

PER UNA PEDAGOGIA MEDICA NELL'APPROCCIO PSICOSOMATICO ALLA GINECOLOGIA

R. Forleo, P. Forleo

Alla fine del '700, quando da poco la Rivoluzione Francese si era trasformata prima in una dittatura violenta, preparato il recupero delle forze conservatrici, si cominciò a concepire il "concetto di psicosomatica".

La Rivoluzione aveva fatto propria l'idea che la "Scienza" potesse dare chiarezza e felicità battendo superstizioni e fedi religiose. Questo impulso, suffragato da primi dati derivati dal progresso tecnico e scientifico, aveva portato però a deificare la "Ragione", che era venuta così ad assumere il ruolo di ideologia, o meglio di pensiero assoluto, di visione del mondo.

Seguendo quello che il neurologo Damasio definisce l'"errore di Cartesio", si continuava a separare, nella cultura medica, corpo e spirito, cervello e mente. Uno "spirito", confuso con emotività, intelligenza e razionalità, del tutto distaccato dal corpo.

Era l'ignoranza, la mancanza di conoscenze, il nemico da combattere. L'uomo colto del secolo dei "lumi", era, attraverso la ragione, idoneo a trasformare il mondo in una società più giusta.

Questa concezione aveva portato a enormi passi avanti nella formazione del personale sanitario, aveva tolto ad improvvisate ed ignoranti mammane ("mamma-ana", uguale alla mamma;

"midwife", uguale con la donna) l'arte di "assister parti", costringendo queste "levatrici", o "sage femmes", a frequentare organiche Scuole Universitarie, situate nelle grandi strutture ospedaliere. Nello stesso tempo i due Collegi, quello dei "Medici e filosofi" e quello dei "Chirurghi-Barbieri", si erano fusi in Società (o Ordine, o Collegio) di "Medicina e Chirurgia", cui si accedeva con la stessa laurea.

Sorsero poi le Specialità e la medicina divenne sempre più positivista-materialista, sperimentale, attraverso il trionfo dell'anatomia normale e patologica, dell'istologia e, verso la fine del XIX secolo, della biochimica e della batteriologia.

All'inizio del 1800 però due medici si contrapposero a questa corrente "scienziasta", alla medicina "d'organo e di apparato", proponendo sistemi basati su concezioni filosofiche e su architetture spesso fantasiose, aliene da rigorose osservazioni scientifiche. Era la rivincita del pensiero divergente e creativo, verso la ripetizione acritica di concezioni mediche ancorate a costruzioni tradizionali non sempre frutto dell'esperienza.

La medicina cercava di essere ancora un'"arte", (in greco "tecné" che non vuol dire tecnica come il positivismo ottocentesco pretendeva), come l'ave-

va definita Ippocrate. Medicina cioè come attività creativa, alimentata dalla fusione fra *emozione e coscienza*, che caratterizza il pensiero che meglio legge il futuro.

Occorre tenere presente che niente (o quasi niente) si conosceva allora sull'eziologia e patogenesi delle dilatanti malattie infettive (non si conosceva l'esistenza dei microbi) e ancor meno sulla fisiopatologia endocrina e metabolica, assolutamente niente sulla genetica e l'immunologia.

Questi due clinici, Johann Christian Heiroth (1773-1848) e Samuel Hahneman (1755-1843), sono oggi riconosciuti, il primo come il fondatore della "psicosomatica", termine da lui per primo usato nel 1818, e l'altro della "omeopatia", pubblicando nello stesso anno il suo trattato "Organon" (1818).

Ambedue conoscono inizialmente fortuna per quel tanto di fede nell'esoterico che alberga da sempre nel mondo della medicina. Senza dubbio contribuiscono a porre l'attenzione all'unità della persona umana, anche se troppo spesso scivolarono nel mondo dell'"indimostrabile", nell'impossibilità di basare le loro congetture su prove inoppugnabili, lasciandosi affascinare dalla teorizzazione e dal desiderio di dare risposte olistiche e sistemiche agli eterni problemi della salute.

Così l'omeopatia si scontra, allora come tutt'ora, con la "evidence based medicine" e cerca congetture spesso fantastiche e fantasiose, rifugiandosi nelle capacità guaritrici del magico, oggi alimentato dal "pensiero debole" della New Age.

La "psicosomatica" invece aveva in sé i germi di una concezione ben più solida, anche se il termine scompare dopo di allora, per riaprire la finestra nel secolo successivo sotto la spinta del pen-

siero freudiano. La dottrina psicosomatica viene poi ridefinita e il termine acquisisce chiari riferimenti da parte dello psicanalista Felix Deutch (1922) e successivamente dalla Scuola di Chicago, sempre di tipo psicomodinamico.

Occorre però sottolineare che Henrioth aveva pensato che la psiche generasse alcune malattie (anche tubercolosi e diabete) e nello stesso tempo prospettò che esistessero turbe mentali prodotte da discrasie biologiche (l'Autore parlava in questo caso di malattie "somato-psichiche"), ipotizzò che si producessero alterazioni di strutture del S.N.C. o della "mente", quando il corpo si ammalava per cause esterne.

Ma è alla fine del secolo XX che la fusione fra mente e cervello, spirito e corpo, diviene assioma fondamentale della medicina tutta, grazie alle scoperte, ogni giorno più eclatanti, delle "neuroscienze". Cellule nervose, nuclei, neurotrasmettitori e neurormoni prendono spazio nell'interpretazione della base biologica e psichica nel definire comportamenti, situazioni di malessere psichico, oltre che nella patogenesi delle patologie organiche.

È però assurdo che ancor oggi la psichiatria si differenzi dalla neurologia a livello di specialità e di organizzazione dei servizi sanitari, rincorrendo nostalgie psicoanalitiche. La psicosomatica tende a creare proprie cattedre, specializzazioni, primariati, (quasi fosse scienza in sé) mentre la medicina si caratterizza sempre più come solistica, *di tutta la persona*, e non più di "apparato".

Il medico di oggi comprende infatti che l'"I cure" non basta più, se non si affianca all'"I care" (io mi "prendo cura" di te come persona).

Ogni specialità affronta specifici temi di riferimento: la ginecologia, ad es.,

attraverso la lotta al dolore da parto, unendo metodi di psicoprofilassi ad analgesia peridurale. Il problema della sindrome premestruale, del dolore cronico e la sterilità "sine causa" cerca riferimenti organici e biochimici nel nostro cervello oltre che nel mondo delle emozioni e della ragione. L'insegnamento di "psicosomatica ostetrica e ginecologica" da anni è materia specifica della Scuola di Specializzazione. Esistono anche Scuole e centri specifici: fra le più note quello di Mimoun in Francia e la Scuola di Psicoprofilassi Ostetrica per Psicologhe e Ostetriche della Fondazione Internazionale Fatebenefratelli.

La Psicosomatica Ginecologica è inoltre oggi entrata a far parte dei trattati e di uno specifico insegnamento nella Scuola di Specializzazione. Il programma che da circa quindici anni portiamo avanti nella Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia dell'Università di Tor Vergata, affronta specifici argomenti.

La psicosomatica ginecologica però, da *materia di studio* di particolari patologie deve diventare "*metodo*", modalità di svolgere la propria professione, stile di rapporto. È un modo di affrontare le problematiche biologiche, intrapsichiche e relazionali della donna nella sua unità personale.

Si comprende quindi come questo tema non possa esaurirsi nelle poche lezioni del primo anno di Specializzazione.

La Psicosomatica si presenta oggi come *cardine della formazione continua del medico* (C.M.E.).

L'insegnamento deve sì approfondire le basi teoriche, che necessitano un aggiornamento sui concetti di *plasmabilità del sistema nervoso centrale*, sulle basi neurobiologiche di sintomi com-

portamentali o di stati d'animo, del rapporto fra genetica, immunologia e neuroendocrinologia; ma è il richiamo continuo al rapporto fra investimenti affettivi e reazioni biologiche, fra nuclei e vie della percezione sensoriale e reazioni a noxe patologiche, che costituiscono la base di una *lettura psicosomatica* dello stato di malessere della donna, ed in particolare della sua genitalità in rapporto alla riproduzione e sessualità.

La Psicosomatica *non più quindi materia a sé stante*, ma, come abbiamo più volte detto, *strumento metodologico* per leggere le problematiche legate alla salute della persona, considerate unitariamente come soma e psiche.

Le antiche intuizioni di Heinroth che avevano portato a distinguere il termine "*psicosomatica*" come espressione di un influsso delle passioni sessuali sulla genesi di alcune malattie quali – come abbiamo accennato – la tubercolosi, l'epilessia e il cancro, e "*somato-psichico*", che sottolineava l'influenza delle patologie organiche sulla mente, sull'affettività e sull'intelligenza è oggi divenuto modo di leggere la persona nella sua interezza.

Si era in passato prospettata la presenza anche in ginecologia di malattie psicogene, spesso attribuendo a stato d'animo la patogenesi di alcune alterazioni, specialmente quando la loro origine non era documentabile dalla conoscenza di fattori patogeni.

Spesso si erano confuse le malattie "*idiopatiche*" o, come si diceva un tempo, "*disfunzioni neurovegetative*", con le malattie "*sine causa*". Le moderne neuroscienze hanno gradualmente spazzato via queste concezioni. *Tutte le malattie sono "psicosomatiche"*.

Nella *formazione continua del medico*

non si insegnano quindi specifiche tecniche psicoterapeutiche o studiano specifiche malattie, ma si invita ad "apprendere l'arte". La medicina, diceva Ippocrate, è un'arte "lunga" che esige lento e continuo apprendimento. Rilevando sempre nuove connessioni interneurali attraverso l'acquisizione di conoscenze (resa possibile dall'investimento affettivo che consente di percepire ed acquisire ciò che "ci interessa") il nostro SNC, non solo accumula dati nella memoria, ma *si trasforma* rendendoci capaci di leggere il cambiamento della realtà che ci circonda. A differenza dei computers, infatti, è il software (le percezioni) che cambia l'hardware (il cervello).

La plasmabilità del sistema nervoso è fonte però della nostra libertà che, consentendoci il maturarsi di una coscienza critica, ci fa crescere e creare.

Per tutta la vita è *quindi possibile cambiare sé stessi*, rendendoci così capaci di *trasformare il mondo*, o perlomeno di essere presenti nell'ambiente e nella circostante cultura, senza perdere il treno della storia.

L'adulto ha però, con il passare del tempo, dei limiti nell'apprendimento. Di lui è propria la tendenza a ripetersi, a stare saldo nelle sue radici, ma anche a non voler trasformare le proprie abitudini.

Un chirurgo così arresta le capacità di apprendere nuovi mezzi o tecniche, per ripetersi nel settore di cui ha maggiore esperienza.

Le stesse psicoterapie sono spesso rafforzate, nella tecnica e nelle idee di riferimento, dai risultati ottenuti, mentre non si valutano i fallimenti, i drop-out. Le tecniche sono così spesso unidirezionali. I supposti risultati spesso, come abbiamo detto, valutano l'abbandono della cura o il risultato

negativo, non come fallimento del metodo curativo o diagnostico, ma come incapacità del paziente a riceverlo (si pensi in altri settori al cosiddetto metodo Ogino-Knauss o Billings, o ai procedimenti comportamentisti nelle psicoterapie sessuali). Esistono pochi dati seri sull'efficacia con pratiche esoteriche, altre forme di placebo, o addirittura il non trattamento o il semplice counseling (spesso efficace nella pratica medica).

Tenere conto di questo atteggiamento conservatore, proprio dell'avanzare dell'età, è essenziale perché, per usare un linguaggio Rogersiano, *l'educazione sia "non direttiva"*, basata sul grado di ricezione dell'adulto e di atteggiamento empatico verso il discente. Per questo, come vedremo, è più importante nella EMC il *"tutoring"*, rispetto alla classica *"lezione magistrale"*, sia essa fatta in aula o, (meglio) a distanza, attraverso metodi di tele-medicina, sui quali regna per competenza e qualificazione il Consorzio Nettuno (diretto dalla psicopedagogista Garito), che fino ad oggi però non ha trovato ancora giusto spazio nella E.M.C..

Infine occorre tenere presente che l'adulto ha difficoltà di mantenere a lungo l'attenzione. Dopo venti minuti recepisce il 50% di ciò che viene detto o letto, e dopo 40' meno del 10%. A meno che "l'esperto" non riesca ad attirare l'attenzione di coloro cui è rivolta la "lezione", progettando insegnamenti più *centrati sui problemi* (problem solving system) che sulle discipline, più sul discente che sui contenuti. La conoscenza delle capacità di apprendimento dell'adulto dovrebbe però ad esempio, non portarci a fare sezioni di congressi o lezioni per più di tre ore di seguito, intervallandole con venti minuti di pausa ogni 40' di comunicazione.

CULTURA UMANA

Nell'adulto infine, più ancora che nei periodi dell'"adolescere", il *rapporto docente-discente* è di tipo paritario e non direttivo, nel senso che non si riduce a mero *trapasso di nozioni*, ma guida alla scoperta un'autonomia *dei valori*, attraverso processi interattivi di confronto *con gli altri*.

Secondo l'etica personalista di Mournier "non ci si salva da soli, ma con ed attraverso gli altri".

Cerchiamo di esaminare quale potrebbe essere un primo approccio alla formazione continua in campo bioetico, applicandoli al vostro corso.

CENNI DI METODOLOGIA PEDAGOGICA

Come più volte abbiamo affermato, la psicosomatica ginecologica non è un capitolo riservato a particolari patologie, ma è una *modalità di lettura di tutta la ginecologia*, attraverso la riscoperta di un rinnovamento del rapporto medico-paziente, che assuma i suoi problemi in modo empatico e che sia orientato non solo alla cura di organi e apparati ma di tutta la persona.

Perché questo si renda operativo e innesti processi di cambiamento del medico nelle linee di un'educazione continua, occorre che i *processi formativi di autoeducazione* si svolgano su un *progetto personale* ed impieghino metodologie pedagogiche adatte alle età adulte.

Ed entriamo quindi nel *problema metodologico*.

Le principali metodologie da impiegarsi nella Formazione Permanente dell'adulto, possono essere riunite in tre gruppi:

- a) creare un *ambiente* ed uno stile di comunicazione interpersonale proprio di una comunità educante (attività didattica-interattiva) che necessita di un *gruppo primario*, di luoghi, locali ed atmosfere idonee (modificazioni organizzative e strutturali).
- b) "*Tutoring*" all'interno del luogo di lavoro (o nella zona in cui esso si esercita), o durante corsi o training, come appoggio all'autonomo progetto educativo che ciascun "discente" si deve dare (autoformazione).
- c) *Comunicazioni verbali*, che si espletano attraverso una serie di "incontri", con due principali sistemi:
 - la "*lezione classica*" del docente, con esposizione *sistematica* di un tema (sistemi di trasmissione a distanza, o in congressi, o in aula, ecc.).
 - "*Problems based learning*" centrata sul "problem solving" cioè un'esposizione che parta dagli interrogativi provenienti da un determinato problema di fisiopatologia, che può essere, ad esempio, legata all'analisi dei problemi riguardanti un caso (simulato o reale), fatto in piccoli gruppi.

Ambiente

Lo spazio dedicato a costruire una *dinamica di gruppo* atta a creare una *comunicazione libera fra tutti*, esige uno *specifico ambiente* che consenta un gruppo di *piccole dimensioni* guidata da un "*tutor didattico*", cioè capace di guidare gli *approfondimenti cognitivi*, e di far sorgere il *bisogno di ricerca* e di *studio*. Questo può verificarsi in meetings di reparto, oppure in corsi monotematici, o in "scuole pluriennali".

Un Corso infatti non vale solo per la *qualità delle lezioni*, ma per *quanto ciascuno viene arricchito*, cioè su come viene esposto un tema e sulla *qualificazione del "relatore" nel suo patrimonio culturale* ai fini di una più alta capacità di scelte coscienti.

Il *tutor didattico* cerca infatti la *partecipazione di tutti*, valorizzando i contenuti della proposta ma nella ricezione di esso: crea una coesione nel gruppo favorendo processi di *interscambio*, al fine di elaborare, non tanto un consenso su ciò che viene detto, ma una *propria autonoma visione dei problemi*.

L'ambiente è fondamentale ed il clima di rispetto alla crescita e alle aspettative personali, dei tempi di accrescimento di ognuno, al reale protagonismo del discente che lo porti a rilevare i propri bisogni ed esporre le proprie attese e desideri, deve essere curato con particolare attenzione.

La *partecipazione* di tutti, anche con una semplice domanda scritta, dovrebbe, durante l'avanzamento del Corso, essere la prassi.

Tutoring

Il *tutor* ha la funzione di *"catalizzatore"*, di facilitatore dei processi di comunicazione e apprendimento, non di esperto nei singoli settori. Lavora al fianco del discente e si pone lui stesso in atteggiamento di crescita. È un *"compagno di studio"* più che un *"cartello indicatore"*.

Sembrirebbe opportuno che in *Corsi di Educazione Permanente* su temi così complessi si cercassero *tutors* oltre ad *organizzatori e docenti*. *Tutors* che esigono a loro volta una specifica preparazione (*"Formazione di formatori"* Wood L., O'Donnell E., 2001).

L'introduzione del ruolo di *tutor-didattico* nei Corsi di Formazione, ci por-

ta a meglio chiarire il ruolo e la funzione di *tutor* in generale, cioè di quelle persone che sono chiamate ad aiutare il singolo discente ad elaborare un processo formativo nell'ambito di una educazione integrale dell'adulto.

Si tratta cioè di un ruolo che esige *competenze* e capacità nel campo della relazione educativa, che, per l'adulto non ha tanto lo scopo di orientare verso valori prestabiliti, ma di *provocare la ricerca di propri punti di riferimento valoriali*, di sviluppare il *gusto della conoscenza*, e la ricerca di nuove strade per modificare il proprio atteggiamento, e soprattutto di *essere capaci di "cambiare se stessi in un mondo che cambia"*.

Il *tutor* non si inserisce nei compiti più strettamente legati all'aggiornamento tecnico e nozionale, poiché non può essere e non è un *"esperto su tutti i temi"* che vengono affrontati, ma è elemento catalizzatore che *facilita la intercomunicazione* fra docente e discente, è capace di relazioni interpersonali strutturate sull'empatia e sull'interesse di veder crescere e realizzare la persona di cui si prende cura. Lo aiuta, se richiesto, a fare, seguire e mutare un *processo educativo personale*. In questo modo entra, sempre con *modalità non direttive*, nelle problematiche legate al piano professionale e valoriale. Ha quindi un funzione di consulente-consigliere e non tanto un ruolo di trasmettitore di nozioni.

Per questo necessita che il suo impegno duri nel tempo, se *tutor* in una Scuola di Specializzazione o in un servizio ospedaliero.

Chi svolge questo ruolo deve essere consapevole, come i genitori, che *"ai figli si passa ciò che si è, più di ciò che si dice"*. La testimonianza è un valore. L'articolo 13 della Legge 341/90 così si esprime per quanto riguarda gli

studenti e/o gli specializzandi: *“Il tutorato è finalizzato ad orientare ed assistere gli studenti lungo tutto il corso di studi, a renderli attivamente partecipi del processo formativo, a rimuovere ostacoli ad una proficua frequenza ai corsi, anche attraverso iniziative rapportate alle necessità, alle attitudini, e alle esigenze dei singoli”*. Noi aggiungeremmo, riguardo agli adulti, ai desideri espressi ed inespresi.

Per questo occorre che il tutor si ponga lui stesso nella *dimensione di voler crescere, apprendere, ricercare*. Grande ruolo così potrà avere nella ricerca delle priorità di impegno del discente, che non deve permettersi il lusso di *cullarsi su ciò che piace fare*, per impegnarsi, con spirito di gioco, a *fare con piacere* ciò che si ritiene doveroso fare. Il Direttore di Unità Complesse o Funzionali a sua volta deve assumere *“atteggiamenti tutoriali”*, aiutando i suoi collaboratori a rielaborare il proprio processo di autoapprendimento.

È questo il massimo servizio che si possa offrire in un ambiente di lavoro, verso chi è a sé affidato. Anche in un Ospedale infatti, chi riveste ruoli clinico-organizzativi, funzioni direttive anche solo di Unità Semplici (i vecchi aiuti o capi reparto), ha il dovere di assumere anche *“atteggiamenti tutoriali”*, su persone o gruppi a lui/lei affidati e non solo delegarli a specifici *“tutors”*.

L'impegno nella formazione dei “dipendenti” infatti ha la stessa dignità di quello clinico, di ricerca, di management.

La consapevolezza di questo ruolo *formativo-tutoriale, inscindibile da un leaderrato in ambito clinico*, dovrebbe spingere il chirurgo, non solo a preoccuparsi che i suoi assistenti considerino il paziente (e non la tecnica operativa) al vertice del proprio impegno profes-

sionale, ma anche a verificare, *aiutandoli più che facendosi aiutare* durante gli interventi, la *progressiva crescita delle loro capacità chirurgiche*.

Analoga cosa deve effettuarsi in corsia o negli ambulatori (Beach e coll., 1991). Aiutando il *“discente”* a riflettere sull'esperienza clinica a lui offerta (esempio, intervento chirurgico) si provoca un apprendimento teorico *superiore a qualsiasi lezione* (oppure al farsi aiutare o osservare durante gli interventi).

Altrettanto si dica delle altre attività cliniche.

Non è l'esperienza in sé che vale, anche in chirurgia, ma *la riflessione su capacità e limiti ad essa correlati*.

L'apprendimento di una tecnica operatoria non si basa su un processo *“imitativo”* del docente (*“vieni in sala a vedermi operare”*), ma uno specifico insegnamento basato sul *“learning by doing”* (*“Imparare facendo”*, unito all'*“insegnare facendo”* fare).

Il processo formativo dell'adulto, poi, *non deve essere eterodiretto*, ma formulato in tempi e ritmi autonomamente scelti sulla base di propri *“talenti”* iniziali e dei propri bisogni educativi, *valutati con l'aiuto del tutor*. Rotter (1998) in un attento lavoro sulla valutazione degli effetti della CME sulla capacità di comunicazione, invita il tutor a *“porsi nei piedi”* del discente chiedendo cosa lui stesso si sarebbe aspettato da lui e cosa avrebbe voluto dicesse o facesse. Questa verifica è necessaria per valutare le proprie capacità di *“tutoring”*.

In questo senso nelle modalità di educazione post-laurea (specializzazione e EMC) il *tutor clinico* (mentor), assume anche il ruolo di *“advisor”* (*tutorato personale*) che è quello di farsi carico della *formazione integrale* di una specifica persona, e non solo dei suoi processi

di apprendimento. Educazione integrale che include la *sfera affettivo-emozionale*, il piacere di imparare, il gusto di scoprire, e non tanto il dovere di studiare e il compito della ricerca.

Per questo il tutor (soprattutto l'advisor) deve aver oltre la disponibilità a svolgere un ruolo educativo nell'ambito della sua professione, ma con lo spirito di servizio di un "capo di boy scout", anche il piacere nel promuovere la crescita di chi si appoggia a lui/lei per rendere operativo un processo di autoformazione.

Come abbiamo accennato la competenza in campo di metodologia educativa e di *pedagogia dell'età adulta*, acquisita anche attraverso specifici "corsi di formazione dei formatori", deve essere via via accresciuta e alimentata. Cambiano infatti le conoscenze sulla psicologia dell'età adulta e di conseguenza i metodi.

Tutto ciò non vuol dire però che debba essere un pedagogista o uno psicologo a svolgere questo ruolo. Il suo è piuttosto un "compito di collega esperto e generoso, realmente interessato al processo di crescita" di chi si affida a lui/lei (Binetti e Pontalti, 1999). Non è concepibile una delega di questa funzione all'ambiente accademico. Nelle stesse Scuole di Specializzazione ed ancor più nell'educazione permanente dello specialista, deve essere un collega impegnato nella clinica che assume questo importante ruolo.

La lezione

La lezione "classica" ha lo scopo di dare una *informazione organica* in uno specifico settore e soprattutto *creare interesse* al fine di suscitare ricerca e studio professionale.

La lezione classica soffre di alcuni noti difetti, specialmente nei Corsi di edu-

cazione permanente, miranti, come nel caso della psicosomatica ginecologica, ad un cambiamento di modalità di accesso alla specialità.

Chi espone deve essere un *esperto* su ciò di cui parla (non esistono i tuttologi).

Il fatto di avere persone (o personaggi), cosiddetti esperti, diversi e provenienti *dall'esterno* comporta però una *frammentazione del programma*, la *ripetizione* di certi argomenti, la *difficoltà* di rispondere alle *domande* inesprese di persone (a lui sconosciute), una certa necessità di correre per non superare i limiti di tempo. Malgrado la *competenza*, talora per *linguaggio* o per *non conoscenza dei discenti*, non emerge questo tipo di approccio. L'intervento può quindi spesso *apparire* disnesso *rispetto alle altre lezioni* in programma e talora rispetto anche alle richieste di chi organizza i Corsi.

Il vantaggio di queste lezioni è che *volti nuovi, idee non usuali, l'organicità dell'esposizione* può *catturare l'interesse, creare curiosità, stimolare l'immaginazione creativa*. L'incontro con un noto clinico crea interesse e spinge a maggiore acquisizione di quanto detto.

Chi svolge una lezione, sa però che deve tentare di provocare un ascolto attivo, quasi si potesse stabilire un dialogo con il discente.

Alla fine di ogni lezione occorrono sempre *brevi domande di chiarificazione*, oppure domande per verificare la validità di tesi o ipotesi che la lezione ha suscitato nella sua mente, oppure domande per chiarire le contraddizioni su quanto detto con ciò che ciascuno pensa (occorre in questa fase stare attenti che non emergano polemiche, o esibizionismi).

Le domande consentiranno al tutor di verificare quanto è stato introiettato del

discorso del docente, e per continuare a tener caldo l'auditorio (Galli, 1990).

La lezione è ancor oggi una provocazione intellettuale che a livello di adulti può mettere in moto processi formativi, anche se si utilizzeranno processi di educazione a distanza attraverso mezzi televisivi.

Altro tipo di "lezione" messa in campo, fin dal 1973, da Barrows e Tamblyn è il "*Problem based learning*", un apprendimento basato sull'analisi dei problemi e sulla loro risoluzione (Albanese e Mitchell, 1993).

È una modalità didattica, a nostro parere, ancor più applicabile all'educazione degli adulti che alla docenza universitaria.

È uno strumento che privilegia, non tanto la presentazione organica dei contenuti di una disciplina, ma la *creazione di interessi* capaci di suscitare nel discente la necessità di sviluppare la capacità di *organizzare in proprio modo sistematico* le conoscenze, con l'aiuto di testi scritti o, meglio, di ricerche bibliografiche (facilitate oggi da Internet). Questo procedimento *rischia però di escludere le persone abituate a basare le proprie conoscenze su appunti, sintesi, trattati organici*. Il docente deve perciò essere in grado di suscitare una modalità di "imparare a imparare".

Attraverso sistemi valutativi applicati soprattutto a studenti universitari (Eisenstaedt e coll., 1990), è stato visto che questo sistema didattico facilita anche la *memorizzazione a lungo termine*, genera un ragionamento più essenziale e concreto (Patel e coll., 1991), ed un grado maggiore di autonomia rispetto alle lezioni classiche.

Non abbiamo ancora dati sufficienti per dire in modo assoluto se questo metodo didattico è il più idoneo anche all'*educazione permanente degli adulti*, in

special modo nella seconda metà della vita, ma ci sembra avere tutte le caratteristiche per esserlo, poiché questa ha come fine primario, non tanto l'apprendimento di specifiche nozioni quanto *innestare una volontà di cambiamento personale* e un orientamento positivo verso lo studio e la ricerca. Ricerca e studio, che trovano sempre meno spazio nella vita dell'adulto, non solo per una pigrizia innata, o il troppo tempo dedicato al "fare" rispetto al "riflettere", ma anche perché le discussioni informali sul "proprio essere e sperare", non trovano spesso orientamenti facilitanti la crescita personale, se non inserite in un progetto educativo. Il "chiacchierare a vuoto" e senza progetti non è educativo per gli adulti.

Favorendo la *voglia di imparare*, questo tipo di "lezione" genera il gusto di trasmettere ciò che si conosce (il cosiddetto "trapasso delle nozioni" proprio dello scoutismo di Baden Powell), e creano un clima di interesse (un investimento "globale", razionale ed affettivo) attorno all'apprendere, che facilita la memorizzazione delle conoscenze.

È infatti l'interesse che mantiene vivo il nostro plasmabile cervello e questo viene *alimentato dall'investimento emotivo*. Nell'età avanzata infatti si ricorda ciò che "si ama" (o "si odia") e non le cose che non hanno valenza affettiva.

L'educazione basata sull'*"apprendimento attraverso la valutazione dei problemi"* genera poi discussione di gruppo, e interesse verso l'applicazione pratica dei problemi teorici che ne sono alla base.

Questo tipo di educazione medica che si basa sulla visione unitaria ("psicosomatica") dell'uomo serve poi sul piano lavorativo a rendere le persone capaci di *cambiare negli anni settore di impegno*. Come abbiamo già accenna-

to, la moderna sociologia infatti mette in evidenza che la "mobilità" non deve essere concepita come libertà del datore di lavoro di assumere e licenziare al fine di acquisire o conservare una capacità di rispondere al mercato, ma come capacità del "dipendente" di esprimere i propri talenti in modo via via innovativo e diverso. Cambiare professione o perlomeno "settore di operazione" per un medico, vuol dire non coltivare subspecialità, ma *recuperare una "pluripotenzialità" di azione e di ricerca*, (ridiventare teoricamente "cellula staminale"), nel prendersi cura "del malato" o della "salute", in modo da iniziare nuove differenziazioni verso impegni professionali nelle diverse età della vita. Il tema "psicosomatica" e le conoscenze ad esso afferenti è il più idoneo a orientarci verso questa "conversione" continua.

Sono pochi i medici oggi che, da specialisti, sono in grado di ridiventare medici di base, che da "direttori di cattedra" passano ad un servizio ambulatoriale o all'assistenza diretta dei ricoverati, o che, all'inverso, da "liberi professionisti" sono capaci di divenire ad esempio, endocrinologi o psichiatri.

Ricordando Baden Powell, che propose l'avventura dell'esplorazione come sistema educativo per ragazzi (Scouting for boys, 1907), il tema del cambiare settore di impegno lavorativo veniva proposto ai "Capi" come dato fonda-

mentale per essere capaci di essere utili al prossimo e trasformare il mondo, "lasciandolo un po' migliore di come lo abbiamo trovato". A cinquant'anni lascia lui stesso l'esercito, dopo la leggendaria difesa di Mafeking in Sud Africa in opposizione ai Boeri, e fonda il più grande movimento educativo della storia, per orientare i giovani alla pace ed al servizio. A settant'anni gli fanno notare che, nel suo peregrinare nel mondo, aveva lasciato fuori il Giappone: pochi giorni dopo prende la nave e parte (e non era come oggi un rapido giro aereo). Essere sempre sulla strada, fare del cambiamento l'identità fondamentale dell'uomo: questo il "Trucco" per essere presente nella storia.

L'insegnamento basato sull'"imparare facendo" (learning by doing) trova nel "Problem based learning" il migliore ingrediente per la formazione dell'adulto. Perché questo sia efficace occorre però che chi è posto sul sentiero formativo sia realmente capace di affrontare il problema che gli è stato proposto di risolvere (Schidt e coll., 1989), occorre in questo caso *un docente con capacità tutoriali* (sia o no in carriera accademica).

Al termine di queste note appare evidente come la *psicosomatica* possa essere il migliore strumento per una pedagogia che porti a crescere il ginecologo in tutta la sua potenzialità esistenziale e di servizio alla donna.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ALBANESE M.A., MITCHELL S.: *Problem based learning: a review of literature on its outcome and implementation*. Acad. Med., 1993; 68: 52-81.
- 2) BARROWS H.S., TAMBLYN R.M.: *Problem based learning*. Springer Pub, New York, 1980.
- 3) BINETTI P., PONTALTI J., SANTINI D.: *Il tutorato. Modelli ed esperienze nella didattica universitaria*. S.E.U. Roma, 1999.
- 4) CONDOR M.O., BYNOE A.G., REDFERN N., POKORA E.J., CLARKE: *Developing senior doctor as mentors: a form of continuing professional development*. Med. Educ., 2000; 34: 747-753.
- 5) GALLI G.: *Funzioni e itinerari formativi del tutor nell'Università*. Pub. Univ. di Macerata, 1991.
- 6) MIMOUN S., MAGGIONI C.: *Trattato di ginecologia ed ostetricia psicosomatica*. F. Angeli Ed. Milano 2002.
- 7) NAPPI L., GRECO P., TODROS T.: *New millennium medical trends: subspecialities integrative specialities. Plausible actions and alternatives in obstetrics and gynaecology*. It. J. Gynaecol. Obstet., 2001; 3: 124-128.
- 8) WOOD L., O'DONNELL E.: *Training the trainers: how to construct an educational half-day*. Obstet. Gynaec., 2001; 3-4, 213-15, 217.