

La formazione relazionale del medico di medicina generale

L'esperienza dell'Ospedale San Carlo Borromeo di Milano

Pietro Vigorelli

1. Premessa

A partire dalla prima revisione della tabella XVIII che riguarda gli insegnamenti del Corso di laurea in Medicina e Chirurgia (1), è iniziata una riflessione sugli strumenti più idonei per formare gli studenti di Medicina "a realizzare una comunicazione adeguata con il paziente". Già nel 1987 abbiamo cercato di dare un contributo a questo dibattito indicando gli obiettivi di questa formazione, obiettivi che devono essere individuati partendo da un'analisi delle funzioni del medico nelle diverse "aree" in cui si esplica la sua attività, quella della malattia, del disagio e della salute (2). Negli anni successivi molto è stato fatto nell'ambito della formazione pre-laurea del medico e un esperimento molto interessante è attualmente in corso, per esempio, presso l'Università degli Studi di Milano che ha avviato un corso integrato di 100 ore su "Comunicazione e relazione in medicina" che copre cinque semestri, dal 2° al 5° anno (3). Nell'ambito invece della formazione post-laurea fino a pochi anni fa mancava un ambito specifico in cui inserire, in modo strutturato, un corso di formazione al riguardo. Tale opportunità si è presentata con l'istituzione dei Corsi biennali di formazione specifica in medicina generale che sono stati avviati in tutte le Regioni a partire dal 1994 (4). Come coordinatore delle attività pratiche di tale Corso per l'Area didattica Ospedale San Carlo Borromeo di Milano mi sono trovato coinvolto nell'organizzare l'itinerario formativo post-laurea dei medici corsisti nell'ambito di quanto previsto a livello nazionale e regionale (5,6). Si è così venuto configurando un programma che inizialmente era costituito di pochi seminari incentrati sul rapporto medico-paziente e che ora, essendo il Corso alla sua quarta edizione, è costituito da un pacchetto formativo unitario che copre l'intero biennio.

2. Il ciclo di seminari (corso)

L'intero pacchetto formativo, che chiameremo per brevità "corso", è costituito da un ciclo di 21 seminari su "Comunicazione e relazione in medicina generale". Ogni seminario dura quattro ore, per un totale di 84 ore (v. Tabella I).

Il corso nasce dal presupposto che una buona pratica medica richiede oltre alle competenze scientifico-biologiche anche delle competenze relazionali e che queste ultime possono essere acquisite e migliorate mediante idonei strumenti formativi.

Scopo del corso consiste nel migliorare le capacità relazionali utili alla pratica professionale della medicina generale.

I seminari si svolgono nell'arco dell'intero biennio permettendo ai medici tirocinanti di partecipare a un percorso formativo unitario che permette loro livelli di coinvolgimento personale via via crescente, a seconda delle diverse fasi del corso e delle scelte di ciascun partecipante, tenendo conto che la frequenza è obbligatoria per gli iscritti.

I seminari sono interattivi e focalizzano via via aspetti diversi della relazione medico-paziente, partendo dalla riflessione sulle esperienze concrete di relazione che il medico in formazione fa durante il tirocinio.

Trattandosi di una didattica in piccolo gruppo il numero dei partecipanti è bene che sia

compreso tra dieci e quindici. Nell'esperienza concreta dei quattro bienni il numero dei tirocinanti è andato da un massimo di 22 nelle prime edizioni (numero in verità un po' eccessivo) ai dieci dell'edizione in corso (anche per le prossime edizioni è previsto un numero di 10-12 in quanto l'iscrizione al corso biennale avviene ora ogni anno e non, come all'inizio, ogni due anni).

Per permettere ai tirocinanti di accumulare un minimo di esperienza diretta su cui poi lavorare in gruppo, nel primo semestre sono previsti solo tre seminari "di riscaldamento", in cui il conduttore ha un ruolo più attivo, mentre nei semestri successivi è previsto un seminario mensile e sono i tirocinanti stessi che partecipano sempre più attivamente. I seminari del 2°, 3° e 4° semestre sono strutturati in due parti separate da un intervallo. La prima parte è costituita dal "gruppo di miglioramento basato sull'esperienza" (v. oltre), la seconda parte utilizza strumenti formativi diversi che vanno dalla discussione guidata sull'Alleanza terapeutica ai gruppi di discussione su temi concordati con i tirocinanti, ad esercizi centrati sul corpo (v. oltre).

Tabella I - Programma

Primo semestre

Tre seminari introduttivi (di quattro ore):

- presentazione del Corso e dei partecipanti
- la comunicazione medico-paziente

Secondo semestre

Sei seminari mensili (di quattro ore) costituiti ciascuno di due parti:

- prima parte (due ore) : gruppo di miglioramento basato sull'esperienza
- seconda parte (due ore) : lezione e discussione guidata sull'Alleanza terapeutica; gruppo di discussione su temi prefissati

Terzo semestre

Sei seminari mensili (di quattro ore) costituiti ciascuno di due parti:

- prima parte (due ore) : gruppo di miglioramento basato sull'esperienza
- seconda parte (due ore) : gruppo di discussione su temi prefissati

Quarto semestre

Sei seminari mensili (di quattro ore) costituiti ciascuno di due parti:

- prima parte (due ore) : gruppo di miglioramento basato sull'esperienza
- seconda parte (due ore) : esercizi centrati sul corpo

Durante il seminario conclusivo viene effettuata una valutazione del Corso

3. Gli strumenti formativi

Gli strumenti formativi impiegati sono tutti interattivi e utilizzano il piccolo gruppo:

- seminari introduttivi sulla comunicazione
- gruppo di miglioramento basato sull'esperienza
- discussione guidata sull'Alleanza terapeutica

- gruppo di discussione su temi prefissati
- esercizi centrati sul corpo

3.1. Seminari introduttivi sulla comunicazione

Dopo la presentazione del corso e dei partecipanti, i primi seminari forniscono alcuni stimoli che verranno poi ripresi durante l'intero biennio (come iniziare la visita? come mettersi in empatia col paziente? come informare?...) Sono seminari condotti in modo abbastanza direttivo, che prendono spunto dal metodo di Keller e Carroll (8,9) e servono anche per cominciare a costituire un clima di affiatamento, di fiducia e di partecipazione che impronterà poi l'intero corso.

3.2. Gruppo di miglioramento basato sull'esperienza

Il gruppo di miglioramento basato sull'esperienza è condotto con una tecnica originale che ha le sue radici nei Gruppi Balint (10), ma che si è poi modificata in modo sostanziale utilizzando i contributi di M. Sapir (11), di G. Lai (12) e, più recentemente, di V.F.Keller e J.G.Carroll (8). Si tratta di un gruppo ben definito (13,14), strutturato, di miglioramento, autoformativo, eterocentrato, basato sull'esperienza. Il gruppo si svolge con i partecipanti seduti in cerchio, lo svolgimento è diviso in due parti e una conclusione.

All'inizio uno dei presenti racconta in modo dettagliato l'incontro con un paziente che gli è risultato insoddisfacente, poi il gruppo cerca di individuare il momento "critico", quel momento cioè in cui la situazione ha cominciato ad andare male, a diventare insoddisfacente. A questo punto i partecipanti formulano delle proposte di comportamenti alternativi così come nascono dal loro modo di essere e dalla loro esperienza. Nella seconda parte della riunione si svolge il gioco dei ruoli in cui i partecipanti rappresentano la situazione già descritta utilizzando di volta in volta una delle proposte emerse. Nella fase conclusiva i partecipanti che hanno avuto modo di constatare come non esista un'unica soluzione che vada bene per tutti e in tutte le situazioni sono invitati a scegliere la soluzione che hanno trovato più soddisfacente e che vorrebbero provare ad applicare in futuro.

3.3. Discussione guidata sull'Alleanza terapeutica

L'Alleanza terapeutica (7) viene individuata come quel particolare aspetto del rapporto medico-paziente che permette a entrambi di collaborare al miglioramento o al mantenimento dello stato di salute del paziente. La discussione guidata parte dal contratto tra medico e paziente e prosegue analizzando prima le caratteristiche delle varie situazioni in cui il rapporto si colloca, poi il ruolo del paziente e quello del medico nel favorire l'instaurarsi dell'alleanza.

3.4. Gruppo di discussione

I temi di discussione vengono concordati con i tirocinanti tra quelli proposti dal conduttore e da loro stessi (per un elenco esemplificativo v. Tabella II). Le discussioni non sono mai teoriche, ma sono mantenute il più possibile aderenti all'esperienza concreta dei partecipanti.

Tabella II – Temi di discussione

- Diversi tipi di relazione medico-paziente
 - Le aree di intervento del medico (malattia, disagio, salute)
 - L'approccio col paziente alcolista
 - La relazione col paziente cronico
 - La comunicazione di cattive notizie
 - L'assistenza durante gli ultimi giorni
 - Il flash in medicina generale
 - L'approccio col paziente psicosomatico
-

3.5. Esercizi centrati sul corpo

Durante il quarto semestre, quando il gruppo è già abituato a un lavoro basato sulla fiducia reciproca e la collaborazione, viene proposta un'ulteriore esperienza formativa che coinvolge non solo il livello intellettuale ed emozionale, ma anche quello corporeo.

Il motivo di tale proposta nasce da alcune considerazioni:

- il paziente si rivolge al medico per lo più per disturbi che riguardano il proprio corpo
- il medico quando visita il paziente si coinvolge anche col proprio corpo
- una formazione specifica per il medico deve necessariamente prendere in considerazione il corpo, quello del paziente e quello del medico (15).

Il problema riguarda la scelta di uno strumento formativo adeguato. A tale scopo abbiamo messo a punto uno strumento specifico per il corso di formazione ispirandoci al Training autogeno di J.H.Schultz (16) e al Rilassamento a induzioni multiple di M.Sapir (17).

Gli esercizi proposti vengono fatti in posizione sdraiata e vertono sulla percezione del corpo disteso, sulla respirazione, su peso e calore, sulla verifica del tono muscolare. Ad ogni incontro uno o due partecipanti restano seduti con funzione di osservatore e partecipano attivamente solo nella fase conclusiva dell'incontro, quando ciascuno è invitato a raccontare quello che ha percepito durante l'esecuzione degli esercizi.

Mediante questi esercizi il corpo, che spesso viene dimenticato o solo raccontato nei corsi di formazione per i medici, riacquista il suo ruolo di vero protagonista dell'attività medica.

4. Valutazione del corso

Il ciclo di seminari che è stato qui presentato è inserito, a titolo sperimentale, nell'ambito delle attività seminariali del Corso biennale di formazione specifica in medicina generale – Area didattica Ospedale San Carlo Borromeo di Milano. Non è prevista una prova formale di verifica circa la formazione acquisita. Il problema comunque si pone e pensiamo di affrontarlo al termine del biennio 2000/01 – 2001/02 mediante una relazione scritta in cui il tirocinante descriva come ha affrontato una situazione relazionale difficile. Dovrà poi essere studiata una griglia di analisi degli elaborati per valutare il livello formativo raggiunto.

Al termine del precedente biennio abbiamo invece chiesto ai nove tirocinanti una valutazione del corso e un'autovalutazione del risultato formativo, mediante la

compilazione di un questionario (v. Tabella III); una tirocinante, coautrice del presente articolo, ha scritto un'autovalutazione più estesa che viene riportata integralmente nel paragrafo seguente.

Tabella III – Questionario di valutazione

(ogni crocetta indica la risposta di un tirocinante)

Ti chiedo ora di fare alcune valutazioni sul percorso formativo che si è concluso, con l'augurio che si sia innescato un processo di autoformazione continua che possa proseguire nel tempo.

1) *Seminari introduttivi sulla comunicazione medico-paziente*

Il tempo dedicato ai seminari introduttivi è stato

- Insufficiente
- Adeguato xxxxxxxx
- Eccessivo

2) *Gruppo di miglioramento basato sull'esperienza*

Il numero dei seminari dedicati alla discussione dei casi presentati dai tirocinanti è stato

- Insufficiente
- Adeguato xxxxxxxx
- Eccessivo x

3) *Discussione guidata sull'alleanza terapeutica*

Il numero dei seminari dedicati alla presentazione dell'alleanza terapeutica e relativa discussione è stato

- Insufficiente x
- Adeguato xxxxxxx
- Eccessivo x

4) *Esercizi centrati sul corpo*

Il numero dei seminari è stato

- Insufficiente xxxxxx
- Adeguato xxx
- Eccessivo

5) *Le quattro esperienze proposte comportano diversi gradi di partecipazione.*

In quale esperienza ti sei sentito più coinvolto?

- seminari introduttivi sulla comunicazione
- gruppo di miglioramento basato sull'esperienza xxxx
- discussione guidata sull'alleanza terapeutica xx
- esercizi centrati sul corpo xx

un tirocinante ha risposto: tutte

6) *In qualche caso ti sei sentito costretto a un coinvolgimento personale eccessivo?*

- Sì x
- No xxxxxxxx

7) *Se hai risposto sì, quando è successo?*

- all'inizio dei seminari centrati sul corpo, poi sono stato soddisfatto
- In ciascuna delle quattro esperienze il grado di interazione col docente e con gli altri tirocinanti è stato diverso a seconda dell'esperienza proposta.
- Prendendo in considerazione i seminari nel loro complesso

8) *Il grado di interazione col docente è stato*

- Insufficiente
- Sufficiente x
- Molto utile xxxxxxxx

9) *Il grado di interazione con gli altri tirocinanti è stato*

- Insufficiente
- Sufficiente
- Molto utile xxxxxxxxx

10) *L'insieme dei seminari sul rapporto medico-paziente si propone un duplice scopo:*

- fornire delle informazioni (imparare delle nozioni)
- dare un'occasione formativa (ottenere un cambiamento di sé, piccolo ma significativo, attraverso un'esperienza)

11) *Ritieni che le informazioni che hai ricevuto sono*

- Del tutto inutili
- Utili xxx
- Molto utili xxxxxx

12) *Ritieni di avere ottenuto qualche risultato formativo, cioè di avere cambiato qualcosa nel tuo modo di relazionarti con i pazienti?*

- Sì xxxxxxxxxx
- No

13) *Se hai risposto sì, cerca di descrivere in che cosa è cambiato il tuo modo di relazionarti con i pazienti*

...sono meno aggressiva, ...cerco di migliorare il mio rapporto con i pazienti, ...sono più attenta, mi metto in critica, ...ascolto di più, ...cerco di farmi capire, ...sto più attento all'aspetto comunicativo, ...sono meno dispersiva.

14) *Riflettendo sul tuo modo attuale di relazionarti con i pazienti prova a individuare un aspetto nel quale ti trovi ancora insoddisfatto e nel quale vorresti ottenere dei miglioramenti*

...vorrei migliorare in generale, ...mi lascio condizionare dai pazienti aggressivi, sono troppo buona con i deboli, ...sono intollerante con gli extracomunitari, ...mi arrabbio quando il paziente non segue i miei consigli, ...ho imparato a riflettere sul rapporto medico-paziente, ...ho difficoltà a gestire la distanza col paziente, ...vorrei migliorare la relazione col paziente fumatore e col paziente alcolista, ...mi lascio coinvolgere troppo, devo imparare ad "allontanarmi" dal paziente.

Grazie per avermi fatto conoscere la tua opinione. Mi sarà utile per l'organizzazione dei prossimi seminari.

Firma (facoltativa)..... Data.....

Dall'analisi delle risposte al Questionario di valutazione emerge la percezione di un corso ben equilibrato nell'utilizzazione dei diversi strumenti formativi. Essi hanno permesso un ottimo livello d'interazione col docente e tra i medici tirocinanti. Interessanti sono state le risposte alla domanda 5), che sono risultate molto disperse. Questo dato sembra indicare che il grado di coinvolgimento personale nelle diverse esperienze formative non dipende tanto dal tipo di esperienza proposta, quanto dall'impatto dell'esperienza stessa sul singolo tirocinante. Le risposte alle domande 12) e 13) sono state molto dettagliate e indicano che quel cambiamento piccolo ma significativo che M. Balint (7) ritiene utile per migliorare la capacità relazionale del medico è stato in effetti percepito dai tirocinanti in formazione.

4.1 L'autovalutazione di una tirocinante

Mi sono iscritta alla facoltà di medicina e ho deciso di fare il medico perché la ritengo una professione meravigliosa per quanto riguarda la comunicazione fra esseri umani. Purtroppo mi sono presto resa conto che non tutti i medici avevano una visione così ampia del rapporto medico-paziente. Troppo spesso nei reparti ospedalieri i malati vengono considerati numeri, letti, cartelle o casi clinici e troppo spesso ho sentito i medici parlare del loro paziente come di un caso di cui non conoscevano neppure il nome! Purtroppo questo atteggiamento non si verifica solo negli ospedali, ma anche negli ambulatori in cui sono stata io stessa paziente e ho percepito lo stesso disagio emotivo che percepiscono tanti altri pazienti.

Probabilmente è per questo motivo che da quando frequento l'ospedale ho sentito crescere in me la necessità di approfondire l'aspetto relazionale con i pazienti e di portarmi in una posizione di collaborazione produttiva con loro. Durante i miei studi universitari si è dato pochissimo spazio alle problematiche relative al rapporto medico-paziente in tutte le sue sfaccettature, da come porsi alla prima visita, alla comunicazione di una notizia sfavorevole, alla gestione del difficile rapporto paziente-parenti-medico. Ho notato che i medici più anziani si barcamenano più o meno bene a seconda del loro carattere, disposizione d'animo, esperienza, senza però avere alcuna formazione al riguardo.

Durante il Corso di formazione per medici di base finalmente la mia esigenza di approfondire queste tematiche, peraltro condivisa dagli altri tirocinanti, ha avuto un approccio sistematico e strutturato in un ciclo di seminari sulla comunicazione e la relazione medico-paziente.

Il ciclo di seminari è iniziato con una parte teorica sulla comunicazione in cui abbiamo approfondito le tecniche per migliorare la comunicazione, per mettersi in contatto con i pazienti, per favorire e utilizzare l'empatia, per informare i pazienti sulle loro condizioni di salute, per creare e mantenere l'alleanza terapeutica. Questi aspetti teorici sono stati esplorati secondo il presupposto che ci sono due voci nella relazione medico-paziente, imparando a utilizzare gli aspetti emozionali di entrambe, quella del medico e quella del paziente.

Siamo poi passati ad un aspetto più pratico utilizzando l'esperienza del gruppo dei medici tirocinanti che espongono le situazioni cliniche in cui si erano trovati e che erano state vissute sia dal medico che dal paziente come insoddisfacenti. Dopo uno spazio lasciato alle domande per chiarire la situazione, si cercava di analizzare come poter trasformare una situazione sfavorevole e insoddisfacente in un momento utile al medico e al paziente. Si passava poi al gioco dei ruoli in cui due volontari rappresentavano la situazione descritta in precedenza.

La parte conclusiva del ciclo di seminari si è avvalsa di un nuovo approccio per i medici: gli esercizi centrati sul corpo. Dopo una parte iniziale teorica sull'importanza della parte corporea nel rapporto medico-paziente analizzata nei suoi vari aspetti, si eseguivano degli

esercizi di rilassamento corporeo e di presa coscienza del proprio corpo come strumento esistente e importante nella relazione con il paziente.

Penso che queste esperienze mi abbiano giovato molto per la pratica clinica, in primo luogo perché mi hanno fatto riflettere su aspetti importanti e trascurati della professione medica, in secondo luogo perché nella mia pratica clinica adesso sono più portata ad utilizzare nuovi strumenti per migliorare il rapporto, la comprensione e l'adesione terapeutica dei pazienti.

Inoltre sono più sensibile agli aspetti emozionali e personali portati dal paziente e dai suoi familiari durante il colloquio, potendoli utilizzare a suo favore in fase di diagnosi e di terapia.

Penso inoltre che queste esperienze vissute in gruppo, oltre al valore didattico-culturale espresso, abbiano avuto il merito di unire e cementare un gruppo di futuri colleghi, anche perché hanno fatto emergere oltre alle qualità professionali di ognuno di noi, gli aspetti emozionali e personali che ci hanno permesso di conoscerci meglio e di apprezzarci. Un elemento importante è stato che il ciclo di seminari si sia svolto durante l'intera durata del Corso.

Ritengo che un ciclo di seminari come quello cui ho partecipato sarebbe necessario per ogni medico ed operatore sanitario e penso anche che dovrebbe far parte del bagaglio culturale di ogni professionista il cui lavoro presupponga una relazione con altre persone.

Bibliografia e note

- (1) v. DPR 28.2.1986.
- (2) Vigorelli P.: Funzioni del medico di base e formazione universitaria. PSS 1987; 21-22:11-13.
- (3) Vegni E., Zannini L., Moja E.A., Coggi G.: L'Ospedale maggiore 2000; 3: 306-310.
- (4) Tali Corsi sono stati istituiti con D.L. 8 agosto 1991 n. 256, che ha dato attuazione alla direttiva CEE n. 86/457 del 15 settembre 1986.
- (5) Vigorelli P.: La formazione specifica in medicina generale. La didattica tutoriale in ospedale. La ca' granda 1994;3-4:47-48.
- (6) Vigorelli P.: La medicina generale. Con il D.M. 9.10.1993 anche in Italia è nata una disciplina autonoma con una formazione specifica. PSS 1995; 1:17-18.
- (7) Vigorelli P., Vigorelli L. (presentazione di Cazzullo C.L.): Alleanza terapeutica tra medico e paziente. 1985 Ghedini editore, Milano.
- (8) Keller V.F. e Carroll J.G.: A new model for physician-patient communication. Pat Educ and Counsel 1994; 23: 131-194.
- (9) Vannotti M: Medici e comunicazione. Un seminario per migliorare le tecniche. PSS 1996;1:5-8.
- (10) Balint M.: Medico, paziente e malattia. 1961 Feltrinelli, Milano.
- (11) Sapir M.: La formazione psicologica del medico. 1972 Etas Libri, Milano.
- (12) Lai G.: Gruppi di apprendimento. 1973 Boringhieri, Torino.
- (13) Vigorelli P.: I gruppi di miglioramento basati sull'esperienza. La ca' granda 1999; 3:6-7.
- (14) Vigorelli P.: Riunioni di gruppo e gruppi di formazione in ospedale. PSS 1999; 13: 11-14.
- (15) Sapir M.: Soignant-soigné: le corps à corps. 1980 Payot, Paris.
- (16) Schultz J.H.: Il training autogeno. I - Esercizi inferiori. 1968 Feltrinelli editore, Milano.
- (17) Sapir M. et al.: La relaxation: son approche psychanalytique. 1975 Dunod, Paris.