

## FORMARE E RI-FORMARE IN AMBITO MEDICO

**Paola Binetti**

Direttore del dipartimento per al Ricerca educativa e didattica  
Università Campus Bio medico di Roma

Il rapporto tra formazione clinica, formazione tecnico-scientifica e formazione umanistica è di fatto uno dei nodi cruciali nel campo della *Medical Education*, perché da un lato ne costituisce il costruito epistemico e relazionale, ma dall'altro rappresenta il vero *core competence* dell'attività professionale. La competenza professionale in tutte le attività che hanno come punto di riferimento la relazione di cura non può mai essere declinata esclusivamente in ottica scientifica: il sapere, ma deve mantenere sempre viva la dinamica relazionale che presuppone la conoscenza della persona, delle sue esigenze e della sua stessa filosofia di vita. C'è una dimensione esistenziale sottesa alla gestione della propria salute che risponde ad obiettivi del tipo: che senso ha vivere, perché debbo vivere in questo modo, che rapporto ha la mia vita con quella degli altri... quanto vale una vita, quanto vale la mia vita... Da quando la medicina con l'aiuto di scienze avanzate, anche al di fuori dello stretto orizzonte sanitario, come l'economia, l'ecologia, la sociologia, l'organizzazione del lavoro, ha praticamente raddoppiato il tempo di vita media di una persona, l'uomo si trova davanti a problemi di salute del tutto nuovi. Non sono più le malattie in senso stretto a preoccuparlo, ma le condizioni di benessere, la possibilità di poter prolungare la sua vita mantenendo però una forma fisica il più perfetta possibile. Al medico si chiede non solo la cura della malattia, ma la garanzia della salute<sup>1</sup>. E la medicina da quando ha conquistato posizioni tecnologicamente così avanzate da poter supportare alcune funzioni vitali, come la nutrizione e l'idratazione, la circolazione cardio-vascolare, la respirazione si trova a dover rispondere ad interrogativi inquietanti del tipo: fino a quando, come .. perché... A questa nuova realtà va formato il professionista della salute: medico o infermiere, fisioterapista o dietista, tecnico di laboratorio o tecnico di tante altre aree come l'ortopedia, l'audiopresi, ecc.ma anche l'esperto di economia sanitaria, l'ingegnere biomedico<sup>2</sup>...

Ciò nonostante è tutt'altro che facile e scontato integrare adeguatamente tutti questi aspetti della formazione, sia sotto il profilo culturale che sotto quello didattico-metodologico. Non solo perché prevale ancora in molti docenti una visione parziale della propria area disciplinare, che privilegiando la dimensione specialistica lascia nell'ombra quella generalistica, ma anche perché si è persa la consapevolezza che il sapere che fonda la formazione -ogni vera formazione- deve essere un sapere di sintesi umana e culturale, teorica e pratica, scientifica ed umanistica, pratica e speculativa. Ripensare la formazione significa quindi ripensarne gli obiettivi, le strategie, i modelli e i criteri di valutazione, uscendo da ogni possibile autoreferenzialità per guardare ai destinatari della formazione sia come soggetti che fanno formazione e che ricevono formazione, sia come soggetti altri a cui questa formazione si riferisce<sup>3</sup>.

Medico e paziente mostrano spesso i segni di una nostalgia per quel tempo in cui la scienza medica si presentava ad entrambi in un'ottica sapienziale, capace di tradurre i suoi concetti generali in azioni concretamente riferite alla alterità. Alla soggettività del medico corrispondeva la soggettività del paziente, per cui entrambi erano impegnati in un processo di reciproco disvelamento, da cui emergevano i vissuti della fiducia, dell'apertura, della relazione di cura. Ma nello stesso tempo all'oggettività del medico corrispondeva l'oggettività del paziente, che gli consentiva uno sguardo penetrante nella sua sofferenza e nel suo disagio psico-fisico, non per sezionarne i meccanismi del suo funzionamento segreto, ma per riparare le ferite, per completarne

<sup>1</sup> Binetti P, De Marinis MG, *La prospettiva pedagogica nella formazione medica*, SEU, Roma, 2002

<sup>2</sup> Jaeger RM, et al., Setting performance standards for performance assessment: some foundational issues, current practice, and technical dilemmas, in *Technical Issues in Large-Scale Performance Assessment*, NCES 96-802 (US Department of Education, Office of Educational Research and Improvement), 1996

<sup>3</sup> Binetti P, Vettore L, *Educazione medica, un traguardo ancora da conquistare*, *Medic*, 11, 1-2:68-76, 2003

gli aspetti deficitari. Un sapere riparativo, assai più che speculativo, ma pur sempre una scienza dei fini oltre che dei mezzi: il sapere perché curare non è meno importante del sapere come curare. Scienza e sensibilità, il linguaggio razionale e le dinamiche relazionali si imponevano all'attenzione di entrambi con tutta la loro complessità e reclamavano un lungo periodo di reciproco adattamento. E questo era il luogo privilegiato della formazione che si acquisiva sul campo: accanto al maestro e accanto al malato, ma che si rielaborava e si interiorizzava nel lungo itinerario di uno studio personale, in cui ognuno andava strutturando i propri modelli professionali<sup>4</sup>.

Non a caso il processo di rinnovamento della facoltà di medicina passa attraverso le scienze umane, che devono rappresentarne un costante punto di riferimento, perché l'umanizzazione della medicina -meta ambita da medici e malati- non è pensabile al di fuori di questo approccio, vecchio e nuovo nello stesso tempo. Comprendere il significato delle scienze umane nella formazione medica significa anche interrogarsi sul paradosso di come sia stato possibile giungere alla loro obsolescenza dopo oltre venti secoli di forte tradizione umanistica. Fino a pochi decenni fa il medico era prima di tutto un *doctor philosophiae* e successivamente un esperto di scienze cliniche. Il rapidissimo progresso delle scienze biologiche di questi ultimi decenni ha spostato il baricentro della formazione nella direzione delle scienze sperimentali, facendo delle scienze umanistiche un corollario. Recuperare il senso della tradizione, senza peraltro perdere il valore delle nuove conquiste scientifiche, richiede uno sforzo di sintesi coraggioso, non facile, ma irrinunciabile. Lo richiedono i malati alla ricerca di una qualità relazionale forte, lo richiedono gli studenti impossibilitati a sincronizzare la loro capacità di apprendimento con la velocità delle scoperte tecnico-scientifiche; lo richiedono tutti coloro che sono impegnati nel campo dell'educazione medica. Occorre lavorare alla revisione dei modelli in medicina, intesi come modelli concettuali, senza cedere alla tentazione di scivolare in mere alchimie di crediti o in approcci pragmatici alla gestione di tecnologie didattiche, che hanno solo un valore strumentale, rispetto alla crucialità del quesito: Cosa sia la medicina oggi e di quale medicina abbia bisogno il malato, la sua famiglia e tutta la società<sup>5</sup>. Le scienze umane in un certo senso recuperano la dimensione soggettiva del conoscere, con tutta la ricchezza delle sfumature proprie della vita emotiva, considerandola come un valore aggiunto rispetto all'approccio distaccato di un sapere oggettivo, facilmente quantificabile, ma non sempre in grado di raggiungere la sfera dei significati. Solo nella vasta area delle scienze umane oggettività e soggettività del conoscere possono convivere generando sinergie preziose sia sul piano descrittivo che interpretativo<sup>6</sup>.

Per questo si richiama l'attenzione degli organismi istituzionali competenti a dotare le facoltà di Medicina di un Centro di Educazione Medica che rappresenti un pensatoio epistemico forte, in cui si elabori una sorta di coscienza critica della formazione medica, capace di filtrare le continue novità della scienza e della tecnica, per impreziosirle di valore umanistico. Emerge sempre più chiaramente la necessità di un approccio multi-dimensionale, in cui semplicità e complessità si integrino, prendendo reciprocamente coscienza dei propri limiti, dal momento che non è facile cogliere l'essenza di un oggetto, l'identità di un uomo, prescindendo dalle relazioni che lo legano agli altri e al suo contesto.

Appartengono al dibattito sulle scienze umane due approcci complementari che ne rivelano l'intrinseca complessità: quello di tipo logico-epistemico in cui l'attenzione è tutta centrata sui modi delle conoscenze, sulle possibilità di controllare l'errore di tipo logico, attraverso il rigore del ragionamento ipotetico-deduttivo, e quello di tipo etico-relazionale, in cui l'attenzione si centra sulla relazione di aiuto e sulle motivazioni che presidiano il senso di responsabilità del medico e ne connotano la specifica dignità professionale. Il problema del vero e il problema del bene sono da sempre i binari lungo cui scorrono le scienze propriamente umane, sia che affrontino questi temi in chiave filosofica, sia che accettino la narrazione letteraria come scenario in cui più e meglio appare l'uomo con le sue contraddizioni, con le sue sofferenze e con le sue ambizioni, più o meno nobili<sup>7</sup>.

<sup>4</sup> Cavicchi I, La medicina della scelta, Torino, Bollati-Boringhieri, 2000

<sup>5</sup> Jenkins G, Collaborative care in the United Kingdom, Prim Care, 26:411-422, 1999

<sup>6</sup> Mc Intere A, Dopo la virtù, Feltrinelli, Milano, 1988

<sup>7</sup> Gadamer HG, Dove si nasconde la salute, Raffaello Cortina, Milano, 1994

Va così maturando una nuova concezione anche nell'ambito della formazione medica, più aperta, capace di individuare nessi significativi nel vissuto che la persona ha di sé stessa, della sua malattia e delle sue dinamiche relazionali, proprio mentre è malata. E nascono anche le diverse proposte di chi privilegia l'inserimento delle scienze di tipo filosofico o quelle di tipo letterario, senza mai escludere le une a vantaggio delle altre, per non perdere di vista il paradigma stesso delle scienze umane.

Una buona base di partenza per la definizione degli obiettivi specifici di un corso di laurea in medicina può venire dalla definizione del modello medico, a cui ci si vuole ispirare, dal momento che il meta-paradigma della scienza medica si costruisce su alcuni concetti chiave, presenti nelle diverse scuole di pensiero. Sono i concetti di persona, di ambiente, di salute e di relazione di cura, che pur avendo una specifica ottica antropologica, etica, biologica e clinica, affondano le loro radici nelle scienze umane. Il meta-paradigma della medicina rappresenta il costrutto essenziale di un corso di Scienze umane e va adeguatamente approfondito per facilitare la comprensione e l'assimilazione dell'intero quadro teorico che supporta scienza e tecnica, storia e filosofia, clinica ed epidemiologia, ma anche sociologia e psicologia, arte e letteratura, quando ognuna di queste scienze si sente interpellata a fornire risposte sull'uomo e soprattutto sull'uomo malato<sup>8</sup>.

Questo atteggiamento di profondo *insight*, caratteristico di tutte le attività formative centrate sulla relazione, aiuta lo studente a porsi in modo assertivo e può essere appreso solo in un contesto formativo permeato di valori umani, a cui gli studenti sono stati sensibilizzati negli anni del liceo anche attraverso la letteratura, soprattutto la letteratura classica, vero e proprio sapere nodale degli studi liceali. La letteratura infatti, raccontando le molteplici forme della malattia, racconta il disagio dell'uomo contemporaneo che non sempre riesce a capire la sua sofferenza e chiede che qualcuno gliela descriva e gliela spieghi. Chiede che qualcuno lo curi, prendendosene cura. Nella letteratura contemporanea sono frequenti i richiami alla salute e alla malattia, tanto che l'eroe o anti-eroe della narrativa è costituzionalmente malato, portatore di una sofferenza-insofferenza che lo marginalizza e lo fa testimone di un mondo altrimenti invisibile. Il romanzo pone in evidenza la difficoltà di definire parametri di normalità e la necessità di accettare in ogni uomo le sue zone di ombra e la forza destabilizzante che da loro può sprigionarsi. In questo senso il racconto, il romanzo, l'opera di teatro, sono per lo studente di medicina testi complementari del saggio scientifico, in cui la chiarezza dell'inquadramento nosografico può nascondere la drammaticità del vissuto personale ed interpersonale. La realtà con cui deve imparare a misurarsi non è solo la realtà dell'approccio scientifico, con i suoi dati oggettivi, ma è anche la realtà del vissuto del malato, con le sue percezioni totalmente soggettive, difficili da cogliere, se non è lui stesso a raccontarle, ma non per questo meno vere e determinanti nell'esperienza del suo dolore e della sua malattia. La conoscenza di questa realtà è per sua natura complessa e il discorso che se ne può fare finisce sempre con il privilegiare un aspetto o un altro; aiuta a comprendere noi stessi a partire dalle esperienze dell'altro, dalle sue interpretazioni, dalle sue paure e soprattutto dai suoi tentativi, più o meno sofferti e riusciti, di venirci a capo. Leggere fa bene, proprio perché ci restituisce a noi stessi, attraverso un itinerario riflessivo, scandito dalla risonanza emotiva<sup>9</sup>.

Ciò che conta non è l'essere immuni dalla sofferenza e forse nemmeno il guarirne, ma l'essere capaci di riconoscerla, di dialogare con lei, di scorgerne il senso e di interpellarsi continuamente sul perché vivo, sul come vivo e sul per chi vivo<sup>10</sup>. La malattia narrata pone al suo protagonista, ma anche al lettore, la sfida della disperazione, la possibilità di dichiararsi sconfitto, accelerando in questo modo le pulsioni distruttive che si annidano nel soggetto e nell'oggetto-malattia. Controllare queste pulsioni distruttive attraverso la propria coscienza significa riconoscere il senso della malattia e restituirle la dimensione eroica dell'esistenza. I diversi protagonisti cercano di affermare

<sup>8</sup> Sheets KI, Schwenk TL, Faculty development for family medicine educators: an agenda for future activities, *Teaching and Learning in Medicine*, 1990, 2

<sup>9</sup> Binetti P, Bruni R, *Il counseling in prospettiva multimodale*, MaGi, Roma, 2003

<sup>10</sup> Wellek, *Storia della critica moderna*, Il Mulino, 1959-1969

la propria identità non sconfiggendo la malattia, da cui pure sono spesso sopraffatti, ma vogliono sconfiggere il non senso. Un romanzo, un testo di teatro, un film toccano la intimità del soggetto sotto il profilo emotivo e si traducono in pensieri nuovi, quando stimolano la mente in itinerari personali inediti, che vanno oltre il testo appena letto o visto. Un buon romanzo, un buon testo di teatro riescono a coinvolgere lo spettatore in una atmosfera che tocca tutta la sua sensibilità. La sua immaginazione rievoca la musica, anche quando non c'è, con i suoni e i rumori che punteggino l'azione, i colori e le luci che modulano gli stati d'animo.

Ora, se il contatto dei giovani con i grandi temi del dolore, del lutto, della morte inizia spesso negli anni liceali proprio con l'esposizione culturale alla letteratura classica e contemporanea, diventa importante nei primi anni universitari recuperare questa esperienza di tipo prevalentemente intellettuale, restituendole un senso nuovo, quello dell'esposizione diretta al dolore, alla sofferenza e alla morte. Non è solo il tema del dolore l'unica chiave di lettura, che possono ricavare dalla narrativa universale, ogni pagina può essere fonte di infinite esperienze di comprensione di se stessi e degli altri, delle azioni e delle reazioni che ne conseguono. Ma pure in questo momento così delicato del loro processo di maturazione personale, la letteratura del dolore consente di ridurre il gap tra fragilità emotiva e impatto con la malattia, perché riduce quella sensazione di non-senso che il giovane sperimenta quando non comprende ciò che accade e che in lui si traduce in una sofferenza non priva di ribellione e di rifiuto<sup>11</sup>. Ne ricavano luci per comprendere l'impatto drammatico che il lutto e la separazione provocano in chi li subisce. Si tratta di vere e proprie incursioni emotive in problemi che non hanno ancora sperimentato, ma che attraverso la simpatia per i personaggi descritti arrivano a sentire come propri.

Il valore della coralità familiare è un ulteriore punto nevralgico nell'ambito della Educazione medica; aiuta a non perdere di vista la natura radicalmente sociale dell'uomo, che affonda le sue radici nel senso di appartenenza ad un nucleo familiare ben preciso, con una specifica caratterizzazione della sua storia personale e familiare. La famiglia, quella reale e quella narrata, soffre a cominciare dalle sue tensioni interne, dal bisogno di realizzazione individuale e di caratterizzazione precisa di ciascuno dei suoi personaggi<sup>12</sup>. Ma è anche l'unica rete di salvataggio che si offre a ciascuno nel momento in cui la difficoltà in cui ci si imbatte supera il livello di guardia e da soli è impossibile fronteggiarla. Imparare a prendersi cura della famiglia è un buon obiettivo anche per i giovani medici che debbono impegnare energie concrete per difenderne il valore e documentarne la forza terapeutica, andando oltre le tensioni della quotidianità, per salvaguardarne senso e significato anche in rapporto alla tutela della salute fisica e psicologica.

La parola del medico, dell'infermiere, deve essere parola che cura, proprio perché è parola che ha già scandagliato il senso di una situazione critica e ne ha ricavato al massimo gli elementi di speranza effettiva, fondati su di una analisi realistica, ma non disperata né disperante, della situazione. Ancorata alla persona e al suo tempo di cui è espressione, la parola è per propria natura capace di rivelare la verità, ma non la esaurisce mai in se stessa, bensì rimanda a un senso non esplicito da cui attinge la propria ricchezza. Attraverso la parola, che pur con i suoi limiti, è comunque strumento di comunicazione e di condivisione, si snoda un processo continuo di crescita della comprensione dei fatti, purché si conceda all'altro la possibilità di esprimersi e si lasci che il fluire delle sue emozioni lasci filtrare nuovi e sottesi significati. Ma questo richiede al medico un processo di riflessione continua per intravedere spazi di positività anche dove il malato potrebbe essere tentato di vedere solo una oscura negatività. Guardare oltre il dolore del malato per suggerire prospettive di senso nuove è una delle sfide perenni con cui la classe medica deve costantemente confrontarsi, senza mentire, ma senza usare la parola come giudizio che condanna. Il valore terapeutico della parola è speso ciò che resta al medico, quando la farmacologia ha in gran parte fatto il suo tempo e il suo gioco e molte porte sembrano chiudersi<sup>13</sup>.

<sup>11</sup> BJ, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Edizioni di Comunità, Torno, 1999

<sup>12</sup> Berti G, Quadrino S, *Il medico e il Counseling*, Il Pensiero scientifico editore, Roma, 1989

<sup>13</sup> Cosmacini G, Rugarli C, *Introduzione alla medicina*, Roma-Bari, Laterza, 2000

La parola è il nuovo orizzonte di senso di cui il medico deve tornare ad impadronirsi per connotare la sua relazione interpersonale con il paziente, sdoganandola dalle mediazioni tecnologiche, dai modelli ad alta complessità economico-organizzativa dalle più recenti insidie della ICT: la *information communication technology*. Di nessuna di queste cose il medico può fare a meno e ne deve acquisire un pieno dominio, ma non a scapito della più umana delle mediazioni, la parola. Oggi occorre tornare ad insegnare come si parla e come si ascolta, evitando sia i silenzi manipolatori e paternalisti di una volta che la durezza di una verità clinica rivelata, con una brutalità che non conosce il valore della terapia palliativa. Ogni verità merita la sua indispensabile palliazione per poter essere accolta e fatta propria, anche quando è troppo dura, ma non si può respingerla<sup>14</sup>. Il pallio in senso proprio è quella copertura di sicurezza con cui il medico accoglie il paziente accanto a sé, lo avvolge e lo accompagna perché nella gradualità della scoperta del male – la sua malattia, specialmente quando incurabile, lentamente degenerativa o terminale- possa creare i giusti anticorpi psicologici ed esistenziali, immunizzandosi poco a poco da qualcosa che può ferirlo. Nella relazione di cura la com-passione deve trovare un nuovo spazio, che non lasci soli i pazienti, ma li faccia piuttosto sentire al centro di una ermeneutica del dolore in cui sono loro stessi che concedono la chiave di accesso, mentre il medico offre la comprensione del senso rinnovato.

E' questo il nuovo fronte della ri-forma della formazione in medicina: il recupero di senso del nucleo strutturale e fondativo della relazione medico paziente. Un nucleo che opera come una sorta di pianeta al centro di diverse orbite che si intersecano senza colludere: da un lato ci sono le conoscenze scientifiche sempre aggiornate, che descrivono il circuito dell'etica della competenza, quello che si traduce in un lavoro ben fatto; dall'altro il circuito delle qualità umane, che affondano le loro radici in un rinnovato senso della tradizione dell'etica medica, per cui si rende necessario recuperare un pieno rispetto per la dignità umana, dal concepimento fino alla morte naturale e un forte senso di responsabilità verso l'altro, soprattutto quando la sua sofferenza lo affida alla nostra cura in modo totale. Occorre insegnare ad operare secondo gli standard che H. Jonas ha descritto sviscerando l'etica della responsabilità nell'ottica del circuito relazionale, che si intreccia fondamentalmente con l'etica della relazione interpersonale.

Si torna così al punto di partenza del processo formativo: la relazione che impegna in una dinamica asimmetrica prima il docente e lo studente e poi il medico e il paziente. In entrambi i casi occorre far maturare quella capacità di decisione consensuale che rende lo studente protagonista non assoluto del suo processo formativo e rende il paziente altrettanto protagonista, ma mai in esclusiva, di tutti quei processi decisionali che hanno come obiettivo la sua salute. Ogni processo formativo deve inoltre attivare un circuito relazionale che vede nella logica del lavoro in equipe una nuova sfida, per imparare a condividere la responsabilità a livello di gruppo, a collaborare senza scadere nella competizione, a condividere senza rifugiarsi nell'anonimato di gruppo. In definitiva, la vera riforma degli studi medici prevede anche la consapevolezza che non si può delegare ad altri il proprio diritto-dovere a decidere e ad assumersi le conseguenze delle proprie azioni. La buona sanità è frutto anche di questo impegno rinnovato nella formazione: sentirsi responsabili attraverso i propri studi prima e la cura del malato dopo di tutto il sistema sanità. Non si può rinnovare il pianeta sanità se non si comincia dal rinnovare i modelli formativi, ma questi restano sterili se il cambiamento non raggiunge anche tutta l'attività di assistenza e di ricerca. Siamo coinvolti in un sistema le cui varianti pur nella loro complessità richiedono a tutti noi visione d'insieme e responsabilità globale.

---

<sup>14</sup> Riva MG, Studio clinico sulla formazione, Franco Angeli, Milano, 2000