

“S.E.E.D.S.” Un programma di insegnamento, supervisione e valutazione della consultazione medica nelle cure primarie

Giuseppe Parisi¹, Luca Pasolli²

¹ Autore principale. SIpEM, Trento, Italia. E-mail: giuseppe.paris.trento@gmail.com

² Partecipante. Scuola di Medicina Generale (Provincia Autonoma di Trento-Ordine dei Medici), Trento, Italia

ABSTRACT

Background. The consultation is the most common diagnostic and therapeutic procedure, and it is the usual way in which primary care is delivered. Therefore it should be evaluated and taught as any medical procedure. In Italy little attention is paid to the management of the consultation, and as abroad clinicians and scholars usually consider clinical reasoning and communication in the consultation as two realms quite far away from one another. In this way the vision of the consultation as a complex encounter is lost. It is, therefore, necessary to teach clinical and communication competences together as one entity.

Experience. An operational model of the consultation and the process of implementation of a teaching and evaluation program are described.

Conclusion. The model is easy to teach and allows the evaluation of the consultation in a simple and direct way, enhancing reflection on the encounter and connecting clinical reasoning with communication skills.

Key-words: Primary health care, consultation analysis, clinical competence, self evaluation programs, medical education, clinical decision making.

RIASSUNTO

La consultazione è la procedura diagnostica e lo strumento gestionale più comune in medicina e il processo di lavoro cardine dell'erogazione delle cure primarie. Come qualsiasi intervento medico dovrebbe quindi essere insegnata e valutata. Si descrive un modello operativo originale della consultazione, la sua generazione, e la successiva implementazione di un programma di insegnamento e valutazione della consultazione basato su tale modello.

Parole chiave: Cure primarie, analisi della consultazione, competenza clinica, autovalutazione, formazione medica, processo decisionale.

IL BACKGROUND

La consultazione è la procedura diagnostica e lo strumento gestionale più comune in medicina e il

processo di lavoro cardine dell'erogazione delle cure primarie. Come qualsiasi intervento medico dovrebbe quindi essere insegnata e valutata. In Italia

c'è molta attenzione alla trasmissione dei contenuti clinici ma meno alla conduzione della consultazione, che è lasciata al gusto individuale del professionista, che la impara sul campo e che la autovaluta "a braccio". Inoltre, in Italia come a livello internazionale, c'è una profonda cesura tra l'insegnamento e la valutazione delle competenze metodologiche cliniche e quelle comunicative nell'incontro medico paziente. Tale divisione è artificiale e non aiuta la pratica della consultazione che è un evento complesso in cui gli aspetti comunicativi sono embricati con quelli clinici disciplinari.

Questa situazione si rispecchia anche nel corso di formazione specifica in medicina generale, attivo da venticinque anni, gestito dalle regioni. Il corso ha una durata triennale e comprende il tirocinio in ambiente ospedaliero e presso il medico di medicina generale, e l'attività d'aula [1].

In Trentino l'attività d'aula è organizzata in corsi su argomenti metodologici e clinici. Fino ad alcuni anni fa veniva svolto un corso sulla gestione della consultazione in medicina generale da un punto di vista prevalentemente comunicativo e un corso sul metodo clinico che proponeva una riflessione sul ragionamento clinico da un punto di vista teorico [2,3].

Questi corsi erano strutturati in lezioni d'aula interattive e proponevano poche esercitazioni su casi clinici specifici.

La preoccupazione dei docenti era più di presentare modelli teorici di riferimento [4-13] e trasmettere conoscenze, che e non le competenze necessarie ad affrontare la complessità della consultazione e del ragionamento clinico. Inoltre, le analisi delle consultazioni simulate, proposte in video, dei role play o dei casi narrati, erano sempre "operatore dipendente", lasciate alla scelta, nella molteplicità dei modelli, del modello di analisi adatto a quella situazione, e la consultazione emergeva più come una attività relazionale "artistica" che come un intervento medico almeno in parte proceduralizzabile. Il metodo clinico esposto teoricamente risultava troppo complesso per essere applicato nel lavoro di tutti i giorni, e il medico ripiegava così con dispiacere sulle sue personali strategie cliniche apprese individualmente sul campo, senza avere il coraggio di dichiararle, né di confrontarsi. Inoltre il

fatto che i due corsi fossero separati era un chiaro messaggio della divisione tra il mondo della consultazione come attività comunicativa e il mondo del metodo clinico come attività puramente cognitiva, slegata dal contesto.

Si è quindi cercato di superare la separazione tra l'insegnamento delle competenze metodologiche e di quelle relazionali utilizzando un modello operativo unico della consultazione, da noi messo a punto. Si tratterà qui del percorso di generazione di tale modello e se ne illustreranno le caratteristiche, presentando infine il programma implementato grazie ad esso.

LA GENERAZIONE DEL MODELLO

La sfida era quindi di mostrare innanzitutto che è possibile articolare tra loro i due versanti, quello clinico e quello comunicativo, che è possibile trasmettere un modello di ragionamento semplice e utilizzabile nel lavoro di tutti i giorni fondato scientificamente, nonché un modello unico di analisi della consultazione. Questo atto medico si può così considerare alla stregua di una procedura standardizzata [14], senza però negare la sua complessità e l'unicità dell'interazione e dell'esito finale.

Per generare il modello abbiamo accorpato sotto più ampie categorie i concetti, le fasi, i compiti dei modelli presenti in letteratura e più utilizzati nell'insegnamento [4-13], integrando con riferimenti teorici appartenenti anche alle discipline sulla decisione [15-20] e riferimenti recenti sul metodo clinico [21-22] e la medicina narrativa [23-24]. L'articolazione di questi riferimenti con il modello proposto è schematizzata in Tabella 1.

IL MODELLO

Si presentano qui di seguito le caratteristiche principali del modello generato. Per approfondimenti si rimanda alla sua presentazione più estesa [25].

Innanzitutto si considera la consultazione un evento che nasce dall'interazione, si potrebbe dire dalla co-produzione, di due attori: medico e paziente. Questa visione non è scontata. Infatti è stato osservato come "limitazione significativa" di tutta la letteratura sulla consultazione il fatto che si foca-

ELEMENTO	RIFERIMENTI TEORICI
APERTURA	Fase 1 di Byrne e Long: “Il medico stabilisce la relazione con il paziente” “Stabilire un rapporto con il paziente” di Neighbour
SOGGETTIVITA'	Fase 2 di Byrne e Long: “Il medico tenta di scoprire le ragioni per cui il paziente è venuto” Categoria “S” di Weed Task 1 di Pendleton: Definire la ragione della presenza del paziente, includendo: a) natura e storia dei problemi b) eziologia c) idee, preoccupazioni e aspettative del paziente d) effetti dei problemi Compito A di Stott e Davis: “Gestione dei problemi presentati” “Agenda del paziente” di Middleton “Orientamento al paziente” di MacWhinney “Problema del paziente” di Gervas “Paziente esperto” di Tuckett
OBIETTIVITA'	Fase 3 di Byrne e Long: “Il medico conduce l'esame verbale o obiettivo o ambedue” Categoria “O” di Weed Task 2 di Pendleton: Considerare altri problemi, presenti ma non presentati dal paziente: a) problemi permanenti b) fattori di rischio Compito C di Stott e Davis: “Gestione dei problemi permanenti” “Agenda del medico” di Middleton
VALUTAZIONE	Fase 4 di Byrne e Long: “Il medico e il paziente valutano la situazione” Categoria “A” di Weed Makoul e Cochran: “Definisci/spiega il problema” In Pendleton e in Middleton non è considerata questa fase
PROGETTAZIONE	Fase 5 per Byrne e Long: “Il medico o occasionalmente il paziente considerano in dettaglio il trattamento o gli esami diagnostici” Categoria “P” di Weed, che si focalizza però più sulla programmazione che sulla progettazione Makoul e Cochran: “Presenta le opzioni” In Pendleton e in Middleton non è considerata questa fase
DECISIONE	Fase 5 per Byrne e Long: “Il medico o occasionalmente il paziente considerano in dettaglio il trattamento o gli esami diagnostici” Task 3 di Pendleton: “Scegliere con il paziente una azione appropriata per ogni problema” Task 4 di Pendleton: “Dare informazioni adeguate al paziente ed assicurarsi che siano state comprese” Task 5 di Pendleton: “Coinvolgere il paziente nella gestione del piano di intervento e incoraggiarlo ad accettare appropriate responsabilità” Per Middleton è la fase di decisione condivisa negoziata Compito B di Stott e Davis: “Modificazione dei comportamenti di ricerca di aiuto” Compito D di Stott e Davis: “Promozione opportunistica di salute” Makoul e Cochran: “Discuti pro e contro”, “Assicurati che il paziente abbia compreso”, “Discuti valori, raccomandazioni, capacità del paziente”, “Prendi le decisioni”
CHIUSURA	Fase 6 per Byrne e Long: “La consultazione è terminata dal medico” “Safetynet” di Neighbour Makoul e Cochran: “Stabilisci il follow up”

Tabella I. Riferimenti teorici degli elementi del modello (gli autori sono citati nella bibliografia).

lizzi l'attenzione solo sul medico trascurando il paziente [26].

Quindi, la consultazione è costituita da elementi che emergono con una certa costanza dall'incontro tra la competenza del medico e le domande del paziente, che non sono voluti esclusivamente dal medico, né proposti esclusivamente dal paziente, ma prendono una certa piega sia per ciò che "mette lì" il paziente, ma anche per il fatto che il medico persegue i suoi obiettivi strategici professionali, dai quali non può prescindere. Nell'ambito di ciascun elemento è responsabilità del medico far sì che esso divenga strutturante la consultazione, ovvero contribuisca a rendere la consultazione un evento utile al paziente, dove il medico possa esprimere al meglio la sua professionalità e il paziente possa utilizzarla, con dei risultati tangibili al medio e lungo periodo. Così facendo, l'incontro diviene fonte di cambiamento positivo.

Gli elementi individuati sono sette. Si è voluto denominarli con una semplice sigla, che rimanda alla lettera iniziale del fenomeno o del concetto che meglio rappresenta quell'elemento. Si deve ricordare però che l'elemento non si esaurisce in quel

concetto, che è semplicemente l'esemplificazione necessaria alla sua memorizzazione. Parliamo di elementi e non di fasi perché, a parte A (apertura) e C (chiusura), che sono connessi a fasi fisse e necessariamente presenti, gli altri non sono connessi a fasi della consultazione, perché sono sempre presenti, ma non in una data sequenza, ed emergono talvolta ripetutamente senza un ordine apparente. In questo si è cercata di superare una visione scolastica di divisione dell'incontro in fasi che non corrisponde alla realtà della consultazione. Si schematizzano gli elementi nella Tabella 2 e si presentano in dettaglio qui di seguito.

Il primo elemento è denominato con la sigla A. Corrisponde alla fase di apertura della consultazione. Esso è costituito da tutti i fenomeni, gli atti e i processi mentali e affettivi del medico e del paziente connessi alla fase di apertura. Essi emergono nel giro di qualche secondo e nel modo più imprevedibile giocando un peso sulla parte clinica e gestionale dei successivi minuti di consultazione. Nonostante l'impatto relazionale sia imprevedibile, la preparazione dell'ambiente e il comportamento del medico nell'accogliere il paziente sono al contrario "proce-

ELEMENTO	OBIETTIVO PROFESSIONALE GESTIONALE	OBIETTIVO PROFESSIONALE CLINICO	OBIETTIVO COMUNICATIVO	POSIZIONE DEL PAZIENTE
A	Costruire il setting	Cogliere segnali precoci	Mettere a proprio agio il paziente	Persona
S	Focalizzare i problemi presentati	Generare ipotesi precoci	Raccogliere informazioni lasciando esprimere il paziente	Soggetto di vita
O	Focalizzare altri problemi presenti ma non presentati	Arrivare alla diagnosi operativa	Raccogliere informazioni in modo attivo	Oggetto di studio
V	Dare una ridefinizione della situazione nella sua globalità	Dare un giudizio clinico complessivo	Informare il paziente	Partner
P	Progettare azioni		Comunicare il progetto se necessario	Consulente
D	Decidere azioni		Condividere	Partner
C	Programmare incontri Preparare rete protettiva		Accomiatarsi	Persona

Tabella 2. Il modello.

duralizzabili” [14] e, se ben attuati, possono creare quell’atmosfera utile allo svolgersi dell’incontro.

Il secondo elemento è S, che è l’iniziale del concetto di soggettività (Subjectivity). Esso comprende tutti quei fenomeni, dagli scambi verbali o più genericamente comunicativi ai sottostanti processi cognitivi, agli affetti e alle emozioni, che emergono dall’attore principale della consultazione, il paziente, inteso come soggetto. Emerge nelle consultazioni su proposta del paziente, in modo anche non ordinato e in momenti che sono dipendenti dalle dinamiche relazionali dell’incontro, ma anche per attiva sollecitazione del medico, che cerca di conseguire i suoi obiettivi professionali e comunicativi. Il terzo elemento è O, che sta per obiettività (Examination), e comprende tutto il percorso cognitivo che il medico effettua per giungere alla diagnosi operativa, vale a dire l’ipotesi diagnostica utile a prendere le decisioni, dopo aver raccolto ed interpretato le informazioni, acquisite tramite l’esame obiettivo e gli strumenti specifici della sua pratica, basandosi anche sui dati archiviati. In altre parole l’elemento O è relativo sia alle informazioni, sia all’atteggiamento che il medico ha nell’ottenerle, sia ai processi di interpretazione ed elaborazione delle stesse.

Il quarto elemento è V (Evaluation), che sta per valutazione: esso si identifica nel processo cognitivo effettuato solitamente dal medico, ma talvolta anche dal paziente su sollecitazione del medico, che emerge alla fine della raccolta delle informazioni e ha come prodotto una valutazione della situazione. L’oggetto di tale valutazione è la situazione presente e non la futura. Sulla valutazione il medico, in qualità di decisore, confezionerà coerentemente le azioni da intraprendere.

L’elemento P, che sta per progettazione (Design), vede come protagonista il medico che, con la collaborazione del paziente, prefigura gli scenari possibili connessi alle azioni da intraprendere, o le azioni possibili in vista degli scenari plausibili.

Infine, l’elemento D, che sta per decisione (Shared choice): il processo decisionale condiviso [19] è un insieme di comportamenti, messi in atto dal medico, sulla base di routine cognitive specifiche che implicano l’interazione con il paziente, e che lo portano ad una o più scelte. Non si parla quindi di un evento puntuale, ma di un processo il cui ulti-

mo atto è la scelta di una o più opzioni, che vanno comunicate in modo appropriato al paziente, per avere il consenso e per coinvolgerlo nella decisione, facendolo eventualmente partecipe.

L’elemento C (chiusura) inizia il momento in cui medico e paziente, o solo uno dei due, percepiscono che la consultazione è conclusa, e termina con l’uscita del paziente dalla porta dell’ambulatorio.

Gli elementi descritti dai termini inglesi si prestano alla costruzione dell’acronimo:

S. E. E. D. S.

Si è affermato che il medico deve rendere strutturante ogni elemento. Come persegue in pratica questo obiettivo?

Un esempio: nella consultazione può emergere l’elemento S, la soggettività. Può essere un sintomo che il paziente porta con difficoltà nell’incontro, di cui per qualche ragione si vergogna. Sta al medico renderlo un elemento che va a strutturare la consultazione: identificarlo, rinforzarlo se emerge debolmente, consolidarlo, focalizzarlo per arrivare a capire se è un sintomo di un problema medico grave, che può diventare focus decisionale primario. O viceversa, se comprende che non è un sintomo degno di nota, il medico deve utilizzare altre strategie per gestirlo senza perdere tempo. Se avviene questo processo di attenzione corretta da parte del medico, l’elemento S è strutturante, e contribuisce a rendere la consultazione di buona qualità.

Il medico struttura gli elementi attraverso azioni su tre versanti: quello gestionale, quello clinico e quello comunicativo.

Il versante gestionale comprende le azioni progettuali e di conduzione della consultazione stessa, degli incontri con il paziente e dei percorsi di diagnosi e cura. Il versante clinico comprende le azioni intraprese sulla base di competenze cliniche e metodologiche, costituite dalla sinergia di conoscenze disciplinari e capacità di ragionamento, tra le quali fondamentale la capacità di raccogliere e interpretare i dati. Il versante comunicativo si basa sulle abilità comunicative trasversali comuni a tutte le professioni sanitarie.

Nell’esempio del sintomo portato con difficoltà dal paziente, il medico rende l’elemento S strutturante con azioni basate su capacità di ascoltare e interpretare le parole del paziente (versante co-

municativo), ma anche di utilizzare le conoscenze disciplinari dando un significato clinico preciso al sintomo (versante clinico), il tutto tenendo conto dei tempi e delle priorità in seno all'incontro (versante gestionale).

IL PROGRAMMA FORMATIVO

Il modello generato è stato utilizzato come base per il programma formativo, che comprende due aree di azione formativa tra loro connesse ma praticabili anche separatamente le une dalle altre: l'insegnamento delle competenze per la conduzione della consultazione e la mappatura e valutazione della consultazione al fine di supervisionare l'attività sul campo, sia nell'ambiente della formazione di base sia nell'ambiente della formazione continua o di audit.

L'insegnamento della consultazione

Si è proposto un programma per il Corso triennale di formazione specifica in medicina generale rivolto ai medici: l'insegnamento si svolge sui tre anni del corso per un totale di 54 ore, 18 ore all'anno, sezionate in un certo numero di incontri, a seconda delle esigenze organizzative.

Nella Tabella 3 si sono riportati i metodi e gli obiettivi specifici dell'insegnamento: si noti come obiettivi comunicativi, gestionali e clinici sono perfettamente embricati. Ad esempio nel primo anno il raggiungimento di una buona capacità di ascolto, abilità comunicativa, è un obiettivo strettamente connesso alla capacità di interpretare i sintomi presentati dal paziente, facilitando la generazione precoce di ipotesi, migliorando la loro qualità e in definitiva la qualità clinica della consultazione.

Inoltre, un insegnamento della consultazione per sezioni di processo permette di dare una indicazione di metodo precisa: l'importanza di strutturare ogni elemento senza ignorarlo, utilizzando le competenze su tutti e tre i versanti. Ad esempio si insegna a sostare nell'elemento V (valutazione), dando un giudizio clinico utilizzando routine di sicurezza, vale a dire pensando alle ipotesi diagnostiche poco probabili ma plausibili, evitando di saltare subito alla fase decisionale.

La mappatura della consultazione

Abbiamo poi utilizzato il modello per mappare i role play degli studenti e la pratica dei colleghi. Con il termine "mappare" si intende riprendere la proposta, inaugurata da Pendleton del 1984 [8], di descrivere, con l'occhio del professionista, come "sia andata" una specifica consultazione, seguendo un approccio "empirico" [26,27], senza la pretesa di eseguire una analisi che abbia come obiettivo una comprensione scientifica generalizzabile degli eventi complessi dell'incontro. In altre parole "l'intento è ... dare al medico la possibilità di riflettere sulla propria pratica" [25: 237].

Il modello permetteva una mappatura generale della consultazione attraverso l'individuazione degli elementi sopra descritti. Per mappare il versante comunicativo è stato utilizzato un approccio semplificato sulla base degli strumenti di osservazione più diffusi [26-31].

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

In attesa di poter produrre i risultati dell'esperienza si vogliono riportare alcune osservazioni preliminari, nate dalla nostra pratica della formazione condotta seguendo questo modello e dalla mappatura delle consultazioni.

Riguardo all'area d'insegnamento ci siamo resi conto che il modello è semplice da trasmettere ma che tale semplicità non banalizza la consultazione, che viene colta dai discenti nella sua complessità. Inoltre, il modello non è in contrasto con le teorie e i concetti che tradizionalmente vengono trasmessi in questo insegnamento.

Per quanto riguarda la mappatura della consultazione abbiamo preso atto della validità del modello, in quanto permette di descrivere con fedeltà la realtà mappata, e quindi risulta facile da impiegare nella supervisione e nella valutazione.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Caimi V, Tombesi M. I contenuti della formazione in medicina generale. In: Patierno M (a cura di). *Insegnare la medicina generale*. Milano: Franco Angeli, 2007: 85-117.
- [2] Valcanover F. L'evoluzione del percorso formativo della scuola di Trento: dalla pratica alla teoria. In: *Atti*

INSEGNAMENTO DELLA CONSULTAZIONE

Metodologie didattiche

Lezione interattiva

Laboratorio cognitivo su casi clinici con discussione in plenaria, esercitazioni individuali o di gruppo, role play, analisi di videoregistrazioni o audioregistrazioni di consultazioni con griglie di ascolto/osservazione predisposte

Modalità di valutazione/autovalutazione dell'apprendimento

Risposte a quesiti su casi clinici scritti

Obiettivi:

al termine del corso in discente deve essere in grado di:

OBIETTIVO GENERALE DEL PRIMO ANNO

Gestire l'emergenza della soggettività del paziente, dopo aver predisposto il setting

OBIETTIVI SPECIFICI

Costruire il setting

Cogliere i segnali precoci che il paziente dà

Mettere a proprio agio il paziente

Focalizzare i problemi presentati

Raccogliere informazioni lasciando esprimere il paziente al fine di generare ipotesi precoci

OBIETTIVO GENERALE DEL SECONDO ANNO

Generare e verificare le ipotesi diagnostiche

OBIETTIVI SPECIFICI

Focalizzare altri problemi presenti ma non presentati

Raccogliere informazioni attivamente tramite l'esame verbale, l'esame obiettivo e la consultazione degli archivi disponibili

Arrivare ad un elenco di diagnosi operative di problemi clinici e di altra natura

Selezionando le ipotesi generate tramite il criterio probabilistico, fisiopatologico e di plausibilità

Verificando le ipotesi selezionate tramite i test: fisico, laboratoristico, strumentale, "del tempo"

Stabilendo un punto di arrivo decisionale

OBIETTIVO GENERALE DEL TERZO ANNO

Valutare la situazione complessiva, progettare i percorsi diagnostici e terapeutici e giungere infine ad una decisione condivisa

OBIETTIVI SPECIFICI

Ridefinire la situazione nella sua globalità a fronte dei problemi clinici e non clinici utilizzando anche il pensiero narrativo

Dare un giudizio clinico complessivo attraverso

la prioritizzazione dei problemi del paziente

l'utilizzo di routine di sicurezza per una diagnosi operativa affidabile

Informare il paziente

Progettare i percorsi diagnostici e terapeutici e comunicare il progetto

Decidere le azioni

Prendere decisioni condivise tenendo conto della situazione

Chiudere la consultazione programmando gli incontri successivi e predisponendo una rete protettiva

Tabella 3. Il programma di insegnamento.

della giornata di studio "L'insegnamento della medicina generale nell'Europa che cambia. Le scuole di Trento e di Maastricht a confronto". Trento: Provincia Autonoma di Trento, 2008: 33-42.

[3] Parisi G. L'evoluzione del percorso formativo della

scuola di Trento: dalla consultazione alla famiglia dei curanti. In: *Atti della giornata di studio "L'insegnamento della medicina generale nell'Europa che cambia. Le scuole di Trento e di Maastricht a confronto". Trento: Provincia Autonoma di Trento, 2008: 29-32.*

- [4] Parisi G. La consultazione. In: Caimi V, Tombesi M (a cura di). *Medicina Generale*. Torino: UTET, 2003: 69-77.
- [5] Byrne PS, Long BEL. *Doctor talking to patients*. London: HMSO, 1976.
- [6] Neighbour R. *The inner consultation*. Oxford: Radcliffe Publishing, 2004.
- [7] Weed LL. Medical records that guide and teach. *N Engl J Med*, 1968, 278: 652-7.
- [8] Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The consultation*. Oxford: Oxford University Press, 1984.
- [9] Stott NCH, Davis RH. The exceptional potential in each primary care consultation. *J R Coll Gen Pract*, 1979, 29: 201-205.
- [10] Gervàs JJ. Los problemas de salud en atención primaria y su clasificación. *Atención Primaria*, 1987, 4:429-431.
- [11] Tuckett D et al. *Meetings between experts: an approach to sharing medical ideas in medical consultation*. London: Tavistock, 1985.
- [12] McWhinney IR. *A textbook of family medicine*. Oxford: Oxford University Press, 1989.
- [13] Middleton JF. The exceptional potential of the consultation revisited. *J R Coll Gen Pract*, 1989, 39:383-386.
- [14] Deveugele M et al. Consultation in general practice: a standard operating procedure? *Patient education and counselling*, 2004, 54: 227-233.
- [15] Gandolfi A. *Decidere nell'incertezza*. Bellinzona: Casa-grande, 2012.
- [16] Gigerenzer G. *Imparare a rischiare*. Milano: Cortina, 2015.
- [17] Woolever DR. The art and science of clinical decision making. *Fam Pract Manag*, 2008, 15(5):31-36.
- [18] Bonini N, Del Missier F, Rumiati R (a cura di). *Psicologia del giudizio e della decisione*. Bologna: Il Mulino, 2008
- [19] Makoul G, Cochran N. Models for teaching shared decision making. In: Elwyn G, Edwards A, Thompson R (a cura di). *Shared Decision Making in Health Care. Achieving evidence-based patient choice*. Oxford: Oxford University Press, 2016: 123-132.
- [20] Whitney SN, McGuire AL, McCullough LB. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. *Ann Intern Med*, 2003, 140: 54-59.
- [21] Heneghan C, Glasziou P, Balla J, Rose P, Thompson M, Lasserson D, et al. Diagnostic strategies used in primary care. *BMJ*, 2009, 338:b946.
- [22] Delvecchio G, Vettore L. *Decidere in terapia*. Genova: Liberodiscrivere, 2013.
- [23] Bert G. *Medicina narrativa*. Roma: Il pensiero Scientifico Editore, 2007.
- [24] Greenhalgh T, Hurwitz B (eds). *Narrative Based Medicine*. London: BMJ Books, 1998.
- [25] Parisi G, Pasolli L. *Clinica, relazione, decisione. La consultazione medica nelle cure primarie*. Milano: Franco Angeli, 2016.
- [26] Ainsworth-Vaughn N. The discourse of medical encounters. In: Schffrin D, Tannen D, Hamilton HE (a cura di). *The handbook of discourse analysis*. Oxford: Blackwell, 2001.
- [27] Hodges BD. Discourse analysis. *BMJ*, 2008, 337: a879.
- [28] Roter D, Hall J. *Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits*. Westport: Praeger, 2006.
- [29] Roter D, Larson S. The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and exibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling*, 2002, 46: 243-251.
- [30] Kurtz S, Silverman J, Draper j. *Teaching and learning communication skills in medicine*. New York: CRC, 2016.
- [31] Elwyn G, Edwards A, Thompson R (a cura di). *Shared Decision Making in Health Care. Achieving evidence-based patient choice*. Oxford: Oxford University Press, 2016