso propone uno strumento che fa riferimento a quel modello teorico: il SEGUE Framwork (Makoul, 2001).

SEGUE è l'acronimo di *S*et the Stage (Organizza la struttura della visita), ***E***licit information (Raccoglie informazioni), ***G***ive information (Dà informazioni), ***U***nderstand the patient's perspective (Comprende la prospettiva del paziente), ***E***nd the encounter (Termina l'incontro), ovvero delle 5 sezioni in cui sé organizzabile la comunicazione medico-paziente durante una visita.
Questi strumento permette tramite una checklist (25 item) che utilizza una scala nominale (sì/no), di valutare se un medico o uno studente ha compiuto o meno un passaggio fondamentale durante il colloquio con un paziente reale o simulato.
Alla fine si potrebbe sapere quanti "sì" e quanti "no" uno studente ha ottenuto, ma lo scopo della valutazione dovrebbe soprattutto essere quella di fornire uno spunto di riflessione sul proprio stile comunicativo e su cosa ha favorito o ostacolato la buona comunicazione.

È emerso nel corso di questi capitoli che il campo della comunicazione e della relazione tra medico e paziente sia oggetto di discussione della comunità scientifica solo da pochi decenni e probabilmente anche per questo motivo non si è ancora raggiunto un'uniformità di pensiero rispetto alla formazione in questo ambito.
Nel prossimo capitolo verrà presentata una ricerca condotta su un gruppo di studenti di Medicina che ha lo scopo di indagare se e in quale modo le cosiddette competenze relazionali mutino nel corso della formazione universitaria.

4. LA RICERCA

L'esperienza aiuta?
Non se stiamo facendo la cosa sbagliata
[William Edwards Deming]

Da bambino volevo guarire i ciliegi
quando rossi di frutti li credevo feriti,
la salute per me li aveva lasciati
coi fiori di neve che aveva perduti.
Un sogno, fu un sogno ma non durò poco,
per questo giurai che avrei fatto il dottore,
e non per un dio ma nemmeno per gioco:
perché i ciliegi tornassero in fiore.
[Fabrizio De Andrè]

Nel corso del capitolo verrà presentato uno studio condotto su un gruppo di studenti frequentanti il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi Milano Bicocca.

La ricerca è suddivisa in due parti: nella prima verranno esposti i dati relativi a due gruppi di soggetti differenti (un gruppo di studenti al secondo anno e un gruppo al quinto anno), che hanno compilato lo stesso protocollo di ricerca.

Nella seconda parte verranno analizzati i risultati ottenuti dallo stesso gruppo di soggetti a distanza di due anni: una prima somministrazione del protocollo di ricerca è stata effettuata quando gli studenti frequentavano il secondo anno di corso, la seconda durante il primo semestre del quarto anno (disegno longitudinale per misure ripetute – *within subject*).

Il protocollo di ricerca utilizzato e la modalità di somministrazione sono state le stesse per i due studi.

4.1 IL CONTESTO: LA FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA DELL'UNIVERSITA' DEGLI STUDI MILANO BICOCCA

All'interno del Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi Milano Bicocca, l'insegnamento delle competenze comunicative relazionali è affidato al corso "Medicina e Società", durante il primo semestre del II anno, ovvero prima che gli studenti inizino l'esperienza di tirocinio nei reparti ospedalieri.

Tale corso che prevede il raggiungimento di 8 crediti formativi (CFU), integra diversi insegnamenti:

- STORIA della medicina: nascita della medicina occidentale, da Ippocrate al metodo sperimentale; scoperta del corpo umano dal Rinascimento alle bioimmagini; la tecnologia in medicina; storia della metodologia clinica; il concetto di salute, implicazioni culturali ed etiche; evoluzione della sanità pubblica; differenze epistemologiche tra medicine non convenzionali e medicina basata su prove; biomedicina e biotecnologie, applicazioni e problemi.
- TECNICHE DI COMUNICAZIONE: componenti psicologiche e relazionali nel rapporto medico-paziente; alleanza terapeutica; tecniche di comunicazione; comunicazione verbale e non verbale; tecniche di counselling e colloquio motivazionale; dimensione soggettiva della malattia e impatto emotivo sul paziente; strumenti per comprendere e regolare gli aspetti relazionali.
- PEDAGOGIA MEDICA: medicina centrata sulla malattia e medicina centrata sul paziente; necessità della formazione del medico alla corretta conduzione del rapporto medico-paziente; formazione alla relazione di cura; sensibilità interpersonale.
- MEDICO E PAZIENTE NELL'ASSISTENZA PRIMARIA: distinzione tra *disease, illness, sickness,* soggettività e oggettività; modello bio-psico-sociale della malattia e della cura; fattori individuali, sociali ed economici che condizionano i comportamenti relativi alla salute/malattia; ruolo dell' informazione; pazienti fragili: l'anziano, il cronico, il disagio psichico i migranti, la povertà economica e culturale, il malato terminale; influenza della cultura e dell'ambiente sulla relazione medico-paziente.
- INGLESE BIOMEDICO: grammatica e lessico essenziale della lingua inglese; approfondimento dei particolari termini biomedici; struttura di report e articoli su argomenti biomedici; motori di ricerca e banche dati in lingua inglese.

Il modulo denominato TECNICHE DI COMUNICAZIONE ha molteplici obiettivi:

-far comprendere l'importanza della relazione con il paziente come elemento fondamentale dell'intervento clinico;

-far riconoscere allo studente il proprio stile relazionale per una migliore comunicazione con il paziente ed una migliore capacità di ascolto attraverso l'esperienza diretta;

-far acquisire la capacità di utilizzare in modo adeguato le tecniche comunicative;

-mostrare la complessità psicologica di un colloquio medico e il suo valore come strumento di intervento e cambiamento;
-far riconoscere le motivazioni, gli atteggiamenti e le emozioni del paziente nel corso del colloquio medico-paziente;
-riconoscere l'importanza della dimensione soggettiva dell'esperienza di malattia e l'impatto emotivo sul paziente;
-mostrare la complessità dell'impatto della malattia – nelle sue varie forme – sul paziente e l'importanza della dimensione psicologica nella riposta alla malattia ed alle cure.

Per raggiungere questi obiettivi sono previste oltre alle lezioni frontali 16 ore di esercitazioni durante le quali gli studenti vengono divisi in gruppi di circa 25 persone.

Per questi studenti è prevista inoltre una settimana di frequenza nello studio di un medico di Medicina Generale: durante questo periodo hanno un primo reale contatto con i pazienti.

Oltre a questo corso, durante il percorso universitario, gli studenti hanno la possibilità di approfondire i temi relativi alla comunicazione con il paziente partecipando ad alcune attività elettive.

Sempre al secondo anno è predisposto un corso elettivo dal titolo "Narrazione e approccio olistico al malato. Il vissuto della malattia nella narrativa e nel cinema". Dal terzo anno in poi sono previsti due corsi elettivi centrati sulle difficoltà relazionali "Aspetti psicologici in oncologia" e "Il paziente difficile".

Aperto a tutti gli studenti di tutti gli anni è il corso elettivo "La gestione delle situazioni ansiogene", che offre uno spazio di confronto e ascolto agli studenti sulle situazioni cliniche che li hanno messi in difficoltà.

Lo studente è inoltre tenuto ad acquisire specifiche professionalità nel campo della medicina interna, della chirurgia generale, della pediatria, della ostetricia e ginecologia, nonché delle specialità medico-chirurgiche. Per fare ciò, lo studente svolge, a partire dal terzo anno, attività di tirocinio frequentando le strutture assistenziali identificate dal Consiglio di Facoltà che ne definisce anche i periodi. Lo studente al termine del suo percorso universitario deve aver acquisito un totale di 60 CFU relativi all'attività di tirocinio.

In ogni fase del tirocinio obbligatorio lo studente è tenuto ad operare sotto il controllo diretto di un Docente -Tutore, le cui funzioni didattiche sono le stesse previste per la didattica tutoriale svolta nell'ambito dei corsi di insegnamento.
Nel progetto formativo del Corso di Laurea si sottolinea che le parole chiave del metodo didattico adottato dalla Facoltà prevedono l'integrazione orizzontale e verticale dei saperi, il contatto precoce con il paziente, una buona acquisizione dell'abilità clinica insieme a una buona acquisizione dell'abilità al contatto umano.
Per raggiungere questi obiettivi *"è stata pianificata un'organizzazione didattica fortemente integrata, flessibile e modificabile [...]*.

4.2 METODI

4.2.1 Obiettivi generali

L'obiettivo generale è quello di verificare se l'esperienza di tirocinio svolta nei diversi reparti ospedalieri a partire dal terzo anno di corso, ha un'influenza sugli studenti di Medicina. L'ipotesi sperimentale è che il tirocinio possa portare gli studenti ad assumere un atteggiamento maggiormente paternalistico nei confronti dei pazienti e inoltre che suddetta esperienza possa condurre a una diminuzione del loro livello di empatia.
Se così fosse si potrebbe riflettere sulla necessità di promuovere corsi di formazione per i Docenti-Tutori finalizzati alla riflessione del rapporto con i pazienti e con gli studenti e contemporaneamente proporre corsi integrati, mirati all'apprendimento delle competenze comunicative – relazionali anche per gli studenti degli anni più avanzati.

4.2.2 Strumenti utilizzati

4.2.2.1 The Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) - Empatia

In una revisione della letteratura internazionale (Hemmerdinger, Stoddard e Lilford, 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),* appositamente creato per rilevare l'empatia dei medici, è il test più utilizzato nelle ricerche del settore (Tavakol, Dennick e Tavakol, 2011).

Il questionario autosomministrato è costituito da 20 item, ciascuna risposta è collocata su una scala Likert a 7 punti. 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 (1=totale disaccordo; 7=totale accordo), l'altra metà è formulata in modo negativo e i punteggi sono considerati *reverse* (1=totale accordo; 7=totale disaccordo). 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 forma negativa 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.

Le prove a supporto di validità di costrutto, validità rispetto al criterio, validità predittiva, consistenza interna e affidabilità, affidabilità test-retest del questionario, sono state riscontrate in studenti di medicina e medici (Hojat, 2007; Hemmerdinger et al., 2006). Le proprietà psicometriche del questionario JSE sono state riscontrate anche in studenti di Scienze Infermieristiche (Ward, Schaal, sullivan, Bowen, Erdmann e Hojat, 2009) studenti di Odontoiatria (Sherman e Cramer, 2005), e studenti di Medicina in paesi quali Messico (Alcorta-Garza, Gonzalez-Guerrero, Tavitas-Herrera, Rodrigues-Lara e Hojat, 2005), Giappone (Kataoka, Kloide, Ochi e Hojat, 2009) e Corea (Roh, Hahm e Sut, 2010). Dati a supporto della psicometria della traduzione italiana della scala JSE sono stati riscontrati in medici italiani (Di Lillo, Cicchetti, Lo Scalzo, Taroni e Hojat, 2009).

Il questionario JSE ha avuto una larga accettazione nella comunità scientifica, e ad oggi è stato tradotto in 42 lingue.

4.2.2.2. Patient Practitioner Orientation Scale – Atteggiamento centrato sul paziente

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 ha lo scopo di rilevare l'atteggiamento individuale rispetto alla relazione medico-paziente e lo fa attraverso 2 sottoscale denominate *Sharing* e *Caring*. La prima sottoscala è costituita da 9 item e 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 *"Se lo strumento principale di un medico consiste nell'essere aperto e caldo, il medico non avrà molte possibilità di successo"* 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 ritiene rilevante prendere in considerazione le aspettative, le idee e i sentimenti del paziente all'interno del proprio operato e comprende affermazioni quali *"Il medico è colui che dovrebbe decidere quali argomenti trattare durante la visita"* 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 9-13-17 hanno un punteggio *reverse*. Le scale *Sharing* e *Caring* vengono calcolate come media dei punteggi ai 9 item di ciascuna scala, il punteggio totale è dato dalla media dei punteggi ai 18 item: punteggi più elevati riflettono un atteggiamento maggiormente centrato sulla persona.
Lo strumento è stato specificatamente costruito all'interno del paradigma di medicina *patient centred* 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 competenza di operatori del settore (Krupat, Rosenkranz, Yeager, Barnard, Putnam e Inui, 2000; Krupat, Bell, Kravitz, Thom e Azari, 2001; Haidet, Dains, Paterniti, Hechtel, Chang, Tseng e Rogers, 2002; Ribeiro, Krupat e Amaral, 2007).

4.2.2.3 "Perché hai scelto di fare medicina?" - Motivazione

Un foglio bianco riporta la domanda *"Perché hai scelto di fare medicina?"*.
In un recente studio (McManus, Livingston e Katona, 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 interessa della medicina e soprattutto cosa piace 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, Rosenfeld, Reiter e Norman, 2004), che si è rivelato essere un ottimo predittore delle successive prestazioni cliniche (Eva, Reiter, Rosenfelt e Norman, 2004; Eva, Reiter, Trinh, Wasi, Rosenfeld e Norman, 2009), dei livelli di professionalità (Reiter, Eva, Rosenfolt e Norman, 2009) e infine delle competenze relazionali (Reiter, Eva, Rosenfolt e Norman, 2009; Hofmeister, Lockyer; Crutcher, 2009).
Si è scelto quindi di somministrare la stessa domanda in modo da permettere agli studenti di riflettere in modo più accurato sul percorso che li ha condotti a intraprendere questo tipo di studi.

4.2.3 Metodo di raccolta dati

Come precedentemente accennato (paragrafo 4.1) al secondo anno del corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, gli studenti dell'Università degli Studi Milano Bicocca sono chiamati a seguire l'insegnamento denominato "Medicina e Società", che tra i vari obiettivi ha quello di far apprendere sia le conoscenze che le competenze nell'ambito della comunicazione e relazione con i pazienti. Il corso oltre alla didattica frontale, prevede 16 ore di esercitazioni in piccoli gruppi (massimo 25 studenti).
Il protocollo di ricerca costituito dal *Jefferson Scale Physician Empathy (JSPE)*, dal *Patient Practitioner Orientation Scale (PPOS)* e dalla domanda *"Perché hai scelto di fare medicina?"* è stato somministrato durante il primo giorno di esercitazione.
Agli studenti è stata dichiarata la duplice finalità: da una parte monitorare l'andamento delle tre variabili testate (atteggiamento centrato sulla persona, motivazione a fare

medicina e empatia) durante il loro percorso universitario e dall'altra utilizzare i suddetti strumenti per riflettere sulle tematiche indagate in modo da potersi anche confrontare con i compagni acquisendo maggiore consapevolezza sia sul proprio modo di pensarsi che sulle diversità che caratterizzano le altre persone. La compilazione ha richiesto circa 30 minuti. Gli studenti del secondo anno sono stati informati del fatto che sarebbero stati ricontattati nel corso degli anni successivi per una nuova somministrazione della batteria.

Per reclutare gli studenti più anziani, ci si è avvalsi della collaborazione dei docenti che hanno un insegnamento al quarto o al quinto anno e che ci hanno gentilmente permesso di somministrare i questionari durante il loro corso.

Agli studenti del quarto anno che avevano già compilato i questionari al secondo, è stato ricordato che lo scopo della somministrazione era quello di rilevare il loro cambiamento, o non cambiamento, rispetto alle variabili esaminate e che si dava loro, nel corso di circa due mesi, la possibilità di ricevere informazioni sui propri profili.

Agli studenti del quinto anno che invece non avevano mai compilato i questionari, si è spiegato che lo scopo della ricerca era di confrontare i loro risultati con quelli dei colleghi più giovani per verificare se i dati fossero in linea con la letteratura internazionale. Anche a loro è stata data la possibilità di avere informazioni circa i risultati della ricerca in generale e del loro profilo in particolare.

4.3 PRIMO STUDIO (confronto tra due gruppi differenti - II e V anno)

4.3.1 Obiettivi

Lo scopo è quello di:

- verificare l'ipotesi secondo cui l'esperienza di reparto influisce sull'atteggiamento degli studenti di Medicina nei confronti degli aspetti relazionali della cura, sia nel gruppo totale che nei sottogruppi maschi/femmine (Haidet, Dains, Paterniti, Hechtel, Chang, Tseng e Rogers, 2002; Ribeiro, Krupat e Amaral, 2007);
- verificare l'ipotesi secondo cui l'esperienza in reparto influisce sui livelli di empatia degli studenti di Medicina, sia nel gruppo totale che nei sottogruppi maschi/femmine (Hojat, Gonnella, Nasca, Mangione, Vergare, e Magee, 2002; Bellini e Shea, 2005; Chen, Lew, Hershman e Orlander, 2007; Neumann,

Edelhauser, Tauschel, Fischer, Wirtz, Woopen, Haramati e Scheffer, 2011; Quince, Parker, Wood e Benson, 2011);

- indagare le motivazioni che spingono gli studenti a intraprendere la carriera medica e in secondo luogo verificare l'eventuale andamento di tali motivazioni nel corso degli anni (Millan, Azevedo, Rossi, De Marco e Millan, 2005; McManus, Livingston, Katona, 2006), l'ipotesi è che gli studenti del secondo anno citino più motivazioni relative agli aspetti relazioni dei colleghi del quinto anno;
- verificare l'ipotesi secondo cui le femmine hanno un atteggiamento maggiormente centrato sul paziente (Haidet, Dains, Paterniti, Hechtel, Chang, Tseng e Rogers, 2002; Ribeiro, Krupat e Amaral, 2007) e hanno livelli di empatia superiori ai colleghi maschi (Hojat, Gonnella, Nasca, Mangione, Vergare, e Magee 2002; Bellini e Shea, 2005; Neumann, Edelhauser, Tauschel, Fischer, Wirtz, Woopen, Haramati e Scheffer, 2011; Quince, Parker, Wood e Benson, 2011);
- indagare se le motivazioni a fare medicina sono significativamente diverse tra maschi e femmine

4.3.2 Soggetti

Tabella 4.1 Distribuzione di frequenza dei soggetti rispetto al genere a all'anno di corso

	Femmine	***Maschi***	***Non inserito genere***	***Totale***
II anno	96 (49%)	99 (51%)	1	196
V anno	77 (59%)	53 (41%)	0	130
Totale	173 (53%)	152 (47%)	1	326

Il campione è rappresentato da 326 studenti frequentanti il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi Milano Bicocca.

196 studenti al momento della compilazione dei questionari frequentavano il primo semestre del II anno (70 nell'anno accademico 2010-2011; 126 nell'anno accademico 2011-2012). Mentre 130 studenti hanno preso parte alla ricerca mentre frequentavano il

primo semestre del V anno (82 nell'anno accademico 2010-2011, 48 nell'anno accademico 2012-2013).
Nel campione totale c'è una leggera maggioranza di femmine (173 - 53%), mentre il secondo anno è equamente diviso tra i due sessi: 99 maschi (51%), 96 femmine (49%).
Al quinto anno le femmine rappresentano il 59% del campione totale (F=77; M=53).
Un soggetto del secondo anno, compilando il protocollo di ricerca non ha inserito il genere di appartenenza.

4.3.3 Procedura di analisi
ANALISI QUANTITATIVA

I punteggi ottenuti al *Patient Practitioner Orientation Scale (PPOS)* e al *Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE),* sono stati analizzati attraverso il programma per l'analisi statistica SPSS.20.
Sono prima state calcolate le analisi descrittive per ogni variabile considerata e successivamente, per verificare se l'esperienza di tirocinio influisce sulle variabili prese in esame (atteggiamento verso il paziente, empatia e motivazioni) è stata effettuata una regressione multipla lineare, dove il predittore è l'esperienza di tirocinio nei reparti ospedalieri (al secondo anno gli studenti non hanno ancora iniziato il tirocinio in reparto, mentre al quinto frequentano le strutture assistenziali da due anni).
Per verificare se le femmine hanno un atteggiamento maggiormente centrato sul paziente e sono più empatiche dei colleghi maschi è stato effettuato un test non parametrico (Test U di Mann Whitney) poiché le variabili non si distribuiscono secondo la curva normale (Test Shapiro – Wilk : $p<0,005$)
Per verificare se le categorie relative al fare medicina sono significativamente differenti tra maschi e femmine e tra il secondo e il quinto anno è stato calcolato il Chi quadrato con l'uso di tavole di contingenza a due entrate: la prima variabile era costituita dall'esperienza di tirocinio (sì/no) o dal genere (maschio/femmina) , la seconda variabile era rappresentata dalla categoria "motivazione" suddivisa in presenza/assenza.

ANALISI QUALITATIVA
Le risposte al quesito *"Perché hai scelto di fare medicina?"* sono state raggruppate in 9 categorie denominate:

1) Vocazione;
2) Contatto con gli altri;
3) Figure mediche del passato;
4) Esperienza di malattia;
5) Sfida;
6) Medicina come scienza;
7) Prestigio, prestigio, status;
8) Benessere, realizzazione personale;
9) Dovere verso la società.

Queste categorie sono state identificate in una precedente ricerca (Tagliabue, Corrias, Moioli, Franco, Rezzonico e Strepparava, 2008) condotta su 140 studenti frequentanti il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano Bicocca, a cui era stata rivolta la stessa domanda. Le 9 categorie erano state individuate utilizzando il programma per la ricerca qualitativa ATLAS.ti.

In ogni risposta possono essere rintracciate più categorie, così che il totale delle risposte può superare il numero dei soggetti rispondenti.

Le categorie conteggiate sono state anch'esse inserite nel programma SPSS.20, come variabili dicotomiche.

In allegato II sono spiegati i criteri di inclusione/esclusione relativi alle 9 categorie.

4.3.4 Risultati

4.3.4.1 Descrittive per anno di corso – Questionari (JSPE – PPOS)

Tabella 4.2 Distribuzione dei punteggi medi rispetto all'anno di corso

Anno di corso		***JSPE***	***PPOS***	***SHARING***	***CARING***
2	Media	**110,228**	**4,055**	**3,666**	**4,443**
	N	118	134	134	134
	Dev. st	12,303	0,4141	0,543	0,497
	Minimo	80	2,83	2,56	2,56
	Massimo	133	5,11	5,11	5,56
5	Media	**111,692**	**3,966**	**3,558**	**4,374**
	N	127	125	125	125
	Dev. st	15,401	0,4600	0,559	0,5374
	Minimo	43	2,44	1,78	2,44
	Massimo	140	5,06	5,00	5,67

Negli studenti del secondo anno di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi Milano Bicocca i livelli di empatia risultano essere inferiori a quelli dei colleghi del quinto anno. Mentre per le altre variabili prese in esame, l'atteggiamento clinico (PPOS), gli aspetti di condivisione con il paziente (*Sharing*) e la presa in carico anche degli aspetti emotivi del paziente (*Caring*), i punteggi risultano superiori al secondo anno. (Tabella 4.2).

4.3.4.2 Regressione multipla lineare per anno di corso – Questionari (JSPE – PPOS)

Tabella 4.3 Regressione multipla lineare. Predittore – esperienza in reparto

	R	***R2***	***F***	***SIG.***
JSPE	0,52	0,003	0,669	0,414
PPOS	0,101	0,010	2,654	0,105
SHARING	0,98	0,010	2,506	0,115
CARING	0,66	0,040	1,137	0,287

Dai risultati emersi con l'analisi della regressione multipla lineare (Tabella 4.3), emerge che l'esperienza di tirocinio nei reparti ospedalieri non ha influenza su nessuna delle variabili prese in esame.

Rispetto alla dimensione dell'empatia misurata con il *Jefferson Scale Physician Empathy (JSPE),* la varianza spiegata è pari allo 0,3% e la statistica F utilizzata per la verifica delle ipotesi non risulta significativa (p.>0,005).

Per la sottoscala del *Patient Practitioner Orientation Scale (PPOS),* che rileva quanto gli studenti ritengono importante condividere gli aspetti relativi alla cura e al trattamento con il paziente *(Sharing),* la varianza spiegata è pari all'1% e la statistica F non risulta significativa (p.>0,005).

Anche per l'importanza attribuita alla cura della persona e non solo della malattia *(Caring),* l'esperienza in reparto non sembra influire (varianza spiegata = 0,4%; p.>0,005).

Infine in relazione all'atteggiamento globale nei confronti degli aspetti più relazionali relativi all'incontro con il paziente rilevati attraverso la somministrazione del PPOS, l'esperienza di tirocinio non spiega eventuali modificazioni (varianza spiegata = 1%, p>0,005).

4.3.4.3 Descrittive per anno di corso - Domanda aperta ("Perché hai scelto di fare medicina?")

Tabella 4.4 Distribuzione di frequenza delle motivazioni a fare medicina suddivise per anno di corso.

Categorie	***II anno (195 sogg.)***	***V anno (48 sogg.)***
Aspetti relazionali	132 – 30%	31- 38%
Medicina come scienza	102 – 23%	24 – 29%
Benessere e realizzazione	46 – 10,5%	4 – 5%
Status	43 – 9,5%	6 – 7%
Medici di riferimento	36 – 8%	5 – 6%
Esperienza di malattia	36 – 8%	1 – 1 %
Vocazione	22 – 5%	8 – 10%
Sfida	18 – 4%	0
Dovere _ responsabilità	9 – 2%	3 – 4%
Totale	444 – 100%	82 – 100%

Alla domanda *"Perché hai scelto di fare medicina?"* hanno risposto 195 studenti del secondo anno e 48 del quinto anno.

In linea con la letteratura di riferimento (Millan, Azevedo, Rossi, De Marco e Millan, 2005; McManus, Livingston e Katona, 2006), gli aspetti relativi al rapporto umano con il paziente e all'interesse per le materie scientifiche, sono le motivazioni più citate sia dagli studenti del secondo anno che da quelli del quinto.

In entrambi i gruppi infatti queste due categorie rappresentano più del 50% delle motivazioni addotte dai futuri medici (Tabella 4.4).

Gli aspetti relazionali al secondo anno rappresentano da soli circa un terzo delle motivazioni totali, mentre al quinto anno circa il 40% delle motivazioni addotte è in relazione agli aspetti di cura e aiuto.

Un aspetto interessante, è che gli studenti del secondo anno per spiegare la motivazione che li ha portati a intraprendere la carriera medica, utilizzano un numero di parole tre volte superiore a quello impiegato dagli studenti del quinto: al secondo anno una risposta è composta mediamente da 105 parole, mentre al quinto gli studenti si esprimono con una media di 49 parole.

4.3.4.4 Chi quadrato per anno di corso – Domanda aperta ("Perché hai scelto di fare medicina?")

Tabella 4.5 Risultati della proceduta tavole di contingenza: statistiche Chi-quadrato.

	Chi quadrato di Pearson – valore	***Df***	***Sig. asint. (2 vie)***
Vocazione	1,092	1	0,296
Aspetti relazionali	0,103	1	0,748
Medici di Riferimento	1,714	1	0,190
Esperienza_ Malattia	7,915	1	0,005
Sfida	4,739	1	0,029
Benessere_realizzazione	5,381	1	0,020
Scienza	0,048	1	0,826
Dovere_responsabilità	0,235	1	0,628
Status	2,105	1	0,147

L'unica motivazione che si differenzia in modo significativo tra i due gruppi di studenti, è quella denominata "esperienza di malattia", ovvero per gli studenti del secondo anno l'aver vissuto in prima persona una malattia che si è risolta in senso positivo o meno, o anche l'aver vissuto la malattia di altre persone, ha un peso significativamente maggiore nella scelta a intraprendere questo Corso di Laurea rispetto ai colleghi più esperti (Tabella 4.5).

4.3.4.5 Descrittive per genere – Questionari (JSPE – PPOS)

Tabella 4.6 Distribuzione dei punteggi medi rispetto al genere

Genere	***JSPE***	***PPOS***	***SHARING***	***CARING***
Maschi				
Media	**106,490**	**3,931**	**3,553**	**4,309**
N	110	118	118	118
Dev. st	15,870	0,443	0,559	0,545
Minimo	43	2,44	1,78	2,44
Massimo	134	5,11	5,11	5,33
Femmine				
Media	**114,679**	**4,079**	**3,666**	**4,495**
N	134	140	140	140
Dev. st	11,044	0,425	0,545	0,479
Minimo	84	2,61	1,78	2,89
Massimo	140	5,06	4,89	5,67

Le studentesse di sesso femminile che hanno preso parte alla ricerca, hanno punteggi medi superiori ai colleghi maschi in tutte le dimensioni prese in esame.
Risultano infatti maggiormente empatiche (JSPE) dei compagni uomini, inoltre considerano che gli aspetti relazionali siano più importanti all'interno di una consultazione con il paziente di quanto lo ritengano i maschi (PPOS).
Anche nelle due sottoscale del *Patient Practitioner Orientation Scale* (PPOS) che rilevano l'importanza attribuita alla condivisione con il paziente degli aspetti inerenti la cura *(Sharing)* e a quella data alla presa in carico da parte del curante anche delle

aspettative, dei desideri e delle emozioni del paziente *(Caring)*, le femmine hanno punteggi più elevati (Tabella 4.6)

4.3.4.6 Confronto medie per genere – Questionari (JSPE – PPOS)

Tabella 4.7 Risultati del test U di Mann – Whitney per differenza di genere

Ipotesi nulla	***Test***	***Sign.***	***Decisione***
La distribuzione di ***JSPE*** è la stessa tra maschi e femmine	Test U di Mann-Whitney a campioni indipendenti	0,000	Rifiuta l'ipotesi nulla.
La distribuzione di ***PPOS*** è la stessa tra maschi e femmine	Test U di Mann-Whitney a campioni indipendenti	0,002	Rifiuta l'ipotesi nulla.
La distribuzione di ***Sharing*** è la stessa tra maschi e femmine	Test U di Mann-Whitney a campioni indipendenti	0,066	Mantieni l'ipotesi nulla.
La distribuzione di ***Caring*** è la stessa tra maschi e femmine	Test U di Mann-Whitney a campioni indipendenti	0,004	Rifiuta l'ipotesi nulla.

In tutte le dimensioni analizzate, ad eccezione della sottoscala *Sharing* del PPOS, emergono differenza significative rispetto al genere di appartenenza.
Le femmine risultano significativamente più empatiche dei colleghi maschi (JSPE) e mediamente adottano un atteggiamento significativamente più centrato sulla persona (PPOS), considerando anche significativamente più importanti gli aspetti di presa in carico della persona malata *(Caring)* (Tabella 4.7).

4.3.4.7 Regressione multipla lineare per anno di corso – Questionari (JSPE – PPOS) – Maschi

Tabella 4.8 Regressione multipla lineare. Predittore – esperienza in reparto – Gruppo "maschi"

	R	***R2***	***F***	***SIG.***
JSPE	0,028	0,002	0,086	0,770
PPOS	0,061	0,004	0,432	0,512
SHARING	0,059	0,003	0,398	0,529
CARING	0,039	0,002	0,179	0,673

Analizzando solo i punteggi ottenuti ai due questionari (JSPE e PPOS, *Sharing – Caring*) dai soggetti maschi (Tabella 4.), emerge che l'esperienza di tirocinio nei reparti ospedalieri non ha influenza su nessuna delle variabili prese in esame.

Rispetto all'empatia misurata con il *Jefferson Scale Physician Empathy (JSPE),* la varianza spiegata è pari circa allo 0,9% e la statistica F utilizzata per la verifica delle ipotesi non risulta significativa (p.>0,005).

Per la sottoscala del *Patient Practitioner Orientation Scale (PPOS),* che rileva quanto gli studenti ritengono importante condividere gli aspetti relativi alla cura e al trattamento con il paziente *(Sharing),* la varianza spiegata è pari allo 0, 3% e la statistica F non risulta significativa (p.>0,005).

Anche sull'importanza attribuita alla cura della persona e non solo della malattia *(Caring),* l'esperienza in reparto non sembra influire (varianza spiegata = 0,2%; p.>0,005).

Infine l'esperienza di tirocinio non spiega eventuali modificazioni (varianza spiegata = 0,04%, p>0,005) dell'atteggiamento globale verso gli aspetti relazionali dell'incontro con il paziente misurato con il questionario creato dal professor Krupat (PPOS) (Tabella 4.8).

4.3.4.8 Regressione multipla lineare per anno di corso – Questionari (JSPE – PPOS) – Femmine

Tabella 4.9 Regressione multipla lineare. Predittore – esperienza in reparto – Gruppo "femmine"

	R	***R2***	***F***	***SIG.***
JSPE	0,030	0,001	0,120	0,729
PPOS	0,170	0,029	4,118	0,044
SHARING	0,149	0,022	3,129	0,079
CARING	0,132	0,018	2,463	0,119

Scomponendo il campione in maschi e femmine e considerando solo i punteggi ottenuti dalle studentesse emerge, anche in questo caso, che l'esperienza di tirocinio nei reparti ospedalieri non ha influenza su nessuna delle variabili prese in esame (empatia e atteggiamento rispetto la pratica medica).

Rispetto ai punteggi che rilevano il livello di empatia misurata con il *Jefferson Scale Physician Empathy (JSPE),* la varianza spiegata è pari all'1% e la statistica F utilizzata per la verifica delle ipotesi non risulta significativa (p.>0,005).

Per la sottoscala del *Patient Practitioner Orientation Scale (PPOS),* che rileva quanto le studentesse ritengono importante condividere gli aspetti relativi alla cura e al trattamento con il paziente *(Sharing),* la varianza spiegata è pari al 2% e la statistica F non risulta significativa (p.>0,005).

Anche sull'importanza attribuita dalle ragazze agli aspetti relativi alla presa in carico della persona malata e non solo della malattia *(Caring),* l'esperienza in reparto non sembra influire (varianza spiegata = 2%; p.>0,005).

Infine anche per l'atteggiamento globale rispetto agli aspetti più relazionali dell'incontro con il paziente misurato con il PPOS, l'esperienza di tirocinio non spiega eventuali modificazioni all'interno del gruppo femminile (varianza spiegata = 0,3%, p.>0,005) (Tabella 4.9).

4.3.4.9 Chi quadrato per anno di corso – Domanda aperta ("Perché hai scelto di fare medicina?") – Maschi

Tabella 4.10 Risultati della proceduta tavole di contingenza: statistiche Chi-quadrato. – Gruppo "maschi"

	Chi quadrato di Pearson – valore	***Df***	***Sig. asint. (2 vie)***
Vocazione	0,114	1	0,736
Aspetti relazionali	0,000	1	0,983
Medici di Riferimento	2,976	1	0,085
Esperienza_ Malattia	4,398	1	0,036
Sfida	2,120	1	0,145
Benessere_realizzazione	3,501	1	0,061
Scienza	0,569	1	0,451
Dovere_responsabilità	1,359	1	0,244
Status	0,040	1	0,842

L'esperienza di tirocinio in reparto, che gli studenti della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi Milano Bicocca, iniziano a partire dal terzo anno, non sembra influire su nessuna delle motivazioni riportate dagli studenti di sesso maschile (Tabella 4.10).

4.3.4.10 Chi quadrato per anno di corso – Domanda aperta ("Perché hai scelto di fare medicina?") – Femmine

Tabella 4.11 Risultati della proceduta tavole di contingenza: statistiche Chi-quadrato. – Gruppo "femmine"

	Chi quadrato di Pearson – valore	***Df***	***Sig. asint. (2 vie)***
Vocazione	0,672	1	0,412
Aspetti relazionali	0,649	1	0,420
Medici di Riferimento	0,006	1	0,937
Esperienza_ Malattia	3,613	1	0,057
Sfida	2,550	1	0,110
Benessere_realizzazione	1,845	1	0,174
Scienza	0,493	1	0,483
Dovere_responsabilità	0,141	1	0,707
Status	2,905	1	0,088

Così come per i colleghi maschi, anche per le studentesse, l'esperienza di tirocinio presso le strutture assistenziali non influisce sulle motivazioni che le hanno condotte a intraprendere la carriera medica (Tabella 4.11)

4.4 SECONDO STUDIO (disegno longitudinale - II e IV Anno)

4.4.1 Obiettivi

L'obiettivo è quello di:

- verificare l'ipotesi secondo cui gli studenti di Medicina e Chirurgia ai primi anni di Università hanno livelli di empatia superiori che negli anni avanzati, ovvero che i punteggi ottenuti al *Jefferson Scale Physician Empathy* (JSPE) dagli studenti al secondo anno sono superiori a quelli ottenuti dai medesimi studenti due anni più tardi, ossia al quarto anno;
- verificare l'ipotesi secondo cui gli studenti di Medicina e Chirurgia con il passare del tempo adottano un atteggiamento maggiormente paternalistico e più legato a un modello biomedico, ovvero che i punteggi ottenuti dagli studenti al

secondo anno al *Patient Practitioner Orientation Scale (PPOS*) e nelle due sottoscale *Sharing* e *Caring*, siano superiori a quelli ottenuti al quarto;

- verificare se gli studenti di Medicina e Chirurgia modificano le motivazioni che li hanno spinti a intraprendere il percorso di studi che stanno frequentando.

4.4.2 Disegno di ricerca

Il disegno di ricerca è di tipo longitudinale a misure ripetute (within-subjects). Il confronto avviene cioè all'interno dello stesso gruppo di soggetti considerando i punteggi che sono stati raccolti in momento diversi (Greene e D'Oliveira, 2000).

4.4.3 Soggetti

Tabella 4.12 Distribuzione di frequenza dei soggetti rispetto al genere

	N°	***Percentuale***
Maschi	15	37,5%
Femmine	25	62,5%
Totale	40	100%

Il campione è costituito da 40 studenti che hanno compilato il protocollo di ricerca mentre frequentavano il secondo anno (anno accademico 2010-211) del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e che hanno ripetuto la compilazione al quarto anno (anno accademico 2012-2013).
Il 62,5% del campione è costituito da femmine, il restante 37,5 % è costituito da maschi (Tabella 4.12).

4.4.4 Procedura di analisi

Per le spiegazioni relative alle analisi svolte sulle risposte alla domanda aperta *"Perché hai scelto di fare medicina?"* si rimanda al paragrafo 4.2.2.3.

Per verificare le ipotesi per cui gli studenti al secondo anno hanno punteggi superiori nelle quattro dimensioni, rilevate attraverso la compilazione dei questionari (JSPE; PPOS – *Sharing e Caring),* si è calcolato il T-test.

Per verificare se esiste un cambiamento nelle motivazioni che hanno spinto gli studenti a fare medicina, si è calcolato il Chi quadrato con l'uso di tavole di contingenza a due entrate: l'anno di corso secondo/quarto e la categoria "motivazione" suddivisa in presenza/assenza.

4.4.5 Risultati

4.4.5.1 Descrittive per anno di corso – Questionari (JSPE – PPOS)

Tabella 4.13 Distribuzione dei punteggi medi per anno di corso

Anno di corso		***JSPE***	***PPOS***	***SHARING***	***CARING***
2	Media	**109,3448**	**4,0035**	**3,6215**	**4,3785**
	N	29	29	29	29
	Dev. st	8,112	0,329	0,388	0,440
	Minimo	90	3,12	2,78	2,78
	Massimo	128	4,78	3,33	5,44
4	Media	**104,3793**	**3,9340**	**3,4479**	**4,4201**
	N	32	32	32	32
	Dev. st	13,792	0,451	0,61151	0,443
	Minimo	71	3,06	2,44	3,67
	Massimo	132	4,89	4,78	5,56

Gli studenti frequentanti il secondo anno mostrano punteggi rispetto al costrutto dell'empatia (JSPE) superiori a quelli ottenuti al quarto. Anche i punteggi relativi al questionario PPOS e alla sottoscala *Sharing* sono superiori a quelli raggiunti a distanza di due anni. Nella sottoscala che rileva l'importanza attribuita alla presa in carico anche degli aspetti emotivi e sociali del paziente durante la visita (*Caring*), i punteggi risultano invece superiori al quarto anno (Tabella 4.13).

4.4.5.2 Confronto medie per anno di corso – Questionari (JSPE – PPOS)

Tabella 4.14 Test di significatività – Shapiro - Wilk

Anno di corso	*Statistica*	*Df*	*Sig*
JSPE 2	,980	25	,877
JSPE 4	,986	36	,922
Sharing 2	,957	25	,356
Sharing 4	,973	36	,507
Caring 2	,925	25	,068
Caring 4	,965	36	,314
PPOS 2	,970	25	,634
PPOS 4	,978	36	,661

a. correzione di significatività di Lilliefors

b. *limite inferiore della significatività effettiva

Tutte le variabili prese in esame si distribuiscono secondo la curva normale, come mostrato in nella tabella 4.14, che riporta i punteggi del test Shapiro – Wilk.

Tabella 4.15 Risultati del T- test per anno di corso

	Differenza a coppie	***Deviazione standard***	***Sig. (2 – Code)***
JSPE 2 - JSPE 4	4,965	15,414	0,94
Sharing 2 – Sharing 4	0,17361	0,673	0,155
Caring 2 – Caring 4	-0,416	0,55931	0,676
PPOS 2 – PPOS 4	0,694	0,476	0,416

Si è quindi calcolato se vi fosse una differenza significativa tra i punteggi medi ottenuti dagli studenti mentre frequentavano il secondo anno e successivamente al quarto anno, attraverso il calcolo del T-test (Tabella 4.15).

In nessuna delle dimensioni prese in esame emergono differenze significative.

4.4.5.3 Descrittive per anno di corso - Domanda aperta (Perché hai scelto di fare medicina?)

Tabella 4.16 Distribuzione di frequenza delle motivazioni a fare medicina per anno di corso

Categorie	***II anno (40sogg.)***	***IV anno (40 sogg.)***
Aspetti relazionali	30 – 34%	25 - 31,5%
Medicina come scienza	19 – 21,5%	20 - 25,5%
Benessere e realizzazione	8 – 9%	14 – 18%
Status	10 – 11%	5 – 6,5%
Medici di riferimento	5 – 5,5%	7 – 9%
Esperienza di malattia	6 – 7%	3 – 4 %
Vocazione	3 – 3,5%	4 – 5%
Sfida	5 – 5,5%	1 - 0,5%
Dovere _ responsabilità	2 – 2%	0
Totale	88 – 100%	79 – 100%

Gli aspetti legati alla relazione con il paziente risultano essere quelli i più citati sia al secondo anno che al quinto, ma 5 studenti (12,5%) a distanza di due anni non citano più questa motivazione come spinta a intraprendere questo percorso di studi.

Al quarto anno aumentano le motivazioni legate al raggiungimento del benessere e della realizzazione personale. Con il passare degli anni il numero totale di motivazioni addotte dagli studenti a diminuire lievemente (Tabella 4.16).

4.4.5.4 Chi quadrato per anno di corso – Domanda aperta (Perché hai scelto di fare medicina?)

Tabella 4.17 Risultati della proceduta tavole di contingenza: statistiche Chi-quadrato.

	Chi quadrato di Pearson – valore	***Df***	***Sig. asint. (2 vie)***
Vocazione	0,157	1	0,692
Aspetti relazionali	1,455	1	0,228
Medici di Riferimento	0,392	1	0,531
Esperienza_ Malattia	1,127	1	0,228
Sfida	2,883	1	0,090
Benessere_realizzazione	2,257	1	0,133
Scienza	0,050	1	0,823
Dovere_responsabilità	0,235	1	0,628
Status	2,051	1	0,152

Le motivazioni date in relazione alla scelta di fare medicina restano sostanzialmente invariate nel corso degli anni (Tabella 4.17).

4.5 CONFRONTO CON LA LETTERATURA INTERNAZIONALE

Nelle figure 4.1 e 4.2 vengono presentati i punteggi riportati da alcuni studi che hanno utilizzato il *Jefferson Scale Physician Empathy (JSPE)* e il *Patient Practitioner Orientation Scale (PPOS)* in diverse realtà e quelli emersi dal presente studio.
I punteggi ottenuti al JSPE dagli studenti italiani al secondo e al quinto anno, si pongono in sostanziale continuità con quelli dei colleghi americani, austriaci e iraniani.
Una certa continuità di risultati è riscontrabile anche nel confronto dei punteggi ottenuti al PPOS e alle due sottoscale (*Sharing e Caring*) rispetto a un campione omologo di studenti del secondo e quinto anno proveniente rispettivamente da Grecia e Brasile.
I punteggi delle sottoscale *Sharing* e *Caring* sembrano essere quelle che maggiormente si discostano dai colleghi internazionali con una lieve riduzione della prima e un lieve aumento della seconda.

Figura 4.1 Confronto tra i punteggi ottenuti al *Jefferson Scale Physician Empathy (JSPE)* in diversi studi internazionali

Strumento	***Autori***	***Paese***	***Campione***	***Numerosità***	***I anno*** *Media (D.S)*	***II anno*** Media (D.S)	***III anno*** *Media (D.S)*	***IV anno*** *Media (D.S)*	***V anno*** *Media (D.S)*	***VI anno*** *Media (D.S)*	***Post formazione*** *Media (D.S.)*
JSPE	Hojat et al., (2002)	Usa	Studenti	371			120 (10,5)				
JSPE	Mangione et al., (2002)	Usa	Specializzandi	40 (I anno) 27 (II anno) 31 (III anno)	117.5 (12.4)	114.0 (14.3)	113.5 (10.8)				
JSPE	Hojat et al., (2004)	Usa	Studenti	125			123.1 (9.9)				
JSPE	Chen et al., (2009)	Usa	Studenti	163 (II anno) 159 (III anno)		118.63	116.08				
JSPE	Hojat et al., (2009)	Usa	Studenti	399 (I anno) 375 (II anno) 339(III anno) 356 (IV anno)	115.5 (11.1)	115.1 (11.0)	109.1 (11.8)	109.1 (14.1)			
JSPE	Rahimi-Madiseh, et al. (2010)	Iran	Studenti	37 (I anno) 35 (II anno) 38 (III anno) 35 (IV anno) 30 (V anno)	106.0 (13.11)	102.0 (13.8)	106.5 (14.2)	105.2 (11.8)	106.0 (12.)		
JSPE	Tavakol et al., (2011)	Gran Bretagna	Studenti	179 (I anno) 173 (II anno) 191(III anno) 169(IV anno) 140 (V anno)	5.48 (0.48) *Utilizzano la media e non la somma*	5.47 (0.54) *Utilizzano la media e non la somma*	5.47 (0.51) *Utilizzano la media e non la somma*	5.54 (0.47) *Utilizzano la media e non la somma*	5.40 (0.61) *Utilizzano la media e non la somma*		
JSPE	Berg et al., (2011)	Usa	Studenti	248			108.4 (12.7)				
JSPE	Katakoa et al., (2012)	Giappone	Medici donne	285							110.04
JSPE	Preusche et al., (2012)	Austria	Studenti	516		110.52 (12.49)					
JSPE	**Presente lavoro**	**Italia**	**Studenti**	**118 (II anno) 127 (IV anno)**		**110,23 (12,30)**			**111,69 (15,40)**		

Figura 4.2 Confronto tra i punteggi ottenuti al *Patient Practitioner Orientation Scale (PPOS)* in diversi studi internazionali

Strumento	***Autori***	***Paese***	***Campione***	***Numerosità***	***I anno*** *Media (D.S)*	***II anno*** *Media (D.S)*	***III anno*** *Media (D.S)*	***IV anno*** *Media (D.S)*	***V anno*** *Media (D.S)*	***VI anno*** *Media (D.S)*	***Post formazione*** *Media (D.S.)*
PPOS Sharing Caring	Krupat et al., (2000)	Usa	Medici	177							4.802 (0.47) 4.621 (0.63) 4.984 (0.47)
PPOS Sharing Caring	Haidet et al., (2002)	Usa	Studenti	263 (I anno) 158 (III anno) 89 (IV anno)	4.61		4.59	4.46			
PPOS Sharing Caring	Riberio et al., (2007)	Brasile	Studenti	146 (I anno) 140 (III anno) 130 (IV anno) 105 (V anno) 115 (VI anno	4.57 (0.43)		4.60 (0.41)	4.67 (0.41)	4.76 (0.48)	4.77 (0.44)	
PPOS Sharing Caring	Tsimtsiou et al., (2007)	Grecia	Studenti	240 (II anno) 243 (IV anno)		3.96 4.41 3.5		3.81 4.38 3.24			
PPOS Sharing Caring	Lee et al., (2008)	Singapore	Studenti	226			4.1 (0.4) 3.9 (0.5) 4.4 (0.5)				
PPOS Sharing Caring	**Presente lavoro**	**Italia**	**Studenti**	**134 (II anno) 125 (V anno)**		**4.05 (0.41) 3.66 (0.54) 4.44 (0.49)**			**3.96 (0.46) 3.55 (0.55) 4.37 (0.53)**		

4.6 DISCUSSIONE

L'empatia

Il primo obiettivo della ricerca aveva lo scopo di verificare se l'esperienza di tirocinio nei reparti ospedalieri, che presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi Milano Bicocca ha inizio al terzo anno di corso, potesse influenzare il livello di empatia degli studenti di medicina e se vi fossero differenze significative tra i punteggi ottenuti dalle studentesse di sesso femminile e quelli ottenuti dai colleghi maschi.

Dai risultati emersi, si può concludere che l'esperienza di tirocinio nei reparti ospedalieri non sembra avere un impatto sui livelli di empatia degli studenti che hanno preso parte alla ricerca. La percentuale di varianza spiegata è infatti pari solo allo 0,3%. Anche nello studio che ha previsto un disegno di ricerca longitudinale per misure ripetute, dove si sono confrontati i punteggi medi ottenuti dagli stessi studenti a distanza di 2 anni (prima e durante l'esperienza in reparto), non sono emerse differenze significative. Occorre però sottolineare che osservando le analisi descrittive emerge comunque una diminuzione di circa 5 punti tra i punteggi medi ottenuti al *Jefferson Scale Physician Empathy (JSPE)* al secondo anno e successivamente al quarto anno.

Se come variabile indipendente non si considera più l'esperienza di reparto, ma il genere di appartenenza (maschi vs femmine), i risultati sono in linea con la letteratura di riferimento che evidenziano come i soggetti di sesso femminile abbiano una naturale tendenza a leggere gli stati mentali ed emotivi dell'altro (Hojat, Mangione, Nasca, Rattner; Erdmann, Gonnella e Magee; 2004; Bellini e Shea, 2005; Chen, Lew, Hershman e Orlander, 2007; Neumann, Edelhauser, Tauschel, Fischer, Wirtz, Woopen, Haramati e Scheffer, 2011; Quince, Parker, Wood e Benson, 2011).

Le studentesse di sesso femminile, hanno infatti punteggi medi significativamente superiori ai colleghi maschi ($p.<0,001$)

Atteggiamento centrato sul paziente

Come secondo obiettivo si è voluto verificare se l'esperienza di tirocinio in ospedale avesse un'influenza sull'importanza attribuita dagli studenti all'atteggiamento globale verso la relazione con il paziente, sia nelle dimensioni inerenti il prendersi cura della persona sia rispetto la condivisione con il paziente delle informazioni e delle decisioni che lo riguardano.

Dai risultati ottenuti emerge che l'esperienza nelle corsie ospedaliere non influisce sull'atteggiamento dei futuri medici rispetto al costrutto misurato attraverso il *Patient Practitioner Orientation Scale (PPOS),* né nella dimensione globale né nelle sottoscale denominate *Sharing* e *Caring*. La percentuale di varianza spiegata, analizzata attraverso il calcolo della regressione multipla lineare, è inferiore all'1% per tutte le dimensioni considerate.

Anche dalle analisi effettuate sui punteggi ottenuti dai soggetti che hanno preso parte allo studio longitudinale non emergono differenze significative; i punteggi medi non subiscono modificazioni rilevanti con il passare del tempo, nemmeno osservando i risultati delle analisi descrittive.

Confrontando i punteggi ottenuti dagli studenti maschi e dalle studentesse femmine, emergono differenze significative in due delle tre dimensioni studiate: le femmine attribuiscono maggiore importanza alla condivisione con il paziente degli aspetti inerenti le decisioni relative alla cura e al trattamento, così come ritengono più importante dei colleghi maschi avere un atteggiamento centrato sulla persona malata e non solo sulla malattia.

Così come per il costrutto dell'empatia, il fatto che le femmine siano più attente agli aspetti relazionali nell'incontro con il paziente rispecchia un fenomeno rilevato in altri contesti sociali (Haidet, Dains, Paterniti, Hechtel, Chang, Tseng e Rogers, 2002; Riberio, Krupat e Amaral, 2007).

Motivazione a fare medicina

L'ultimo obiettivo che ci si è posti, è stato indagare quali fossero le motivazioni che spingono gli studenti a intraprendere la carriera medica e se vi fossero differenze tra quelle addotte dagli studenti più giovani e quelle degli studenti degli anni avanzati, così come tra maschi e femmine.

In linea con la letteratura presa in esame (Millan, Azevedo, Rossi, De Marco e Millan, 2005; McManus, Livingston e Katona, 2006) anche gli studenti dell'Università degli Studi Milano Bicocca sostengono di voler diventare medici per due principali motivi: il fatto che la professione medica permette di aiutare il prossimo e per il grande interesse che le materie scientifiche suscitano in loro.

Le motivazioni non sembrano modificarsi nel corso degli anni, né a differenziarsi tra maschi e femmine.

L’unica categoria che sembra subire l’influenza del tirocinio in ospedale è quella denominata “esperienza di malattia”. Gli studenti del secondo anno infatti citano un numero di volte significativamente superiore dei colleghi più anziani (quinto anno) il fatto che tra le motivazioni che li hanno spinti a fare il medico c’è quella di avere avuto in passato un contatto in prima persona con la malattia o aver vissuto la malattia di altri.
Un elemento che è apparso evidente fin da subito leggendo gli scritti dei futuri medici, è che gli studenti più giovani articolano in maniera più complessa la loro motivazione (utilizzano un numero di parole tre volte superiore), forse ciò rileva una maggiore confusione dettata dalla minore esperienza o forse anche un interesse maggiore a riflettere su un aspetto fondamentale che guida qualsiasi professione.

CONCLUSIONI

Da quanto esposto nel corso dei precedenti capitoli si evince che negli ultimi decenni nell'area sanitaria è emersa l'esigenza di un modello che renda la medicina più "umana", più attenta alla relazione con il paziente, più legata al prendersi cura che non alla cura ad ogni costo (Mead e Bower, 2000).

Alle Facoltà Mediche non si chiede più soltanto di insegnare la medicina, ma si chiede di formare dei buoni medici, medici attenti alle persone malate e non solo interessati alla malattia, medici che siano in grado di empatizzare con i vissuti dei loro pazienti, medici che siano consapevoli delle loro emozioni, dei propri punti di forza e di difficoltà in modo da gestire in modo funzionale la relazione con i pazienti e i loro familiari.

Tanto in Italia, quanto soprattutto nei Paesi di lingua anglosassone, si lavora da molti anni sulla formazione del medico alla relazione e alla comunicazione con il paziente, sia insistendo sugli aspetti più tecnici che, più recentemente, formando agli aspetti più complessi e profondi dell' "essere in relazione" e soprattutto sul come fare a sviluppare questa competenza.

Gli studi sui cambiamenti relativi agli aspetti relazionali con il paziente, cui vanno incontro gli studenti nel corso degli anni universitari sono però piuttosto sconfortanti: gli studenti degli ultimi anni di corso tendono ad avere un atteggiamento più interessato alla malattia che alla persona malata, con un atteggiamento più paternalistico che cooperativo e meno empatico (Haidet, Dains, Paterniti, Hechtel, Chang, Tseng e Rogers, 2002). Mano a mano che il livello di preparazione avanza, gli studenti faticano a cogliere nel concreto l'importanza degli aspetti socio-culturali della professione medica e a tenerne adeguato conto nel loro agire perdendo anche entusiasmo verso la professione (Griffith e Wilson, 2001; Woloschuk, Harasym e Temple, 2004) e la capacità di essere empatici (Neumann, Edelhauser, Tauschel, Fischer, Wirtz, Woopen, Haramati e Scheffer, 2011).

Alcune ricerche svolte in prestigiose Università americane tra le quali il Jefferson Medical College di Philadelphia, o l'University School of Medicine di Boston, hanno rilevato come l'importanza attribuita dagli studenti delle Facoltà Mediche ad alcune dimensione ritenute fondamentali per la costruzione di una relazione funzionale tra medico e paziente, tendono a diminuire durante il percorso universitario (Haidet, Dains,

Paterniti, Hechtel, Chang, Tseng e Rogers, 2002;. Hojat, Mangione, Nasca, Rattner; Erdmann, Gonnella e Magee; 2004, Chen, Lew, Hershman e Orlander, 2007)

Una delle possibili cause connesse a questo cambiamento è stata rilevata nell'esperienza di tirocinio che gli studenti sono chiamati a fare presso le corsie ospedaliere (Haidet, Dains, Paterniti, Hechtel, Chang, Tseng e Rogers, 2002; Hojat, Mangione, Nasca, Rattner; Erdmann, Gonnella e Magee; 2004; Bellini e Shea, 2005; Chen, Lew, Hershman e Orlander, 2007; Neumann, Edelhauser, Tauschel, Fischer, Wirtz, Woopen, Haramati e Scheffer, 2011).

Una possibile interpretazione per dare senso a questo fenomeno risiede nel fatto che l'incontro con la malattia e la morte potrebbe generare nei giovani studenti un senso di forte vulnerabilità. Questo senso di fragilità potrebbe inizialmente favorire l'insorgenza di livelli elevati di sofferenza di fronte al dolore dei pazienti e dei loro familiari e nel corso del tempo per proteggersi da questi sentimenti destabilizzanti, gli studenti potrebbero adottare atteggiamenti più razionali che de-umanizzano il paziente e lo riducono a una semplice somma di sintomi (Neumann, Edelhauser, Tauschel, Fischer, Wirtz, Woopen, Haramati e Scheffer, 2011).

Inoltre con l'esperienza di tirocinio, gli studenti si trovano a dover fare i conti con un aumento di responsabilità, con la constatazione che la medicina non è in grado di curare qualsiasi patologia e con il fatto che non esiste "*La* cosa giusta da fare", ma che ogni persona malata è un caso unico.

Per poter mantenere un senso di coerenza rispetto alle loro aspettative iniziali e anche per un senso di maggiore competenza data dai primi corsi seguiti in Università, spesso gli studenti si concentrano sempre di più sulla molecola o sull'organo, perdendo di vista la persona e le sue emozioni.

Nel corso del tempo, si crea poi una sorta di curriculum formativo informale, nascosto - *hidden curriculum* – nel quale vengono apprese modalità 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 e Franks, 1998).

Lo scopo di questo lavoro è stato quindi quello di rilevare se l'effetto di erosione delle competenze relazionali dato dall'esperienza di tirocinio nei reparti ospedalieri, fosse

presente anche nella realtà italiana, nello specifico tra gli studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi Milano Bicocca.

Dai risultati emersi possiamo dedurre che in realtà l'avanzamento della carriera universitaria con la relativa esperienza di tirocinio nei reparti ospedalieri a partire dal terzo anno non influisce sugli aspetti di attenzione rispetto alla relazione con il paziente.

Una possibile spiegazione a questi risultati, discordanti rispetto alla letteratura di riferimento, potrebbe risiedere nel fatto che all'interno di questo Ateneo, il ruolo che le competenze comunicative – relazionali hanno all'interno della consultazione con il paziente è oggetto di insegnamento di un corso del secondo anno, prima cioè che gli studenti entrino direttamente in contatto con la malattia e le persone malate.

Gli studenti durante questo corso, denominato "Medicina e Società", sono invitati tra l'altro, a riflettere e a sperimentare in prima persona, attraverso una didattica esperienziale, i vantaggi di un approccio *patient centred* che vede la persona nella sua globalità e non si ferma alla malattia intesa come risultato di uno squilibrio organico. Attraverso il confronto nel piccolo gruppo, in un clima non giudicante, gli studenti possono apprendere che le persone hanno narrative differenti rispetto al proprio stato di malattia, che il giudicare il vissuto dell'altro in base a criteri personali, in un clima agonistico e svalutante conduce a una relazione disfunzionale. Hanno la possibilità di riflettere sui loro punti di forza e su quali sono le tematiche che attivano maggiormente emozioni ritenute spiacevoli che possono intervenire in maniera disfunzionale nelle relazioni con gli altri.

La possibilità di riflettere su questi aspetti prima di entrare realmente in contatto con la malattia e con tutti i suoi significati preserva dai quei fenomeni di decremento di empatia e di importanza attribuita agli aspetti relazionale che sono stati evidenziati nel corso di questa tesi (Feighny, Arnold, Monaco, Munro e Earl, 1998).

Un'altra possibile spiegazione potrebbe risiedere nel fatto che i Docenti – Tutori che gli studenti incontrano nel loro percorso universitario e di tirocinio nelle corsie ospedaliere, si approcciano al paziente in modo empatico e con un atteggiamento centrato sulla persona cosicché gli studenti apprendono queste abilità dall'osservazione diretta dei loro maestri. È inoltre possibile che questi Tutori oltre a una fase di *briefing* in cui stabiliscono assieme ai loro studenti quali obiettivi darsi, stabiliscano anche dei momenti di *debrifing* in cui si dà spazio a una riflessione con i loro studenti sulle difficoltà anche relazionali che hanno incontrato durante l'esperienza in reparto.

Per testare questa seconda ipotesi, è già stata avviata una ricerca che ha lo scopo di indagare l'importanza che i tutori che afferiscono alla Facoltà di Medicina e Chirurgia, ora denominato Scuola di Medicina dell'Università degli Studi Milano Bicocca, danno agli aspetti relazionali nell'incontro con i pazienti.

È importante sottolineare che la diversa impostazione dei Corsi di Laurea a livello italiano, europeo ed extraeuropeo unitamente all'eterogeneità dei contenuti proposti nel percorso formativo proprio di ogni Ateneo rendono difficoltoso proporre interpretazioni e conclusioni solide rispetto all'evoluzione, nel corso degli anni, delle dimensioni in oggetto.

Allo stesso modo le variabili che possono influenzare l'aumento o la riduzione di empatia e atteggiamento clinico risultano in parte connesse alle stimolazioni e alle suggestione peculiari di ogni Corso di Laurea cosicché un confronto è auspicabile laddove esistano percorsi di studio simili per quanto riguarda anni di insegnamento, contenuti proposti ed esperienze formative.

Limiti e sviluppi futuri

I soggetti che hanno preso parte alla ricerca sono rappresentativi solo del secondo e del quinto anno di corso, sarebbe invece auspicabile coinvolgere tutti gli studenti dei sei anni del corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. Gli studenti dovrebbero inoltre ripetere la compilazione (che richiede circa 30 minuti) ogni anno in modo da tener monitorato il loro andamento nel corso del tempo e verificare se alcuni anni risultano essere maggiormente critici.

Oltre al genere (variabile già considerata in questa ricerca), la letteratura spesso indaga anche la relazione esistente tra le dimensioni dell'empatia e dell'atteggiamento clinico con altre variabili, quali la specializzazione che lo studente vorrebbe intraprendere, l'etnia di appartenenza e il profitto accademico.

I risultati emersi sono relativi solo all'Ateneo milanese e non sono rappresentativi della realtà italiana, ma si potrebbe avviare una collaborazione con le altre sedi.

Inoltre i questionari *self report*, danno un valore sull'importanza che gli studenti attribuiscono alle dimensioni analizzate, ma non necessariamente questo atteggiamento si traduce in un reale comportamento empatico, in una reale presa in carico della persona malata anche da un punto di vista emotivo e una reale condivisione degli aspetti inerenti la malattia e la sua cura.

Anche in relazione alla domanda *"Perché hai scelto di fare medicina?",* è importante sottolineare come gi aspetti di aiuto e relazione con il paziente sono, in qualsiasi anno di corso le motivazioni più citate, questo in linea con la letteratura sulla motivazione (Liotti, 1994; 2001), risulta essere un buon predittore per un comportamento che sia finalizzato all'aiuto dell'altro e che tenga conto degli aspetti relazionali della cura. Non possiamo però concludere che il comportamento che ne farà seguito sarà certamente finalizzato all'instaurazione di un assetto cooperativo o comunque accudente (paragrafo 2.3) per tutto il corso della visita.

Per valutare il reale comportamento degli studenti, si potrebbe associare alla parte di somministrazione dei questionari una valutazione "in vivo" del comportamento che lo studente agisce di fronte a un paziente reale o più facilmente simulato.

BIBLIOGRAFIA

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.

Angeletti, L. (1992). *Storia della medicina e bioetica*. Milano: Etas Libri.

Armocida, G., & Zanobio B. (1997). *Storia della medicina*. Milano: Masson Elsevier.

Arora, S., Ashrafian, H., Davis, R., Athanasiou, T., Darzi, A., & Sevdalis N. (2010). Emotional intelligence in medicine: a systematic review through the context of the ACGME competencies. *Medical Education*, 44, 749–764.

Artino, A.R., La Rochelle, J.S., & Durning, S.J. (2010). Second-year medical students' motivational beliefs, emotions, and achievement. *Medical Education*, 44, 1203–1212.

Balint, M. (1957). *The Doctor, His Patient and the Illness.* London: Pitman. Trad it. *Medico, paziente e malattia*. Milano: Feltrinelli, 1961.

Bara, G.B. (1999). *Pragmatica cognitiva. I processi mentali della comunicazione.* Torino: Bollati Boringhieri.

Baron-Cohen, S. (2003). *The essential difference: The truth about the male and female brain.* New York: Basic Books.

Baron-Cohen, S. (2011). *La scienza del male. L'empatia e l'origine della crudeltà*. Milano: Cortina.

Bartoccioni, S., Bonadonna, G., & Sartori, F. (2006). *Dall'altra Parte*. Milano: BUR.

Beckman, H.B., & Frankel, R.M. (1984). The effect of physician behavior on the collection data. *Annals of Internal Medicine*, 101, 692 – 696

Bellani, M.L., & Orrù, W. (2002). La sindrome del burnout. In: Bellani, M.L., Morasso, G., Amadori, D., Orrù, W., & Grassi, L., Casali, P. & Bruzzi, P. (2002). *Psiconcologia*. Milano: Masson.

Bellini, L.M., & Shea, J.A. (2005). Mood change and empathy decline persist duringthree years of internal medicine training. *Academic Medicine*, 80, 164-167.

Benbassat, J., & Baumal, R. (2001). Teaching doctor patient interviewing skills using an integrated learner and teacher centered approach. *American Journal of Medical Science*, 57, 322 – 349.

Benbassat, J., & Baumal, R. (2005). Enhancing self-awareness in medical students: an overview of teaching approaches. *Academic Medicine,* 80, 156 – 161.

Bensing, J., (2000). Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling,* 39, 17–25.

Berg, K., Majdan, J. F., Berg, D., Veloski, J., & Hojat, M. (2011). A comparison of medical students' self-reported empathy with simulated patients' assessment of the students' empathy. *Medical Teacher*, 33, 388 – 391.

Bombeke, K., Symons, L., Debaene, L., De Winter, B., Schol, S., & Van Royen, P. (2010). Help, I'm losing patient-centredness! Experiences of medical students and their teachers. *Medical Education*. 44, 662–673.

Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, 44, 542–73.

Borrell-Carrió, F., Suchman, A.L., & Epstein, R.M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine,* 2, 576-582.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, vol. 1, Attachment*. London: Hogarth Press. Trad. it. *Attaccamento e perdita, vol. 1, L'attaccamento alla madre*. Torino: Bollati Boringhieri, 2000.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss, vol. 2, Separation. Anxiety and Anger*. London: Hogarth Press. Trad. it. *Attaccamento e perdita, vol. 2, La separazione dalla madre.* Torino: Bollati Boringhieri, 2000.

Bowlby, J. (1980), *Attachment and Loss, vol. 3, Loss. Sadness and Depression*, London: Hogarth Press. Trad. it. *Attaccamento e perdita, vol. 3, La perdita della madre. Tristezza e depressione.* Torino: Bollati Boringhieri, 2000.

Bowlby, J. (1988). *A Secure Base. London: Routledge*. Trad. it. Una base sicura. Milano: Raffaello Cortina, 1988.

Brown, J.B., Stewart, M., MCCracken, E.C., MCWhinney, I.R., & Levenstein, J.H. (1986). The patient-centred clinical method. 2. Definition and application. *Family Practice,* 3, 75 – 79.

Brunett, P., Campbell, T.L., Cole-Kelly, K., Danoff, D., Frymier, R., Goldstein, M.G., Gordon, G.H., Klass, D.J., Kurtz, S., Laidlaw, J., Lang, F., MacLellan, A.M.,

Makoul, G., Miller, S., Novack, D., Rider, E.A., Simon, F.A., Sluyter, D., Swing, S., Weston, W., & Whelan, G.P. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine*, 4, 6, 390-393.

Buckman, R. (1992). *How To Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. Trad. it. *La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi.* Raffaello Cortina Editore, 2003.

Canguilhem, G. (1998). *Il normale e il patologico*. Torino: Einaudi Editore.

Capranico, S. (1997). *Role-playing. Manuale a uso di formatori e insegnanti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Cegala, D.J. & Broz, S.L. (2002). Physician communication skills training: a review of theoretical background, objectives and skills. *Medical Education*, 36, 11, 1004–1016.

Charon, R. (2000). Reading, Writing, and Doctoring: Literature and Medicine. *American Journal of Medical Science*, 319, 285–291.

Charon, R. (2001). The Patient-Physician Relationship: Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *Journal of the American Medical Association*, 286, 1897–1902.

Charon, R. (2004). Narrative and Medicine. *New England Journal of Medicine*, 350, 862–864.

Chen, D.C.R., Pahilan, M.E., & Orlander, J.D. (2009). Comparing a self-administrated measure of empathy with a observed behavior among medical students. *Journal of General Internal Medicine*, 25, 3, 200-202.

Chen, D., Lew, R., Hershman, W., & Orlander, J. (2007). A cross-sectional measurement of medical student empathy. *Journal of General and Internal Medicine*, 22, 10, 1434-438.

Clack, G., Allen, J., Cooper, D., & O Head, J. (2004). Personality differences between doctors and their patients: implications for the teaching of communication skills. *Medical Education*, 38, 177–186.

Cohen Cole, A.S. (1991). *The medical interview, the Three Function Approach*. St. Luis: Mosby-Year Book Inc.

Cosmacini, G. (1997). *L'Arte Lunga. Storia della Medicina dall'Antichità ad Oggi*. Bari: Laterza.

Cosmacini, G.(2007). La *religiosità della medicina. Dall'antichità ad oggi*. Bari: Laterza

Crandal, S.J., Volk, R.J., & Cacy, D. (1997). A longitudinal investigation of medical students attitude toward the medically indigent. *Teaching and Learning in Medicine,* 9, 254-60.

Danieli, G. (2008). *Scienze Umane in Medicina*. Ancona: Il Lavoro Editoriale.

Darwin, C. (1987). *The expression of emotions in man and animals*. Oxford: Oxford University Press. Trad. It. *L'espressione delle emozioni nell'uomo e negli animali*. Torino: Bollati Boringhieri, 1999.

Davis, M.H. (1994). *Empathy: A social psychological approach*. Colorado: Westview Press.

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.

Dibbelta, S., Schaidhammera, M., Fleischerb, C., & Greitemanna, B. (2009). Patient–doctor interaction in rehabilitation: The relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results. *Patient Education and Counseling*, 76, 3, 328-335.

Duffy, F.D., Gordon, G.H., Whelan, G., Cole-Kelly, K., & Frankel, R. (2004). Assessing Competence in Communication and Interpersonal Skills. The Kalamazoo II Report. *Academic Medicine*, 79, 6, 495-507.

Edwards, A. & Elwyn, G. (2009). *Shared Decision Making in Health Care. Achieving evidence-based patients choice*. Oxford: Oxford University Press.

Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model, a challange for biomedicine. *Science*, 196, 129 – 136.

Engel, G.L. (1980). The clinical application of the biopsichosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535 – 544.

Epstein, R.M., Cambell, T.L., Cohen Cole, A.S., Mc Whinney, I.R., & Smilktein, G., (1993). Perspective on patient doctor communication. *Journal of Family Practice*, 37, 377–388.

Eva K.W., 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.

Ewan, C. (1988). Social issues in medicine. *Medical Education*, 22, 375-80.

Feighny, K.M, Arnold, L., Monaco, M., Munro, J.S., & Earl, B. (1998). In Pursuit of Empathy and Its Relation to Physician Communication Skills. *Annals Behavioral Science and Medical Education*, 5, 13-21.

Firth-Cozens, J. (2001). Intervention to improve physicians' well-being and patient care. *Social Science and Medicine*, 52, 215-22.

Frankel, R.M., & Stein, T. (1999) Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. *The Permanente Journal*, 3, 3.

Frati, L. (1994). Modifiche alla Tabella XVIII. I criteri ispiratori. *Medicina e Chirurgia*, 9, 301-302.

Freidson, E., (2002). *La dominanza medica. Le basi sociali delle malattie e delle istituzioni sociali*. Milano: Franco Angeli

Fulcheri, M. (2004). *Le attuali frontiere della psicologia clinica*. Torino: Centro Scientifico Editore.

Gadamer, H.G. (1994). *Dove si nasconde la salute*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Gallo, P. (2011). Insegnare nei corsi di Laurea in Medicina e Odontoiatria. Torino: Espress.

Gaudio, E. (2007). Il core curriculum: una sfida applicative. *Medicina e Chirurgia*, 37, 47–56.

Gerrard, T.J., & Riddell, J.D. (1988). Difficult patients: black holes and secrets. *British Medical Journal*, 297, 530-532.

Gianakos, D. (1996). Empathy revisited. *Archives of Internal Medicine*, 156, 135–136.

Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantman Books. Trad. It. *Intelligenza emotiva*. Milano: Rizzoli, 1996.

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.

Greenson, R. (1967). *The techniques and practice of psychoanalysis*. New York: International University Press.

Griffith, C.H., & Wilson, J.F. (2001). The loss of student idealism in the third year clinical clerkship. *Evaluation and the Health Professions*, 24, 62-71.

Groves, J.E. (1978). Taking care of the hateful patient. *The New England Journal of Medicine*, 298, 883 – 887.

Gruppo Gargnano (2007). La comunicazione e la relazione con il malato: quale formazione nelle facoltà mediche italiane? *Medicina e Chirurgia*, 40-41, 1670-1675.

Guidano, V. & Liotti, G. (1983*). Cognitive Processes and Emotional Disorders. A Structural Approach to Psychotherapy*. New York: Guilford.

Guidano, V. (1987). *The Complexity of Self. A Developmental Approach to Psychopatology and Therapy*. New York: The Guilford Press. Trad. it. *La complessità del sè. Un approccio sistemico processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva.* Torino: Bollati Boringhieri, 1988.

Guidano, V. (1991). *The Self in Process. Toward a Post-Rationalist Cognitive Therapy*. New York: The Guilford Press. Trad. it. *Il sè nel suo divenire. Verso una terapia cognitiva post razionalista*. Torino: Bollati Boringhieri, 1992.

Hafferty, F.W., & Franks, R. (1998). The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine*, 69, 11, 861 – 871.

Hagihara, A., & Tarumi, K. (2007). Association between physicians' communicative behaviors and judges' decisions in lawsuits on negligent care. *Health Policy* 83, 213-222.

Haglund, M.E.M., 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, 258–268.

Haidet, P. (2007). Jazz and the "art" of medicine: improvisation in the medical encounter. *Annual of Family Medicine*, 5, 164-169.

Haidet, P., Dains, J.E., Paterniti, D.A., Hechtel, L., Chang, T., Tseng, E., & Rogers, J.C. (2002). Medical student attitude toward the doctor-patient relationship. *Medical education*, 36, 568-574.

Haidet, P., Paterniti, D.A. (2003). Building a history, rather than taking one. *Archives of Internal Medicine*, 163, 1134-1140.

Haskard Zolnierek, K.B., & Di Matteo, M.R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Medical Care*, 47, 8, 826–834.

Hemmerdinger, J.M., Stoddart, S.D.R., & Lilford, R.J. (2007). A systematic review of tests of empathy in medicine. *Medical Education*, 7, 24.

Hojat, M. (2007). *Empathy in Patient Care. Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes.* New York: Springer.

Hojat, M., Gonnella, J.S., Mangione, S., Nasca, T.F., Veloski, F.F., Erdmann, F.B., Callahan, C.A., & Magee, M. (2002). 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., Vergare, M., & Magee M., (2002). Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender specialità. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1563 -1569.

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.

Hugh, M.G. & Vallis, S. (1986). *Illness behavior. A multidisciplinary model.* New York & London: Plenum Press.

Jackson, V.A., Sullivan, A., Gadmer, N.M., Seltzer, D., Mitchell, A.M., Lakoma, M.D., Arnold, R.M., & Block, S. (2005). "It was haunting...": physicians' descriptions of emotionally powerful patient deaths. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 80, 7, 648-56.

Jaimovich, S. (1999). How medical students view their relationship with patients: the role of private and public self consciousness. *Journal of Social Psychology*, 139, 5-13.

Jaspers, K. (1953). *Der Arzt in tecnhischen Zeitalter.* Munchen: Piper. Trad. it. *Il medico nell'età della tecnica*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1991.

Jonassen, D.H. (1994). Thinking technology. Towards a constructivist design model. *Educational Technology*, 34, 5-14.

Kasman, D., Fryer-Edwards, K., & Braddock, C. (2003). Educating for Professionalism: Trainees' Emotional Experiences on IM and Pediatrics Inpatient Wards. *Academic Medicine*. Special Issue: Valuing the Education Mission, 78, 7, 730-741.

Kataoka, H.U., Koide, N., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2012). Measurement and correlates of empathy among female Japanese physicians. *Medical Education*, 12, 48.

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.

Kim, S.S., Kakplowitz, S., & Johnston, M.V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & the Health Professions*, 27, 3, 237-251.

Knasel, E., Meed J., & Rossetti, A., (2002). *Apprendere sempre.* Milano: Raffaello Cortina Editore

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., Hsu, J., Irish, J., Schmittdiel, J.A., & Selby, J. (2004). Matching patients and practitioners based on beliefs about care: Results of a randomized controlled trial. *American Journal of Managed Care*, 10, 814 – 822.

Krupat, E., Rosenkranz, S. L., Yeager, C. M., Barnard, K., Putnam, S. M., & Inui, T. S. (2000). 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. (2000). Patient role orientations, doctor-patient fit, and visit satisfaction. *Psychology & Health*, 15, 707 -719.

Kurtz, S., Silverman, J., Benson, J., & Draper, J. (2003). Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary–Cambridge Guides. *Academic Medicine*, 78, 802–809.

Kurtz, S.M., Silverman, J.D., & Draper, J. (1998). *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Oxford: Radcliffe Medical Press.

Laplantine, F. (1986). *Antropologia della malattia*. Firenze: Sansoni.

Larson, E.B., & Yao, X. (2005). Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *Journal of the American Medical Association,* 293, 1100–1106.

Lee, K.H., Adeline, S., Luo, N., & Koh, D. (2008). Attitudes towards the doctor-patient relationship: a prospective study in a Asian medical school. *Medical Education*, 42, 1092-1099.

Lempp, H., & Seale, C. (2004). The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perception of teaching. *British Medical Journal*, 329, 2, 770 – 773.

Levenstein, J.H., McCracken, E.C., MCWhinney, I.R., Stewart, M., & Brown, J.B. (1986). The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family practice*, 3, 1, 24 -30.

Lewis, N., Rees, C., & Hudson, N. (2004). Helping medical students identify their emotional intelligence. *Medical Education*, 38, 545-576.

Liotti, G. & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociative.* Milano: Raffaello Cortina Editore.

Liotti, G. & Monticelli, F. (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico. Il manuale AIMIT.* Milano: Raffaello Cortina Editore.

Liotti, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.

Liotti, G. (2001). *Le opera della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo - evoluzionista.* Milano: Raffaello Cortina Editore.

Lipkin, M., Putnam, S., & Lazare, A. (1995). *The Medical Interview*. New York: Springer.

Makoul, G. (2001). The SEGUE Framework for teaching an assessing communication skills. *Patient Education and Counseling*, 45, 23-34.

Makoul, G., & Schofield, T. (1999). Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. *Patient Education and Counseling*, 37, 191–5.

Malterud, K., & Hollnagel, H. (2005). The Doctor Who Cried: A Qualitative Study About the Doctor's Vulnerability. *Annual of Family Medicine,* 3, 348-352.

Mangione, S., Kane, G.C., Caruso, J.W., Gonnella, J.S., Nasca, T.J., & Hojat, M. (2002). Assessment of empathy in different years of internal medicine training. *Medical Teacher*, 24, 4, 370-373.

Marvel, M.K., Epstein, R.M. & Flowers K., (1999). Soliciting the patient's agenda have improved?. *Journal of the Medical Association*, 281.

Maslach, C. (1982). *Burnout, the cost of caring*, New York: Prentice Hall Press.

Maslach, C., & Leiter, M.P. (2002). *Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro.* Trento*:* Edizioni Erickson.

Maturana, H., & Varela, F., (1984). *El arbol del conoscimiento*. Madrid: Debate. Trad. it. *L'albero della conoscenza*. Roma-Bari. Laterza, 1999

Mayer, J.D., & Salovey, P. (1997). *What is emotional intelligence?* In: Salovey, P., & Sluyter. D.J., (eds.) *Emotional Development and Emotional Intelligence: Educational Implications.* New York: Basic Books.

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.

McWhinney, I.R. (1989). *The need for a transformed clinical method*. In: Stewart, M., & Roter, D. *Communicating with medical patient.* London: Sage Pubblication.

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 and Medicine,* 51, 1087-1100.

Mechanic, D. (1982). *Symptoms, illness behavior and help seeking.* New York: Prodist.

Meier, C. (2004). *La psicosi nel'adolescenza. Un approccio costruttivista*. In: Lambruschi, F. (2004). *Psicoterapia Cognitiva dell'età Evolutiva*. Torino: Bollati Boringhieri.

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, 19.

Millan, L.R., Azevedo, R.S., Rossi, E., De Marco, O.L., & Millan, M.P. (2005). What is behind a student's choice for becoming a doctor?. *Clinics,* 60, 2, 143-150.

Moja, E., & Vegni, E. (2000). *La vista medica centrata sul paziente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Nardi, B., (2001). *Processi psichici e psicopatologia nell'approccio cognitivo. Nuove prospettive in psicologia e psichiatria clinica.* Milano: Franco Angeli.

Nardi, B. (2007). *CostruirSi: Sviluppo e adattamento del Sé nella normalità e nella patologia.* Milano: Franco Angeli.

Nesci, D.A., Poliseno, T.A., & Comazzi, A. (2002). *Interventi di supporto per gli operatori*. In Bellani, M.L., Morasso, G., & Amadori, D. (2002). *Psiconcologia*. Milano: Masson.

Neumann, M., Edelauser, F., Tauschel, D., Fischer, M., 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, 996-1009.

Nighttingale, S.D., Yarold, P.R., & Greenberg, M.S. (1991). Sympathy, empathy and physician resource utilization. *Journal of General Internal Medicine,* 6, 5, 420 -423.

Noble, L.M. (1998). *Doctor-patient communication and adherence to treatment*. In: Myers, L.B., & Midence, K., *Adherence to treatment in medical conditions*. Harwood: Academic Publisher.

Novack, D.H., Epstein, R.M., & Paulsen, R.H. (1999). Fostering medical students' self-awareness, personal growth and well-being. *Accademic Medicine*, 74, 516-20.

O'Toole, T.P., Gibbon, J., Harvey, J., & Switzer, G. (2002). Students' attitudes toward indigent patients. *Academic Medicine*, 77, 6, 586.

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, 502-509.

Parizzi, F. (2010). *Le Esperienze di curante/curato: il professionista della salute che narra*. In: Garrino, L. (a cura di). *La medicina narrativa nei luoghi di formazione e cura*. Torino: Centro Scientifico Editore.

Pedersen, R. (2009). Empirical research on empathy in medicine. A critical review. *Patient Education and Counseling*, 76, 3, 307-322.

Pinchera, A. (1994). Nuovo ordinamento didattico: considerazioni per un adattamento della tabella XVIII alla luce dell'esperienza acquisita. *Medicina e Chirurgia,* 9, 309-310.

Preusche, I., & Wagner-Menghin, M. (2012). Rising to the challenge: cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the adapted German version of the

Jefferson Scale of Physician Empathy for Students (JSPE-S). *Advances in Health Sciences Education,* 8, 25.

Quince, T.A., Parker, R.A., Wood, D.F. & Benson J.A. (2011). Stability of empathy among undergraduate medical students: A longitudinal study at one UK medical school. *Medical Education,* 11, 90.

Raffagnino, R. & Occhini, L., (2000). *Il corpo e l'altro. Imparare la comunicazione non verbale.* Milano: Guerini Studio.

Rahimi-Madiseh, M., Tavakol, M., Dennick, R., & Nasiri, J. (2010). Empathy in Iranian medical students: a preliminary psychometric analysis and differences by gender and year of medical school. *Medical Teacher,* 32, 471-478.

Rezzonico, G. & De Marco, I. (2012). *Lavorare con le emozioni nell'approccio costruttivista.* Torino: Bollati Boringhieri.

Rezzonico, G. & Strepparava, M.G. (2004). *Percorsi di nascita del mondo e del sé: i sogni nelle diverse organizzazioni di significato personale*. In Rezzonico, G. & Liccione, D. *Sogni e psicoterapia. L'uso del materiale onirico in psicoterapia cognitiva.* Torino: Bollati Boringhieri.

Ribeiro, M.M., Krupat, E., & Amaral, C.F. (2007). Brazilian medical students' attitudes towards patient-centered care. *Medical Teacher,* 29, 6, 204-208.

Riberio, M. M. F., Krupat, E., & Amaral, C. F. S. (2007). Brazilian medical students' attitudes toward patient-centered care. *Medical Teacher*, 29, 204 -208.

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.

Roter, D., & Hall, J.A. (1992). *Doctors talking with patients/patients talking with doctors*. Connecticut Auburn House: Westport.

Safran, D.G., Taira, D.A., Rogers, V.H., Kosinki, M., Ware, J.E., & Tarlov, A.R. (1998). Linking primary care performance to outcomes of care. *Journal of Family Practice,* 47, 213-220.

Sala, G. (2008). *Medicina e Psicologia tra potere e impotenza*. Milano: Franco Angeli.

Salovey, P. & Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality,* 9, 185-211.

Salovey, P. & Sluyter, D. (1997). *Emotional development and Emotional Intelligence: "educational implications".* New York: Basic Books

Schirmer, J.M., Mauksch, L., Lang, F., Marvel, K., Zoppi, K., Epstein, R.M., Brock, D., & Pryzbylski, M. (2005). Assessing communication competence: a review of current tools. *Family Medicine*, 37, 3, 184-192.

Shanafelt, T.D. (2002). Burnout and self-reported patient care. *Annals of Internal Medicine*. 136, 358-67.

Sherman, J.J., & Cramer, A. (2005). Measurement of changes in empathy during dental school. *Journal of Dental Education*, 69, 3, 338-345.

Shorter, E. (1985). *Beside Manners. The Troubled History of Doctors and Patients.* New York : Simon & Schuster. Trad. it. *La tormentata storia del rapporto medico-paziente*. Milano: Feltrinelli, 1986.

Silverman, J.D., Kurtz, S.M., & Draper, J. (1998). *Skills for Communicating with Patients*. Oxford: Radcliffe Medical Press.

Smith, R.C., Dwamena, F.C., & Fortin, A.H. (2005). Teaching personal awareness. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 201-207.

Smith, R.C., Marshall, D., Lyles, J., & Frankel, R.M. (1999). Teaching self-awareness enhances learning about patient-centred interviewing. *Accademic Medicine*, 74, 1242-1248.

Sommaruga, M., (2005), *Comunicare con il paziente. La consapevolezza nella professione infermieristica.* Roma: Carocci Editore.

Spinsanti, S. (2007). Le Medical Humanities nella formazione medica. *Tutor*, 8, 3, 142-150.

Stewart, M., Brown, J.B, Levenstein, J.H., McCracken, E.C., & McWhinney, I.R. (1986). The patient-centred clinical method. 3. Changes in residents' performance over two months of training. *Family Practice*, 3, 3, 164-167.

Stewart, M., Brown, J.B., & Freeman, T.R. (2003). *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Abingdon: Radcliff Medical Press.

Stewart, M., & Weston, W.W. (1995). *Introduction*. In: Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W.W., MCWhinney, I.R., MCWilliam, C.L., & Freeman, T.R. *Patient Centred Medicine, Transforming the Clinical Method*. London: Sage Pubblications.

Stewart, M.A. (1984). What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Social Science and Medicine*, 2, 167-175.

Stillman, PL., Brown, D.R., Redfield, D.L., & Sabers, D.L. (1977). Construct validation of the Arizona Clinical Interview Rating Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 37, 4, 1031-8.

Strepparava, M.G. (2006). *La conoscenza di sé come strumento di intervento*. In Albanese, O. (a cura di) *Disabilità, integrazione e formazione degli insegnanti. Esperienze e riflessioni*. Bergamo: Edizioni Junior.

Suchman, A.L., Markakis, K., Beckman, H., & Frankel, R. (1997). A Model of Empathic Communication in the Medical Interview. *The Journal of the American Medical Association*, 277, 8, 678-682.

Suchman, A.L., & Matthews, D.A. (1988). What makes the patient-doctor relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care. *Annals of Internal Medicine*, 108, 125-130.

Tagliabue, L., Corrias, D., Moioli; A., Franco, V., Rezzonico, G., & Strepparava, M.G. (2008). Perché diventare medici? Le dimensioni della scelta e il loro andamento in un gruppo di studenti. *La Cura*, 3,2, 44.

Tatarelli, R., De Pisa, E., & Girardi, P. (1998). *Curare con il paziente. Metodologia del rapporto medico-paziente*. Milano: Franco Angeli.

Tavakol, S., Dennick, R., & Tavakol, M. (2011). *Education for Primary Care*, 22, 297-303.

Tommasi, A., Gaddi, A., & Vettore, L. (2001). Il core curriculum degli studi medici. *Quaderni della conferenza permanente dei presidenti dei consigli di corso di laurea in medicina e chirurgia*. 16, 566-573.

Tsimtsiou, Z., Kerasidou, O., Efstathiou, N., Papaharitou, S., Hatzimouratidis, K., & Hatzichristou, D. (2007). Medical students' attitudes toward patient-centered care: a longitudinal survey. *Medical Education*, 41, 146-153.

Van Thiel J., Draan, H.F., & Van Der Vleuten, C.P. (1991). Reliability and feasibility of measuring medical interviewing skills: the revised Maastricht History- taking and Advice Checklist. Medical Education, 25, 3, 224-9.

Vettore, L., & Tenore, A. (2004). Presentazione del core curriculum per le abilità pratiche. *Quaderni della conferenza permanente dei presidenti dei consigli di corso di laurea in medicina e chirurgia*, 16, 955-961.

Vettore, L., (1996). *Guida all'applicazione del nuovo ordinamento didattico*. Ancona: Il Lavoro Editoriale

Virzì, A. (2007). *La relazione medico-paziente. Come riumanizzare il rapporto: un manuale introduttivo*. Milano: Franco Angeli.

Weimer, W.B. (1977). A conceptual framework for cognitive psychology: motor theories of mind. *Psychotherapy: theory, research, practice, training,* 24, 2, 225-232.

Weng, H.C., Chen, H.C., Chen, H.J., Lu, K., & Hung, S.Y. (2008). Doctors' emotional intelligence and the patient–doctor relationship. *Medical Education*, 42, 703-711.

Wilkinson, R., 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, 540-542.

Winefield, H.R., & Chur–Hansen, A., (2000). Evaluating the outcome of communication skill teaching for entry level medical students: does knowledge of empathy increase? *Medical Education*, 34, 90-94.

Yedidia, M.J., Gillespie, C.C., Kachur, E., Schwartz, M.D., & Lipkin, M. (2003). Effect of communications training on medical student performance. *The Journal of the American Medical Association,* 290, 9, 1157-1165.

Zannini, L., (2001). *Salute, malattia e cura. Teoria e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sociosanitari.* Milano: Franco Angeli.

Zannini, L. (2008). *Medical Humanities e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura.* Milano: Raffaello Cortina Editore.

Zimmermann, C., Del Piccolo, L., & Finset, A. (2007). Cues and Concerns by Patients in Medical Consultations: A Literature Review. *Psychological Bulletin*, 133, 438 - 463.

ALLEGATO I
PROTOCOLLO DI RICERCA

COMUNICAZIONE E RELAZIONE MEDICO – PAZIENTE

PROTOCOLLO DI RICERCA

Per informazioni: **corrias.deborah@libero.it**

MULTIMEDIA HEALTH COMMUNICATION LABORATORY
Università degli Studi Milano-Bicocca
Via Pergolesi, 33 - 20052 Monza (MI)
Tel. 0264488174

Il/La sottoscritto/a

_____

AUTORIZZA

il Multimedia Health Communication Laboratory (MHCL), a utilizzare il materiale raccolto in formato cartaceo e/o audio-video per scopi didattici e di ricerca conformemente a quanto previsto dal regolamento per il trattamento dei dati sensibili attualmente in vigore presso l'Università degli Studi Milano Bicocca

Le ricordo che le informazioni che fornirà saranno trattate in modo anonimo e a soli scopi scientifici, nel rispetto della Legge 675 sulla Privacy

Monza, li _____

In fede _____

PPOS
Patient-Practitioner Orientation Scale – Krupart E.

Le affermazioni che seguono si riferiscono alle opinioni che le persone posso avere riguardo i medici, i pazienti e l'assistenza medica. Legga ogni affermazione e metta una croce sulla casella che indica quanto lei concorda o non concorda con ciascuna di esse.

	Disaccordo Totale	**Disaccordo Moderato**	**Disaccordo Lieve**	**Accordo Lieve**	**Accordo Moderato**	**Accordo Totale**
1. È il medico che dovrebbe decidere di cosa parlare durante la visita						
2. Il prezzo da pagare per i progressi della medicina è una scarsa attenzione al paziente come persona						
3. La parte più importante della visita medica è l'esame fisico						
4. Spesso per i pazienti è meglio non ricevere una spiegazione completa della loro condizione medica						
5. I pazienti dovrebbero fidarsi della competenza dei loro medici e non credere di capire da soli qualcosa della loro condizione di malattia						
6. Quando i medici fanno molte domande sulla vita del paziente si impicciano troppo di questioni personali						
7. Se i medici sono davvero bravi nella diagnosi e nella terapia il modo in cui si comportano con il paziente non è importante						
8. Molti pazienti continuano a fare domande anche se non hanno altre informazioni da ricevere						
9. I pazienti dovrebbero essere trattati come se fossero alleati dei medici, eguali come prestigio e condizione sociale						

10.In generale i pazienti vogliono rassicurazione piuttosto che informazioni sulla loro salute						
11. Se la sincerità ed il calore umano sono i principali strumenti del medico egli non avrà un gran successo						
12. Quando i pazienti non sono d'accordo con il loro medico questo è un segno che egli non si è guadagnato la loro stima ed il loro rispetto						
13. Un programma di cura non può avere successo se entra in conflitto con lo stile di vita e i valori del paziente						
14. Molti pazienti vogliono entrare e uscire dallo studio medico il più in fretta possibile						
15. Il paziente deve essere sempre consapevole che le decisioni sulla cura spettano solo al medico						
16. Non è importante conoscere la storia e la cultura del paziente per curare la sua malattia						
17. L'ironia è un ingrediente importante nella cura del paziente						
18. Quando il paziente cerca informazioni mediche per conto suo questo crea confusione più che soluzioni						

QUESTIONARIO SUL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

Jefferson Scale Physician Empathy - Hojat M.

Istruzioni: Leggendo ognuna delle 20 affermazioni sotto riportate indichi per ognuna il suo grado di accordo facendo una crocetta su una delle caselle della scala che trova accanto ad ogni domanda. La preghiamo inoltre di fornirci alcune informazioni aggiuntive riportandole nel riquadro che trova alla fine del questionario

	Max disaccordo						Max accordo
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 e' 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 e' 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

Perché hai scelto di fare medicina?

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE

ALLEGATO II

CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE PER LE CATEGORIE "MOTIVAZIONI AL FARE MEDICINA"

Vocazione: la dimensione da rilevare è la presenza di una forte e radicata spinta a fare medicina da molto tempo, senza una ragione specifica. Come se la cosa andasse al di là della possibilità di scegliere. Sorta di vocazione, chiamata, destino. Rientra anche l'idea che sia un sogno.

Aspetti relazionali e di aiuto: comprende le frasi relative agli aspetti umani e di contatto con la gente insiti nella professione medica. La dimensione fondamentale è quella del contatto *generale* con altre persone.

Medici come figure di riferimento: compaiono in alcune risposte figure mediche incontrate nel passato, possono essere genitori, zii, parenti di vario grado,amici o medici incontrati nella propria vita prima di iscriversi alla facoltà. La dimensione da rilevare è la presenza di una figura (anche per differenziare dalle categorie successive in cui la dimensione da rilevare è una passata esperienza di malattia)

Esperienze passate di malattia propria o altrui piacevoli\spiacevoli: frasi che rimandano a malattia proprie o di persone vicine e non, nel passato gestite poi in modo positivo o negativo. Potrebbe includere in questo caso la presenza di un medico-figura di riferimento. In questo caso si segna come presente sia la dimensione della figura di riferimento che quella di malattia. La differenza con la precedente categorie è che qui l'accento è sulla malattia e sull'esperienza di malattia avuta e risolta o non risolta.

Sfida: la dimensione rilevante è l'idea che iscriversi a medicina rappresenti una sfida (con se stessa, o altri) e/o una rivalsa (verso se stessa, o altri) in cui si cerca di dimostrare qualcosa a qualcuno. Si accompagna all'idea di farcela, dimostrare che, nonostante tutto.

Medicina come scienza: rilevata la dimensione scientifica della medicina, il funzionamento del corpo umano, l'ambito scientifico/sanitario. Può rientrare qui anche l'interesse per la ricerca, di scoprire nuove cure, nuove malattie. Scoperta.

Potere, prestigio, status: tutte le caratteristiche accessorie solitamente legate al ruolo sociale del medico, alla morale o al riconoscimento del prestigio derivante dall'essere medico.

Benessere / realizzazione personale : il soggetto dichiara di aver scelto tale facoltà per la sensazione di realizzazione che proverebbe svolgendo la professione medica, rientra anche il concetto di passione. Rispetto alla categoria "vocazione", vi è perlomeno un tentativo di spiegazione della scelta.

Dovere/Responsabilità: è presente un alto senso morale. Il soggetto sente di dover mettere le proprie competenze e qualità, al servizio dell'umanità. Rientrano anche i concetti di dovere, responsabilità, sacrificio, dono.