

La formazione del medico in tre controversie dei giorni d'oggi

Intervento a Wonca Europe 2006

Trisha Greenhalgh

Faculty of Clinical Sciences, Department of Primary Care and Population Sciences, University College London, UK

Commento di Giorgio Bert

Dipartimento Comunicazione Counselling Salute, Istituto Change, Torino

Abstract

Training in general practice: three contemporary controversies

In this essay we present Trisha Greenhalgh's intervention at the 2006 Wonca Europe Conference. The Author speaks about training, in particular about contemporary controversies emerging in our professional training. In teaching family medicine when we consider three aspects of learning we face up with an impact area: What should we know? We need to acquire knowledge necessary to our practice from research.

What should we do? In order to answer this question, which includes the great part of medical activities, we should know ethical principles and human virtues.

What should we dare to hope? To learn to use creativity and imagination both in scientific reasoning and in the human dimension of our practice.

These reminders are then resumed by Giorgio Bert in a comment full of stimulus very useful for professional training in medicine.

Quaderni acp 2006; 14(3): 128-130

Key words Training. Medical practice

In questo saggio viene presentato l'intervento di Trisha Greenhalgh a Wonca Europe 2006. L'Autore tratta di formazione, in particolare, di alcune controversie contemporanee nella nostra formazione professionale. Nell'insegnamento della medicina di famiglia, l'area d'impatto s'incontra quando si considerano insieme questi tre aspetti dell'apprendimento.

Cosa possiamo sapere? Dobbiamo acquisire dalla ricerca le conoscenze necessarie alla nostra pratica.

Cosa dovremmo fare? Per rispondere a questa seconda domanda, che include la maggior parte dell'attività medica, dobbiamo conoscere i principi etici e le virtù umane.

Cosa osiamo sperare? Imparare a usare la creatività e l'immaginazione sia nel ragionamento scientifico che nella dimensione umana del nostro lavoro comporta l'estensione dell'insegnamento anche a "cosa osiamo sperare". Le sollecitazioni sono state successivamente riprese da Giorgio Bert, in un commento ricco di stimoli per la formazione professionale in medicina.

Parole chiave Formazione. Medicina pratica

Mi è stato chiesto di parlare di formazione e, in particolare, di alcune controversie contemporanee nella formazione professionale del medico.

Passo molto del mio tempo andando a conferenze tenute dai medici delle cure secondarie e credo che la medicina di famiglia sia avanti rispetto a molti di loro in termini di qualità di insegnamento, ma penso anche che occorra ulteriormente perfezionarsi.

Poiché siamo a Firenze e poiché questa

conferenza ha per tema le humanities, includo nel mio discorso alcuni filosofi che si sono occupati della natura della conoscenza.

Immanuel Kant scrisse un "libricino" intitolato *La critica della ragion pura* (se venisse scritto oggi probabilmente si potrebbe chiamare *La critica della EBM pura*), in cui sostiene che tutti gli interrogativi filosofici possono essere ridotti a tre quesiti di base: cosa posso sapere? Cosa dovrei fare? Cosa oso sperare?

Possiamo adattare questa tassonomia della conoscenza alla nostra formazione e a quella dei nostri studenti.

Cosa possiamo sapere? Dobbiamo acquisire dalla ricerca le conoscenze necessarie alla nostra pratica.

Cosa dovremmo fare? Per rispondere a questa seconda domanda, che include la maggior parte dell'attività medica, dobbiamo conoscere i principi etici e le virtù umane.

Cosa osiamo sperare? Imparare a usare la creatività e l'immaginazione sia nel ragionamento scientifico che nella dimensione umana del nostro lavoro comporta l'estensione dell'insegnamento anche a "cosa osiamo sperare".

Nell'insegnamento della medicina di famiglia, l'area d'impatto si incontra quando si considerano insieme questi tre aspetti dell'apprendimento.

1. La prima controversia che voglio discutere è quella che contrappone l'insegnamento che punta a cambiare ciò che facciamo a quello che mira a cambiare il nostro modo di essere (proprio degli studi umanistici).

Malcom Parker, docente australiano di etica medica, sulla base della propria esperienza, sostiene che, ogni 400 studenti di medicina, la preoccupazione sua e dei colleghi riguarda sempre un gruppo di circa 10 cosiddette "mele marce": studenti il cui comportamento e le cui attitudini non soddisfano gli standard di una pratica etica. Parker, con i colleghi, ha sviluppato un programma strutturato per l'insegnamento dell'etica medica e della professionalità, sottoposto a una rigorosa verifica basata sull'*Objective Structured Clinical Examination* (OSCE – test di

Per corrispondenza:
Trisha Greenhalgh
e-mail: p.greenhalgh@pcps.ucl.ac.uk

verifica delle abilità cliniche e comunicative). Le “mele marce” superano sempre l’OSCE per quanto riguarda il comportamento etico e, in genere, con risultati molto buoni. Parker conclude che la professionalità non è una competenza che si può considerare acquisita da uno studente solo perché ha superato l’OSCE.

Voglio ricordare Aristotele e, del suo pensiero, ciò che disse a riguardo dell’etica, sebbene anche lui abbia scritto molto sulla conoscenza: le virtù etiche, quali il coraggio, l’integrità, l’onestà, l’altruismo, sono quelle che ci rendono umani e che possono essere sviluppate con lo studio delle arti (specie la letteratura e le arti drammatiche).

Non a caso, Rita Charon, docente di medicina, fa studiare Henry James ai giovani componenti del suo staff, prima di far loro frequentare il reparto.

Non è mia intenzione dire come organizzare i vostri corsi, ma desidero farvi delle raccomandazioni:

- ▶ la professionalità, in campo sanitario, non può e non deve essere ridotta a “cosa deve sapere” lo studente (in altre parole: nella situazione X, lo studente deve fare Y);
- ▶ le virtù etiche, studiate soprattutto attraverso la letteratura e le arti, possono aggiungere valore all’insegnamento della professionalità.

2. La seconda controversia è quella che contrappone la “Evidence Based Medicine” all’uso dell’intuito nella pratica.

Sherlock Holmes, non un filosofo, ma un esperto di intuizione (l’autore, Sir Arthur Conan Doyle, era un medico) diceva: “È molto importante nell’arte dell’indagine essere capaci di distinguere, tra tanti fatti, ciò che è accessorio da ciò che è fondamentale, essenziale”. Questa capacità, che lui indicava come necessaria per la ricerca di un criminale, può essere considerata un utile suggerimento anche per la formulazione di una diagnosi clinica.

Tornando ai filosofi, Michael Polanyi (originario dell’Europa orientale, visse la maggior parte della sua vita in Gran Bretagna) introdusse i concetti di *conoscenza esplicita* e di *conoscenza tacita*.

Quest’ultima è incorporata negli individui, legata allo specifico di una circostanza difficile da esprimere e da trasmettere, e legata alle abilità e all’azione. La conoscenza tacita è ciò di cui ho bisogno quando, dopo aver comprato un armadio impacchettato all’Ikea, cerco di montarlo. La conoscenza esplicita sono le istruzioni scritte contenute nella confezione, che non mi servono perché non sono in grado di trasformarle in abilità pratiche.

Il dott. Goh Lee Gan, docente di medicina di famiglia, ha raccontato a un congresso sulla professionalità in medicina, tenutosi recentemente a Singapore, che una giovane madre (conosciuta dal medico) aveva portato un bambino morto in clinica. La morte non era stata una sorpresa, essendo il bambino portatore di malformazioni cardiache multiple congenite. Mentre il medico esaminava il bambino per constatarne la morte, il cellulare della signora suonò e il medico sentì parte della sua conversazione con la suocera, che sosteneva di non poter tenere un bambino morto in casa. Se il bambino fosse morto a casa, non ci sarebbero stati problemi, ma poiché aveva lasciato la casa vivo, il suo ritorno da morto avrebbe portato sfortuna alla famiglia. Il medico ebbe un’intuizione su come procedere: iniziò una rianimazione cardio-polmonare fingendo che il bambino fosse ancora vivo e, dopo un po’, lo restituì alla madre e le prestò un ombrello per coprire il bambino durante il viaggio di ritorno a casa. Fu solo dopo, quando si domandò perché aveva preso quelle decisioni, che ne capì il motivo: in quella comunità si crede che una persona non muore sino a quando la sua anima non esce dal corpo: tenendo un ombrello sul corpo, l’anima non può temporaneamente fuggire. Il tentativo di rianimazione cardio-polmonare effettuato dal medico, sebbene non “evidence-based”, era servito a differire la dichiarazione ufficiale di morte a dopo che al bambino era stato restituito l’ultimo respiro. Per dirla con un altro filosofo, Wittgenstein, il bambino muore solo quando il dottore pronuncia la sua morte. L’ombrello aperto prima che il bimbo venisse dichiarato

morto permetteva all’anima di rimanere nel corpo sino all’arrivo a casa, dove si sarebbe potuto organizzare il funerale in modo appropriato.

Un aspetto molto importante dell’insegnamento è alimentare il tipo di conoscenza tacita, quella che ha permesso all’intuizione di questo medico di giocare un ruolo così importante nell’esempio citato.

Tecniche importanti per stimolare la conoscenza tacita includono, come noto, discussioni su casi clinici, riflessioni sulla pratica, il domandarsi perché si è fatta quella cosa giusta (o sbagliata) in quel caso, il tenere conto di possibili interpretazioni alternative della storia.

Nell’insegnamento in medicina di famiglia, discutere le storie aumenta la conoscenza tacita e fortifica l’intuizione. L’idiosincrasico, l’inusuale e l’inspiegabile possono stimolare sia l’immaginazione scientifica che quella morale.

In questi tempi, in cui la formazione strutturata sembra stia diventando il santo graal, va evitato il “fanatismo” del corso di studi che valorizza solo “obiettivi chiari e misurabili” e “momenti di apprendimento generici”.

3. La terza controversia è relativa all’uso di metodi di apprendimento “high” o “low tech”.

Molti di noi usano Internet per accedere alle informazioni, grazie alla disponibilità sui nostri PC di opportunità di formazione di ogni genere (es. *BMJ Learning* è tra i leaders nel fornire aggiornamenti su vari argomenti clinici).

Un filosofo greco della conoscenza, tuttora in vita, Haridimos Tsoukas, si è occupato dell’eccesso di informazioni. Numerosi e utili sono gli aspetti da lui trattati a questo riguardo, e in particolare:

- ▶ più informazioni abbiamo, più “se e ma” ci sono per prendere una decisione,
- ▶ più informazioni abbiamo, più tempo perdiamo sia ad analizzarle che ad agire,
- ▶ più informazioni abbiamo e meno ci fidiamo.

Ciò significa che la rivoluzione dovuta a

Internet non rappresenta la possibilità di accesso a un numero sempre maggiore di fatti o di corsi, ma consiste nell'imparare a valutare quale informazione cercare, quando e se fidarsi e con chi condividerla. Internet è molto più che uno scambio di fatti, molti dei quali non vogliamo o di cui non necessitiamo. Internet ha la capacità di portare la gente a riflettere insieme, a discutere, a trovare nuove interpretazioni per situazioni che sono uniche e personali.

Il commento di Giorgio Bert

L'intervento di Trisha Greenhalgh a Wonca Europe 2006 è, per quanto breve e sintetico, ricco di suggestioni almeno per chi fa il formatore in ambito medico. Da qualche decennio accade spesso di sentire ripetere il vecchio slogan aziendalistico e pedagogico, secondo cui le competenze del professionista possono essere riassunte da tre concetti: *sapere*, *saper fare*, *saper essere*.

Si tratta di caratteristiche in apparenza chiare e condivisibili, ma poi, di fatto, cosa vogliono significare nella pratica? *Sapere* vuol dire certo acquisire conoscenza. Ma da dove ci arriva la conoscenza?

La medicina che pratichiamo ha basi scientifiche, e ciò significa che, laddove è possibile, essa deve poggiare su dati rigorosi e razionali: è questo l'ambito dell'EBM, che nessun medico può oggi ignorare o sottovalutare.

Greenhalgh ci ricorda però che l'EBM non è l'unica fonte di conoscenza di cui il medico dispone: esiste infatti, oltre alla conoscenza "esplicita" che giunge dall'esterno, anche una competenza "tacita", di origine interiore, che ha a che fare con l'intuizione ed è legata all'abilità e all'azione. Facilitare, non ostacolare, il ricorso a questo tipo di conoscenza è compito essenziale del formatore.

Spesso invece avviene che, specie nella mente del giovane medico o del ricercatore che non pratica davvero la medicina, l'EBM tenda ad assumere un aspetto totalitario che porta l'adepto entusiasta a considerare insignificante o addirittura

errato tutto ciò che evidence based non è: l'intuizione appunto, l'esperienza, la soggettività, il significato che il paziente dà alla sua malattia, la fiducia, perfino la relazione tra medico e paziente... Tutto ciò insomma che non può essere misurato o pesato.

Questo atteggiamento fondamentalista, che porta ad esempio a sottovalutare la ricerca qualitativa nei confronti di quella quantitativa, l'importanza della complessità e della sistemica, l'uso della narrazione e di altri interventi del genere, va oltre ciò che i pionieri dell'EBM (tra cui la stessa Greenhalgh) proponevano. Avviene non di rado, del resto, che i discepoli siano meno flessibili e di vedute meno ampie dei maestri.

Opportuna appare quindi l'osservazione della Greenhalgh che occorre evitare "il fanatismo del corso di studi che valorizza solo obiettivi chiari e misurabili".

La complessità non si affronta scomponendola cartesianamente nei suoi singoli elementi. Ciò che è vivente, fintanto che è tale, è e rimane complesso, variabile, dinamico, e complessa e variabile è anche la rete di relazioni che collega le persone tra loro, inclusa la relazione terapeutica che unisce medico e paziente. Rete invisibile certo, ma che fa sì che le persone siano quello che sono.

Si inserisce qui il *saper essere* dello slogan citato: esso coglie infatti *l'aspetto relazionale* e *la complessità* che non possono, almeno al momento, rientrare nell'ambito dell'EBM.

La complessità riguarda il mondo dell'altro con le sue ipotesi, le sue certezze, convinzioni, emozioni; esso va almeno in parte esplorato, e il solo modo per esplorarlo, come sa bene ogni etnologo, è costituito dalla narrazione o, meglio, dalle narrazioni, poiché per sua stessa natura la complessità consente, anzi impone una molteplicità di descrizioni e di storie che variano con il contesto, col tempo, con le relazioni...

Il medico dovrebbe inoltre avere la capacità di esplorare se stesso, di narrarsi, così da diventare consapevole dei suoi pregiudizi, dei suoi pre-concetti, delle sue

(vere o false) certezze, di quel che lo fa essere la sua storia individuale e sociale. Di questo ambito fanno parte aspetti filosofici, etici, antropologici, pedagogici: aspetti che richiedono conoscenze diverse quali le *medical humanities*; lo studio dei sistemi complessi; l'uso strategico del linguaggio; la capacità di rendersi conto che gli stessi termini e gli stessi concetti possono avere significati diversi in contesti diversi; la comunicazione professionale e il counselling...

In ultima analisi la Greenhalgh ci ricorda che: del *sapere*, cioè della conoscenza occorre individuare le radici che, con sorpresa di molti, non solo sono molteplici ma spesso anche non scientifiche: il che non significa che siano sbagliate, solo che occorre esserne consapevoli; il fatto di essere medico non è di per sé garanzia di scientificità.

Il *saper fare* implica la capacità di tradurre nella pratica le conoscenze: e qui, come è ben illustrato dall'esempio che riporta la Greenhalgh, possono comparire aspetti non evidence-based ma non per questo meno importanti come l'intuizione, l'esperienza, la capacità di stabilire col paziente un rapporto di reciproca fiducia.

Il *saper essere*, infine, ha a che fare con gli aspetti relazionali e richiede innanzi tutto abilità comunicative e di counselling che il medico deve apprendere come ogni altra tecnica, prima di adattare al suo stile personale.

Fanno parte inoltre di questo indispensabile bagaglio culturale elementi di antropologia e di pedagogia, e in senso lato tutto ciò che va sotto il nome di *medical humanities*.

Fare il medico, ci ricorda la Greenhalgh, richiede in eguale misura rigore scientifico e capacità di muoversi nella complessità che è propria del vivente in modo creativo, consapevole e costruttivo.

Si tratta di abilità non spontanee: esse vanno pertanto apprese attraverso un rigoroso iter formativo che dovrebbe far parte della cultura di ogni medico. ♦