

PARTE III

La didattica
Tutoriale

La didattica tutoriale

Facilitare l'apprendimento attivo del discente grazie all'impegno cooperativo di ricerca e scoperta autonoma delle conoscenze

Luciano Vettore

già Ordinario di Medicina interna, Past President SIPeM; Daniela Mecugni, Ricercatore MED/45, Coordinatore CdL Infermieristica Università di Modena – Sede RE;

Corrado Chiari

Medico di famiglia, Reggio Emilia;

Maria Stella Padula

Medico di Famiglia – Docente di Medicina Generale CdL in Medicina – Università di Modena

Daniela Mecugni

Ricercatore MED/45, Coordinatore CdL Infermieristica Università di Modena

INTRODUZIONE

La Medicina Generale (MG) rappresenta una parte rilevante del SSN nella tutela della salute dei singoli e della collettività; è impegnata nelle azioni di prevenzione, diagnosi, prognosi, terapia e riabilitazione e si rivolge, pertanto, a soggetti sia sani che ammalati.

Affianca in ciò la Medicina Ospedaliera (MO), che si rivolge peraltro pressoché esclusivamente a soggetti ammalati di patologie acute, o croniche riacutizzate, e quindi in situazioni occasionali per lo più di breve durata, mentre il Medico di Medicina Generale (MMG) si prende cura della persona sana o malata per tutto l'arco della vita.

Si potrebbe dire in modo schematico che la MO – sia generalista che specialistica – è per lo più medicina della malattia, mentre la MG e soprattutto medicina della persona. La formazione universitaria dei medici si svolge prevalentemente in ambito ospedaliero e solo recentemente si è sentita l'esigenza di una formazione anche alla MG,

formazione che richiede un approccio particolare nei metodi e nei contenuti didattici, sia prima che dopo la laurea. Tale formazione dev'essere affidata per competenza prevalentemente, se non esclusivamente, a MMG, perché questi possono mettere a disposizione dei discenti la loro specifica esperienza professionale. Ma la sola esperienza non è sufficiente a un'offerta didattica efficace; è assolutamente necessario che all'esperienza e alla competenza professionale si aggiunga una competenza pedagogica e didattica adeguata. Per la particolarità del setting e dei contenuti della MG le metodologie didattiche che meglio rispondono alla formazione in MG sono quelle che rientrano nella cosiddetta didattica tutoriale. Pertanto è ne-

Come far apprendere ai MMG tutori l'utilizzazione della didattica tutoriale nella formazione in MG degli studenti e degli specializzandi.

cessario che i MMG vengano specificamente formati nelle differenti declinazioni della didattica tutoriale per poter espletare al meglio la loro funzione docente durante l'attività assistenziale sia per gli studenti dei Corsi di Laurea in Medicina durante i tirocini a ciò dedicati, sia per i medici già laureati, frequentanti le Scuole regionali di formazione specifica in MG. A questo obiettivo è dedicato il presente capitolo.

DEFINIZIONI

La didattica tutoriale (DT) non si identifica con una tecnica specifica d'insegnamento, ma è piuttosto un approccio metodologico generale adattabile a contenuti differenti e può essere impiegata in "occasioni applicative" diverse (Tab.1). La DT è soprattutto un atteggiamento mentale: si tratta infatti di un metodo di apprendimento attivo, un sistema formativo centrato sul discente, basato sull'apprendimento per ricerca e per scoperta; anche in MG ci si avvale di un docente-maieuta (per l'appunto di un tutore), che non trasmette informazioni, ma facilita l'apprendimento, valorizzando e motivando lo studio individuale (nel rapporto 1/1, Tutor/studente). Per queste sue caratteristiche la didattica tutoriale risponde in modo particolare alle necessità dei soggetti adulti in formazione professionalizzante, per lo più in un setting clinico anche nell'ambulatorio di MG o nella visita a domicilio – cioè in tutte le situazioni che facilitano l'apprendi-

mento collaborativo dalla realtà e dall'esperienza. La DT persegue obiettivi didattici sia cognitivi che psicomotori e relazionali – preferibilmente con livelli tassonomici medio-alti – e stimola l'attivazione di processi riflessivi (educazione e formazione, non solo addestramento e istruzione); può fare ciò individualmente – per esempio nel rapporto 1:1 tra tutore e studente, tipico della MG – o anche nel piccolo gruppo interattivo di studenti che hanno fatto un percorso personale di apprendimento sullo stesso tema, e poi lo rinforzano e rielaborano nel lavoro di gruppo. La tutorialità si rifà etimologicamente alle parole inglesi di origine latina *tutor* e *tutoring*:

"tutus" in latino è un aggettivo che significa "reso sicuro" e ha la stessa radice di "tutela"; d'altra parte si chiama tutore il sostegno che mantiene diritta – in agronomia – una pianta, o – in ortopedia – un arto lesionato. Il significato di tutore comprende pertanto il concetto di un elemento che sorregge, facilita la crescita e potenzia l'autonomia di ciò che gli è stato affidato. Nella sua applicazione pedagogica il tutore è un docente che aiuta l'apprendimento, ma non ha il compito di spiegare le nozioni; al contrario, usa le parole con parsimonia, offre un modello professionale da osservare e da imitare, mira all'autonomia dell'altro e accompagna il discente alla competenza; esercitando le proprie funzioni il docente-tutore, come "facilitatore dell'apprendimento", indivi-

TABELLA 1: OCCASIONI APPLICATIVE DELLA DIDATTICA TUTORIALE IN MG

- guidata" di attività e comportamenti durante l'esercizio della professione
- acquisizione di abilità pratiche o recitazione di ruoli
 - costruzione di griglie per l'osservazione e per la valutazione di performance
 - discussione libera od orientata (per es. di situazioni cliniche) nei momenti che seguono l'attività clinica a paziente presente
 - studio e analisi di casi o soluzione di problemi
 - produzione di progetti o di testi
 - osservazione

dua e rende conseguibili gli obiettivi educativi essenziali (quelli che dovrebbero costituire il “core curriculum”); più che trasmettere nozioni aiuta a imparare, istruisce e addestra, ma soprattutto forma ed educa: ciò significa che, soltanto quando è proprio necessario, aiuta ad acquisire e a migliorare un’abilità, o trasferisce sapere (in-struere); piuttosto aiuta a dare forma e senso alle conoscenze (formare), e a valorizzare ciò che in modo implicito e inconsapevole il discente già possiede (e-ducere). Insomma, il docente-tutore esercita prevalentemente *l’ars maieutica*.

TUTOR E SETTING EDUCATIVI (D. Mecugni)

Da diversi anni si è sviluppata una concezione di formazione degli adulti basata non tanto e non solo su contenuti da trasmettere e su capacità tecniche da aggiornare, ma principalmente su saperi da individuare all’interno della propria vicenda educativa. Ciò alla luce del fatto che il sapere pedagogico, legato ai temi della formazione e dell’apprendimento, non è un sapere “tecnico”, applicabile a qualsiasi situazione, ovvero un sapere legato a rigide leggi scientifiche, ma un sapere “prassico” che si realizza partendo da una riflessione sulle concrete vicende educative, spesso caratterizzate da un alto tasso di problematicità e complessità. Il formatore quindi si trasforma in un facilitatore dell’apprendimento dall’esperienza, il quale consente di far emergere e poi condividere i saperi presenti nell’agire professionale.

I FACILITATORI DELL’APPRENDIMENTO: QUANTI RUOLI PER UNA STESSA FUNZIONE EDUCATIVA?

La funzione tutoriale, pur essendo essen-

zialmente maieutica nel suo significato più pieno, si declina anche con caratteristiche differenti in risposta alle diverse necessità educative e quindi può essere più precisamente rappresentata con termini diversi, espressi per consuetudine in lingua inglese. La letteratura sulla formazione degli adulti riporta diverse figure (tabella n.2):

- Coach
- Tutor
- Mentor
- Counsellor

Strumenti dell’apprendimento riflessivo (metaconoscenza)

Esistono almeno tre tecniche per lo stimolo della riflessione durante l’attività clinica:

- il contratto di apprendimento
- il metodo del briefing e debriefing
- il diario di bordo.

a) I “contratti di apprendimento”

Il contratto di apprendimento o learning contract è uno strumento di formazione che mira alla personalizzazione del percorso educativo, alla promozione dell’indipendenza del discente e allo sviluppo di un’attitudine alla formazione continua, fondata su di un impegno attivo nella propria autoeducazione. Nel contratto infatti il discente è invitato a:

- riflettere sulla propria esperienza formativa e a identificare alcune insufficienze, soprattutto in termini di competenze professionali;
- comunicarle al Tutor per trasformare questa riflessione in consapevolezza e richiesta di aiuto, per la definizione di ulteriori obiettivi formativi correttamente espressi;
- ideare una serie di attività formative, da svolgere in modo autonomo, che mirino a colmare i deficit identificati;
- stabilire un sistema di indicatori oggettivi

vi e di soglie di performance che permettano allo studente e al tutore di stabilire se gli obiettivi sono stati raggiunti;

- stabilire fin dall'inizio, insieme al contratto formativo, il contratto valutativo: *sarai valutato su questi contenuti, con questi parametri e con questa metodologia.*

Concretamente

il contratto è un piano di apprendimento concordato tra tutore e studente, che presuppone un consenso previo su obiettivi da raggiungere, tempo da impiegare, strategie e risorse predefinite, modalità con cui valutare il raggiungimento degli obiettivi, momenti della valutazione, entità dell'impegno autonomo dello studente per conseguire gli obiettivi previsti nei tempi concordati.

Pertanto il contratto rappresenta formalmente l'impegno e la responsabilità che il tirocinante assume con il suo tutore per:

- identificare i propri bisogni di apprendimento;
- determinare i propri obiettivi;
- decidere come valutare i risultati;
- identificare e attivare le risorse e le strategie per il proprio apprendimento;
- valutare i risultati raggiunti.

D'altra parte l'impegno – **preferibilmente firmato – vincola anche il tutore al mantenimento** dei propri impegni formativi, peraltro *realisticamente* e concretamente definiti in una logica di "do ut des". Per la costruzione del contratto sono consigliabili le seguenti fasi:

1. *Diagnosticare il bisogno di apprendimento*, valutando lo stato delle conoscenze dello studente all'inizio del percorso e la distanza tra il punto in cui sono le competenze attuali dello studente e gli obiettivi da raggiungere.
2. *Definire gli obiettivi specifici* (a partire da obiettivi stabiliti a livello istituzionale, tempi, risorse disponibili, vincoli).
3. *Identificare le risorse e le strategie di apprendimento* (come, con chi, dove, quando per quanto).
4. *Individuare gli indicatori per la valutazione e l'autovalutazione* dei risultati raggiunti e del processo di apprendimento.
5. *Negoziare il contratto.*
6. *Redigere la prima bozza del contratto*, supervisionata dal tutor rispetto a chiarezza, realismo, efficacia delle strategie e pertinenza dei criteri di valutazione.
7. *Attuare il progetto formativo* sviluppato nel contratto.
8. *Supervisionare* in itinere il rispetto del contratto, per garantire una valutazione formativa costante.
9. *Stimolare l'autovalutazione e dare feedback* rispetto a questa.
10. Eventualmente – quando necessario – *revisionare o ri-tarare il contratto.*

Funzione fondamentale del tutore sarà quello di stimolare il discente nella formulazione del contratto; spetta al tutore suggerire risorse e strategie; dovrà confrontarsi con regolarità per l'analisi dei progressi, per condividere idee con il discente, per motivarlo, ma anche per risolvere eventuali problemi che insorgano durante la realizzazione del contratto.

In questo il tutore dovrà soprattutto favorire o – quando necessario – orientare la congruenza degli obiettivi con il setting, eventualmente suggerendo anche revisioni del contratto. Ovviamente potrà proporre anche fonti o integrazioni utili per l'apprendi-

mento e suggerire strategie che il tirocinante non ha individuato da solo; inoltre, non potrà esimersi dallo stimolare il tirocinante a porsi domande, il che significa aiutare positivamente il processo di apprendimento. Infine, spetta al tutore documentare la valutazione finale della realizzazione del contratto. Lo schema di definizione di un contratto tipo è rappresentato nella Tabella 3.

B) La metodologia del briefing e debriefing

Briefing e debriefing si riferiscono originariamente ai momenti di un evento bellico in cui i partecipanti a una missione “rischiosa” si riuniscono prima di andare sul campo (*briefing*) per ricevere informazioni e riflettere sull’esperienza che stanno per compiere (luogo, finalità, difficoltà ecc.) e, una volta tornati, per discutere gli esiti dell’esperienza (*debriefing*) riflettendo di nuovo su quanto vissuto, individuando gli errori compiuti, le opportunità e gli apprendimenti, non solo di tipo strumentale ma anche comunicativo-relazionale. Briefing e debriefing sono pertanto strumenti per aiutare a riflettere in modo strutturato prima e dopo un’esperienza.

In ambito formativo *briefing* e *debriefing* indicano i due momenti, prima e dopo un’esperienza di apprendimento sul campo, in cui il tutore incontra lo studente per co-

struirne il significato in una pratica riflessiva progettata. L’apprendimento clinico “sul campo” è l’apprendimento di competenze che si compie in un contesto di realtà, in una situazione di didattica attiva ed integrata. Dal punto di vista del tutore deve rispondere alle seguenti domande: come aiutare la persona in formazione a costruire conoscenze sul campo? E come facilitare il suo “transitare” tra il mondo della teoria e quello della pratica e viceversa? Bisogna infatti avere consapevolezza che la conoscenza acquisita sul campo non è il semplice prodotto dell’essere stati sul campo.

In questa ottica il briefing ha soprattutto il fine di preparare il discente all’osservazione, di incuriosirlo, ma anche di preparargli intorno una rete protettiva.

Nella fase iniziale del briefing il tutore presenta e discute col discente il contesto in cui opererà e gli obiettivi didattici (cioè i saperi/abilità che si pensa di sviluppare), i risultati attesi e le aspettative della persona in formazione, con l’analisi dei timori/preoccupazioni in relazione alla situazione prefigurata, rendendo esplicito che eventuali errori o imprevisti critici hanno comunque valenza formativa; risulterà utile fornire una griglia condivisa di lettura dell’esperienza nella quale lo studente sarà immerso e rispondere a ulteriori domande e necessità di chia-

TABELLA 3: SCHEMA TIPO DI DEFINIZIONE DI UN CONTRATTO FORMATIVO

Studente: _____ Tutore: _____

Obiettivi formativi (definiti con i verbi secondo la tassonomia di Bloom)	Attività formativa (cosa, quando, dove, con chi/quali risorse)	Modalità di valutazione (n. di prestazioni, test o prove oggettive)	Performance minima prevista o criterio per il raggiungimento

rimenti, in modo che l'attività riflessiva possa accompagnare tutta l'esperienza sul campo nel corso del suo svolgimento.

Pertanto nell'ambulatorio del MMG, come nel caso della visita a domicilio del paziente, il briefing coincide con la fase pre-visita (comunque in assenza del paziente), nella quale il tutore presenta allo studente ciò che prevede accadrà durante la visita, stabilisce i compiti (cose da osservare, cose da fare, ecc.) e gli indica i comportamenti (cose da non dire, o da non fare, ecc). Dopo la conclusione dell'esperienza inizia la fase di debriefing, cioè il processo in cui la persona che ha vissuto l'esperienza viene condotta a una riflessione intenzionale e strutturata su questa esperienza. Il potenziale dell'attività riflessiva che si può sviluppare dipende dalle caratteristiche del soggetto, cioè dalla sua capacità di *"pensare all'esperienza"*, ma anche dalla competenza del tutore e dalla validità del *briefing* d'inizio (cioè se in questo si sono sufficientemente focalizzati gli aspetti di analisi successiva). In MG, conclusa la visita, di nuovo in assenza del paziente il tutore stimola maieuticamente nello studente la riflessione su ciò che è accaduto, chiedendogli di rievocarlo, e su che co-

sa lo studente crede o ha effettivamente appreso; nella tabella n. 3 sono sintetizzate le tappe di un debriefing soddisfacente. Il debriefing non è quindi né una discussione libera, né una consulenza, né una sessione di approfondimento, bensì la riflessione dello studente sull'esperienza appena vissuta, perché con la sola esperienza, senza una rielaborazione riflessiva, non si verifica un vero apprendimento.

E' evidente che tutto ciò richiede tempi adeguati, che purtroppo non sono facilmente disponibili nelle condizioni operative concrete, ma bisogna anche essere consapevoli che in assenza delle condizioni opportune l'efficacia formativa è purtroppo frustrata. Un'abilità fondamentale che il tutore deve esercitare in tutta la sua attività didattica e in particolare nel briefing e debriefing durante l'analisi estemporanea di casi è quella del saper porre domande al discente. Infatti, fare domande è una strategia che aiuta gli studenti a fissare le loro conoscenze e a sviluppare un pensiero critico; il suo sviluppo è molto importante in particolare per le professioni sanitarie, perché nel loro esercizio è richiesta continuamente la capacità di applicare conoscenze in modo diverso, anche in

TABELLA 4: LE TAPPE DEL DEBRIEFING

Descrivere in modo generale come si è svolta l'esperienza

Identificare se e come si sono modificate le finalità per le quali l'esperienza sul campo era stata progettata

Esplorare eventuali criticità riscontrate

Individuare le risorse (conoscenze teoriche e pratiche) utilizzate nel corso dell'esperienza, e in particolare nel corso di eventuali criticità

Analizzare gli aspetti salienti di quanto è accaduto e le relative motivazioni per le quali si riconosce tale rilevanza

Individuare gli elementi dell'esperienza che la persona non ha messo in evidenza e discutere se e perché sarebbe stato importante rilevarli

Connettere l'esperienza con altre precedentemente vissute

Formulare una valutazione complessiva dell'esperienza anche in relazione con gli obiettivi di apprendimento precedentemente individuati nel *briefing*

Focalizzare nuovi apprendimenti acquisiti e le strategie per gli eventuali punti da approfondire

casi simili, ma mai identici. Molti docenti e tutor clinici fanno domande che riguardano i fatti, per lo più su bassi livelli cognitivi che non promuovono il pensiero critico, poiché sono solo una mera ripetizione di informazioni, mentre un livello più elevato è in grado di svilupparlo perché presuppone applicazione, analisi, sintesi e valutazione. Sono tipicamente di basso livello le domande che sondano il possesso di conoscenze; di medio livello quelle che riguardano la comprensione di fenomeni e l'interpretazione di dati; di livelli elevato le domande che richiedono di valutare una situazione e di as-

sumere conseguentemente decisioni appropriate, o di prevedere, per esempio, le conseguenze di una decisione.

Per tutte le domande, oltre alla risposta dovrebbe essere definita la motivazione della risposta stessa: la richiesta del "perché" dovrebbe essere la domanda più ricorrente per stimolare la riflessione.

Si riportano di seguito, a titolo di esempio, alcune domande di elevato livello, utili nella formazione alla pratica clinica:

c) Il diario o giornale di bordo

Il diario di bordo è per i soggetti in apprendimento un formidabile strumento di scrit-

1. Per la gerarchizzazione dei problemi clinici a fini diagnostici:

Quale tra i problemi presentati dal paziente è più importante? Perché è più importante?

Quale problema richiede di essere affrontato per primo? Perché?

Quale è più urgente? Quale è più grave?

Quale è più rilevante?

Quale è più fastidioso per il paziente?

Quale incide maggiormente sulla sua qualità di vita?

Quale è più suscettibile di terapia efficace?

Quale richiede di essere trattato per primo?

2. Per la gerarchizzazione delle ipotesi diagnostiche:

Quale delle condizioni ipotizzate è la più probabile? Perché?

Quali dati, tra quelli disponibili, sono particolarmente significativi per identificare il problema del paziente (ragionamento diagnostico) e perché? (interpretare valori – normali e alterati – di esami laboratoristici o strumentali)

Quali dati, di cui non disponi, ti servirebbero per confermare le tue ipotesi o i tuoi sospetti? Perché e come li potresti raccogliere?

3. Per l'assunzione di decisioni in situazioni concrete:

E' necessaria nel caso specifico qualche decisione urgente? Quale e perché?

Quali interventi assistenziali adatteresti per affrontare i problemi di questo paziente? Con quale ordine di priorità? Con chi ti consulteresti?

Sei d'accordo con gli interventi che sono stati fatti nel caso? (per es. possono esserci interventi corretti, ma non adatti alla situazione di quel paziente? questa domanda si usa quando si vuole attirare l'attenzione sulla personalizzazione)

Che risultati ci attendiamo dagli interventi effettuati?

Come rileviamo o monitorizziamo gli effetti positivi e negativi degli interventi attuati?

tura riflessiva e continuativa nel tempo. Consiste nel resoconto giornaliero, o almeno settimanale, di esperienze assistenziali dalle quali sono scaturiti pensieri, sentimenti e reazioni: si tratta per lo più di episodi significativi o di “incidenti critici”. Concorre a sviluppare diverse abilità: osservazione, documentazione, riflessione, e consente inoltre di tenere memoria dell'esperienza per poterla riesaminare e rivalutare a distanza di tempo.

Il diario è allora una modalità che, se ben condotta, si offre già come operazione riflessiva, perché scrivere è diverso dal parlare. La scrittura implica la necessità di cercare le parole adatte per descrivere ciò che è accaduto e ciò che abbiamo vissuto: perché dunque la scrittura del diario sia formativa è necessario non pensare a una semplice operazione di registrazione degli eventi “come se ne stessimo parlando”.

Il diario è un documento privato dello studente, eventualmente condivisibile a sua esclusiva discrezione con il tutore. Infatti non ha mai finalità valutative: è uno strumento di auto-valutazione esclusivamente formativa. Tuttavia il tutore deve preliminarmente spiegare chiaramente allo studen-

te le finalità del diario, la sua struttura e le modalità d'uso. Esiste anche una tipologia particolare di diario di bordo, definito come “dialogico” in quanto prevede che i contenuti siano condivisi con il tutore in occasioni di dialogo. Comunque, anche in questo caso, chi scrive deve sentirsi completamente libero di esprimersi: gli unici obblighi dello studente sono la riflessione e l'autovalutazione.

D'altronde il tutore deve essere formato a dare un feedback non critico, finalizzato soltanto a stimolare la riflessione, perché è esclusa qualsiasi valutazione da parte sua.

Il diario di bordo può essere proposto in forma destrutturata, oppure con voci predefinite; in ogni caso dev'essere utilizzato non in modo rigido, bensì come strumento per monitorare il proprio lavoro in modo riflessivo.

Nella forma destrutturata è sufficiente un foglio diviso in due colonne:

- la colonna sinistra con la narrazione degli eventi;
- la colonna destra, contenente le considerazioni personali sul “vissuto” degli eventi.

Nella forma strutturata il foglio è diviso in più colonne e righe, ciascuna con tipologie

TABELLA 4: DOMANDE GUIDA PER IL DIARIO DI BORDO CON CONTENUTI STRUTTURATI

I fatti e le azioni	Il vissuto	Le prospettive
Cosa è successo? Descrizione dell'evento	Quali ragionamenti ho fatto?	Quali effetti prevedo delle mie azioni?
Cosa ho fatto? Descrizione delle mie azioni di fronte all'evento	Quali emozioni ho provato? Per il tipo di evento o per mie ragioni personali?	Cosa farei in futuro in un evento simile ? Perché?
Perché l'ho fatto? Motivazioni delle mie decisioni	Cosa mi ha insegnato l'evento? Cosa credo di aver imparato veramente?	Come trasferire a situazioni diverse il frutto dall'esperienza attuale?
Quali azioni hanno fatto gli altri e perché?	Come valuto complessivamente questa esperienza? Perché?	Come comunicherei questa esperienza ad altri?

predefinite di contenuto. Un esempio dei possibili contenuti di un diario strutturato e suggerito nella Tabella 4. Nell'ultimo capitolo di questo testo è consultabile un esempio pratico strutturato di "Diario di bordo dello studente (adotta un cronico)" in uso presso Corso di Laurea in Medicina di Modena.

PECULIARITÀ DELLA FUNZIONE TUTORIALE NELLA MEDICINA GENERALE

1) Caratteristiche della relazione tra medico-tutore e paziente in presenza dello studente (in ambulatorio)

Durante la visita in ambulatorio è indispensabile che la presenza dello studente non disturbi la relazione tra medico e paziente: sarà quindi opportuno che al paziente venga presentato lo studente e che gli vengano spiegate le ragioni della sua presenza; qualora il paziente dimostri imbarazzo, lo studente dovrà garbatamente allontanarsi senza sentirsi da ciò discriminato; quando presente, allo studente potranno essere affidati compiti adeguati alla sua preparazione effettiva (per es., misurare la pressione arteriosa, registrare nella cartella clinica computerizzata i dati anamnestici o i risultati delle indagini diagnostiche, e altre mansioni secondo le sue capacità ecc. a seconda che sia uno studente del corso di laurea o uno specializzando in MG). Lo studente dev'essere istruito in precedenza (durante il briefing all'inizio dell'esperienza di tirocinio) a non interloquire se non su invito esplicito del tutore, che ne valuterà di volta in volta l'opportunità. Sarà insomma cura del medico-tutore che, nella situazione specifica – di volta in volta variabile – risultino evidenti al paziente le funzioni dello studente e che quest'ultimo le eserciti con la dovuta discrezione. Solo dopo la conclusione della visita e il congedo del paziente (*debriefing post visita*) il

medico-tutore potrà commentare e discutere con lo studente gli eventi significativi ai quali ha assistito ed eventualmente partecipato, affinché da queste lo studente tragga elementi utili per la propria formazione.

Qualora il medico conosca in precedenza quale paziente si presenterà alla visita successiva (per es. se visita su appuntamento), potrà dare allo studente prima della visita stessa informazioni o istruzioni che lo indirizzino a un comportamento adeguato e facilitino il suo apprendimento in posizione attiva, ma non intrusiva (nel contratto formativo).

2) Caratteristiche della relazione tra medico-tutore e studente in presenza del paziente e di suoi familiari (per lo più nelle visite a domicilio)

In questa circostanza sarà opportuno che il medico-tutore illustri allo studente, prima di raggiungere il domicilio del paziente, le principali caratteristiche cliniche e personali di quest'ultimo, le ragioni della visita e, quando necessario, situazioni particolari che prevedibilmente possono verificarsi durante la visita. Anche in questo caso dovranno essere rispettate le stesse regole descritte nella visita in ambulatorio nelle relazioni tra medico, paziente e studente.

Un connotato tipico della visita domiciliare è spesso la presenza di uno o più familiari, uno dei quali ha le funzioni di "care giver": in questi casi lo studente potrà talvolta aver modo di assistere a situazioni particolari (per esempio all'interferenza non sempre opportuna del familiare nei dialoghi tra medico e paziente, o addirittura a battibecchi tra quest'ultimo e il familiare presente); il comportamento del medico in queste circostanze sarà esempio prezioso per la formazione dello studente. Anche il coinvolgimento emotivo degli attori in campo è spes-

so più frequente nella visita a domicilio che non quella in ambulatorio, perché nel primo caso si incontrano più frequentemente condizioni di maggiore gravità, o comunque più problematiche. Tutto ciò diventerà opportunamente materiale di discussione e di chiarimenti tra medico-tutore e studente dopo il commiato dal paziente e dei suoi familiari (sedute di debriefing ad hoc, oppure durante il tragitto in auto, fra una visita e l'altra).

Sia nelle visite ambulatoriali che in quelle domiciliari lo studente avrà molto da imparare dai comportamenti del suo tutore nella relazione col paziente e con i familiari, e dalle decisioni diagnostiche e terapeutiche del medico, che dopo la conclusione della consultazione dovranno essere spiegate nelle loro motivazioni allo studente ed eventualmente con questo discusse.

CARATTERISTICHE DEGLI OBIETTIVI EDUCATIVI NEL SETTING DELLA MEDICINA GENERALE

Anche nella didattica tutoriale l'operazione preliminare in ogni del processo formativo è la definizione degli *obiettivi educativi specifici*. Nella tabella 5 si ricordano i livelli tassonomici degli obiettivi educativi.

Per essere considerato "buono" un obiettivo educativo specifico dev'essere pertinente, cioè rispondente a bisogni reali; deve, inoltre, essere chiaro, logico, preciso, realizzabile, verificabile nel conseguimento e possibilmente misurabile.

Per stimare l'effettiva conseguibilità degli obiettivi educativi si deve essere in grado di rispondere alle seguenti domande:

TAB 5: LIVELLI TASSONOMICI DEGLI OBIETTIVI EDUCATIVI

a) profondità della **CONOSCENZA**

conoscenza superficiale: lo studente ne ha sentito parlare (livello 1)

conoscenza generale: lo studente sa inquadrare l'argomento all'interno delle conoscenze complessive (Guilbert 2002)

conoscenza approfondita e particolareggiata: lo studente deve conoscere l'argomento in modo esauriente in relazione alle sue necessità formative (Mortari 2007)

b) tipo di **COMPETENZA**

competenza mnemonica: lo studente ricorda quanto ha appreso (Gamberoni, Marmo et al. 2009)

competenza interpretativa: lo studente sa applicare quanto ha appreso per interpretare dati o fenomeni, relativi a un contesto cui ha assistito o a un problema che ha visto affrontare e risolvere da altri (Guilbert 2002)

competenza decisionale: lo studente sa applicare quanto ha appreso per risolvere personalmente problemi e assumere decisioni autonome (Mortari 2007)

c) livello di **ABILITÀ** nell'esercizio di azioni pratiche o di processi metodologici

abilità teorica: lo studente sa come si fa (conosce la teoria della procedura), perché l'ha visto fare da altri, o ne ha letta o sentita la descrizione (Gamberoni, Marmo et al. 2009)

abilità teorico-pratica: lo studente ha sperimentato personalmente l'esecuzione della procedura almeno una volta per comprenderne la dinamica (Guilbert 2002)

abilità pratica autonoma: lo studente sa eseguire l'azione in modo automatico (Mortari 2007)

è possibile far eseguire allo studente ciò che il verbo esprime,

come ciò può essere fatto?

è possibile osservare ciò che lo studente sta facendo?

è possibile misurare il risultato di ciò che lo studente ha eseguito e come ciò può essere fatto?

Se la risposta a queste domande è affermativa, l'obiettivo didattico è probabilmente buono. Nel setting della MG ci si propone di perseguire obiettivi cognitivi (sapere), psico-motori (saper fare), relazionali (saper essere) e riflessivi (saper sapere); ma la loro rilevanza e soprattutto la loro declinazione presentano alcune specificità.

Lo studente in Medicina e il giovane medico, in tirocinio nell'ambulatorio di MG e nella partecipazione alle visite a domicilio del loro tutore, possono imparare sia come ci si relaziona con la persona sofferente e con i suoi familiari, che come si tutela la sua salute in azioni preventive e riabilitative oltre che diagnostiche e terapeutiche. Sono quindi in primo piano gli obiettivi psico-relazionali di educazione alla salute dei soggetti sani mediante il miglioramento degli stili di vita, di educazione terapeutica del paziente, ma anche di comprensione e di conforto di fronte alle sofferenze fisiche ed esistenziali. Inoltre, nell'ambulatorio di MG il discente avrà modo di esercitarsi nelle più comuni manovre semiologiche e terapeutiche e perfezionerà le sue capacità di raccogliere sintomi e segni in modo sintetico, cioè funzionale al rapido inquadramento delle condizioni complessive del paziente, apprendendo strategie di effettuazione dell'anamnesi e dell'esame obiettivo mirati al problema clinico che il paziente presenta in quel particolare momento.

Anche la tipologia degli obiettivi cogniti-

vi presenta alcune peculiarità nella MG: da questa infatti il discente, più che apprendere nuove conoscenze teoriche, impara ad applicarle nei contesti concreti, trasformandole in competenze professionali immediatamente fruibili; dal suo tutore può imparare infatti ad affrontare i problemi clinici alla loro prima comparsa, o al manifestarsi di elementi nuovi nell'alveo di problemi già noti, e impara ad assumere rapidamente decisioni di primo livello, che peraltro possono condizionare in modo significativo il rimanente iter diagnostico e/o terapeutico. E soprattutto, nel setting della MG – a differenza da quello della Medicina Ospedaliera – ogni problema non viene isolato dal contesto, ma al contrario viene immediatamente inquadrato nel panorama complessivo della situazione non solo clinica, bensì esistenziale globale, di quel particolare paziente e delle condizioni familiari e sociali in cui egli vive: potremmo dire sinteticamente che nel setting della MG, grazie anche all'approccio tutoriale, i problemi di salute vengono affrontati nell'ottica della complessità, limitando gli approcci riduzionistici che pure sono utili nei momenti di approfondimento, ma limitanti nelle fasi di inquadramento iniziale. Proprio in considerazione delle caratteristiche tipiche degli obiettivi educativi nella MG, assumono connotati particolari anche le differenti metodologie tutoriali.

METODOLOGIE TUTORIALI

1) Le Metodologie tutoriali per l'apprendimento degli obiettivi cognitivi

Gli obiettivi cognitivi della MG sono obiettivi di metodo più che di contenuto: al MMG tutore non spetta il compito di facilitare l'apprendimento teorico delle malattie, né le sofisticatezze del ragionamento diagnostico; il suo compito essenziale è quello di aiuta-

re il discente a leggere nella sua concretezza la realtà clinica, a tradurre nella pratica professionale di cura del paziente le conoscenze teoriche apprese all'Università, e soprattutto a prendere decisioni – sia pure al primo livello decisionale – per lo più in condizioni di incertezza, con lo scopo di avviare in tempi brevi e con l'uso oculato delle risorse l'iter diagnostico e il primo approccio terapeutico. Tutto ciò tenendo conto della situazione complessiva, cioè non solo strettamente clinica relativa al quadro morboso in atto, bensì utilizzando la conoscenza storica – longitudinale nel tempo – del proprio paziente in tutti i suoi aspetti: biologici, fisiopatologici, psicologici, familiari, lavorativi, socio economici; in altri termini “esistenziali globali”. In considerazione di questa realtà, il medico-tutore ha a disposizione principalmente due declinazioni della medesima metodologia didattica per facilitare ai suoi discenti il conseguimento degli obiettivi cognitivi della MG:

a) **L'analisi interattiva di casi estemporanei** che si presentano in ambulatorio o al domicilio del paziente; tutti gli incontri del medico-tutore con i propri pazienti in presenza dello studente sono naturalmente di per sé occasioni didattiche, ma alcuni di questi possono avere caratteristiche particolari, utili per stimolare il dialogo tra tutore e discente su obiettivi specifici del tirocinio in MG: può trattarsi di tematiche rispetto alle quali il tutore ha individuato in precedenza particolari carenze dello studente, oppure di situazioni di particolare interesse, magari perché non frequenti ma importanti della pratica professionale. Ovviamente, trattandosi di casi “estemporanei”, cioè non programmati, il tutore non ha il tempo per prepararsi ad affrontarli dal punto di vista didattico; e allora gli si chiedono es-

senzialmente due abilità: in primo luogo quella di rendersi conto tempestivamente della particolare valenza didattica del caso che ha davanti; per questo è necessario che il medico-tutore produca e tenga aggiornato l'elenco dei bisogni specifici di apprendimento – diversi da soggetto a soggetto – del suo attuale studente, così da essere pronto a usare – come ... “il calcio sui maccheroni” – il caso estemporaneo utile e adatto all'iter formativo del suo studente; la seconda abilità che gli si chiede è quella di attirare l'attenzione dello studente sugli elementi significativi del caso durante la consultazione, senza peraltro che ciò disturbi la relazione col paziente, per poi discutere con lo studente – a consultazione conclusa – gli elementi rilevati più utili alla formazione dello studente. Non è forse inutile ripetere che tali elementi possono essere di volta in volta diversi: talvolta diagnostici, talaltra terapeutici, altre volte ancora semeiologici, psico-relazionali, ecc. Fa parte di questa abilità anche la capacità di stimolare la riflessione.

b) **L'analisi in piccolo gruppo di casi precedentemente preparati.** Questa modalità didattica si svolge in aula e richiede una programmazione accurata: il medico-tutore deve disporre di una raccolta di casi clinici, che per il loro contenuto rispondono alle necessità formative dei diversi tipi di discenti (studenti del corso di laurea in medicina, neolaureati in tirocinio, medici frequentanti la scuola di formazione specifica in medicina generale); ognuno di questi casi è generalmente tratto da situazioni reali, ma adattato alle specifiche esigenze didattiche. Il materiale necessario è costituito da:

1) la descrizione del caso nella versione per il piccolo gruppo di studenti;

- 2) la medesima descrizione nella versione per il tutore, cioè divisa in tappe che serviranno per scandire la discussione nel piccolo gruppo nel rispetto degli obiettivi didattici;
- 3) l'elenco degli obiettivi didattici pertinenti al caso (non molti e chiaramente definiti);
- 4) l'elenco delle "domande guida" che il tutore può a sua discrezione utilizzare per stimolare o indirizzare la discussione dei discenti nel piccolo gruppo, senza peraltro prevaricare sulla sua dinamica.

Tutto questo materiale dovrebbe far parte di una sorta di biblioteca didattica di un auspicabile Dipartimento di Medicina Generale, a cui i tutori possano liberamente attingere, scegliendo di volta in volta gli strumenti necessari allo svolgimento del programma didattico.

Il metodo per l'analisi dei casi rientra nella metodologia del "problem solving", utilizzata in parecchi Corsi di Laurea in Medicina e nelle Scuole di formazione specifica in MG per la formazione clinica dei discenti; tuttavia, come abbiamo già detto, gli obiettivi didattici della MG sono in buona parte diversi da anche se complementari a quelli della medicina clinica: i secondi sono finalizzati prevalentemente a far apprendere il ragionamento diagnostico e la decisionalità terapeutica in un setting che abitualmente prescinde dalle caratteristiche individuali non cliniche della persona-paziente, concentrandosi invece nell'individuazione e nel trattamento della malattia; l'analisi dei casi nel setting della MG ha invece come fine essenziale la formazione dello studente alla cura del malato globalmente intesa, e quindi pur non escludendo gli aspetti fondamentali del ragionamento clinico a

fini diagnostico-terapeutici, si rivolge prevalentemente all'individuazione degli elementi essenziali della situazione contingente e alla loro correlazione con la storia complessiva di quel particolare paziente nei loro aspetti esistenziali oltre che biologici; l'altro fine, peraltro non secondario consiste nella formazione all'assunzione di decisioni non solo diagnostiche o terapeutiche, ma anche – e spesso soprattutto – con contenuto "sociale" (per es., assistenza domiciliare, accompagnamento nell'handicap, educazione agli stili di vita, ecc.).

In questa ottica gli obiettivi formativi dei casi sottoposti ad analisi in piccolo gruppo riguardano, oltre agli aspetti più strettamente medici, anche, e spesso estesamente, aspetti psicologici, etici, socio-economici, ecc.

I casi preparati per l'analisi in piccolo gruppo dovrebbero sviluppare negli studenti le seguenti abilità:

- identificare i problemi di salute del paziente e altri problemi del caso;
- suggerire problemi alternativi, individuabili grazie all'acquisizione di informazioni e dati mancanti;
- identificare e distinguere le informazioni rilevanti da quelle irrilevanti;
- proporre differenti approcci utilmente realizzabili;
- selezionare criticamente e motivare gli approcci migliori per risolvere i problemi posti dalla situazione concreta contingente;
- identificare nella letteratura le eventuali divergenze delle soluzioni possibili;
- valutare l'efficacia delle decisioni d'intervento;
- pianificare possibili interventi alternativi.

Il tutore responsabile della conduzione del piccolo gruppo nell'analisi di un caso deve saper presidiare contemporaneamente due processi:

1) Il conseguimento degli obiettivi educativi, nel quale deve peraltro rispettare i ritmi di apprendimento – non sempre uguali – di piccoli gruppi diversi; ciò richiede flessibilità in una visione prospettica: ciò che questo piccolo gruppo non è in grado di apprendere oggi con questo caso, potrà apprenderlo in tempi successivi con casi diversi, purché di ciò si tenga conto nella programmazione didattica.

2) La gestione delle dinamiche del piccolo gruppo, che presentano alcune caratteristiche meritevoli di attenzione. Innanzi tutto il tutore deve presidiare la creazione di un clima favorevole all' apprendimento nel lavoro di gruppo, che prevede abitualmente le seguenti fasi:

- presa di contatto formale: presentazione reciproca dei partecipanti;
- periodo di incertezza: dubbi sulla validità del processo; irritazione e disagio;
- conflittualità e strutturazione: la discussione si avvia, emergono i ruoli, nascono competizioni;
- cooperazione: equilibrio dinamico, lavoro collaborativo e raggiungimento dello spirito di gruppo.

Il tutore deve garantire la completezza del processo di apprendimento secondo gli obiettivi prestabiliti in un ordine corretto e nel contempo coinvolgere tutti gli studenti del gruppo, stimolandoli a esprimersi con chiarezza, precisione e rigore logico; deve anche avere consapevolezza del grado di apprendimento (e delle difficoltà) dei singoli studenti, per aiutarli nel raggiungimento di una "performance" sufficiente per tutti, adattando *realisticamente* il processo di apprendimento del gruppo alle sue capacità concrete. Un compito non facile, per il quale serve una graduale acquisizione di competenza da parte del tutore, è quello di gesti-

re le dinamiche interpersonali tra i componenti del gruppo, esercitando garbatamente la propria autorevolezza senza intrusioni autoritarie o comunque troppo direttive.

E' opportuno che i casi in discussione siano *realisticamente* imperfetti, portando così a una discussione che usi i dati disponibili ancorché *incompleti*, anche quando sarebbero auspicabili informazioni ulteriori, come spesso succede nella realtà professionale; la discussione del gruppo deve infatti e soprattutto suscitare quesiti, le cui risposte aumentino le competenze e solo in via secondaria le conoscenze mancanti dei partecipanti; gli studenti debbono essere stimolati a formulare e chiarire – prima di tutto a se stessi – domande, ipotesi, ragionamenti e soluzioni su basi razionali, così da giungere a decisioni *motivate*, da confrontare prima con i colleghi del gruppo e poi con il tutore; questi è anche l'esperto di contenuto, ma non deve far pesare questa sua competenza; per esempio, in alcune circostanze può addirittura consentire agli studenti di arrivare a conclusioni o decisioni errate, per poi usare lo strumento dell'analisi non colpevolizzante degli errori come strumento potente di apprendimento. Tutta la strategia sopra descritta ha infine la finalità fondamentale di indurre meta-conoscenza, cioè la riflessione che nasce dal confronto tra conoscenze ed esperienza.

2) Metodologie tutoriali per l'apprendimento delle abilità gestuali

L'apprendimento/insegnamento delle abilità gestuali si avvale degli strumenti comunemente utilizzati per questi obiettivi educativi: definizione delle tappe che in sequenza descrivono la specifica abilità gestuale da far apprendere; griglie di apprendimento e di valutazione con l'indicazione del punteggio acquisibile nell'effettuazione di ogni tap-

pa e del livello minimo di apprendimento, necessario per una valutazione positiva.

Nel setting della MG si presume che i discenti abbiano già appreso in altri momenti del loro corso di studi le modalità teoriche e pratiche di effettuazione delle manovre; queste, limitate alle abilità indispensabili al MMG nella sua attività professionale (core curriculum della MG), potranno essere perfezionate nella loro esecuzione tecnica grazie alla disponibilità di pazienti su cui effettuarle, ciò sempre con la supervisione didattica del medico-tutore. È indispensabile che il tutore disponga delle griglie corrispondenti, costruite rispettando i gold standard precedentemente definiti (per es., potendo accedere a pubblicazioni ad hoc) (Amoroso et al, 2013).

Il tutore ha il compito di mostrare al discente affidatogli le modalità corrette di esecuzione delle manovre gestuali che sta eseguendo sul paziente di volta in volta in consultazione, commentando brevemente – quando ciò è possibile e necessario – sia la tecnica che il risultato della loro applicazione; altro suo compito sarà quello di discutere successivamente con lo studente, in assenza del paziente, le modalità di esecuzione e il risultato delle manovre affidate allo studente stesso durante la visita.

3) Metodologie tutoriali per l'apprendimento delle abilità psico-relazionali

Le abilità psico-relazionali trovano nel setting della MG un luogo privilegiato di apprendimento. Il discente ha in tale setting un'occasione unica per attingere dall'osservazione diretta del comportamento del tutore uno stile relazionale corretto, di volta in volta adatto alla situazione particolare: si tratta di un apprendimento per imitazione da un'esperienza personalmente vissuta, che deve essere peraltro commentata e discus-

sa con il tutore in assenza del paziente dopo ogni occasione utile che abbia valenza didattica. Tutto ciò può realizzarsi con grande profitto nelle visite sia ambulatoriali che a domicilio.

Sarebbe naturalmente utile, ancorché non sempre facile da realizzare, se i dialoghi in ambulatorio tra medico e paziente potessero venire registrati per essere successivamente riascoltati e commentati; anche se la sola registrazione del parlato non consente l'analisi degli aspetti extra-verbali del colloquio, tuttavia il suo riascolto può risultare molto educativo: anche in questo caso è necessario che il tutore disponga di adeguati strumenti di analisi, sui quali peraltro ci si soffermerà in un altro capitolo.

Il setting ambulatoriale della MG non si presta invece per l'applicazione degli altri strumenti tipici per l'apprendimento delle abilità relazionali, tradizionalmente consistenti in sessioni di role playing e simulazione; tali strumenti sono invece opportunamente utilizzabili in occasioni di apprendimento in piccolo gruppo.

4) La visita medica, momento di analisi e di sintesi

Nella visita medica in MG si possono applicare pressoché tutte le metodologie tutoriali finora considerate. In essa infatti si presentano casi estemporanei che possono essere preziosa fonte di apprendimento, purché medico-tutore e discente ne sfruttino adeguatamente le potenzialità. Come abbiamo già visto, l'ambulatorio – ma anche il domicilio del paziente – sono luoghi privilegiati dove si esercitano differenti relazioni: tra medico e paziente, tra tutore e studente, tra studente e paziente, del medico e, rispettivamente, dello studente con i familiari e il care giver, quando presenti.

La relazione tra i vari attori sopra citati è fi-

nalizzata alla raccolta dei dati anamnestici, non solo peraltro quelli relativi all'eventuale condizione morbosa in atto, ma anche quelli che riguardano la condizione esistenziale complessiva del paziente, essendo la MG – come abbiamo più volte sottolineato – Medicina della persona più che Medicina della malattia; dato peculiare dell'anamnesi nella visita del MMG è che questa ad ogni consultazione si arricchisce di nuovi dati e contemporaneamente disporre di una storia particolareggiata che riguarda tutto l'arco temporale del rapporto tra il medico e quel paziente; in un setting di questo tipo lo studente imparerà a porre domande pertinenti, centrate sulla situazione contingente, senza peraltro trascurare i suoi possibili agganci col passato, ma anche senza disperdere le sempre scarse risorse temporali nell'approfondimento di fatti al momento irrilevanti.

Una cosa analoga si può dire per la raccolta dei segni obiettivi durante la visita del MMG: anche in questo caso lo studente potrà imparare a eseguire esami obiettivi mirati per raccogliere segni immediatamente utili – correlati ai sintomi anamnestici – per definire il problema di salute attuale; inoltre l'ambulatorio di MG può essere per lo studente una palestra dove esercitarsi nelle manovre semiologiche comuni sotto l'occhio vigile del tutore, naturalmente nel rispetto di tempi e di modi che non gravino sulle condizioni del paziente.

Ancora nel setting della visita in MG lo studente avrà una dimostrazione immediata di come si debbano assumere – in tempi relativamente brevi e sulla scorta in una quantità limitata di dati – decisioni per ulteriori approfondimenti diagnostici e/o per le opportune prescrizioni terapeutiche.

Infine, potrà apprendere l'arte della comunicazione delle notizie, dell'educazione terapeutica del paziente e dell'educazione alla

salute grazie ad approcci di counselling, finalizzati a modificare positivamente stile di vita incongrui.

Tutti quelli sopra descritti rappresentano obiettivi educativi perseguibili nella visita in MG più efficacemente che nel setting della Medicina Ospedaliera. Tutto ciò, peraltro, a una condizione irrinunciabile: che tra lo studente e il suo tutore s'instauri un rapporto cooperativo, ancorché dialettico, con finalità educative ben precise, preventivamente definite negli obiettivi formativi; si tratta di un rapporto bidirezionale, nel quale sicuramente lo studente ha molto da imparare dal tutore, ma anche quest'ultimo può giovare, da una parte, dell'autocontrollo richiesto per la presenza di un osservatore esterno e, dall'altra, sia dell'apporto critico pur rispettoso dello studente che, soprattutto, delle conoscenze di questo, generalmente ben aggiornate grazie agli studi universitari.

Questo rapporto, per essere efficace, dovrà fare un uso buono e costante della metodologia del briefing e debriefing per orientare lo studente all'osservazione ed eventualmente all'azione, e poi per la valutazione critica – non punitiva ma educativa – di quanto è accaduto (acutezza nell'osservazione della realtà) e dei comportamenti agiti di conseguenza. Infatti, l'ambulatorio di MG non può limitarsi a essere una palestra in cui affinare da parte dello studente la capacità di effettuare correttamente atti professionali, ma è essenzialmente un luogo di educazione alla "forma mentis" del medico; in quest'ottica risultano preziosi anche gli altri strumenti della riflessione, precedentemente considerati: il medico tutore dovrà infatti definire un contratto di apprendimento con ogni studente che verrà affidato alla sua opera di formatore; la revisione in itinere del rispetto del contratto e le even-

tuali necessità di un suo adattamento costituiranno utili momenti di riflessione; sarà inoltre opportuno che lo studente venga invogliato a tener il diario di bordo della sua esperienza, a prescindere dalla scelta, che – se presente – deve essere consenziente, di condividerne alcuni contenuti con il tutore. Così il diario, soprattutto se dialogico, potrebbe rappresentare una sorta di “portfolio” che documenti sia le azioni didattiche che i progressi nell’apprendimento durante l’arco dell’esperienza formativa: “portfolio” a cui attingere come memoria storica anche in esperienze successive, in modo da limitare in queste gli errori involontariamente compiuti nelle precedenti.

Nel portfolio e nel “diario di bordo” (Padula, Tomasi 2004; Padula 2003) saranno contenute le “griglie di osservazione” strumenti utili per l’osservazione, la riflessione e la rielaborazione, di quanto succede durante l’incontro medicopaziente, durante la visita medica. La stessa griglia diventa strumento di valutazione per verificare, da parte del tutor, quanto ha eseguito lo studente/tirocinante durante la visita medica in MG.

Sono riportate, come esempio, alcune griglie di osservazione della visita utilizzate durante l’attività tutoriale nel setting della MG nel il Corso Integrato di MG a Modena.

Bibliografia

- Amoroso A. et al (2013), *Semeiotica pratica – Sussidio multimediale per l’apprendimento e la verifica delle principali manovre semeiologiche*. Delfino Editore, Roma.
- Delvecchio G., Vettore L. (2013), *Decidere in terapia – Dialogo sul metodo nella cura*. Liberodiscrivere Edizioni, Genova.
- Gamberoni L., Marmo G., et al. (2009), *Apprendimento clinico, riflessività e tutorato. Metodi e strumenti della didattica tutoriale per le professioni sanitarie*, EdiSES, Napoli.
- Guilbert J.J. (2002), *Guida pedagogica per il personale sanitario*. Edizioni dal Sud, Bari.
- Mortari L. (2007), *Apprendere dall’esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione*, Carocci Editore, Roma.
- Padula M.S. (2003), *Diario di bordo dello Studente*, Athena Editore, Modena.
- Padula M.S., Tomasi A. (2004), *Manuale del Tutor*, Athena Editore, Modena.
- Sasso L., Lotti A., Gamberoni L. (2003), *Il tutor per le professioni sanitarie*. Carocci Editore, Roma.
- Zanini L. (2005), *La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico*. Guerini Scientifica, Milano.

GRIGLIA DI OSSERVAZIONE DEL PAZIENTE

(per il tirocinante, da compilare durante la visita e durante il debriefing con il tutor, per esplorare i problemi del paziente)

Aspetti tecnici e relazionali della visita	Osservazione del Paziente COMPILATA DAL TIROCINANTE	Debriefing COMPILATA insieme al TUTOR
1 – individua il motivo principale della visita		
2 – indica il problema principale del paziente		
3 - indica eventuali altri problemi bio-psico-sociali e familiari		
4 - indica la priorità per il medico		
5 - indica la priorità del paziente e/o della famiglia		
6 - atteggiamento del medico		
7 - atteggiamento del paziente		
8 - indica eventuali "interferenze" in quel problema e nel caso specifico		
9 - esprimi la tua ipotesi diagnostica sul problema principale preso in esame		
10 – altre ipotesi		
11 – c'è "negoziazione" delle decisioni sul percorso diagnostico con il paziente?		
12 – c'è "negoziazione" delle decisioni operative del trattamento?		
13 - come si è conclusa la visita: prescrizione di esami, farmaci, consigli, rassicurazione		
14 - il percorso diagnostico terapeutico adottato è "appropriato"?		

GRIGLIA DI ANALISI DELLA VISITA (ASPETTI TECNICI E RELAZIONALI):

Ho rilevato gli aspetti sottoelencati durante l'esecuzione della visita? (SI/NO)

Aspetti RELAZIONALI	Aspetti TECNICI = METODO CLINICO
accoglienza del paziente	
presentazione dello studente	
conduzione del colloquio	anamnesi mirata al problema presentato
preparazione all'E.O.: atteggiamento del medico	
esame obiettivo	manovre semeiologiche mirate, strumenti utilizzati
registrazione sintetica dei dati:	cartella cartacea o computerizzata, per problemi
	valutazione del problema del paziente
contrattazione	decisione clinica
sintesi dell'incontro e congedo	
gestione delle interferenze (studente, telefono, segretaria, familiari).	

OSSERVAZIONE DELLE AZIONI DEL MEDICO TUTOR (ASPETTO RELAZIONALE)

Aspetti da osservare (atteggiamenti verbali e non verbali)	SI/NO
Come accoglie il paziente alla porta nel salutarlo gli porge o no la mano lo guarda in viso si siede di fronte a lui usa con discrezione il computer gestisce le interferenze (telefono, interruzioni della segretaria...) senza perdere la relazione con il paziente	
Conduzione del colloquio sa ascoltare in silenzio (quanti secondi) si mostra interessato interrompe spesso il paziente cerca di usare frasi di incoraggiamento pone domande aperte pone domande chiuse	
Altri aspetti relazionali	
riconosce e controlla i propri sentimenti	
riconosce e manifesta al paziente i propri sentimenti	
riconosce e comprende i sentimenti del paziente	
spiega al paziente le manovre che fa durante la visita, mettendolo a proprio agio durante la visita	
la decisione avviene dopo contrattazione col paziente	
al momento del congedo fa un breve sunto del colloquio, facendo risaltare i punti principali dell'incontro, mostrando di aver ben compreso il problema del paziente	

OSSERVAZIONE DELLE AZIONI DEL MEDICO TUTOR (DAL PUNTO DI VISTA CLINICO-METODOLOGICO)

Aspetti da osservare	SI/NO
raccoglie con l'anamnesi dati mirati al problema particolare del paziente?	
pratica nell'esame obiettivo manovre mirate?	
compila una lista di priorità cliniche da affrontare, mirate al problema particolare del paziente?	
prescrive esami diagnostici?	
fornisce indicazioni organizzative al paziente per favorire la sua aderenza al piano concordato ?	
fornisce una prescrizione semplice scritta della terapia da praticare a domicilio?	

GRIGLIA PER L'OSSERVAZIONE DEL PAZIENTE (ASPETTI RELAZIONALI)

Aspetti da osservare	SI/NO
esprime imbarazzo con l'atteggiamento del corpo	
si veste in maniera trascurata	
è accompagnato	
si mostra imbarazzato dalla presenza dello studente	
al contrario "si esibisce"	
ha difficoltà a esprimersi a parole, ripete sempre alcune parole (interazioni)	
mostra di comprendere ciò che dice il medico	
pone domande al medico	
pone domande allo studente	
è in accordo con le proposte del medico	
ha reazioni adeguate alle notizie ricevute	

GRIGLIA DI OSSERVAZIONE GUIDATA PER RILEVARE ELEMENTI OSSERVATI NEL PAZIENTE ALLA PRESENZA DEL FAMILIARE

Elementi da osservare	paziente	medico	familiare
il problema prioritario			
altro problema importante			
sintomo prevalente			
il vissuto: emergono emozioni, paure, segni di disagio			
c'è una relazione terapeutica (medico come farmaco, parola chiave)			
punti di forza			
punti di debolezza/criticità			
proposte di soluzione (nei panni del medico di famiglia, del paziente e del familiare): farmaci, consigli, supporto non farmacologico...			
la cosa che più ti ha colpito e perché			
aspetto/elemento appreso dal caso osservato			

GRIGLIA DI OSSERVAZIONE NELLA VISITA DOMICILIARE

(azioni per individuare e gestire elementi d'urgenza e altre necessità)

osservare l'urgenza e le necessità	
raccogliere (anche telefonicamente) le informazioni per decidere se c'è urgenza	
fare una valutazione dell'ambiente	
fare una valutazione dei familiari	
condurre un colloquio col paziente e con il familiare	
riconoscere chi è il care giver	
valutare l'ambiente del paziente	
osservare e riflettere sulla relazione con le altre figure presenti a domicilio: parenti, vicini di casa, infermieri.	
proporre esami, bioumorali e strumentali	
proporre terapie mirate	
proporre consulenze o ricovero pertinenti al caso e all'urgenza	
effettuare una sintesi organizzativa e conclusiva:	

AUTOVALUTAZIONE DELL' EMOTIVITÀ

Griglia per indagare le proprie capacità comunicative e le emozioni derivate dalla situazione vissuta accanto al paziente. (Deve essere utilizzata per riflettere i propri punti di forza e di debolezza).

Legenda 1 = quasi mai, 2 = a volte 3 = piuttosto spesso 4 = la maggior parte delle volte

	1	2	3	4
La situazione ti ha suscitato ricordi di storie analoghe di altri pazienti conosciuti				
La storia ti ha suscitato ricordi di storie analoghe di tuoi familiari				
Hai provato imbarazzo e/o disagio per la sofferenza emersa dal racconto della storia del paziente				
Hai rilevato dai messaggi non verbali stati d'animo legati alla sofferenza della malattia				
Emerge un disagio non legato alla malattia, ma al clima familiare e sociale				
Mi sono messo nei panni del malato				
Mi sono messo nei panni del mio tutor				
Mi sono messo nei panni del familiare				
Sono stato capace di controllare le mie emozioni.				
Ho avvertito una barriera fra me e il paziente				
Ho ascoltato la storia senza preoccuparmi del tempo				
Ho provato sentimenti di compassione per il paziente				
Ho provato sentimenti di compassione per il familiare/i				
Ho provato sentimenti di condivisione/alleanza con il mio tutor quando l'ho affiancato nelle visite				