

EDUCAZIONE MEDICA
MEDICAL EDUCATION

Di formazione e di felicità: riflessioni sul percorso formativo di medicina

On education and happiness: reflections on medical training

PAOLA MANFREDI

Cattedra di Psicologia Clinica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Brescia

“Si potrebbe fissare un prezzo per i pensieri. Alcuni costano molto, altri meno.
E con che cosa si pagano i pensieri? Credo con il coraggio”.
Ludwig Wittgenstein

L'articolo prende le mosse dal rilievo rispetto all'infelicità dei medici e alle cause della stessa, che la letteratura pone in uno scollamento fra aspettative e realtà, fra percorsi formativi e lavoro. Ci s'interroga quindi sull'attuale core curriculum di medicina valutando quanto esso possa contribuire o meno a rendere felici i futuri medici. Sono messi a fuoco, oltre ai contributi positivi, alcuni elementi critici. In particolare si evidenzia l'eccedenza di alcune UDE, che paiono debordare in altri ambiti professionali, svilendo in qualche modo la competenza di altri professionisti, piuttosto che favorirne la collaborazione. Per contro si sottolinea la mancanza di formazione e riflessione sulla natura del sapere, sugli aspetti metodologici, soprattutto epistemologici e filosofici. Si ravvisa una “urgenza” di tradurre in indicazioni operative e universali ciò che viene trasmesso, a discapito di un tipo di sapere, che dovrebbe primariamente fornire strumenti per comprendere la realtà. Si rileva la compresenza di diverse forme del sapere e si suggerisce la possibilità che una felicità, maggiormente connotata in senso eudaimonico, piuttosto che edonico, possa essere perseguibile valorizzando la dimensione relazionale, che si esplica a più livelli, dal modo di pensare, costruire e de-costruire il sapere, dal rapporto con altre discipline, dai legami con i colleghi, dalle relazioni con i pazienti e i parenti. Si suggeriscono infine alcune proposte per il percorso formativo dei medici.

Parole chiave: Core curriculum, conoscenza, relazione

The article is about the unhappiness of doctors and the causes of that, which literature places in a gap between expectations and reality, between training and work. The question is: can the current medical core curriculum contribute to making future doctors more happy? Some critical elements in addition to positive contributions are presents. In particular, there is a surplus of some “UDE”, which seem to fall into other professional areas, by somehow dissipating the expertise of other professionals rather than favoring their collaboration. On the other hand, there is a lack of training and reflection on the nature of knowledge, on methodological aspects, especially epistemological and philosophical. There is an urgent need to translate what is being transmitted in operational and universal terms. to the detriment of a kind of knowledge, which should primarily provide instruments for understanding reality. There is evidence of the presence of different forms of knowledge, and it is suggested that a happiness, more connoted in the eudaimonic sense rather than hedonic, can be pursued by enhancing the relational dimension, which is multi-level, from the way of thinking, building and de-build knowledge, from relationships with other disciplines, from ties with colleagues, from relationships with patients and relatives. Finally, some proposals regarding the medical training are suggested.

Key words: Core curriculum, knowledge, relationship

Address for correspondence
Indirizzo per la corrispondenza

Paola Manfredi
Cattedra di Psicologia Clinica
Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Brescia
viale Europa 11, 25125 Brescia
e-mail: paola.manfredi@unibs.it

Premessa: medici infelici

Poco più di una quindicina di anni fa, a partire da un editoriale del BMJ (Smith 2001) si è presa coscienza dell'infelicità dei medici e di come questo tono negativo fosse ampiamente diffuso in vari paesi (Williams 2001; Kassirer 1998; Murray et al. 1986; Edwards et al. 2002).

Negli stessi professionisti la scarsa soddisfazione e felicità sono accompagnate dalla consapevolezza rispetto ai rischi relativi alla propria salute (Gallardo, Ferrari 2010).

Un'attenzione particolare è riservata ai medici Junior, rispetto ai quali la letteratura segnala la sensazione di sentirsi sopraffatti, con conseguenti ricadute sulla salute psicofisica. Più che il carico di lavoro, per i giovani medici l'aumento di stress pareva legato all'incertezza rispetto alla corretta scelta clinica, in assenza di un confronto con un medico più esperto e al peso emotivo nel rapporto con la morte (Baldwin et al. 1997).

Anche contributi recenti e numerosi hanno confermato il disagio dei giovani medici (ISFOL 2012; Luzzatto et al. 2011; Manpower Group 2014), mettendo in particolare in luce che tra "le maggiori difficoltà che i giovani incontrano alle prime esperienze lavorative, non vi sono le carenze di tipo cognitivo (scarse conoscenze disciplinari o degli strumenti di lavoro), quanto piuttosto l'incapacità di collocarsi adeguatamente in un ambiente di lavoro, di saper analizzare un problema e risolverlo, di comunicare efficacemente, di gestire stress ed emozioni in maniera adeguata" (Cinque 2016).

Da un certo punto di vista attendersi che professionisti quotidianamente posti a contatto con la sofferenza e financo la morte siano felici può sembrare un po' insolito.

Non so se i medici detengano un primato d'infelicità tra altri professionisti – ne dubito! – ma d'altra parte sembra difficile pensare che possa promuovere la salute, nel significato ampio che ormai le riconosciamo, chi non vive per sé un tale stato. Va precisato che parlare di felicità apre non pochi interrogativi, a partire da una definizione della stessa. Senza addentrarci, ricordiamo almeno che due sono i più importanti filoni: l'uno che apparenta la felicità all'edonia, l'altro all'eudaimonia. Quale felicità viene ricercata dai medici? Qualche indicazione in più si ricava indirettamente dalle cause che sono state poste a motivo dell'infelicità.

L'elemento chiave sembra risiedere in uno scollamento fra le attese e le risposte, fra l'impegno che il medico pone nella propria formazione, confidando di ottenere un lavoro sicuro, ben remunerato, di ricevere rispetto, considerazione e di avere la possibilità di conciliare in modo adeguato lavoro e vita privata e ciò che in pratica si trova a ottenere e ad affrontare. La realtà lavorativa espone il medico a crescenti responsabilità verso i pazienti, a rischi di denunce per malpractice, a richieste di cure personalizzate; gli chiede inoltre di sapere lavorare in équipe, esercitando anche funzioni di leadership e avendo capacità gestionali (Edwards et al. 2002).

Semberebbero quindi in primo piano aspetti edonici, forse anche perché più facili da rilevare e riferire.

A distanza di anni potremmo dire che la formazione dei medici è meglio declinata sulle diverse esigenze della società, sulle caratteristiche dei pazienti e sulle diverse culture compresenti nella nostra società? I medici che formiamo potranno essere più felici?

Prendiamo in considerazione il core curriculum di medicina.

Contributo: core curriculum

In primo luogo colpisce la mole delle conoscenze e delle competenze richieste: 1839 elementi.

Rispetto ai contenuti, a parte le conoscenze e le abilità attese, perché strettamente mediche o implicate nell'esercizio della professione, come ad esempio la conoscenza di aspetti etici o comunicativo-relazionali, si apprezza l'intento di un'attualizzazione del sapere medico che tenga in considerazione anche dimensioni socio-culturali, come negli elementi sotto riportati.

- 669 Definire la visione della salute, della malattia e del malato nelle principali culture contemporanee.
- 670 Discutere la possibile dimensione multietnica della medicina futura.
- 658 Descrivere il ruolo dei nuovi linguaggi (pubblicità, mezzi audiovisivi ecc.) nella diffusione di comportamenti con impatto anche sanitario (alimentazione, attività fisica, sessualità ecc.).

Nell'ottica di attrezzare professionisti a inserirsi in un ambiente di lavoro potendo fornire cure personalizzate, avere elementi di lettura almeno delle differenze culturali e dei diversi messaggi veicolati dai media, è certamente significativo e va nella direzione, se non proprio di coltivare la felicità, almeno di ridurre le occasioni di frustrazione e di infelicità.

Ancor più rilevante è l'attenzione per gli aspetti emotivi e motivazionali del medico:

- 1572 Riconoscere, valutare e utilizzare, valorizzandole nella relazione clinica, le implicazioni emotive e motivazionali che sottendono alla propria scelta della professione medica.

Sebbene qualche perplessità nasca dalle effettive possibilità di raggiungere l'obiettivo indicato, tenuto conto del rapporto, numericamente sfavorevole, docenti/studenti e delle conseguenti attività formative nella forma tradizionale.

Per quanto attiene al tema della morte è stata riservata una modesta attenzione, quando invece la tematica avrebbe meritato una maggiore considerazione, dal momento che è uno degli elementi che concorre a incrementare il disagio nei medici. Del morire, della morte e dell'elaborazione del lutto si tiene invece conto solo verso gli altri, verso persone con cui il medico potrà trovarsi a parlarne, che siano colleghi,

pazienti o familiari, ma non è riconosciuto e previsto per sé uno spazio per elaborare questi temi.

Sembra che l'attenzione sia posta più sul fornire una "prestazione spendibile" nei confronti dei pazienti e dei familiari, piuttosto che supportare un'autentica riflessione, utile anche a sé, non solo a un "pubblico", dal momento che la morte riguarda ognuno di noi e forse anche più chi ne viene per lavoro puntualmente a contatto. Resta inoltre da comprendere come sia possibile supportare altri nel percorso di elaborazione del lutto, se non si è maturata, in un percorso personale, tale capacità.

698 Discutere con i colleghi e con il paziente e/o i familiari sulle tematiche della morte e del morire, della eutanasia ed eubiosia.

1610 Educare all'elaborazione del lutto e alla valorizzazione personale della esperienza.

Si rileva inoltre come, sebbene varie voci delle UDE facciano esplicito riferimento alla cronicità, l'educazione terapeutica del paziente viene citata in una sola voce:

1507 "Simulare una seduta di educazione terapeutica del paziente diabetico".

In realtà già nel 1988 l'OMS definiva l'educazione terapeutica del paziente come efficace strategia di cura delle patologie croniche, ai fini di "permettere al paziente di acquisire e mantenere le capacità e le competenze che lo aiutano a vivere in maniera ottimale con la sua malattia". Ciò viene realizzato aiutando "il paziente e la sua famiglia a comprendere la malattia e il trattamento e a farsi carico del proprio stato di salute".

L'adozione di tale prospettiva non è però immediata, dal momento che essa si configura come un processo ininterrotto, integrato alle cure e centrato sul paziente. L'educazione implica attività organizzate di sensibilizzazione, informazione, apprendimento dell'autogestione e sostegno psicologico concernenti la malattia, il trattamento prescritto, le terapie, il contesto ospedaliero e di cura, le informazioni relative all'organizzazione e i comportamenti di salute e di malattia. Non si tratta di acquisire qualche competenza psicologica e pedagogica". (*Ces formations ndr*) *doivent aussi contribuer à la redéfinition du rôle soignant, voire de l'identité professionnelle, si différente dans la maladie chronique par rapport à celle qui domine dans la "médecine de l'aigu"*.

È plausibile quindi che emergano una serie di difficoltà "difficulté de mettre en pratique certaines compétences indispensables, dont la capacité à explorer les représentations des patients et d'en tenir compte, celle de négocier les recommandations et traitements afin de les rendre acceptables et faisables, et enfin de permettre au patient d'assumer pleinement sa responsabilité et liberté dans la vie avec sa maladie, y compris dans les erreurs et l'autoévaluation de sa santé" (Deccache et al. 2009).

Anche se una formazione più specifica e pratica potrà essere acquisita successivamente, un contatto meno fugace con questa prospettiva di cura potrebbe quindi giovare, orientan-

do fin da subito lo studente a una *forma mentis* più efficace nella cronicità.

Altro elemento che colpisce è che le conoscenze che si vorrebbe un medico possedesse, per numerose nel campo specifico, sembrano accedere e debordare in ambiti limitrofi, svilendo in qualche modo la competenza di altri professionisti, piuttosto che favorirne la collaborazione.

L'ambito "psi" offre in particolare elementi di criticità. Ci si attende, ad esempio, che un medico conosca strategie in grado di regolare i processi cognitivi ed emozionali, a tutte le età.

1570 Descrivere come riconoscere e regolare, applicando le adeguate strategie, i processi cognitivi ed emozionali associati alle reazioni alla malattia, allo stress, al dolore nelle interazioni con i pazienti in età evolutiva, adulta e senile.

Oppure che sappia fare (abilità pratica) una valutazione psichica, una valutazione della personalità (sia attraverso strumenti psicometrici, sia attraverso una raccolta anamnestica) e un monitoraggio della terapia, che sappia applicare test cognitivi e psico-diagnostici ecc.

624 Valutare la personalità e lo stile di vita del paziente attraverso la raccolta dell'anamnesi (approccio qualitativo).

1584 Valutare la personalità con adeguati strumenti psicometrici.

1587 Eseguire uno status/valutazione psichica/del paziente.

1598 Valutare in un caso clinico (scritto, simulato o reale) gli elementi per la terapia dei disturbi di personalità.

1590 Applicare i principali test cognitivi.

1591 Somministrare i principali test psico-diagnostici.

Si precisa che principi di etica e qualificazione professionale determinano l'esistenza di norme che consentono solo a persone qualificate l'acquisto e l'uso di strumenti testistici. In particolare l'assessment della personalità è vincolato a un codice di accesso che è B2 o C, a seconda dei test, e quindi l'uso è consentito a medici che siano specializzati, in geriatria, neurologia, pedagogia, o medicina fisica e riabilitazione, per quanto concerne il codice B2; in neuropsichiatria infantile, psichiatria, psicologia clinica o psicoterapia, per quanto concerne il livello C. Questi principi sono in sintonia con gli *Standards for Educational and Psychological Tests*, definiti nel 1985 e recepiti da organizzazioni quali l'*American Psychological Association* (APA), l'*American Psychiatric Association* (APA), l'*American Counseling Association* (ACA), l'*International Personnel Management Association* (IPMA) e l'*American Educational Research Association* (AREA), l'*European Test Publishers Group* (ETPG) e dall'*International Test Commission* (ITC). Secondo tali standard, l'utente di test deve assumersi varie responsabilità, tra queste l'uso corretto degli strumenti e in particolare l'accurata valutazione di quale, fra gli strumenti di assessment disponibili, sia quello maggiormente adatto ai propri fini.

È evidente che il core curriculum di medicina e chirurgia non può prevedere l'acquisizione di competenze che infrangerebbero norme e standard internazionali, quindi bisogna immaginare che le valutazioni possano avvenire attraverso la somministrazione di test che non richiedano una qualifica specifica; ma allora che tipo di validità ha una valutazione che non può avvalersi degli strumenti più idonei per essere compiuta? Vi è, nei medici e nei pazienti, consapevolezza di ciò? E soprattutto che senso ha appesantire un curriculum già impegnativo inserendo unità didattico-elementari con gradi di conoscenza "generali" o "particolareggiate", competenze "interpretative" o "comunicativo-relazionali" e abilità "pratiche" che altri professionisti potrebbero meglio assolvere? Non potrebbe essere più utile e proficuo imparare a fare degli efficaci invii?

Last but not least, colpisce la mancanza di formazione e riflessione sulla natura del sapere, sugli aspetti metodologici, soprattutto epistemologici, filosofici, ma anche un investimento più deciso sulla capacità di utilizzare il sapere, di declinarlo nelle specificità, di adattarlo alle situazioni concrete, di usare i concetti per comprendere la realtà. Vi è certamente l'esigenza, legittima, fondamentale, di un sapere che si traduca in pratica, dal momento che il medico è chiamato a "fare", a "esercitare" la sua professione, ma la pratica è sostanziata da un pensiero e non tutto ciò che non è pratico ha lo stesso valore teorico. Sembra invece che vi sia una "urgenza" di tradurre in indicazioni operative ciò che viene trasmesso, come se tutto potesse e dovesse esprimersi in linee guida, come se ci fossero delle scelte valide per tutti i pazienti, a partire da categorie degli stessi. Eppure, già da un punto di vista strettamente somatico, lo sviluppo della medicina va nell'ottica di valorizzare la specificità, pensiamo ad es. ai farmaci mirati sul corredo genetico dei singoli pazienti e ancor più l'attenzione all'unicità la si ritrova nella dimensione relazionale. Pur riconoscendo che la sinteticità delle formulazioni delle UDE può dare luogo a diverse interpretazioni, colpisce però, oltre a quanto già riportato sul versante "psi", che ad esempio, anche nella comunicazione con il paziente si faccia riferimento a pazienti classificati per patologie fisiche. Eppure la comunicazione delle cattive notizie può essere gestita a seconda delle capacità di stare nella relazione, nella consapevolezza dei propri vissuti affettivi e di quelli del paziente e dei suoi familiari, delle risorse e delle fragilità, dei significati, delle possibilità di resilienza ecc. È poi utile avere un canovaccio generale, come ad esempio l'articolazione delle fasi, che caratterizzano il processo di comunicazione di una cattiva notizia, secondo il modello SPIKES, proposto da Buckman (2003), ma è piuttosto riduttivo pensare di sapere trasmettere una diagnosi infausta al "paziente oncologico, paziente affetto da malattia invalidante, paziente affetto da malattia neurodegenerativa, qualsiasi quadro che implichi una radicale riorganizzazione della vita del paziente - oggettivamente o soggettivamente percepita (UDE 1543, 1574),

come se la patologia fosse l'elemento cardine, distintivo dei pazienti, della loro dimensione umana e personale.

L'acquisizione di tecniche comunicative e di capacità relazionali è di grande valore, ma esse vanno inquadrare in un sapere che non ha le medesime caratteristiche di quello medico tradizionale. Non si tratta solo di acquisire delle indicazioni, di conoscere quali possono essere le forme in cui si esprime il nostro dire, ovvero le tecniche comunicative, altrimenti tutto si traduce nell'applicazione di regole, come una danza in cui i passi sono corretti, ma non c'è la sostanza, non c'è bellezza, non c'è armonia, non c'è efficacia.

Lo stesso possiamo dire ad esempio per l'attaccamento. Ci sono vari modelli di attaccamento, sviluppatasi fin dagli anni Settanta a partire dai lavori di Bowlby, ma differenziate con i contributi in particolare di Main, di Crittenden, di Cassidy. Anche il core curriculum prevede un insegnamento così formulato:

1536 Discutere la teoria dell'attaccamento nei diversi ambiti di applicazione (adozioni, separazioni, ospedalizzazioni, fattori di rischio in ambito psichiatrico) con le diverse tipologie di soggetti (età evolutiva, adolescenti, adulti, anziani) e gli effetti della separazione.

È come se s'immaginasse un "sommario" che predilige, alla complessità delle teorie, al ragionamento clinico, una traduzione semplificata e operativa. Serve?

Forse sarebbe più utile rinunciare al desiderio di sapere tutto, puntando invece sull'acquisizione critica, approfondita di pochi concetti teorici che il medico possa, con la sua intelligenza e le sue capacità, utilizzare nella pratica clinica, principalmente per comprendere il paziente, la situazione e poi anche per intervenire, magari con un invio corretto ed efficace.

Il rischio diversamente è di "recitare un bel copione", di fare cose formalmente corrette, ma non significative.

Questo è il caso di Olga, vent'anni e un cancro all'utero. La diagnosi è stata fatta correttamente e le sono state date chiare informazioni sulla patologia, le cure, il decorso, le possibilità di sopravvivenza. Le è stata spiegata la necessità di un intervento chirurgico, le è stato dato tempo, ma Olga non vuole dare il proprio consenso all'intervento. Con grande dispiacere e frustrazione i medici sono rassegnati a dover dimettere la giovane donna, senonché un giovane studente di medicina, abbandonando l'idea di "convincere" la paziente, cerca di capire. Osserva che la paziente non riceve visite dai familiari e parlando con lei apprende che la madre morì partorendola e che il padre non è riuscito ad avere una buona relazione (accudimento-attaccamento) con lei. Olga sente di essere stata la causa del decesso materno e che il padre non può perdonarla per questo. L'avvicinamento consapevole del padre permetterà alla paziente di non sentirsi in colpa per la sua vita, di autorizzarsi a vivere e di accettare l'intervento.

Meno fortunata è stata invece Catia, anche se ha apparentemente ottenuto ciò che desidera. Catia si reca in ospedale con la richiesta di abortire, ma solo nel pomeriggio. per una

lasciare – dice – il lavoro al mattino, nel bar di genitori, che non sanno nulla. Ha 32 anni ed è il suo quinto aborto. Ha avuto un aborto nel pomeriggio e un opuscolo informativo sulla contraccezione. Nessuno si è chiesto perché quella giovane donna abbia dovuto farsi per cinque volte così male, nel corpo e nella mente, né quale vita viva davvero, se sia sola, se sia maltrattata, abusata ecc.

Vi è un accumulo di conoscenze, ma poca riflessione sulla costruzione del sapere, sulla sua natura e sulle modalità d'uso. È evidente che molti di questi aspetti possono, ma non necessariamente, essere trasmessi in modo trasversale in corsi e insegnamenti diversi, ma ponendosi il core curriculum come una sorta di summa, forse poteva trovare spazio anche un'attenzione "sostanziale" alla persona.

Va riconosciuto che questo curriculum rappresenta un lavoro *in fieri* e che limiti o nuovi obiettivi in questo percorso sono già stati evidenziati dalla conferenza permanente dei presidi, ad esempio l'obiettivo di un'importante riduzione del numero delle UDE.

In particolare vogliamo ricordare quanto scrivono in proposito Della Rocca et al. (2017): "Anche quest'ultima revisione, infatti, sembra ancora viziata da un'idea di "core" riferita più alle diverse branche specialistiche che al concetto del cosiddetto "medico standard", inteso come il neolaureato che possiede le basi della professione medica ed è quindi in grado di affrontare e risolvere i problemi di salute posti dai singoli pazienti e dalla comunità nella prevenzione, nella diagnosi, nella terapia e nelle riabilitazione delle malattie di più comune riscontro, individuando, cercando, acquisendo e infine mettendo in pratica, al proprio livello operativo, le conoscenze e le strategie adeguate. Ci sarà tempo per affinare, in senso specialistico o generalistico, le competenze necessarie all'esercizio pieno della professione durante la formazione post-laurea. Il neolaureato deve possedere gli strumenti indispensabili per perfezionare la sua formazione di base che oggi, stante la continua e veloce progressione delle conoscenze, non può essere mai considerata realmente completa, perché dovrà continuare per tutta la vita professionale nell'ambito di un'educazione medica continua".

Sebbene nello scritto ci si rammarichi di uno sbilanciamento, più contenuto rispetto al passato, delle abilità pratiche e teorico-pratiche rispetto a quelle teoriche (73,12%), di fatto esse sono individuate solo come l'ultimo passo di un percorso che efficacemente viene descritto "individuando, cercando, acquisendo e infine mettendo in pratica, al proprio livello operativo, le conoscenze e le strategie adeguate". Si tratta quindi di osservare e sapersi fare interrogare dai dati, in modo da cogliere l'esistenza di un problema: sapere osservare e porsi domande è il primo passo. Individuato il problema e posti gli interrogativi, in un'ottica di *problem solving* si ricercheranno informazioni, conoscenze, strategie al fine di giungere al *decision making*. Andranno poi valutati sia il risultato sia il processo di apprendimento. L'acquisizione di

un sapere in gran parte per "trasmissione" lascia spazio alla consapevolezza della mancanza e alla capacità di scoprire, di fare proprio, di saper utilizzare un sapere".

La sfida è sulla possibilità che lo studente acquisisca gli "strumenti indispensabili" per questo processo e per "affinare le competenze necessarie". La "competenza" non è solo il prodotto di un accumulo di conoscenze. Ridurre le informazioni può essere una premessa, ma è un'operazione quantitativa; il focus va posto sulla qualità. Parafrasando Montaigne possiamo chiederci se una testa meno piena sia anche una testa ben fatta.

Contributo: forme del sapere

La formazione medica ha attraversato i secoli, modulandosi e interrogandosi sulla propria funzione e natura, fin dalla prima formazione clinica, di tipo scolastico o strettamente boerhaaveano – 'protoclinica' secondo Foucault – piuttosto che neoippocratica, all'avvento della medicina sperimentale. Numerosi sono stati i cambiamenti, ma almeno un dato era rimasto costante: l'esclusività del rapporto medico paziente. Il medico era solo, attrezzato solo del proprio sapere di fronte al paziente e alle angosce più grandi dell'essere umano, *in primis* la morte e la morte nel suo farsi, nel deterioramento scritto nel corpo e nella mente. In tale contesto, in cui si palesa in maniera inequivocabile l'incertezza e la fragilità dell'esistenza, è comprensibile il desiderio di un sapere forte, onnicomprensivo, che opponga a tale angoscia il controllo, la previsione, la conoscenza. Dal momento che la morte non è per sempre evitabile, poterla prevedere, attraverso l'interpretazione dei segni clinici, la conoscenza del decorso della malattia, dà una sorta di controllo che attutisce l'angoscia (Kubler Ross 1976), tralasciando in questa sede le strategie difensive che consentono di scotomizzare alcune valenze affettive personali e relazionali.

L'esigenza di un sapere forte ed esteso ha attraversato gli ultimi secoli della storia della medicina. Questo avviene sebbene siano nel tempo cambiate le modalità con cui viene rappresentata l'acquisizione di questo sapere. Differenti forme del sapere, diverse "Scuole" sono diacronicamente e sincronicamente presenti nella nostra cultura, pertanto può essere interessante provare a rintracciarle nella formazione medica.

Secondo Recalcati (2014) vi è un modello di scuola che denomina Scuola Edipo, che si fonda sulla potenza della tradizione, sull'autorità del padre e sulla fedeltà al passato. È un sapere che vorrebbe offrire tutte le risposte, che satura ogni domanda, che richiede quindi adeguamento alla realtà a detrimento di ogni spinta utopica. È, coerentemente, connotato in senso gerarchico, con chiara dissimetria generazionale e una dinamica che si muove tra rispetto della legge, trasgressione e colpa. Sebbene tale modello sia storicamente superato dalle contestazioni dell'68 e dell'77, esso permane,

accanto a nuove forme, in aree più circoscritte, in esperienze più settoriali.

Esso non sembra del tutto estraneo ai percorsi formativi dei medici di oggi; pensiamo ad esempio ad alcune esperienze di tirocinio, che non di rado vengono vissute dagli studenti come una sorta di rito di iniziazione, in cui si pensa di dover dare prova di devozione, fedeltà, sudditanza e disprezzo della fatica fisica. Il primario, il cattedratico è un riferimento chiaro, sovente un modello a cui tendere, a cui conformarsi (*captatio benevolentiae* inclusa), a volte anche da osteggiare. La gerarchia è molto forte, sia in ambito universitario, sia nelle cattedre ospedaliere.

Anche i contenuti scientifici sono in genere acquisiti come se fossero dati oggettivi, certi, solidi, e non risultato di ricerche, di esperimenti, di interpretazioni e quindi falsificabili. Indicativo è anche il fatto che normalmente sia considerato irrilevante ricordare gli autori o contestualizzare storicamente le informazioni.

Più evidente è però un altro modello, che viene definito narcisistico (*ibidem*, 2014).

Alla dimensione gerarchica della Scuola Edipo, la Scuola Narciso oppone una "orizzontalità liquida", in cui si scioglie la differenziazione simbolica dei ruoli. Mentre Edipo conosce la fatica ("piedi gonfi" da οἶδος, "rigonfiamento" e πούς, "piede") Narciso tende all'eliminazione dell'ostacolo.

Mentre nel precedente modello il primato era assunto dall'educazione, sul modello morale del "raddrizzamento ortopedico delle viti storte", il modello ora in auge è ipercognitivista, e ha come obiettivo il riempimento di vasi vuoti, il travasamento del sapere. Al libro e alla parola, intesa nella sua responsabilità e pienezza, si sostituisce il file e l'assimilazione rapida e spesso acritica di informazioni e con predefinite performance, la computerizzazione delle conoscenze ai fini produttivi, l'omologazione, attraverso una concezione efficientistica della didattica.

Siamo immersi in una cultura visiva, in immagini spesso intense e rapide che vengono assunte come dati oggettivi e non interpretabili, quindi anche le informazioni culturali tendono a venire, come le immagini, acquisite passivamente, senza filtro e senza sforzo.

Pensando alla formazione medica universitaria, ciò si traduce in una tendenza a ridurre la bibliografia necessaria per la preparazione degli esami, a evitare di inserire nei programmi ciò che non è stato trattato durante le lezioni, lasciando spazio alla sempre più in auge "sbobinatura delle lezioni". In tal modo si rischia che la selezione delle informazioni essenziali sia compiuta dal docente e che al discente spetti il compito di incamerarle tutte, nella loro totalità, senza una comparazione tra un surplus d'informazioni, senza una valutazione e un'analisi critica per ricavare ciò che è importante per sé.

D'altra parte viene rafforzato il rapporto "simbiotico con l'oggetto tecnologico e con la connessione perpetua alla rete" (*ibidem*, p. 27), che sostengono l'illusione di un sapere scon-

finato e sempre disponibile, che a sua volta può contribuire ad alimentare un ideale di prestazione.

Il numero ampio di studenti iscritti ai corsi, nonostante il numero chiuso, rende di fatto assai poco praticabile un rapporto interpersonale e un confronto; vi è uno svilimento della funzione dell'insegnante, che non può certo ritagliarsi secondo il modello di Recalcati: come "colui che sa entrare in modo singolare con l'impossibilità che attraversa il sapere, che è l'impossibilità di sapere tutto il sapere" (*ibidem*, p. 5).

Se anche possiamo concordare sul fatto che non sia sufficiente la capacità di fare "belle" lezioni per essere un buon docente (Turner, Palazzi, Ward 2008) e che obiettivo comune ai diversi insegnamenti sia lo sviluppo di un pensiero critico (Ennis 1987) di fatto, nelle coordinate attuali, al docente non si chiede certo di testimoniare la mancanza, né la capacità negativa, né di porre quesiti, ma piuttosto di diventare un buon retore, di semplificare i contenuti e di renderli chiari, in qualche modo "pre-digeriti", in modo da ridurre la fatica, tant'è che la logica evoluzione è l'insegnamento a distanza, che negli USA arriva a essere concepito nella forma di brevi corsi online standardizzati. Fortunatamente l'esperienza europea segue un approccio un po' diverso. L'*European Association of Distance teaching Universities* (EADTU) ha dato vita alla piattaforma OpenupEd (www.openuped.eu) non con l'intento d'omologare i modelli e gli approcci, ma per valorizzare la diversità, tant'è che ogni università europea presenta su Openup il proprio modello di MOOC. Tuttavia la diffusione di alcuni percorsi formativi in rete ha posto il problema dell'assenza di un rapporto diretto, sia nel percorso di apprendimento, sia in quello valutativo (Garito 2013).

"La Scuola neoliberale - scrive Recalcati - esalta l'acquisizione delle competenze e il primato del fare, e sopprime, o relega in un angolo stretto, ogni forma di sapere non legato con evidenza al dominio pragmatico di una produttività concepita in termini solo economicistici (...). Garantire l'efficienza della performance cognitiva è divenuta un'esigenza prioritaria che risucchia le nicchie necessarie del tempo morto, della pausa, della deviazione, dello sbandamento, del fallimento, della crisi, che invece, come fanno bene non solo gli psicoanalisti, costituiscono il cuore di ogni autentico processo di formazione" (*ibidem*, p. 13).

Le università sono invece chiamate e valutate a condurre il maggiore numero di studenti alla laurea nei tempi previsti e con una valutazione alta. Una battuta d'arresto, una lentezza, una deviazione vengono assunti con preoccupazione, come qualcosa da evitare e a cui porre rimedio. Del resto se il sapere è pensato come anonimo, burocratico, privo di soggettivizzazione, non è data la possibilità che le deviazioni possano essere anche arricchimenti, ma solo rallentamenti. Ciò non significa che ogni rallentamento sia da salutare come positivo, né d'altra parte che ogni celere e perfetto percorso sia davvero un successo, come ben sanno manager di multinazionali che preferiscono non assumere laureati con curricula troppo brillanti.

Sebbene le conoscenze mediche costituiscano un bagaglio corposo, tanto che il corso di laurea in medicina e chirurgia è l'unico ad avere una durata di sei anni, da un certo punto di vista potremmo sorprenderci del grande investimento, della grande fatica richiesta agli studenti di medicina per l'apprendimento, in gran parte, mnemonico, considerando che la memoria del nostro cervello può essere supportata, o vicariata dai nostri computer, chiavette USB, dischi rigidi, server e l'accesso alle stesse informazioni è favorito e moltiplicato dalla rete. In un tempo in cui le conoscenze evolvono rapidamente, in cui respiriamo la fluidità del nostro vivere è davvero prioritario fornire tante conoscenze, come se non dovessero mai essere falsificate? Come se quelle di oggi bastassero per un domani, che arriva sempre più rapido, travolgendo i saperi di ieri? Possiamo davvero credere sia ancora valido il rassicurante detto "Quando pianti per un anno pianta grano. Quando pianti per un decennio, pianta alberi. Quando pianti per la vita, coltiva ed educa persone"? Qual è allora l'esigenza, a quale bisogno risponde? Forse proprio il bisogno di certezze, di stabilità.

Nonostante il grande impegno nello studio della medicina, a volte, ingeneri negli studenti un vissuto di onnipotenza, un atteggiamento arrogante, per cui ogni altro corso di laurea e ogni altro professionista non hanno la dignità e il valore attribuito al proprio percorso, non si può non cogliere con tenerezza la nostalgia e la fatica per la ricerca di un punto fermo, punto fermo che spesso nasce come risposta collusiva alle esigenze dei pazienti. A volte ancora sentiamo "me l'ha detto il medico" con lo stesso tono di un "ipse dixit"! È un po' come dire che possiamo convivere con la fluidità, del lavoro, dei rapporti, dei luoghi di vita, ma quando stiamo male abbiamo necessità di certezze, di un punto fermo e quindi chi deve rappresentare questo punto fermo, un po' Edipo e un po' Narciso, conserva l'esigenza di un sapere totale e autorevole. L'esigenza è certo comprensibile, ma meno efficace è la risposta, che rischia di tradursi in una delega esterna, in una dipendenza da un sapere legittimato e certificato dal ruolo, più che da una maturata autorevolezza personale.

Ma si può immaginare anche altro?

Conclusioni: uno sguardo al futuro

Ci sono altri tipi di sapere e di apprendimento

Bateson (1977) individuò tre tipi di apprendimento: l'apprendimento mnemonico, il deuterioapprendimento, che riguarda la cornice teorica in cui s'inseriscono le informazioni e un terzo livello, che inerisce la capacità di compiere operazioni sulla cornice cognitiva, compresa quella di eliminare la cornice. Si tratta di una revisione radicale per dare senso a quei dati che nella vigente cornice concettuale risultano eccezioni, eccezioni che non confermano la regola. Si tratta di operare a quel livello che Thomas Khun definisce di rivoluzione sci-

entifica. Bauman (2012) ritiene che quest'ultimo apprendimento sia "una delle più importanti basi dell'impostazione e potenzialmente anche dell'ideologia dell'educazione - e in realtà anche del significato più saliente della conoscenza e dei suoi modi di produzione, distribuzione, acquisizione, assimilazione e utilizzazione" (*ibidem*, p. 23). A suo giudizio la nostra attuale conoscenza è "uno stato di rivoluzione permanente" (*ibidem*, p. 31).

Un analogo cambiamento si manifesta anche a livello epistemologico, nel passaggio dai criteri di scientificità modulati sulla scienza sperimentale, l'epistemologia classica, all'epistemologia della complessità.

Da parte sua anche Recalcati (2013) individua un altro personaggio mitologico per parlarci di un altro modo di rapportarci al sapere: è la figura di Telemaco.

Telemaco attende, spera, desidera, cerca e si muove alla ricerca del padre Ulisse e il padre che trova non è l'eroe, è un vecchio Ulisse. Attraverso la giovane figura del figlio, l'autore ci parla di un'eredità, e il sapere è una grande eredità, che può diventare nostra solo a partire dalla percezione di un'assenza, di un mancanza, a partire dal riconoscimento del debito. Il padre Ulisse non è Laio, non è il padre di cui sbarazzarsi, il padre da uccidere perché la contrapposizione è o lui o io; Telemaco non è Edipo, non cerca la contrapposizione, non rifiuta di essere figlio.

Non siamo nemmeno nell'orizzonte solitario di Narciso, che basta a se stesso, che ricerca una felicità individuale senza alcun legame, che non vive alcun conflitto generazionale, a fronte di un'assimilazione indistinta e di un'evaporazione delle figure genitoriali.

Ulisse è un padre che si può incontrare, che apre mondi e che permette di andare oltre. Telemaco testimonia la possibilità di essere figli; chiede il ripristino della legge, a tutela propria, contro i proci, coltiva il proprio desiderio; coniuga quindi Legge e Desiderio.

"I suoi occhi sono aperti sull'orizzonte e non estirpati, accecati dalla colpa per il proprio desiderio criminale, né sedotti mortalmente dal fascino della sua bellezza sterile" (*ibidem*, p. 112).

Anche nell'apprendimento potremmo trovare questo equilibrio fra Legge e Desiderio, rendendosi possibile un incontro e quindi un confronto, nel riconoscimento critico del sapere costruito, conosciuto, valutato, utilizzato e superato, o superabile, un incontro sostanzialmente con la natura del sapere, la quale porta in sé i rischi di errore e d'illusione. Così come avviene in ogni esperienza di vita: non c'è nessuna garanzia che il nostro impegno, le nostre valutazioni, i nostri investimenti, affettivi e non, rechino i frutti sperati, reggano alla prova del tempo, si rivelino "sani" o utili. L'unica possibilità di apprendimento e di sviluppo, nel senso bioniano di "apprendere dall'esperienza", è nella relazione e quindi possiamo dire che il rischio è insito nella nostra essenza umana, perché fin da subito e per sempre noi non possiamo essere sufficienti a noi stessi, ma dipendiamo sempre da un desiderio altrui. Delusio-

ni, soddisfazioni, desideri, ostacoli, incertezze, fallimenti, soddisfazioni, fatiche, entusiasmi, errori, comprensioni, aperture, chiusure, speranze sono il nostro vivere.

Quali opportunità per il medico?

Abbiamo premesso e ipotizzato che la difficoltà di confrontarsi con la morte e con pazienti che chiedono al medico le certezze che ovunque nella nostra vita si sono disciolte, possono indurre o sostenere l'adozione e la ricerca di un sapere forte e saturo. Il nostro tempo offre però anche altre possibilità.

Rispetto al passato il medico non è più da solo di fronte al paziente. Non possiamo non rilevare come sempre più la risposta di salute sia declinata in una dimensione d'équipe, con l'apporto di specialisti diversi. A parte le malattie comuni e le acuzie, la maggioranza dei pazienti chiede l'intervento medico, perché affetta da patologie croniche o per la gravità delle patologie: nell'uno e nell'altro caso ha anche come riferimento uno o più specialisti.

Anche quando il medico non è strutturato all'interno di équipe, come può essere un medico generalista, gli è richiesto una sorta di coordinamento, di ponte; dovrebbe cioè funzionare come un "direttore dei lavori", che sappia orientare i pazienti, indirizzarli e tenere il filo dei diversi specialisti.

Al direttore dei lavori serve più che un sapere esaustivo, un sapere che gli consenta di avere una visione d'insieme, di leggere le relazioni, la "struttura che connette"; serve la capacità di fare un passo indietro, per cogliere i legami, gli snodi, per individuare le priorità. Serve la capacità di muoversi nella complessità, cogliendo che componenti differenti sono parti di un tutto e sono interdipendenti. Serve la capacità di organizzare, più che di accumulare, le informazioni e di coglierne l'interconnessione anche nell'apparente frammentazione (Morin 2000). Come il direttore d'orchestra non sa suonare tutti gli strumenti, ma sa dirigere l'orchestra, così le competenze che un laureato in medicina dovrebbe possedere più che essere la somma di diverse specialità dovrebbero forse essere pensate come capacità di lettura sistemica. Il core curriculum dovrebbe allora consentire ai medici di costruire questa visione d'insieme, nella quale i percorsi delle specialità potrebbero inserirsi "zoomando" su aree circoscritte.

La possibilità di costruire e pensarsi nelle relazioni può offrire un valido sostegno nei confronti delle angosce di morte e può contemporaneamente allentare la pressione dei pazienti sui medici, moltiplicando gli interlocutori. Il potersi confrontare con gli altri, non sentire incombere su di sé l'esclusiva responsabilità della salute altrui può ridurre l'angoscia e permettere di adottare meccanismi di difesa e strategie di coping più efficaci. Va riconosciuto che anche i pazienti sono cambiati e non hanno generalmente atteggiamenti filiali nei confronti di medici paternalistici, ma vi è la tendenza a entrare in relazioni più come interlocutori adulti, condividendo anche il processo decisionale (Silverman et al. 2015).

In sintesi quindi sia l'accesso al sapere, sia il lavoro sono sempre meno pensabili nella singolarità e sempre più nella dimensione gruppale, nel confronto e nella gestione delle risorse comuni.

Le caratteristiche evidenziate interrogano l'identità del medico, il quale riuscirà a essere tanto più efficace tanto più farà sua una prospettiva "relazionale", nel sapere e nel lavoro. La soddisfazione dei pazienti e delle loro famiglie, la costruzione di un percorso condiviso, la curiosità per altre letture, la stima dei colleghi, l'aiuto dato e ricevuto, la consapevolezza di non essere responsabili di tutto, per quanto chiamati a fare la propria non delegabile parte, il confronto con altri saperi, nella rinuncia all'esclusività e nel riconoscimento dell'importanza del proprio contributo, spostano la centatura da un orizzonte individuale a una dimensione relazionale e potenzialmente dalla ricerca di una felicità edonica a una più eudaimonica.

Sarebbe un grande traguardo per l'educazione se essa, come auspicava Rousseau, insegnasse a vivere, ma se adottiamo un'ottica relazionale, dobbiamo ambire a che tale insegnamento non rimanga circoscritto ai singoli, ma promuova un buon vivere sociale. Il medico che esercita con pienezza il proprio lavoro non solo può essere più soddisfatto, e con lui i suoi pazienti, ma trasmette un valore che è testimonianza, cambia, per quanto sta a lui, una piccola parte di mondo, migliorando la società in cui viviamo.

Allora studiare ha senso.

Quali prospettive attuali

Perché le opportunità indicate possano diventare concretamente fruibili è necessario che le informazioni trasmesse, le competenze sviluppate e il sistema in cui questo avviene siano coerenti. È la condivisione, consapevole, esplicita, fattuale, di un orizzonte complesso, di discipline pensate come interconnesse e di uno specifico modo di intendere la figura professionale del medico, che informano le scelte e le proposte educative e formative di tutti e di ciascuno. "Non s'insegna quello che si sa o quello che si crede di sapere: s'insegna e si può insegnare solo quello che si è" (Jean Léon Jaurès).

Se riteniamo ad esempio che elementi cardini siano la capacità di riflettere sulla costruzione del sapere, l'approccio interdisciplinare e le capacità relazionali, questi devono tradursi in sapere ed esperienza: devono "essere respirati". Non ci sono insegnamenti che ne hanno l'esclusiva, né insegnamenti che ne sono esentati.

La strutturazione del percorso universitario offre già una cornice, che può favorire proprio questi apprendimenti. A partire dai corsi integrati. Per lo meno sulla carta, docenti di diverse discipline sono chiamati a progettare insegnamenti che favoriscano la connessione, il confronto e la sintesi. La curiosità per modi diversi di leggere i fenomeni, il rispetto per altri saperi e l'umiltà con cui si può considerare il proprio piacere della ricerca, la condivisione degli interrogativi e dei problemi, scientifici e clinici, possono motivare i docenti a

lavorare insieme e a costruire corsi davvero integrati. Questa scelta e questo atteggiamento, forse prima ancora degli specifici contenuti trasmessi, è messaggio, è insegnamento per gli studenti. Certamente implementare un percorso integrando ogni contenuto disciplinare è un obiettivo arduo, ma sarebbe auspicabile e percorribile, almeno un preliminare confronto fra docenti di corso integrato e la proposta di qualche attività congiunta. Potrebbe ad esempio essere organizzata la discussione di casi clinici preparati *ad hoc*, in cui s'integrino i contributi di discipline diverse. Sarebbe significativo poter sperimentare la capacità di accogliere o di sopportare (capacità negativa) l'impossibilità, magari temporanea, di capire tutto e di risolvere pienamente ogni problema, senza mettere in atto meccanismi disfunzionali per sé e per il paziente.

Un'altra significativa opportunità è data dal lavoro di tesi. Normalmente si favoriscono le tesi sperimentali rispetto a quelle bibliografiche; un ulteriore elemento di merito potrebbe essere costituito da lavori che valorizzino l'adozione di modelli integrati, prevedendo anche più relatori di tesi. Ciò è in linea anche con gli orientamenti della ricerca e i finanziamenti europei della stessa, in cui risultano favoriti progetti multidisciplinari.

Ovviamente la sede elettiva dovrebbe essere il percorso di tirocinio, che offre un'effettiva esperienza sul campo, in cui gli studenti potrebbero apprendere e misurarsi con questa prospettiva di cura del paziente. Ciò implica la scelta attenta di strutture ospedaliere e territoriali, che condividano l'impostazione formativa.

Rispetto all'utilità, espressa nel testo, di garantire una riflessione su tematiche più personali, legate ad esempio alla riflessione sulla morte e il morire, alle implicazioni affettive del curare e del prendersi cura e alle motivazioni sottese alla scelta professionale, va posto l'interrogativo su quale sia la migliore collocazione per un siffatto apprendimento. È evidente che tali riflessioni necessitano di spazi formativi diversi dalle classiche lezioni *ex cathedra*. Il setting formativo richiede una numerosità assai più ridotta, indicativamente 15/20 studenti, funzionale alla costituzione di un gruppo e a garantire a ognuno dei partecipanti uno spazio di parola e di ascolto. Proprio perché non si tratta tanto di acquisire informazioni o di memorizzare pensieri altrui, quanto di iniziare a prendere consapevolezza di dinamiche personali, non si reputa molto funzionale l'implementazione di ulteriori corsi e nemmeno l'integrazione in corsi già esistenti. Per quanto concerne la prima ipotesi, non sarebbe agevole inserire in un quadro già molto denso nuovi corsi e nuovi crediti, mentre nel secondo, immaginando la prevedibile collocazione in aree "psi", si rischia di veicolare messaggi di marginalità di tali apprendimenti rispetto al corpus disciplinare e quindi, in modo congruente, di avvallare il pensiero per cui i coinvolgimenti personali e la gestione di tali implicazioni siano eccedenti o accessori rispetto al lavoro del medico. Più efficacemente e forse anche più agevolmente, queste riflessioni potrebbero essere pensate come attività che s'inseriscono nei percorsi di

tirocinio. Non di rado, data la numerosità degli studenti, la ridotta disponibilità – sia numerica sia di tempo – dei tutors e il ritmo sostenuto delle attività cliniche dei reparti ospedalieri, allo studente non vengono date tutte le attenzioni che si vorrebbero per un efficace e soddisfacente apprendimento. Il quale implica certamente la possibilità di osservare e di svolgere con una guida compiti clinici, ma anche quella di poter ricevere ulteriori spiegazioni e di accedere a un confronto e a una elaborazione critica a più livelli e su più temi, fra questi anche quelli relativi alle valenze personali del curare. Si potrebbe pertanto pensare di utilizzare parte delle ore di tirocinio per percorsi formativi di riflessione, a partire proprio dall'esperienza clinica, dall'incontro con i malati, dalle modalità di lavoro e dalle attività in équipe. Nei vari reparti o sedi di afferenza per il tirocinio, agli studenti, organizzati in piccoli gruppi, stabili nel tempo, potrebbero essere proposti incontri, con cadenza settimanale (o quindicinale, in base alle risorse disponibili), per un'ora e mezza-due, con un coordinatore di gruppo (psicologo) e la presenza, almeno su specifiche situazioni in discussione, di un medico del reparto.

Un primo risultato di questa impostazione è dato dall'occasione di sperimentare un lavoro di gruppo e di sviluppare alcune soft skills, competenze che sono apparse assai rilevanti nello svolgimento attuale della professione medica.

Tali spazi potrebbero inoltre offrire l'opportunità, anche da un punto di vista clinico, di avere maggiori delucidazioni mediche, ove necessarie, di avere un'iniziale comprensione delle strategie di fronteggiamento e/o dei meccanismi difensivi adottati dal reparto, ma soprattutto darebbero la possibilità di interrogarsi su quali competenze, anche affettive e relazionali, siano necessarie per il lavoro clinico, sia nella relazione con i colleghi, sia nella relazione con i pazienti, e di verificare quale sia ad esempio la propria capacità di regolazione affettiva, quali le proprie predisposizioni, quali gli effettivi interessi. Un'esperienza di tirocinio, così sommariamente delineata, con una sorta cioè di "camera di decantazione", vorrebbe permettere agli studenti di giungere a una rappresentazione più adeguata del lavoro che saranno chiamati a svolgere, di valutare personalmente il rapporto fra le competenze richieste e quelle possedute e l'adeguatezza delle proprie aspettative rispetto alla realtà lavorativa.

Sarebbe inoltre auspicabile che un siffatto percorso potesse prendere avvio anche prima del triennio clinico, con esperienze più circoscritte e guidate, magari con i medici di medicina generale, in case di riposo o presso enti in cui i tempi della cura non siano troppo incalzanti e le prestazioni erogate non troppo sofisticate. In queste esperienze di tirocinio precoce, più che l'acquisizione di contenuti, limitata da una formazione ancora di base degli studenti, andrà valorizzato il lavoro personale, di riflessione sulle motivazioni, sulla rappresentazione del proprio ruolo lavorativo e sulle capacità relazionali. Questo anticipo temporale potrebbe permettere agli studenti che si accorgessero di avere compiuto la scelta universitaria in base a non corrette rappresentazioni, di at-

tuare anche scelte diverse non troppo onerose; viceversa potrebbe motivare maggiormente gli studenti convinti della propria scelta e dare, aspetto rilevante, la possibilità ad altri di intraprendere percorsi personali al fine di maturare quelle capacità relazionali, che fossero apparse inadeguate o insufficienti.

Infatti, sebbene l'accesso al corso di laurea di medicina sia subordinato al superamento di una prova, questa valuta la conoscenza di alcuni contenuti, quindi potremo dire in senso lato delle capacità cognitive. È ben evidente che un buon medico, e un medico felice, non è solo colui che sa, ma di tutto "quell'altro e non accessorio" che sarebbe richiesto non vi è alcuna valutazione. Non di rado s'incontrano studenti preparati, ma che non si vorrebbe incontrare come pazienti. Sono forse i medici infelici, che rendono infelici anche i pazienti. Sovente è proprio nel triennio clinico, se non anche oltre nelle specialità, che si evidenziano quelle caratteristiche personali che non appaiono adeguate per una professione d'aiuto. Altre volte è lo studente stesso che va in crisi, avvertendo lo scollamento fra le proprie attese e la realtà, ma non avendo la possibilità di ritagliarsi un ruolo professionale più soddisfacente. Un precoce e riflessivo contatto con la realtà lavorativa attraverso questi percorsi di tirocini con elaborazione, potrebbe rispondere anche all'esigenza di indirizzare meglio gli studenti, aiutandoli a confrontarsi con le proprie motivazioni e rendendo più realistiche le aspettative.

La valutazione, che nei corsi ordinari viene espressa dal docente, verrebbe invece qui compiuta insieme allo studente e assunta nel significato più autentico di una tappa del percorso formativo.

Certo queste proposte non possono assicurare la felicità, ma possono contribuire ad aumentare la consapevolezza rispetto a sé e alla professione scelta, quindi a ridurre l'infelicità o delle aspettative deluse o delle promesse mancate.

Si ringrazia la Dott.ssa Marcella Bonfietti per la condivisione e le puntuali osservazioni.

Bibliografia

- Baldwin PJ, Dodd M, Wrate WR. *Young doctor's health. How do working conditions affect, attitudes, health and performance.* Soc Sci Med 1997;45:35-40.
- Bateson G. *Verso un'ecologia della mente.* Milano: Adelphi 1976.
- Bateson G. *Mente e natura, un'unità necessaria.* Milano: Adelphi 1984.
- Bauman Z. *Conversazioni sull'educazione.* Erickson 2012.
- Buckman R. *Breacking bad news: a guide for healthcare professionals.* Baltimore. Johns Hopkins University Press 1992. Trad.it. a cura di E. Vegni. *La comunicazione della diagnosi.* Milano. Raffaello Cortina Editore 2003.
- Chew M, Williams A. *Australian general practitioners: desperately seeking satisfaction: is the satisfied GP an oxymoron?* Med J Aust 2001;175:85-6.
- Cinque M. *Il curriculum nascosto: quale definizione? The hidden curriculum: which definition?* MEDIC 2016;24:14-9.
- Cinque M, La Marca A. *MOOC e autoregolazione dei processi di apprendimento. Tre casi di studio.* Atti del IX Congresso Nazionale della SIE-L – Società Italiana di e-Learning. SIE-L Editore 2013.
- Deccache A, Berrewaerts J, Libion MF, et al. *Former les soignants à l'éducation thérapeutique des patients: que peut changer un programme?* Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2009;(1):39-48.
- Della Rocca C, Basili S, Caiaffa MF, et al. *Curriculum dei Corsi di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia: editing, razionalizzazione, semplificazione e proposte di evoluzione.* Medicina e Chirurgia 2017;73:3315-21.
- Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. *Unhappy doctors: what are the causes and what can be done?* BMJ 2002;324:835-8.
- Edwards N, Kornacki MJ, Silversin J. *The problem of unhappy doctors. What are the causes and what can we do?* London: NHS Confederation 2002.
- Ennis RH. *A taxonomy of critical thinking skills and dispositions.* In: Baron JB, Sternberg RJ, Eds. *Teaching thinking skills: theory and practice.* New York: Freeman 1987, pp. 9-26.
- Gallardo S, Ferrari L. *How doctors view their health and professional practice: an appraisal analysis of medical discourse.* J Pragmatics 2010;42:3172-87.
- Garito MA. *Alleanze per la conoscenza: i MOOC per un nuovo modello di università (aspetti positivi e negativi).* Intervento presentato nell'ambito della Sessione Plenaria I: Oltre i MOOC: Openness per la Qualità Formativa! pubblicato negli Atti del IX Congresso Nazionale della SIE-L – Società Italiana di e-Learning. SIE-L Editore 2013.
- Garito MA. *L'università nel XXI secolo tra tradizione ed innovazione.* Milano: McGraw Hill 2017.
- ISFOL. *Rapporto ISFOL 2012. Le competenze per l'occupazione e la crescita.* Roma: ISFOL 2012.
- Kassirer JP. *Doctor discontent.* N Engl J Med 1998;339:1543-5.
- Kübler-Ross E. *La morte e il morire.* Assisi: Cittadella 2015.
- Luzzatto G, Mangano S, Moscati R, et al. *Secondo rapporto – ricerca su occupazione/occupabilità dei laureati universitari,* 2011. www.cared.it/09062011IRAPPORTODILAVOROCAR ED.pdf [3 aprile 2016].
- Manpower Group. *Soft skills for talent 2014* (www.manpowergroup.it/indagine-soft-skills-manpowergroup, 3 aprile 2016).
- Morin E. *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero nel tempo della globalizzazione.* Milano: Raffaello Cortina Editore 2000.
- Murray A, Montgomery JE, Chang H, et al. *Doctor discontent. A comparison of physician satisfaction in different delivery system settings, 1986 and 1997.* J Gen Intern Med 2001;16:452-9.
- Recalcati M. *Il complesso di Telemaco. Genitori e figli dopo il tramonto del padre.* Milano: Feltrinelli 2013.
- Recalcati M. *L'ora di lezione. Per un'erotica dell'insegnamento.* Torino: Einaudi 2014.
- Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Competenze per comunicare.* Padova: Piccin 2015.
- Smith R. *Why are doctors so unhappy?* BMJ 2001;322:1073-4.
- Turner TL, Palazzi DL, Ward MA. *The clinician-educator's.* Hous-ton: Handbook 2008:131-53.