

Didattica della relazione nel corso di formazione specifica in Medicina Generale: dal “caso clinico” alla narrazione didattica

Mariagiovanna Amoroso, Gaetano D’Ambrosio

SIMG, Barletta-Andria-Trani

La “norma” di essere catapultati in un reparto o in ambulatorio durante i tirocini universitari e post-universitari senza possedere le competenze comunicative ed esperienziali indispensabili per una corretta interazione con i pazienti ci pone davanti a due importanti criticità. La prima consiste nel fatto che l’improvvisazione indotta dalla mancanza di competenza fa sì che i medici in formazione si affidino esclusivamente alle proprie “predisposizioni caratteriali”, per cui chi ha avuto la fortuna di ricevere in dono il talento dell’empatia è avvantaggiato rispetto ai suoi colleghi che ne sono sprovvisti. Un percorso formativo, però, è veramente tale se colma le disuguaglianze e fornisce a tutti i discenti gli strumenti necessari all’acquisizione di una specifica abilità. La seconda criticità ha a che fare con il mancato riconoscimento alle competenze empatiche e di intimità di “pari dignità” rispetto alle competenze clinico-scientifiche.

È dimostrato che durante il corso di Laurea in Medicina, dal terzo anno in poi, il livello di empatia degli studenti cala progressivamente¹. Eppure l’empatia è necessaria per un corretto allineamento tra medico e paziente².

Tale allineamento è da perseguire non sul piano emozionale del sentimento, bensì su quello cognitivo, della ragione. In quanto sforzo razionale, infatti, l’empatia può essere appresa³ e la Medicina Narrativa può essere utilizzata per raggiungere tale obiettivo.

Generalmente le narrazioni sono utilizzate, a scopo didattico, chiedendo ai medici in formazione di descrivere in forma narrativa casi o situazioni attingendo alla propria esperienza.

Ci siamo chiesti se fosse possibile e didat-

ticamente utile un approccio differente basato sull’utilizzo di narrazioni che, analogamente a quanto si fa per i casi didattici, pur traendo ispirazione da situazioni reali siano costruite tenendo bene presenti gli obiettivi educativi da raggiungere e definendo preliminarmente le corrispondenti piste di dibattito e i veicoli di apprendimento⁴. A differenza del “caso didattico”, che ha prevalentemente l’obiettivo di allenare al *problem-solving* in ambito clinico, il testo così prodotto, che abbiamo pensato di chiamare “narrazione didattica”, mira a offrire all’attenzione dei discenti gli elementi psicologici e sociali della consultazione e a favorirne la percezione e la corretta interpretazione.

Materiali e metodi

La nostra esperienza si è svolta nel contesto di un seminario di quattro ore realizzato in tre momenti diversi con i tirocinanti dei tre anni del corso di formazione specifica in Medicina Generale (MG) del polo didattico Barletta-Andria-Trani della Regione Puglia. Nella prima parte del seminario è stato discusso un caso didattico con le consuete modalità ovvero fornendo ai partecipanti solo i dati clinici utili per rispondere ai quesiti relativi alla formulazione di un piano diagnostico e terapeutico (Box 1: *Caso clinico didattico*). In particolare il caso proposto aveva l’obiettivo di far acquisire le competenze necessarie a:

- riconoscere e trattare la fase di riaccutizzazione della malattia da reflusso gastro-esofageo;
- gestire il riscontro occasionale di un rialzo pressorio in paziente iperteso in trattamento.

Le proposte dei singoli tirocinanti sono state raccolte individualmente o a piccoli gruppi e successivamente discusse in plenaria.

Nella seconda parte lo stesso caso è stato presentato sotto forma di “narrazione didattica” (Box 2: *Narrazione didattica*), un testo non strutturato che tuttavia, come il caso didattico, è stato costruito avendo preliminarmente definito gli obiettivi educativi, le piste di dibattito e i vettori di apprendimento (Box 3: *Obiettivi educativi e piste di dibattito della narrazione*).

Dopo una lettura individuale o a piccoli gruppi del testo, ai partecipanti è stato richiesto di descrivere le emozioni del medico e del paziente, individuare la condizione di disagio al di là del sintomo e le proposte suggerite dal medico per affrontarlo, infine valutare se e in quale misura le informazioni emerse dalla lettura del testo potessero modificare le scelte diagnostiche e terapeutiche adottate al termine della presentazione del caso didattico.

Infine è stata realizzata una intervista strutturata stile “focus group” allo scopo di far emergere il grado di consapevolezza dell’influenza che gli aspetti comunicativi e sociali hanno nella pratica della MG; di richiamare alla mente la “storia” complessiva e non il solo “caso clinico” di un paziente incontrato nella propria esperienza; di valutare il bisogno di ognuno di essere formato anche per la gestione degli aspetti psico-sociali della relazione medico-paziente; di raccogliere feedback sull’esperienza didattica e aspettative o bilanci sull’opportunità di acquisire tali competenze durante il corso di formazione specifica in MG.

BOX 1. Caso clinico didattico

Sandro, 57 anni, **iperteso** in trattamento con **enalapril 20 mg** una cp al mattino e **amlodipina 5 mg** una cp alla sera.

Nel 2014 ha eseguito una visita gastroenterologica e una gastroscopia (HP Neg): **MRGE** in paziente con **ernia iatale** trattata più volte con **IPP** + **antiacidi** con beneficio.

Si rivolge al suo MMG lamentando **tosse stizzosa** e improvvisi **risvegli notturni** con **sensazione di soffocamento** e di **risalita di acido in gola**.

Nel consultare la cartella il MMG si accorge che **non è registrato un valore di PA recente** (gli ultimi valori risalgono a sei mesi prima e sono inferiori a 140/90 mmHg).

Pertanto il MMG procede a un ulteriore controllo pressorio rilevando valori più alti del solito: **PA 160/90 mmHg; FC 90 b/m, polso ritmico**.

Piste di discussione: i dati proposti sono sufficienti per prendere una decisione (se no, elencare i dati mancanti)? Quali soluzioni proporresti al paziente (motivare la risposta)?

Nota pedagogica: le parole in grassetto costituiscono i cosiddetti "veicoli dell'apprendimento": sono cioè gli elementi che caratterizzano il caso nel senso voluto e grazie ai quali i discenti che affrontano il "caso" sono stimolati a percorrere il "cammino riflessivo" che li porterà a raggiungere gli obiettivi di apprendimento desiderati.

MRGE: malattia da reflusso gastro-esofageo; IPP: inibitori della pompa protonica; PA: pressione arteriosa; FC: frequenza cardiaca; MMG: medico di medicina generale.

BOX 2. Narrazione didattica

Il signor Barberis è mio paziente da più di 10 anni. L'ho sentito entrare, schiarirsi la voce e dire alla mia collaboratrice, non so se più ristorato dall'aria condizionata o dalla sorpresa di una sala d'attesa vuota, che, dato che non c'era nessuno, si sarebbe volentieri fermato a farmi visita. Varca la soglia della mia stanza, si chiude dietro la porta sfoggiando dalla sua altezza un sorriso teso, si schiarisce nuovamente la voce: *"Salve dottoressa, come sta?"*.

Lo invito ad accomodarsi tendendogli la mano. La stringe solo dopo aver strofinato la sua sui pantaloni. Scambiamo qualche convenevole ma lo vedo assorto e distratto da altri pensieri. Come se avesse fretta di dire e fretta di andare. Gli chiedo di raccontarmi un po' come si sente.

"Sa, dottoressa, si ricorda del mio reflusso? È tornato e non mi fa dormire. Mi sveglio di soprassalto con la sensazione di acido in gola, e anche la tosse è tornata. Fastidiosissima. Esattamente come l'altra volta."

Mentre apro la sua cartella gli chiedo se nella dieta è accorto o se per caso in questo ultimo periodo ha assunto cibi e bevande che avrebbero potuto dargli fastidio e che lui conosce perfettamente. La malattia da reflusso gastro-esofageo in contesto di ernia iatale gli è stata diagnosticata tre anni fa a mezzo di una gastroscopia (HP negativa). Da allora è stato necessario periodicamente ripetere i cicli di terapia medica ogni volta che la sintomatologia risultava riacutizzarsi.

"Guardi, non è che sia stato particolarmente attento alla dieta, sono molto impegnato in questo periodo, però da alcuni giorni, nonostante qualche accorgimento in più, non ho notato miglioramenti. Sento il solito bruciore che si attenua ai pasti ma faccio fatica a digerire qualsiasi cosa. Per tre mesi sono stato bene e adesso punto e a capo ... Ma cosa ne pensa? Forse è il caso di ripetere la gastroscopia?" Lo dice con un certo velo di angoscia.

Gli dico per rassicurarlo che sono sintomi che conosce bene, che la gastroscopia è ancora abbastanza recente e aveva evidenziato un problema che da solo può più che giustificare i suoi sintomi e che periodicamente può riacutizzarsi; che la terapia medica che aveva fatto in passato aveva limitato danni e sintomi della esofagite ma non poteva guarirlo dall'ernia iatale che ne era la causa; infine, che probabilmente è proprio il caso di ripetere il ciclo di farmaci. Allo stesso tempo dando una rapida occhiata in cartella mi rendo conto che l'ultimo valore di pressione registrato risale a 6 mesi prima.

Con disinvolture glielo faccio presente e lo invito a seguirmi nell'altra stanza per misurarla. Annuisce senza troppa convinzione come se gli stessi facendo perdere tempo o come se mi stessi interessando di un problema futile o di qualcosa che evidentemente non considera un problema. Registro un valore di PA di 160/90 mmHg con un polso ritmico a 90 b/m. Ben più alto di quello di 6 mesi prima del tutto nella norma. Eseguo una seconda misurazione a distanza di qualche minuto, notando una insofferenza crescente. Il valore è confermato. Gli chiedo se sta assumendo correttamente la terapia.

"Perché me lo chiede? È troppo alta? – è allarmato"

Lo tranquillizzo dicendogli che potrebbe essere anche solo un valore da ambulatorio medico (pur cosciente del fatto che da quando lo conosco non è mai capitato), ma che è molto importante sapere se assume o non con continuità i due farmaci con i quali l'ipertensione era sempre stata trattata con compenso: enalapril 20 mg la mattina, amlodipina 5 mg la sera.

"No no dottoressa, sarà capitato solo pochissime volte di dimenticare la compressa della sera, ma è un periodo frenetico, sono oberato di lavoro, faccio di tutto per non trascurarmi ma può capitare di tanto in tanto di dimenticare una compressa, no? E poi la pressione alta non dà qualche malessere? A me, l'unica cosa che mi tormenta è questo reflusso che non capisco proprio. Mi spaventa. Scusi se insisto ma non crede sarebbe il caso di fare delle analisi del sangue?"

Gli dico che le ultime risalgono a 6 mesi prima ed erano del tutto nella norma. Non c'è motivo di ripeterle. E lui, non alterato ma vistosamente coinvolto emotivamente dalla questione mi dice sporgendosi sulla scrivania: *"Ma non dico i soliti esami! So che ci sono degli esami C... qualche cosa"*. Il soggetto che parla si riferisce ad alcuni esami di laboratorio che iniziano con la lettera C ma di cui non ricorda bene il nome. È terrorizzato dall'idea di avere un tumore dello stomaco. Lo realizzo in questo momento.

"Allora signor Barberis le dico la mia impressione, mi corregga se commetto qualche errore di valutazione. Da quando è entrato nel mio studio mi è sembrato visibilmente agitato e pensieroso. Penso che lei sia sinceramente preoccupato. Altrove con la testa ma allo stesso tempo angosciato da una situazione di salute del tutto simile alle precedenti. Mi sta presentando esattamente gli stessi sintomi delle altre volte e non ha presentato né adesso né agli esami recenti altri segni d'allarme che potrebbero insinuare il dubbio che lei è venuto in mente. Quindi da questo punto di vista vorrei dirle che il sospetto è del tutto infondato. Allo stesso tempo, se me lo permette e se non la mette a disagio, vorrei chiederle come mai questo ultimo periodo è diventato così stressante per lei. Ha avuto problemi col lavoro? Come vanno le cose a casa? I figli danno pensieri?"

Il signor Barberis si schiarisce più volte la voce, e fa un lungo sospiro e una lunga pausa. Gli occhi appena offuscati.

"Due mesi fa hanno diagnosticato a mia moglie un tumore del pancreas, già esteso al fegato. Ci hanno detto subito che non è operabile. Ha già fatto un ciclo di chemio. Adesso ci prepariamo al secondo."

Mentre continua a parlare sono tramortita. Ada. Conosco la moglie da tanti anni. Non è mia paziente ma ha accompagnato il marito in studio tante volte. Ricordo confusamente che avesse presentato in passato una sintomatologia dispeptica anche lei, inquadrata anche nel suo caso nella MRGE dal suo curante, tempo addietro, ma in attesa di altre indagini. Avrò fatto bene a non accontentarlo nella richiesta di quegli esami? Ho un attimo di smarrimento. Anche mio padre sta accusando gli stessi sintomi in questo periodo... da quanto tempo non fa le analisi? Mi rendo conto di essermi allontanata dal racconto in preda a un'ansia ingiustificata. Rifocalizzo la mia attenzione su di lui. Speriamo che non se ne sia accorto.

"La verità è che non sapevo a che cosa stessimo andando incontro. Io non ero preparato. È cambiato tutto. Ha bisogno di assistenza continua che al momento non possiamo permetterci. Ho chiesto un anticipo sulla liquidazione per poter far fronte alle spese e farmi dare una mano. I figli ci sono, per carità, ma non sempre. Io sto cercando di lavorare il più possibile da casa e per il momento me lo stanno concedendo, la 104 non basta. Non mi bastano le ore della giornata per svolgere il ruolo del marito che l'accudisce, occuparmi di quello di cui prima si occupava lei, trovare il modo di occuparmi anche delle mie faccende. Ho paura di non farcela a sopportare tutto questo. Paura. La mia salute è passata in secondo piano. Ma d'altronde, che importa? Ada non si è mai trascurata. Mai. È sempre andata regolarmente dal senologo e dal ginecologo. Attentissima alla dieta, molto più di me. Mai una sigaretta, mai un bicchiere di vino. Chilometri di passeggiate. E a che cosa è servito? A che cosa?"

Faccio una lunga pausa.

"Mi dispiace enormemente per quanto sta accadendo a lei e a sua moglie. Mi rendo conto che non ci siano parole all'altezza di un qualunque conforto. Non si è preparati davvero mai a nulla. Quando i problemi sono montagne non si può pretendere di scalarle in un giorno, occorre accontentarsi di fare un pezzo di arrampicata per volta. Sono certa che il curante di Ada compilerà i documenti necessari per ottenere almeno un minimo aiuto economico e una mano sul piano della assistenza domiciliare [lo vedo annuire]. Nel frattempo chiedi una mano a figli, amici e parenti. Credo anch'io che non possa da solo gestire questa situazione. E anche se potesse non sarebbe giusto."

Il signor Barberis si è ricomposto. Ha ascoltato con attenzione. Sfogarsi deve avere allentato un minimo di tensione. Lo invito a seguirmi per rimisurare la pressione prima che vada via e riscontro un valore di 135/85 mmHg alla prima e alla seconda misurazione.

Prende congedo con un saluto silenzioso e disteso.

Risultati e discussione

Dall'analisi del caso didattico è emersa un'unica sostanziale differenza di approccio tra i medici tirocinanti del primo anno e quelli degli anni successivi: l'attitudine ancora molto forte a un'analisi di tipo accademico, sostanzialmente basata sul richiamo sistematico delle nozioni acquisite piuttosto che all'applicazione di una metodologia clinica che conduca alla scelta delle ipotesi diagnostiche epidemiologicamente più probabili e delle strategie di intervento potenzialmente più efficaci e appropriate. Tale dato è confortante in quanto prova indiretta dell'efficacia del corso nel migliorare le capacità cliniche dei tirocinanti.

Dall'analisi della narrazione didattica si rileva che tutti i partecipanti, a prescindere dall'anno di corso, sono stati in grado di analizzare il testo e di individuare al suo interno le informazioni che il mandato imponeva di ricercare. Solo due tirocinanti hanno dichiarato, dopo aver letto la narrazione, che non avrebbero modificato in alcun modo le loro valutazioni cliniche, mentre 17 su 22 avrebbero modificato le loro scelte unicamente da un punto di vista "diagnostico e terapeutico". Tre tirocinanti, oltre a modificare l'approccio clinico, hanno espresso considerazioni sulla opportunità di una presa in carico più globale del paziente. Dall'analisi dell'intervista strutturata si

ottengono i principali feedback sul valore attribuito da ciascun discente agli aspetti emotivi e relazionali dell'interazione medico-paziente, sulla misura del disagio legato alla consapevolezza dei propri limiti in questo ambito, sull'opportunità e l'efficacia della esperienza didattica svolta per esplorare tali bisogni formativi, sulle occasioni di esercizio e approfondimento che il corso è in grado di proporre in questo settore.

Domanda 1: "Nella vostra esperienza quanta importanza hanno le problematiche emotive e relazionali nella pratica della MG?"

Tutti i tirocinanti ritengono che questi aspetti siano preponderanti nella pratica della MG e che questa branca più delle altre esponga, nella continuità del rapporto coi pazienti, ad affrontare disagi psico-sociali.

Domanda 2: "Siete in grado di riferire qualche caso, incontrato in ospedale o in ambulatorio, nel quale sono emersi fattori emotivi o relazionali di rilevante importanza nella gestione del caso?"

Hanno risposto affermativamente 10 su 22 partecipanti. Tuttavia la narrazione di alcuni casi è risultata impropria e rivelatrice di due grandi pregiudizi diffusi intorno al concetto di empatia. Il primo è che essere empatici comporti un maggiore rischio di coinvolgi-

mento emotivo nelle vicissitudini narrate dai pazienti. Il secondo è che essere empatici significhi dare maggiore rilevanza agli elementi psico-relazionali della visita rispetto a quelli semiologici-obiettivi.

Domanda 3: "In quale misura ritenete necessario migliorare la vostra capacità di gestire questi aspetti della consultazione?"

Una prima considerazione è scaturita dall'osservazione che alcuni tirocinanti laureati in altre università, a differenza della maggior parte del gruppo, che aveva frequentato le facoltà mediche pugliesi, avevano già avuto una formazione alla relazione medico-paziente, a testimonianza di quanto sia disomogenea l'offerta formativa in questo ambito. La seconda riflessione muove dal dato che dei 22 tirocinanti che hanno partecipato a questa esperienza solo 3 ritengono che la relazione medico-paziente non possa essere oggetto di apprendimento ma che possa essere acquisita solo con l'esperienza. I restanti 19, pur immaginando percorsi formativi differenti, dichiarano la consapevolezza del bisogno di colmare un vuoto di competenze. Infine dalle risposte si evince quanto la maggioranza dei tirocinanti abbia ben presente che la continuità di rapporti che caratterizza la MG richieda l'affinamento non solo di abilità comunicative e relazionali ma anche

BOX 3. Obiettivi educativi e piste di dibattito della narrazione

Stimolare i discenti a:

1. riconoscere le emozioni provate dal paziente;
2. individuare il disagio oltre il sintomo;
3. riflettere sulle emozioni provate dal medico di medicina generale durante la consultazione;
4. interrogarsi, laddove riconoscibile, su come il percorso diagnostico-terapeutico sia influenzato da una migliore percezione del vissuto di malattia da parte del paziente;
5. riconoscere tra i compiti del MMG anche quello di favorire l'utilizzo delle risorse che possono provenire dai servizi per la comunità oltre che dalle strutture strettamente sanitarie.

Veicoli di apprendimento (esempi)

"Lo invito ad accomodarsi tendendogli la mano in forma di saluto. La stringe solo dopo aver strofinato la sua sui pantaloni. Scambiamo qualche convenevole ma lo vedo assorto e distratto da altri pensieri. Come se avesse fretta di dire e fretta di andare" (Obiettivo 1).

"È cambiato tutto. Ha bisogno di una assistenza continua che al momento non possiamo permetterci. Ho chiesto un anticipo sulla liquidazione per poter far fronte alle spese e farmi dare una mano. I figli ci sono, per carità, ma non sempre. Io sto cercando di lavorare il più possibile da casa e per il momento me lo stanno concedendo, la 104 non basta. Non mi bastano le ore della giornata per svolgere il ruolo del marito che l'accudisce, occuparmi di quello di cui prima si occupava lei, trovare il modo di occuparmi anche delle mie faccende" (Obiettivo 2).

"Avrò fatto bene a non accontentarlo nella richiesta di quegli esami? Ho un attimo di smarrimento. Anche mio padre sta accusando gli stessi sintomi in questo periodo, da quanto tempo non fa le analisi? Mi rendo conto di essermi allontanata dal racconto in preda a un'ansia ingiustificata. Rifocalizzo la mia attenzione su di lui. Speriamo che non se ne sia accorto" (Obiettivo 3).

"Quindi da questo punto di vista vorrei che ogni sospetto fosse fugato con molta chiarezza. Allo stesso tempo, se me lo permette e non la mette a disagio, vorrei chiederle come mai questo ultimo periodo è diventato così stressante per lei. Ha avuto problemi col lavoro? Come vanno le cose a casa? I figli danno pensieri?" (Obiettivo 4).

"Sono certa che il curante di Ada compilerà i documenti necessari per ottenere almeno un minimo aiuto economico e una mano sul piano della assistenza domiciliare (lo vedo annuire). Nel frattempo chiedo una mano a figli, amici e parenti. Credo anche io che non possa da solo gestire questa situazione" (Obiettivo 5).

di capacità analitiche e interpretative indispensabili per una valutazione globale del disagio del paziente.

Domanda 4: "Pensate che la discussione di casi in forma narrativa possa essere di aiuto nel migliorare la vostra capacità di gestire questi aspetti della consultazione?"

Tutti i partecipanti hanno ritenuto utile da un punto di vista formativo l'esperienza della narrazione didattica per averne ricavato l'opportunità di riflettere e confrontarsi sugli aspetti emotivi e relazionali della consultazione.

Domanda 5: "Pensate di avere l'opportunità, durante il corso di formazione specifica, di esercitarvi sul campo (in ospedale o in ambulatorio) nella gestione degli aspetti psico-sociali delle malattie?"

Tutti i corsisti del primo anno, che non hanno ancora effettuato l'esperienza presso i tutor, si aspettano di avere l'occasione di affinare sul campo le proprie competenze relazionali e sociali nei semestri che trascorreranno negli ambulatori di MG.

Dei corsisti del secondo e del terzo anno, invece, solo 2 confermano tale aspettativa; 3 ritengono di avere avuto la possibilità di confrontarsi con tali problematiche

durante i tirocini svolti presso il distretto (poliambulatori, centro di salute mentale, ser e consultorio); 12 affermano di non avere avuto questa opportunità né durante i tirocini ospedalieri ed extraospedalieri né durante i mesi di frequenza dai tutor medici di medicina generale (MMG) adducendo le seguenti motivazioni: paura di sentirsi giudicati e condizionati, timore di fare irruzione in dinamiche preesistenti o di mettere in cattiva luce il tutor, assenza del tempo del confronto tra un paziente e l'altro per l'incalzare delle visite. Da questa risposta emerge una evidente criticità della attività tutoriale che potrebbe essere affrontata con un percorso di formazione continua dei tutor.

Conclusioni

I tirocinanti da noi intervistati si sono rivelati perfettamente consapevoli dell'importanza degli aspetti psico-relazionali nella pratica della MG e della inadeguatezza delle proprie competenze in questo campo, esprimendo esplicitamente un bisogno formativo. Una risposta a questa esigenza può venire dalla Medicina Narrativa e in particolare dallo strumento della narrazione didattica, come dimostrato dalla nostra esperienza che, pur con tutti i suoi limiti metodologici, per quanto ci risulta non ha precedenti in letteratura. La narrazione didattica si è rivelata uno

strumento potente, particolarmente utile nel primo anno di corso, in quanto in grado di sensibilizzare i medici in formazione alle dinamiche relative alla relazione medico-paziente, di offrire loro spunti per una riflessione sui propri bisogni formativi in questo ambito e di migliorare la propria capacità di percepire nel colloquio col paziente anche gli elementi della comunicazione che non sono correlati a problematiche strettamente biologiche. Naturalmente l'analisi di narrazioni didattiche rappresenta solo un primo approccio alla formazione sulle problematiche relazionali che può avvalersi di molte altre opzioni didattiche quali corsi sulla comunicazione, partecipazione a gruppi Balint, corsi di cine-education, incontri con pazienti formatori, oltre alla fondamentale e irrinunciabile pratica clinica, guidata da tutor formati alla didattica della relazione medico-paziente.

Bibliografia

- 1 Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, et al. *The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school.* Acad Med 2009;84:1616.
- 2 Spiro H. *What is empathy and can it be taught?* Ann Intern Med 1992;116:843-6.
- 3 Stepien KA, Baernstein A. *Educating for empathy - a review.* J Gen Intern Med 2006;21:524-30.
- 4 Ventriglia G, Turbil E. *Educazione continua in medicina.* Milano: Elsevier-Masson 2003.