



Maria Stella Padula, Medico di famiglia. Modenese di adozione, nata in Lucania, ha della sua terra carattere, la tenacia per

portare avanti idee e progetti in cui crede, come l'educazione dei medici e dei curanti, per offrire risposte coerenti ai bisogni delle persone sofferenti. La formazione dei formatori, in cui si è sempre impegnata, è legata a una vita trascorsa a prendersi cura dei pazienti e a progettare la formazione di un medico competente e umano, vicino al paziente e alla famiglia. Per questo è nato il Master universitario per "imparare a insegnare", e dal Master trae origine questo testo sulle metodologie per trasmettere come insegnare ai formatori e futuri docenti: sono le tappe obbligate per raggiungere gli obiettivi. Da vari anni è docente a contratto di Medicina Generale presso l'Università di Modena, e continua a svolgere la professione di Medico di medicina generale, perché è la professione che continua ad alimentare la passione e la forza per coinvolgere sempre più colleghi, sia a Modena che fuori, per diffondere la cultura della Medicina Generale.



Gabriella Aggazzotti, Professoressa di Igiene presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università

di Modena e Reggio Emilia, e membro del Senato accademico. Come Presidente della Facoltà di Medicina ha creduto nel progetto di insegnamento della Medicina Generale, e ha diretto il Master di II livello, che ha unito docenti del mondo accademico, nazionale ed europeo, e del mondo della Medicina Generale. Ha lavorato insieme nella produzione di questo testo per diffondere la metodologia didattica, offrendo così una "cassetta degli attrezzi" da cui attingere volta per volta lo strumento giusto per insegnare la Medicina Generale.

€ 30,00



È un "Manuale per il Tutor e il Docente", frutto del "laboratorio" del corso Master Universitario condotto dai Medici Generali e da Docenti universitari di Medicina e Scienze della Formazione, "Imparare a Insegnare", in cui sono stati provati gli "strumenti", inseriti ora nella "cassetta degli attrezzi", da cui il docente può attingere, scegliendo quelli più adatti per insegnare i contenuti e le abilità da far apprendere ai propri studenti, in setting differenti e per obiettivi diversi. Si tratta di strumenti "semplici e basilari" per l'insegnamento "clinico" in un setting peculiare della Medicina generale, come quelli rappresentati in copertina (fonendo, sfingo... la "borsa" del Medico per le visite a domicilio). E se i contenuti da apprendere sono diversi, diversi saranno anche gli strumenti: per attaccare un chiodo ci vuole il martello non il cacciavite... per tagliare la legna ci vuole la sega, non un semplice coltello... e così è anche nel campo della formazione.

Alle metodologie didattiche tradizionali, riviste nell'ottica di un insegnamento pratico e coinvolgente, si affiancano metodiche didattiche innovative per le Medical Humanities, come la medicina narrativa, il role playing, l'uso del paziente simulato e dei pazienti "esperti" che diventano "formatori" per i curanti essi stessi; e nuovi strumenti di valutazione, come le verifiche delle abilità fatte con l' OSCE...

Buon viaggio nel mondo di una didattica innovativa per la MG!

La meta del viaggio rappresenta solo lo stimolo per partire; l'importante non è arrivare, ma mettersi in cammino: chi cerca ciò che ama finirà per amare ciò che trova.

(Massimo Gramellini)



Maria Stella Padula e Gabriella Aggazzotti **IMPARARE A INSEGNARE LA MEDICINA GENERALE**



Maria Stella Padula e Gabriella Aggazzotti

IMPARARE A INSEGNARE LA MEDICINA GENERALE

la "Cassetta degli attrezzi" per la formazione dei Formatori



L'educazione è l'arma più potente che si ha per cambiare il mondo
(Nelson Mandela)



LE PAROLE CHIAVE: "CAMBIAMENTO" ED "EDUCAZIONE"

Sono cambiati i pazienti, le famiglie, i bisogni, le risorse, il contesto:

- le persone sono curate prevalentemente fuori dell'ospedale, nelle case dove ci sono persone non autosufficienti spesso curate da persone a loro volta anziane.
- l'attenzione del medico non è solo per i malati ma anche per le persone sane, per la prevenzione e l'educazione; collaborazione ed empowerment sono strumenti per l'aderenza terapeutica.
- i malati cercano un medico umano, che sappia coniugare "scienza e carità".

La sanità ha bisogno di professionisti della salute, in particolare medici di medicina generale e infermieri, formati per superare queste nuove sfide.

Il cambiamento può avvenire sia adattando alcuni metodi e strumenti, sia allargando il setting dove l'educazione viene attuata, sia comprendendo un target più ampio: i corsi di laurea di medicina e scienze infermieristiche, la formazione specialistica la formazione continua.

Per questo è necessaria anche la "formazione dei formatori" in questo nuovo insegnamento, non solo per la medicina generale, ma per l'integrazione delle cure primarie, nei vari setting di cura, con i vari professionisti della cura.

Maria Stella Padula e Gabriella Aggazzotti

IMPARARE A INSEGNARE LA MEDICINA GENERALE

la “Cassetta degli attrezzi”
per la formazione dei Formatori





SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI MODENA E REGGIO EMILIA



S.I.Pe.M.

Società Italiana di Psicologia Medica

© Copyright 2015

Importante: la Medicina è una scienza in continuo divenire; la ricerca e l'esperienza clinica espandono quotidianamente le nostre conoscenze sia in campo diagnostico che in quello terapeutico. Gli autori e l'editore garantiscono al lettore di aver compiuto ogni sforzo atto a fornire il massimo aggiornamento possibile, in accordo con lo stato delle conoscenze al momento della produzione del libro.

Si invita quindi il lettore a tenere conto di ciò, mantenendo viva l'attenzione agli inevitabili aggiornamenti scientifici, particolarmente in campo farmacologico e terapeutico.

Marchi, nomi commerciali e immagini di prodotti e apparecchiature citati nel libro sono di effettiva proprietà delle rispettive aziende; l'editore ne garantisce l'uso nel rispetto della legge e nei limiti di quanto è di pubblico dominio.

Tutti i diritti sono riservati. Nessuna parte di questo volume può essere riprodotta, memorizzata o trasmessa in alcuna forma e alcun mezzo, elettronico, meccanico, fotocopia, disco o in altro modo, compresi microfilm, cinema, radio e televisione senza autorizzazione scritta dell'editore.

Questo libro, in ogni sua parte, è legalmente protetto da copyright. Ogni utilizzo, commercializzazione o riproduzioni al di fuori degli stretti limiti imposti dalla legislazione vigente è illegale e passibile di ricorso giudiziario. **la FOTOCOPIA non è solo un reato ma un'offesa al lavoro dell'autore e dello staff editoriale.** La FOTOCOPIA mina gravemente la diffusione della cultura scientifica, in quanto interrompe con violenza il circuito finanziario che garantisce all'editore successivi investimenti editoriali in materia.

ISBN 9788886980944

Pubblicato in Italia da:

ATHENA Srl

Via Campi 284/a - 41125 Modena

Tel 059 370842 – Fax 059 372964

e-mail athena@athenamedica.com - www.athenamedica.com

Realizzazione grafica di:

Marco Bertulu

Revisione, traduzioni e correzioni da parte del dott. A. D'Antone e dott. G. Malmusi

© All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

*Grazie...
ai “compagni di viaggio” di questo master...*

*ma soprattutto alle nostre famiglie
per averci accompagnato,
silenziosamente, per tutto il tempo...*

Maria Stella e Gabriella

.....

Prefazione al manuale del docente

Quando, circa tre anni fa, Maria Stella cominciò a parlarci del suo progetto di Master universitario per la formazione di tutori nell'ambito della Medicina generale, di primo acchito pensammo a una delle tante, bellissime iniziative, concepite dalla sua mente vulcanica: l'idea era molto apprezzabile e stimolante, ma temevamo che tra il dire e fare ci fosse un ... oceano.

Ancora una volta avevamo sottovalutato la caparbia capacità realizzatrice di Maria Stella, che - da quando la conosciamo - è sempre riuscita a realizzare progetti che sembravano impossibili a chi ha la brutta abitudine di usare il pessimismo della ragione. E sì che avremmo dovuto essere ammaestrati da quello che negli ultimi anni Maria Stella aveva già fatto: aveva creato a Modena il prototipo dell'insegnamento della MG all'interno di un Corso di Laurea in Medicina; un prototipo che oramai cammina con le sue gambe e che rappresenta un modello da imitare per tutti i Corsi di Laurea in Medicina italiani. Certamente per progetti così ambiziosi non sarebbe bastato il suo impegno spasmodico, se fosse rimasto isolato; ma una delle tante virtù di Maria Stella è anche quella di saper coinvolgere le persone giuste nella realizzazione dei suoi progetti: in questo caso è riuscita a ottenere l'alleanza attiva e convinta della Facoltà di Medicina di Modena, in primis nelle persone di Aldo Tomasi e di Gabriella Aggazzotti, massima autorità accademiche di quella Facoltà; e poi il consenso e l'appoggio convinto e fecondo di Società scientifiche come la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) e la Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPeM).

E così, dopo molti mesi di preparazione,

costellati da riunioni programmatiche e di valanghe di programmi provvisori scambiati via e-mail, nel marzo 2012 è cominciata l'avventura del Master. Poiché nelle cose belle il diavolo deve sempre metterci la coda, a maggio e giugno arrivò il terremoto a Modena e dintorni a mettere in crisi la tempistica di effettuazione dei moduli; comunque, in settembre il percorso didattico riprese e nei mesi successivi si dipanò regolarmente con lo svolgimento dei vari moduli.

Con uno sguardo retrospettivo a percorso concluso la cosa che impressiona di più è il grado di interesse e di impegno dimostrato dai discenti del Master, i quali si sono fatti coinvolgere - vorremmo dire, con entusiasmo - nelle attività didattiche a tempo pieno all'interno dei moduli, proposte da docenti competenti ed esigenti, e sempre sotto l'occhio vigile di Maria Stella Padula e di Gabriella Aggazzotti. Tutto ciò con il supporto di un portale informatico, che si è dimostrato prezioso nel documentare passo passo tutto l'iter formativo e anche nella fase di preparazione delle tesi di Master. E pure queste ultime meritano di essere citate come uno dei punti di vanto di questa iniziativa culturale oltre che formativa: i "masteristi" hanno prodotto, sotto la guida solerte dei loro relatori, molti elaborati di pregio sia per l'originalità che per il livello dei contenuti.

Non ci soffermiamo troppo a lungo sulle finalità del Master, perché ne ha già parlato esaurientemente Maria Stella Padula nella presentazione di questo testo, ma non possiamo esimerci dal sottolinearne il valore culturale e vorremmo dire anche sociale: sono rarissime nella storia della formazione universitaria italiana le iniziative istituzionali

dedicate alla preparazione dei docenti; e crediamo sia la prima volta in assoluto che all'interno dell'Università si realizza un'iniziativa del tutto originale per la formazione dei docenti che dovranno nelle varie sedi assumersi il compito non semplice della formazione dei futuri operatori sanitari alle competenze peculiari della Medicina generale.

Si dirà che non è gran cosa l'aver formato una ventina di tutori, peraltro provenienti da varie regioni della penisola; ci auguriamo che questo sia solo l'inizio di una tradizione che si spera si consolidi nell'ambito della Medicina generale universitaria, ma anche che contagi fruttuosamente altri ambiti accademici, dove pure si avverte impellente il bisogno di una formazione specifica alle attività di docenza. In questa prospettiva i tutori formati in questo Master si pongono come portatori di una "buona novella" pedagogica nelle loro Istituzioni d'origine, dove non solo potranno svolgere la loro attività didattica con i contenuti della Medicina generale, ma anche potranno portare il seme di approcci didattici innovativi negli ambienti formativi sia universitari che al di fuori dell'Università (per fare solo due esempi, nelle Scuole Regionali di Formazione Specifica in Medicina Generale e nella preparazione e realizzazione di eventi ECM). Insomma possiamo dire senza tema di smentita che questo Master è una pietra miliare nell'approccio pedagogicamente fondato all'insegnamento della Medicina generale; una pietra miliare che non a caso si colloca in terra modenese, cioè là dove è nata ed è cresciuta in modo privilegiato l'attenzione alla necessità inderogabile della formazione dei nuovi Professionisti della Cura a quelle competenze professionali che sono chiamate a rispondere alla maggioranza dei problemi di salute dei nostri concittadini.

Una realtà come quella del Master, oramai riconoscibile e riconosciuta per il suo valore dalla prova sul campo, non può rischiare l'oblio dopo che la luce si sarà spenta nelle aule; e deve pure rimanere come un segno che

funga da seme per un nuovo raccolto, cioè per la riproposizione in futuro di iniziative simili, possibilmente non solo a Modena.

Ecco allora la necessità della preparazione di un testo che raccolga quanto di meglio le giornate di Master hanno seminato in questi due anni: non è un "sillabo" dell'insegnamento della Medicina generale, come lo sono stati i sempre benemeriti Manuali modenesi di Medicina generale per i tutori e per gli studenti; è piuttosto un testo che porta accanto alle tecniche didattiche l'impianto culturale pedagogico – di una pedagogia viva e moderna – per l'educazione e non solo l'istruzione o la formazione dei docenti, e in particolare dei tutori che operano nelle Istituzioni dove si formano non solo i medici (e in particolare i MMG), ma anche altre professionalità sanitarie.

Proprio con questa luce nel libro troviamo trattati con profondità, ma anche con un approccio pragmatico, i metodi e gli strumenti didattici, dalla lezione tradizionale e interattiva all'apprendimento per problemi, dalle griglie di osservazione e valutazione ai "focus group".

Proprio per la valenza umanistica del percorso educativo, ampio spazio viene poi dedicato alle Medical Humanities e tra queste in particolare alla Medicina narrativa nelle sue varie declinazioni e con una particolare attenzione alle sua potenzialità nello sviluppo di relazioni empatiche.

Gioca naturalmente un ruolo centrale la formazione alla tutorship nel setting specifico della Medicina generale, perché lo scopo primario del Master è la formazione dei tutori, cioè di figure docenti dedicate non alla trasmissione di nozioni, bensì alla facilitazione dell'apprendimento di discenti che partecipano attivamente e responsabilmente alla costruzione della loro preparazione professionale. In quest'ottica assumono un'importanza rilevante tutti gli strumenti di stimolo alla riflessione, quali sono il contratto di apprendimento, le tecniche di briefing e debriefing,

i diari e il momento centrale della visita in ambulatorio e a domicilio, nella quale lo studente non assiste passivamente, ma esercita il ruolo attivo dell'osservatore critico.

Poiché tutto ciò che si sta apprendendo si svaluta se non è accompagnato da un processo di valutazione intelligente, un intero capitolo viene giustamente dedicato agli strumenti e alle metodologie di verifica del conseguimento degli obiettivi didattici nelle loro diverse finalità. E un altro capitolo tratta dello strumento prezioso di valutazione e di riflessione, rappresentato dal Portfolio.

Un aspetto peculiare della Medicina generale è la relazione interpersonale tra gli attori che vi sono coinvolti: pazienti, medici e altri operatori sanitari. Nella consapevolezza della centralità della relazione nel processo di cura, sono sviluppati ampiamente nel libro, come lo sono stati nel percorso didattico del Master, alcuni strumenti troppo spesso trascurati nella formazione tradizionale dei Professionisti della salute; ci riferiamo alle abilità di counselling considerate non solo nell'ambito delle tecniche di comunicazione, ma piuttosto nella costruzione di una "formamentis" capace di porre il paziente al centro del nostro impegno di cura: il paziente non più oggetto passivo delle nostre cure, ma collaboratore responsabile alla loro realizzazione e co-costruttore - nel suo ruolo specifico - di conoscenze e di competenze nuove, cioè il paziente partecipa della costruzione di una nuova cultura nella e della cura.

Nel momento in cui si parla di costruzione di una nuova cultura non può essere in ciò trascurato il momento della ricerca, che può e deve trovare realizzazione anche nella Medicina generale, e per questo merita attenzione formativa: in altri termini i tutori debbono includere nella loro "cassetta degli attrezzi" anche gli strumenti per far avvicinare alla ricerca i loro discenti, soprattutto nel setting della formazione specifica; tuttavia non è solo formazione alla ricerca, ma anche ricerca nella formazione. Ecco allora l'attenzione nel

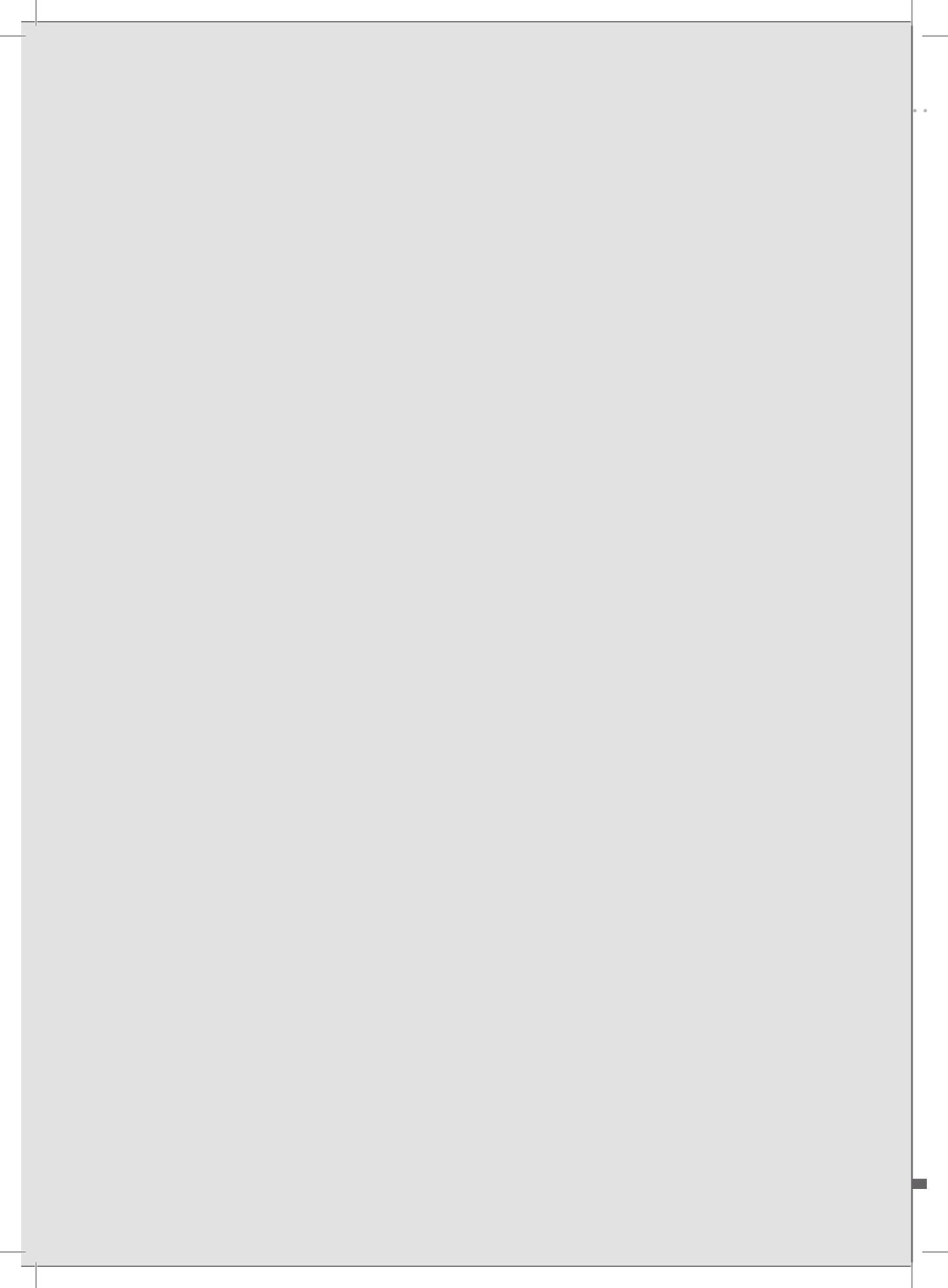
libro all'audit in Medicina generale.

Ma il testo non limita i suoi contenuti alla trattazione teorica dei vari argomenti nei diversi capitoli; abbiamo all'inizio parlato di approccio pragmatico; questo si realizza in modo peculiare negli Allegati, dai quali si possono agevolmente ricavare i materiali necessari per mettere in pratica nel proprio setting didattico quanto appreso nel Master e ripercorribile nei precedenti capitoli del testo: insomma schede, griglie, schemi, questionari, modelli, ecc., che sono gli attrezzi preziosi presenti nella cassetta del bravo tutore.

Particolarmente apprezzabile è poi la presenza non solo dei materiali utilizzati dai docenti, ma anche dei materiali prodotti dai gruppi di lavoro durante le sessioni del Master, rendendo così visibile l'apporto attivo dei partecipanti nella costruzione del patrimonio culturale di cui il Master è stato fucina.

Per concludere, ci sembra di poter dire con buone ragioni che questo libro è il complemento necessario e prezioso al percorso educativo del Master: non si limita a rappresentare un aiuto alla memoria di quanto si visto e fatto durante il Master, ma è uno stimolo alla riflessione, capace di rinforzare a distanza di tempo ciò che si è appreso, e che forse nell'immediato non si è avuto il tempo di "digerire". Inoltre può diventare uno strumento dinamico nell'esercizio quotidiano delle attività formative nell'ambiente operativo degli ex-discenti del Master: essi avranno tra le mani i ferri del mestiere, potranno metterli alla prova nella applicazione sul campo e probabilmente arricchirli con la loro personale esperienza. E infine il testo potrà aiutarli nella diffusione della "buona novella" cioè nella formazione non solo dei nuovi operatori nella Medicina generale, ma anche di altri futuri tutori perché "la vigna ha bisogno di molti altri operai".

Luciano Vettore e Giuseppe Ventriglia



INDICE

Glossario	6
Presentazione <i>G. Aggazzotti</i>	7
Introduzione. La formazione dei formatori in Medicina Generale - dall'insegnamento prelaurea alla formazione permanente <i>M.S. Padula</i>	9
PARTE I - LA METODOLOGIA GENERALE DELLA FORMAZIONE DEL GP DOCENTE	17
1.1 L'educazione degli adulti. Problematiche e prospettive pedagogiche nella formazione dei formatori nell'ambito della didattica della Medicina Generale <i>A. D'Antone</i>	19
1.2 L'analisi dei bisogni educativi <i>M. Pringle</i>	29
1.3 La formazione professionale del docente. Proposta preliminare per stimolare la costruzione delle conoscenze nella carriera di Medicina <i>B.A. Olivares Bermudèz</i>	35
1.4 Scegliere metodi e tecniche didattiche. Esistono criteri di riferimento per scegliere i mezzi didattici più appropriati per un intervento formativo? <i>G. Ventriglia</i>	41
1.5 La lezione. È possibile ottimizzare la più comune (e spesso abusata e bistrattata) tecnica didattica? <i>G. Ventriglia</i>	53
1.6 Strategie per migliorare l'efficacia della lezione <i>M.S. Padula</i>	61
1.7 Il focus-group come tecnica d'indagine qualitativa <i>L. Cerrocchi</i>	67

1.8 Problem Based Learning (PBL) e Case Based Learning (CBL) <i>F. Consorti</i>	77
1.9 Questionari, griglie di valutazione e scale. Come usare strumenti di valutazione come metodi di apprendimento <i>F. Consorti</i>	89
PARTE II - LE MEDICAL HUMANITIES; LE METODOLOGIE INNOVATIVE NELL'APPRENDIMENTO	99
Introduzione – L'umanizzazione della medicina <i>G. Delvecchio</i>	101
2.1 La Medicina Narrativa: un nuovo approccio alla formazione e alle cure <i>L. Garrino</i>	107
2.1.1 La narrazione nella formazione del medico di Medicina Generale. Apprendimento riflessivo - indicazioni metodologiche e strumenti per l'autovalutazione dell'apprendimento <i>L. Garrino, M.S. Padula</i>	115
2.1.2 Lo strumento filmico nella formazione del Medico di Medicina generale. Prospettive formative e indicazioni di utilizzo <i>L. Garrino</i>	123
2.2 Le parole per guarire (dal teatro alla medicina) <i>C. Boccacini</i>	137
2.3 Simulazioni e pazienti simulati nell'apprendimento <i>F. Consorti, N. Sartori, F. Valcanover</i>	141
2.4 Dal paziente esperto ai pazienti formatori: l'esempio dell'Università di Montréal <i>M.C. Vanier, V. Dumez, L. Flora</i>	149
PARTE III - LA DIDATTICA TUTORIALE	169
3.1 La didattica tutoriale. Facilitare l'apprendimento attivo del discente grazie all'impegno cooperativo di ricerca e scoperta autonoma delle conoscenze <i>L. Vettore, M.S. Padula, D. Mecugni, C. Chiari</i>	171

3.2 Preparazione del setting di tirocinio <i>M.S. Padula</i>	193
3.3 Strumenti per la didattica tutoriale per gli studenti di Medicina nei setting territoriali. Griglie di osservazione della visita e dei percorsi di diagnosi e cura <i>M.S. Padula, L. Vettore</i>	197
3.4 Valutazione dell'apprendimento nel setting tutoriale della MG <i>M.S. Padula, G. Corgatelli, L. Vettore</i>	205
PARTE IV - LA FAD	217
4.1 La formazione a distanza: quali opportunità? <i>G. Ventriglia</i>	219
PARTE V - LA VALUTAZIONE DELL'APPRENDIMENTO	231
Introduzione <i>B.A. Olivares Bermudèz</i>	233
5.1 Strumenti e tecniche per la valutazione dei contenuti teorici e della clinica <i>G. Corgatelli</i>	237
5.2 I test scritti di valutazione. tipologia, caratteristiche <i>F. Consorti</i>	251
5.3 La valutazione delle competenze cliniche. L'objective structured clinical examination (OSCE). Un'esperienza italiana. Un'introduzione al problema generale della valutazione delle competenze cliniche come quadro di riferimento per l'analisi dell'OSCE come strumento specifico <i>F. Consorti</i>	261
5.4 La valutazione delle competenze cliniche nel Regno Unito <i>M. Pringle</i>	273

<hr/>	
<hr/>	
PARTE VI - APPRENDERE LA RELAZIONE IN MG	277
<hr/>	
Introduzione: Un giorno qualsiasi nello studio del Medico di famiglia <i>T. Scarponi</i>	279
<hr/>	
6.1 La comunicazione in Medicina Generale <i>R. Solinas</i>	283
<hr/>	
6.2 Come insegnare la relazione e le abilità di counselling in Medicina Generale e nelle cure primarie - Introduzione	
6.2.1 Il colloquio medico-paziente e le abilità di counselling. Dal paternalismo all'alleanza terapeutica	
6.2.2 Il counselling nella diagnosi e nel trattamento. L'obiettivo minimo condivisibile	
6.2.3 La negoziazione. Colloquio medico-paziente per l'empowerment del paziente. La gestione dei conflitti <i>M. Gangemi</i>	301
<hr/>	
PARTE VII - LA DIDATTICA E LA RICERCA IN MG E CURE PRIMARIE: "RICERCA NELLA FORMAZIONE E FORMAZIONE ALLA RICERCA"	309
<hr/>	
7.1 La ricerca in Medicina Generale. Strumenti per l'apprendimento e lo sviluppo della ricerca in Medicina Generale <i>A. Sessa</i>	311
<hr/>	
7.2 L'audit clinico <i>M. Pringle</i>	317
<hr/>	
7.3 Audit clinico e formazione per la Medicina Generale. Come far apprendere la metodologia dell'audit clinico, come utilizzare l'audit clinico a fini didattici <i>G. D'Ambrosio</i>	323
<hr/>	
7.4 La cartella medica orientata per problemi come strumento per la didattica in MG. Cosa e come far apprendere le peculiarità della Medicina Generale tra professione, audit e ricerca attraverso la cartella medica orientata per problemi <i>I. Paolini</i>	331
<hr/>	
PARTE VIII - STRUMENTI PER RIFLESSIONI, RIELABORAZIONE E AUTOFORMAZIONE	345
<hr/>	

8.1 Il Diario di Bordo: approccio alla cronicità e alla continuità di cura <i>M.S. Padula</i>	347
8.2 Il Portfolio <i>M.S. Padula</i>	361
8.3 La scheda di Valutazione da parte dello studente della didattica nel corso integrato di Medicina Generale e Cure Primarie <i>M.S. Padula</i>	373
Autori	377

Glossario

ABPM = Ambulatory Blood Pressure Monitoring

ADI = Assistenza Domiciliare Integrata

BFEP = (Partenariato paz. formatore...)

CMOC = Cartella Medica Orientata per Contest assistenziali

CMOP = Cartella Medica Orientata per Problemi

CP = Cure Primarie

D = Docente

GP = General Practitioner

HBPM = Home Blood Pressure Monitoring

HS = Health Search, rete di ricercatori della Società Italiana di Medicina Generale

MF = Medicina di Famiglia

MG = Medicina Generale

MMG = Medici di Medicina Generale

NCP = Nuclei di Cure Primarie

NSW = Nuovo Software Gestionale

S = Studente

SSN = Servizio Sanitario Nazionale

Presentazione

Gabriella Aggazzotti

Da tanti anni svolgo il ruolo di docente universitario, prima nel corso di laurea in Scienze biologiche e poi in quello di Medicina e Chirurgia: da sempre sento molto forte la responsabilità di chi deve preparare al meglio i giovani quando entreranno, come professionisti, nel mondo del lavoro.

Ma la preparazione del medico è qualcosa di unico e particolare: il medico sarà colui che presenzierà ai momenti fondamentali della vita, all'inizio e alla fine, e sarà colui al quale si affida la custodia del bene più prezioso: la salute, la propria e quella dei propri cari.

Per questo nel rivestire negli anni il ruolo prima di Presidente del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, poi quello di Preside della omonima Facoltà, ho cercato in tutti i modi di ottimizzare la formazione, e questo individuando le aree carenti e studiando tutte le possibilità di intervenire nel miglior modo possibile nell'ambito della normativa esistente. Una di queste aree era rappresentata dalla scarsa conoscenza da parte degli studenti del mondo della Medicina Generale e dei suoi professionisti: in una parola, del mondo della Sanità al di fuori dell'ospedale, ambiente che da sempre ha rappresentato il setting tradizionale per la formazione sanitaria. Per fortuna nel nostro Ateneo la strada era già stata aperta dai precedenti Presidi e Presidenti: a me è toccata la soddisfazione di introdurre, nella riorganizzazione degli studi resa necessaria dall'entrata in vigore del Decreto n.270 del 2004, l'insegnamento della Medicina Generale nelle Cure Primarie come corso integrato obbligatorio, e questo grazie alla colla-

borazione di un gruppo di medici di Medicina Generale, in particolare la Dott. Maria Stella Padula, attivi nelle sedi di Modena e di Reggio Emilia. Questo insegnamento, tuttavia, non è presente tra le tradizionali discipline accademiche e, a differenza di altri paesi europei, non può contare su docenti universitari dedicati. Ci è sembrato importante, quindi, valorizzare non solo i contenuti, ma anche la qualità metodologica dell'insegnamento stesso: grazie alla presenza, nell'Ateneo di Modena e Reggio Emilia, delle competenze presenti nel Dipartimento di Educazione e Scienze umane è stato organizzato il Master di II livello "Imparare a insegnare: metodi e strumenti per l'insegnamento clinico della Medicina generale nelle cure primarie", dedicato a quei medici di Medicina Generale che nelle varie sedi accademiche italiane desiderano svolgere al meglio il ruolo di docenti o di tutor nei Corsi di laurea in Medicina e Chirurgia. Si è quindi aperta una strada, che ritengo completerà e migliorerà la formazione dei futuri medici, che si troveranno ad operare sempre di più al di fuori della struttura ospedaliera e che dovranno affrontare realtà assistenziali alle quali solitamente non vengono preparati durante il percorso tradizionale. Sto concludendo il mio percorso accademico personale: per questo sono molto grata a chi ha condiviso il mio pensiero sulle attuali necessità formative del medico ed ha permesso di avviare iniziative come questo Master, i cui prodotti principali sono raccolti in questo manuale.

Gabriella Aggazzotti

Introduzione: la formazione dei formatori in Medicina Generale

Dall'insegnamento prelaurea alla formazione permanente

Maria Stella Padula

Medico di Medicina Generale della SIMG di Modena, Project manager e coordinatore scientifico del Master "imparare ad insegnare la Medicina Generale"

PREMESSA

L'insegnamento universitario della Medicina Generale.

L'esperienza di Modena

Il viaggio per inserire l'insegnamento della Medicina Generale (MG) nel curriculum degli studi di medici è iniziato presso l'Università di Modena venti anni fa, grazie a docenti illuminati e a medici di MG, che hanno messo in atto un progetto di insegnamento per accogliere gli studenti di medicina presso gli studi dei Medici di MG (MMG).

Ma ben presto l'esperienza si è estesa, dalla sola MG a tutte le Cure Primarie: importante non è insegnare "medicina generale", ma insegnare medicina clinica nell'ambiente di una comunità. È insegnare agli aspiranti medici le abilità umane di base per essere buoni medici: sono gli obiettivi più importanti di una Facoltà di Medicina, e i MMG sono i professionisti che possono dare efficacemente questo insegnamento. Mentre un chirurgo può spiegare come si impianta una valvola cardiaca, il MMG può dare insegnamenti sulla storia del paziente e sui suoi sintomi; che cosa questi hanno significato per il paziente e per la famiglia; come si è arrivati a decidere per un determinato intervento terapeutico, medico o chirurgico; quali speranze e aspettative vengono riposte nella chirurgia; come comunicare col paziente e

con la sua famiglia; quando e quanto dosare le cure; quando la cura vale quello che costa; come si svolge la riabilitazione e come quel paziente si reinserirà nella sua vita di Persona dopo aver riacquisito l'autonomia dopo la riabilitazione.

UNA NUOVA DIDATTICA PER UNA NUOVA MEDICINA

Ma l'insegnamento della Medicina è legato da sempre ai grandi Ospedali, ove in tempi passati erano concentrate le persone ammalate, che vi si recavano nella speranza di guarire.

Oggi le persone si recano negli ospedali solo per patologie acute e gravi, e vi rimangono per tempi sempre più brevi. I tempi di degenza stanno crollando, e l'avvento della Day-surgery e delle cure ambulatoriali privano gli studenti della possibilità di apprendere le caratteristiche e la gestione di tante patologie che dovrebbero conoscere e imparare.

In più, man mano che i reparti ospedalieri diventano sempre più specialistici, è più probabile per uno studente essere inserito, fin dall'inizio del suo tirocinio, in ambito specialistico.

Ad esempio gli studenti possono trovarsi, anziché in un reparto di Medicina Interna, in una divisione di gastroenterologia, ove vedono tante epatopatie, cirrosi scompensa-

te, coliti ulcerose e mai una bronchite acuta, una crisi ipertensiva, un'artrite all'esordio. E l'insegnamento deve essere basato sul contesto sociale in cui si realizzano le cure, e questo è uno dei punti cardine della trasformazione oggi necessaria.

Il luogo della cura ai giorni nostri è... ovunque, nelle nostre case, negli ambulatori, nei centri di riabilitazione, ecc.; le malattie da curare sono acute ma soprattutto croniche, degenerative, invalidanti. E più ancora delle malattie ci interessa **la salute**, che è uno stato di benessere fisico e psichico e non la semplice assenza di malattia. Ecco quindi che gli studenti devono conoscere le persone malate, ma anche i sani; e devono conoscere le malattie più diffuse, quelle che all'ospedale non arrivano (quasi) mai.

E poi sappiamo che l'uomo è un individuo, cioè un'unità indivisibile, unica e irripetibile; è una persona, cioè una creatura costituita da spirito, psiche e corpo indissolubilmente interconnessi tra loro, dove ogni parte influenza direttamente o indirettamente le altre come vasi comunicanti e che solo una **visione unitaria della persona** può svelare l'origine vera di tanti disturbi.

Infine, sappiamo che la Medicina non è una Scienza Esatta, però è una delle più nobili Arti, anzi è Scienza e Arte insieme e proprio per questo deve essere esercitata con scienza, coscienza e, aggiungo, con tanto amore.

Quale può essere il "luogo" in cui fare incontrare lo studente di medicina con questa realtà?

La "Medicina del Territorio", ove si praticano le "Cure Primarie", e ancor più la **Medicina Generale**.

Non è facile parlare della MG nella sua essenza; per chi la pratica, è più facile parlare

di ciò che la distingue dalle altre specialità mediche. Ognuna di queste si fonda su un minuzioso "corpus" di conoscenze, che definisce il sapere scientifico cioè il "che cosa" di ciascuna disciplina, mentre la Medicina Generale è la disciplina del "come". Essa è infatti sostanzialmente una "pratica". Le varie discipline "mediche", ognuna con la sua specializzazione, vengono descritte facilmente dal loro stesso nome: la Cardiologia si occupa delle malattie del cuore, la Pneumologia di quelle del polmone, ecc., mentre la MG non è così immediatamente descrivibile e non è un caso che molti colleghi specialisti non abbiano un chiaro concetto di che cosa sia la MG, e la ritengano solo una "tuttologia", così come non è un caso che le definizioni proposte per la MG siano sempre elaborazioni piuttosto complesse.

Wonca considera la MG una disciplina accademica e scientifica, con propri contenuti educativi e di ricerca, proprie prove di efficacia, una propria attività clinica e una specialità clinica orientata alle cure primarie.

Ha le seguenti caratteristiche:

1. è il luogo di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario, fornisce un accesso diretto e illimitato ai suoi utenti, si occupa di tutti i problemi di salute, indipendentemente da età, sesso e ogni altra caratteristica della persona;
2. fa un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie attraverso il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie, agendo da interfaccia con altre specialità e assumendo, quando si renda necessario, il ruolo di difensore dell'interesse dei pazienti;
3. sviluppa un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla sua comunità;

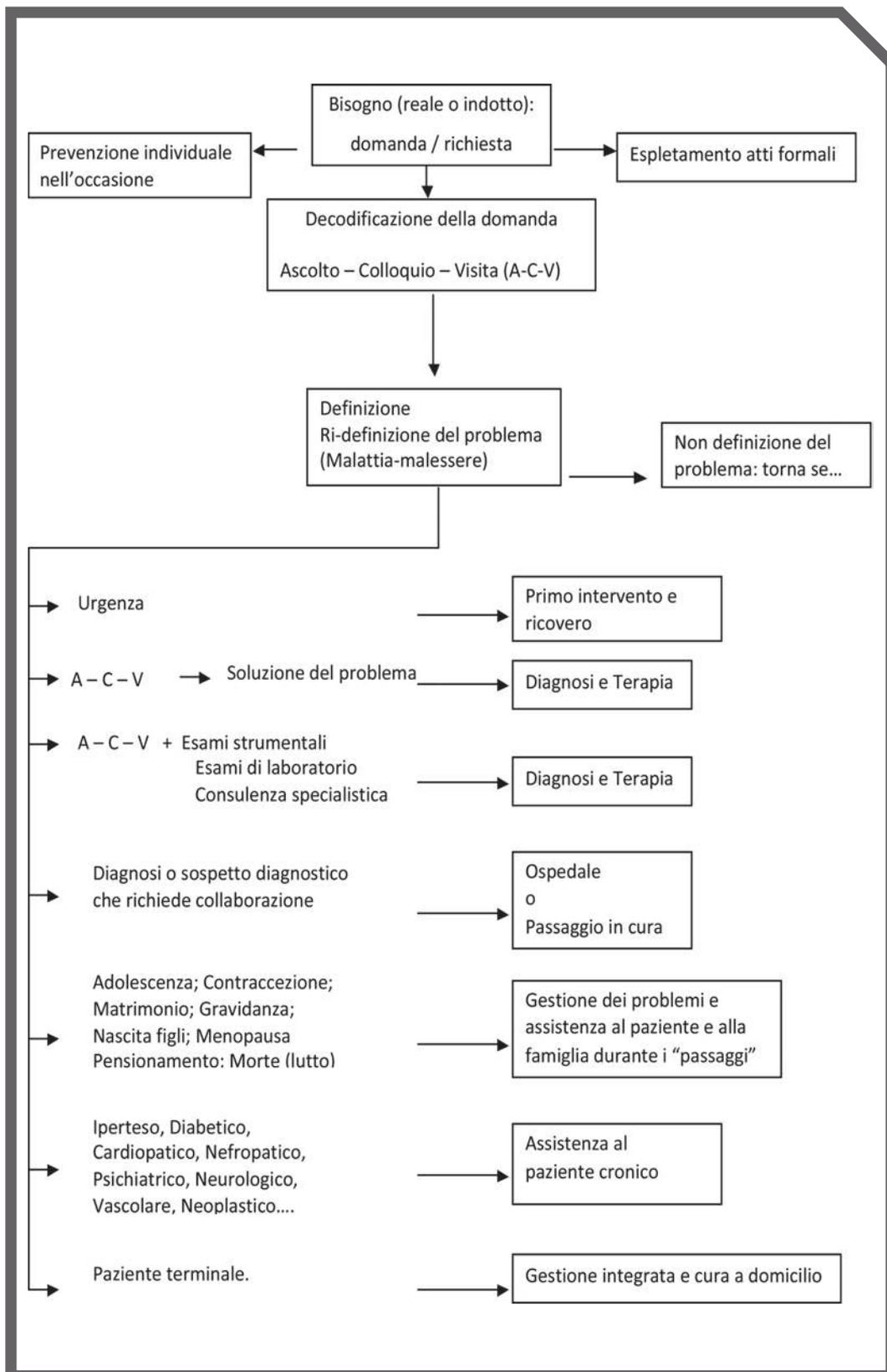
4. promuove la responsabilizzazione del paziente nella gestione della propria salute (empowerment);
 5. si basa su un processo di consultazione unico fondato sulla costruzione di una relazione protratta nel tempo attraverso un'efficace comunicazione tra medico e paziente;
 6. ha il compito di erogare cure longitudinali e continue a seconda dei bisogni del paziente;
 7. prevede uno specifico processo decisionale determinato dalla prevalenza e incidenza delle malattie in quella precisa comunità;
 8. gestisce contemporaneamente i problemi di salute sia acuti che cronici dei singoli pazienti;
 9. si occupa di malesseri che si presentano in modo aspecifico e a uno stadio iniziale del loro sviluppo, e che potrebbero richiedere un intervento urgente;
 10. promuove la salute ed il benessere con interventi appropriati ed efficaci;
 11. ha una responsabilità specifica della salute della comunità;
 12. si occupa dei problemi di salute nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale..
- operano nell'ambito di un modello di salute, non di malattia; significa che l'attività è rivolta alla salute, non solo all'infermità...e questo è il modello sancito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che il paziente preferisce, che la società si attende e per cui lo studente di Medicina esprime ammirazione.
 - Il loro impegno è continuativo nel tempo e longitudinale, verso il paziente, la famiglia e verso la comunità locale.
 - Praticano quotidianamente interventi di educazione terapeutica sia in studio che a domicilio, per i pazienti cronici, con un compenso labile, per evitare il peggioramento e il ricovero ripetuto.

Per rappresentare la **continuità di cura nel tempo**, ecco lo schema che rappresenta il rapporto del paziente con il suo medico, in un **percorso che si realizza nel tempo**, anche di tutta la vita.

Si **svolge in più incontri**, a volte con l'integrazione degli interventi di più medici e più operatori sociali e sanitari. **Si parte da un bisogno** della persona, che lo porta dal medico:

In particolare i MMG hanno cinque grandi punti di forza:

- hanno i pazienti: gli ipertesi, quelli con asma non complicata, i pazienti depressi che non vengono ricoverati se non nei casi più gravi che tentano il suicidio....
- Conoscendo la storia del paziente, la familiarità, i fattori di rischio intervengono con l'educazione per i corretti stili di vita, per la prevenzione primaria e secondaria, non con una medicina di attesa, ma con una medicina proattiva (una medicina di opportunità e di iniziativa).



Vi è perciò una necessità di cambiamento nei percorsi formativi, per poter dare risposte coerenti e globali ai bisogni dei medici e dei pazienti, attraverso l'umanizzazione della medicina, che tenga presente non solo la malattia, ma la persona, accanto alla famiglia, in uno scenario di assistenza che, a fronte di risorse sempre più scarse, è rivolta nel Territorio a malati cronici, sopravvissuti a malattie per le quali non si muore più, con multipatologie e politrattati, in famiglie mononucleari, in cui spesso il caregiver è un coniuge o un figlio/a, anziani anche loro.

Ma come è possibile cambiare e umanizzare le cure se non si parte dalla formazione di base del Medico?

E come si possono integrare le cure e i percorsi Ospedale-Territorio, se i futuri medici e infermieri non hanno conosciuto già all'Università cosa succede al di fuori dell'Ospedale?

È importante far conoscere e apprendere come la cura viene data ed accettata, sia da parte dei Medici e degli Infermieri che andranno a lavorare nel Territorio (prima che la malattia si manifesti e per mantenere la salute, e dopo il ricovero per monitorare e prendersi cura degli esiti, di chi non guarisce e di chi vuole morire a casa) sia dei Medici ed Infermieri che lavoreranno in Ospedale

Frequentare il setting della MG è una buona palestra per l'apprendimento del problem solving in medicina: il MMG decide sempre, di fare in un modo anziché in un altro...

- per le peculiarità del suo essere medico in prima linea
- per l'approccio bio-psico-sociale
- per la conoscenza nel tempo del paziente e della sua storia, dei suoi vissuti di malattia

Tutto ciò rende spesso automatico il passag-

gio dal "dottore io ho..." alla risposta di cura del medico, anche quando la cura non è sempre un farmaco, ma un consiglio, un esame, un nuovo appuntamento... per aggiungere a volte "torna se non passa..."

Il nostro metodo sembra preferire il fare al sapere.

A chi non fa la nostra professione il nostro agire può sembrare superficiale e generico, ma non lo è. C'è dietro non solo un allenamento decisionale, ma un saper essere e un saper fare specifico della nostra professione, che ci permette il passaggio dal "sapere", al "saper fare" e al "fare" ...anche quando la risposta è non fare... aspettare... far tornare... per capire la vera domanda del paziente.

Quante domande fra il pensare, il dire e il fare?

- Si può aspettare?...
- La terapia è quella più adatta per quel paziente?
- Quale ricaduta avrà sulla sua qualità di vita?
- Quante volte ritornerà per lo stesso problema?
- Bisogna agire sempre con pochi strumenti tecnologici e molto ragionamento prima - durante -dopo la cura...
- E questo non si trova in nessun trattato di Medicina, e non sempre si ha l'opportunità di apprenderlo in un reparto specialistico.

LA FORMAZIONE DEI TUTOR E DEI DOCENTI IN MG

Poiché la MG ha delle sue peculiarità e specificità, la metodologia d'insegnamento deve essere coerente ai contenuti prevalentemente pratici. Deve essere insegnata da chi la pratica, ovvero dai MMG. Ma per insegnare la MG agli studenti e ai medici, bisogna anche IMPARARE A INSEGNARE (Docenti e Tutor non ci si improvvisa,

si diventa), quindi bisogna “formare i formatori”, sia Tutor che Docenti della disciplina: non basta praticare e conoscere a fondo la Disciplina MG¹ con le sue peculiarità e la complessità dei pazienti e del contesto, ma è necessario anche imparare la metodologia e gli strumenti per insegnarla.

Per questo sono nati i “Corsi di base” per formare i MMG Tutor, e da questi, nel 2004, sono scaturiti il “Manuale del Tutor” e il “Manuale dello studente”.

Come dice Beppe Montagna “la non immediata descrivibilità della MG deriva proprio dal suo essere una “pratica”, cioè qualcosa che è più semplice “mostrare” che dire; e ugualmente può essere insegnata solo mostrandola. La MG può essere posseduta solo attraverso il suo esercizio perchè poco se ne ricava dal preventivo studio dei suoi fondamenti. Ne consegue che l’insegnamento della Medicina Generale è sostanzialmente un insegnamento tutoriale.

L’insegnamento tutoriale della MG si differenzia dall’insegnamento accademico normalmente praticato nel corso di laurea per due aspetti:

1. nell’insegnamento tutoriale prima si fa e poi si discute. Vale a dire che entrato un paziente, tutor e tirocinante fanno qualcosa e poi, al termine, discutono su quello che si è fatto cercandone il senso, cioè l’insieme delle ragioni razionali, cliniche, emozionali, relazionali ecc. che lo hanno determinato. Nell’insegnamento accademico invece prima si apprende la teoria poi la si verifica nei fatti, vale a dire, per esempio, che prima si studia l’infarto, poi si vedono in corsia i vari tipi di infarto.
2. l’insegnamento accademico è paradigmatico, mentre quello tutoriale non può esserlo. Il docente accademico offre un

esempio da imitare in quanto aderente a un gold standard fissato dai fondamenti della propria disciplina. Il setting della Medicina Generale comporta una tale complessità di variabili per cui raramente esiste uno standard facilmente identificabile e il tutor nella maggior parte dei casi potrà solo dare l’esempio di un proprio modello operativo, che il tirocinante è libero di non accettare e di criticare. È proprio questo rapporto di critica e giustificazione tra discente e docente che rende massimamente fruttuosa l’attività di tutoraggio. In questo senso l’insegnamento tutoriale ha carattere maieutico in quanto tende a sviluppare nel tirocinante la capacità di produrre un proprio modello operativo, non necessariamente identico a quello del tutor. Il tirocinante impara soprattutto la capacità di osservare e auto-osservarsi e di mantenere una costante attenzione critica al proprio agire².

Strumenti importanti a supporto del metodo tutoriale sono altre metodologie come la Medicina Narrativa, la tecnica del “Paziente simulato”, il supporto del “Paziente esperto” che servono a far emergere le conoscenze di aspetti che non si apprendono con la descrizione del fenomeno, e non si trovano sui trattati di Medicina, ma nascono da rielaborazioni di situazioni e problematiche che vengono presentate dalle narrazioni, dai film, dai casi “simulati”, e in altre tecniche che saranno illustrate e commentate nel presente Manuale.

Il passo successivo ai “Corsi di base” è stato il Master “Imparare a insegnare”, un vero e proprio laboratorio per identificare e apprendere metodi didattici innovativi, ul-

¹ Definizione Wonca 2002 della MG come Disciplina

² La Medicina Generale per Beppe Montagna, MMG di Parma

tima tappa del viaggio per l'insegnamento della MG a Modena, per formare docenti ad hoc per l'insegnamento; e questo "Manuale per il Docente" è il prodotto di questo Corso, perchè quanto studiato ed elaborato dai docenti e dai discenti possa servire agli altri che si vorranno cimentare con questa esperienza appassionante.

"Verba volant, scripta manent": questo Manuale ha voluto raccogliere gli elaborati prodotti da docenti e discenti del Master durante il percorso formativo, i seminari e i lavori di gruppo per fornire, a chi insegna i contenuti specifici della MG, anche il "come", cioè fornire il metodo e nuove tecniche, la "cassetta degli attrezzi" e le indicazioni d'uso, da utilizzare durante il "mestiere" di tutor e docente. Il corpo delle conoscenze, le competenze e le abilità specifiche della disciplina non sono contenute nel Manuale, perchè sono date come già acquisite dal medico formatore.

Ma la cosa più importante da trasmettere come formatori fin dal primo incontro, e che segnerà per sempre il nostro studente, è la passione per la nostra professione, che non può essere appresa in nessun Manuale...

È quanto traspare dalla narrazione di uno studente dopo essere entrato, con il medico

tutor, nelle case dei pazienti:

"...entrando nelle case dei pazienti sono tornate in me le emozioni che provavo prima di iniziare la mia avventura universitaria, emozioni come quella della vocazione per questo "mestiere", il senso di conforto oltre che di cura nei confronti dei propri pazienti; sensazioni che erano state temporaneamente offuscate dal metodo scolastico... in poche parole la passione per il "mestiere" del medico..."

La passione per l'insegnamento e la fede in una missione così importante, come l'educazione dei futuri medici, non possono essere apprese da nessun Manuale, ma le pagine di questo testo, scritte dai medici formatori del master, diventano uno strumento educativo perchè aiutano a rendere più facile un lavoro continuo e costante, e perchè supportano metodologicamente l'impegno di una vita professionale di coloro che a questa scelta di "educare chi cura", bella come un sogno, si sono dedicati (G. Delvecchio, Medical Humanities, capitolo introduttivo).

L'educazione è l'arma più potente che si può usare per cambiare il mondo

(Nelson Mandela)

L'OBIETTIVO DEL TESTO È FORNIRE AL MEDICO FORMATORE METODI E STRUMENTI DA UTILIZZARE NELL'ATTIVITÀ DIDATTICA:

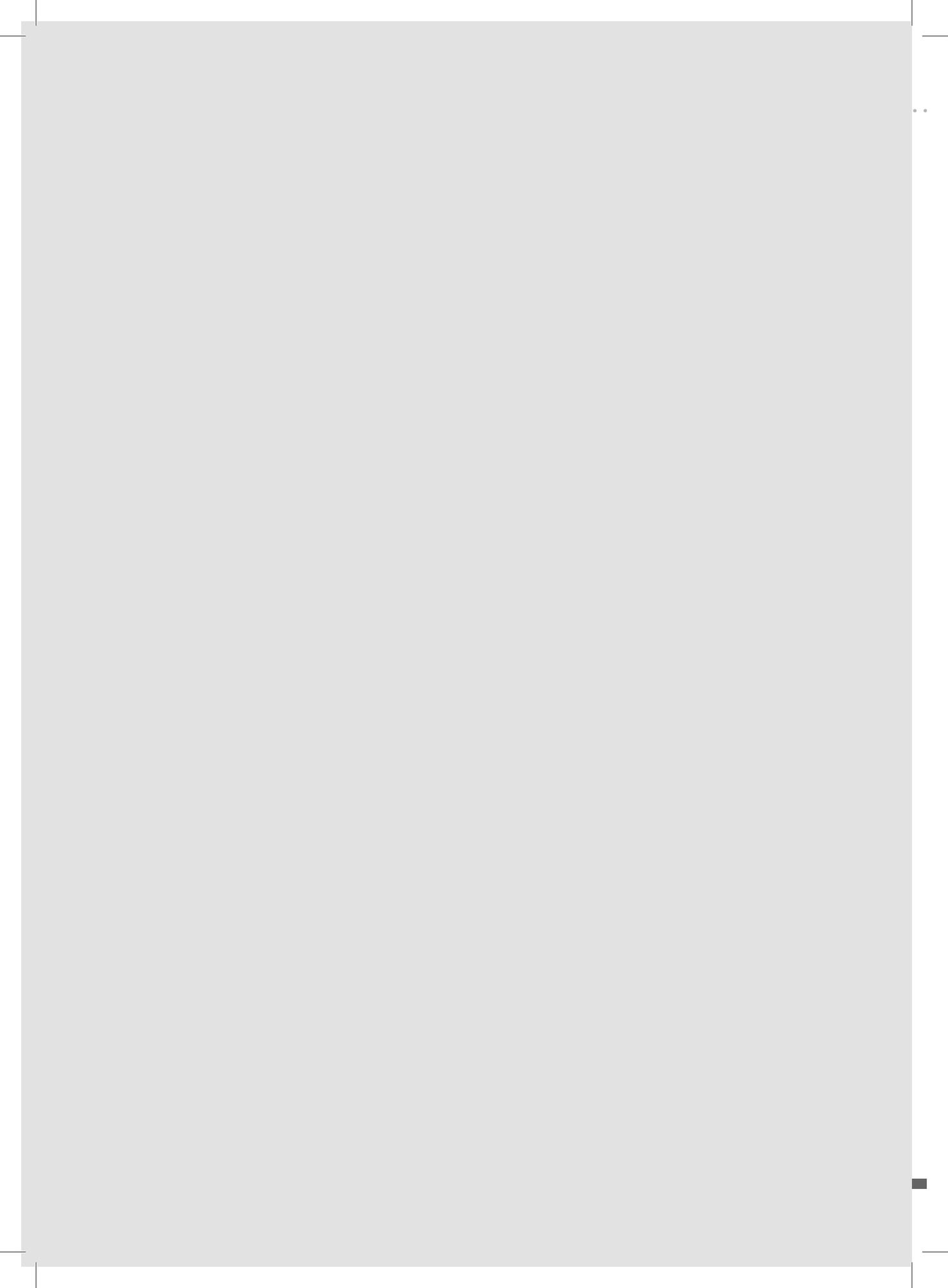
a seconda del setting in cui insegna (in studio, a domicilio, in aula),
a seconda del contenuto da far apprendere (conoscenze, abilità cliniche, relazionali, organizzative)
a seconda del target del discente, per
la formazione di base (rivolta agli studenti di Medicina) per conoscere le caratteristiche della MG e dei pazienti che si rivolgono per il primo approccio al MMG
la formazione specifica (i futuri MMG) per conoscere, acquisire abilità cliniche, relazionali e organizzative, per sperimentare accanto al tutor la professione di MMG
la formazione permanente (i MMG che esercitano la professione) per il mantenimento delle performances professionali, il confronto con i colleghi, l'audit, la ricerca

Bibliografia

1. *The General Practitioner In Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice, Leeuwenhorst, Netherlands 1974*
2. *Framework for Professional and Administrative Development of General Practice / Family Medicine in Europe, WHO Europe, Copenhagen, 1998*
3. *Van Weel C. The Impact of Science on the Future of Medicine RCGP Spring Meeting, 2001 4.*
Council Directive 93/16/EEC to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications Official Journal of the European Community, 165:7/7/93 5. Proceedings UEMO
4. *Consensus Conference on Specific Training for General Practice. UEMO. Published by The Danish Medical Association. Copenhagen 1995 6.*
5. *Report and Recommendations on the Review of Specific Training in General Medical Practice: Advisory Committee on Medical Training (to the European Commission), XV/E/8433/95-EN October 1995 7.*
6. *Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice - time for a new definition BMJ 2000; 320,354-357 8. Gay Bernard, What are the basic principles to define general practice, Presentation to Inaugural Meeting of European Society of General Practice/Family Medicine, Strasbourg, 1995 9.*
7. *The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems: a statement from WONCA, 1991 10.*
8. *The Future General Practitioner - Learning and Teaching: London; RCGP, 1972 11.*
The Nature of General Medical Practice - Report from General Practice 27: London; RCGP 1996 12.
McWhinney Ian R, Primary care core values: core values in a changing world, BMJ, 1998,317 (7147),1807-1809 13.
9. *Balint M. The Doctor, his Patient and the Illness: Pitman Medical; London, 1964 14. Pereira-Gray D, Forty-seven minutes a year for the patient, British Journal of General Practice 1998; 48 (437): 1816-1817 15.*
10. *Feste C, Anderson RM. Empowerment: from philosophy to practice. Patient Educ Couns 1995;/26:/139-4*
11. *Mola E., De Bonis J., Giancane R., Integrating patient empowerment as an essential characteristic of the discipline of general practice/family medicine, EJGP, Sept 2008; 89-94*
17. *McWhinney Ian R The importance of being different. British Journal of General Practice, 1996, 46, 433-436 12. Schouten LM, Hulscher ME, van Everdingen JJ, Huijsman R, Grof RP. Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review. BMJ 2008; 336(7659):1491-1494. 19.*
13. *Dixon A, Khachatryan A. A review of the public health impact of the Quality and Outcomes Framework. Qual Prim Care 2010; 18(2):133-138. 20.*
14. *Palacios-Derflingher L, O'Beirne M, Sterling P, Zwicker K, Harding BK, Casebeer A. Dimensions of patient safety culture in family practice. Healthc Q 2010; 13 Spec No:121-127. 19*
15. *Manuale del Tutor, MS Padula A. Tomasi, 2004, Athena Audiovisual*
16. *Di casa in casa, MS Padula, Collana di Medicina Narrativa, 2010, Athena Audiovisual, Modena*

PARTE I

La metodologia
generale della
formazione del
GP Docente



L'educazione degli adulti

Problematiche e prospettive pedagogiche nella formazione dei formatori nell'ambito della didattica della Medicina Generale

Alessandro D'Antone

Dottorando in Scienze Umanistiche presso il Dipartimento di Educazione e Scienze Umane dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

1. INTRODUZIONE

Sulla questione dell'educazione degli adulti vale la pena di spendere un paio di parole introduttive per capire in che termini tratteremo tale disciplina sia in quanto tale che nell'ambito della didattica della Medicina Generale. Con "educazione degli adul-

ti" non intendiamo, infatti, operare una cesura fra la Pedagogia, intesa come scienza che rinviene il proprio ambito di studio e di intervento esclusivamente entro specifiche età della vita (in particolare l'infanzia e l'adolescenza), e l'Andragogia quale disciplina che vede nell'età adulta un contesto di ana-

Trattare l'educazione degli adulti nell'ambito della didattica della Medicina Generale significa, anzitutto, ricondurre un'analisi "andragogica" entro l'alveo complesso e fecondo della Pedagogia quale scienza volta alla modificabilità umana, in lunghezza, ampiezza e profondità lungo il corso della vita (Frabboni e Pinto Minerva, 1994; Dozza, 2009).

Se, nel dibattito Europeo, l'educazione degli adulti è, soprattutto, formazione del "capitale umano" come risorsa economica, politica e sociale, riteniamo che la questione vada ancora più in profondità toccando, al contempo, i rapporti di produzione vigenti (quindi, anche, la qualificazione della forza lavoro) e la formazione quale elemento di emancipazione materiale e umana.

Se è vero che, mantenendo ferma la radice storica e sociale della disciplina, vediamo nell'educazione degli adulti qualcosa di più e di diverso dalla semplice compensazione, la questione che svilupperemo brevemente in questo contributo riguarda la possibilità di analizzare la dimensione della "costruzione sociale della conoscenza" per strutturare percorsi di formazione cooperativi, spesso assimilabili a sistemi di carattere multiprofessionale (talvolta definiti "comunità di pratiche"), che sostengano il professionista nell'approfondimento delle proprie conoscenze e competenze insieme ai propri colleghi.

In tal senso, il ripensamento e la progettazione curricolare diventano, insieme a una più ampia riflessione in termini di prospettiva politica, oggetti di indagine e di intervento dell'educazione degli adulti quale articolazione complessa del discorso e dell'azione pedagogici.

lisi e di progettazione peculiare e indipendente. Se è vero che con “educazione degli adulti” intendiamo un “nuovo approccio teorico e operativo” (Alberici, 2002, p. 15) alla formazione che tenga in debita considerazione i discrimini quantitativi e qualitativi presenti nel corso dello sviluppo co-evolutivo¹ dell’uomo nel mondo, una separazione di questo tipo, che a prima vista sembrerebbe aprire molteplici spazi di indagine e ampi margini di intervento pratico, ha – a nostro modo di vedere – una criticità profonda: rischia, infatti, di considerare la formazione (ovvero la sintesi fra le determinanti dello sviluppo e i processi e le pratiche di educazione e di istruzione) (Frabboni e Pinto Minerva, 1994; Cerrocchi, 2012) come un processo suddiviso in fasi separate e non comunicanti fra loro. Tratteremo, dunque, l’educazione degli adulti come un’articolazione del discorso e dell’azione pedagogici in lunghezza, ampiezza e profondità nella vita (Dozza, 2009) considerandone il portato, altresì, non soltanto da un punto di vista interno alla disciplina, ma come la risultante di un percorso storico determinato che ha posto la questione della formazione permanente come una vera e propria necessità sociale.

Nel contesto, assai variegato e complesso, della didattica della Medicina Generale e delle Cure Primarie, riflettere sul problema dell’educazione degli adulti significa, anche e soprattutto, comprendere il legame che sussiste tra la pratica professionale, la riflessione su tale pratica e la progettazione di percorsi formativi “in permanenza” ove la

condivisione delle esperienze, la formazione teorica e le esperienze laboratoriali ne rappresentino i tratti determinanti. Se il legame fra il lavoro e la sua analisi – un legame che, nel suo prodursi in un circuito “prassi-teoria-prassi”, può essere educato – può anche strutturarsi spontaneamente nel corso della vita dell’uomo qualificando quest’ultimo, per certi versi, come “professionista riflessivo”², la costruzione di percorsi formativi specifici attiene a una più ampia progettazione pedagogica nel terreno dell’educazione degli adulti. E’ questo il caso del Master di II livello “Imparare a insegnare”.

2 . INQUADRAMENTO TEORICO

Il tema dell’educazione degli adulti a livello internazionale si collega strettamente, almeno, a due concezioni centrali nel dibattito contemporaneo: la prima è quella dell’Unione Europea come economia della conoscenza (così come delineata nel Libro Bianco della Commissione Europea, redatto nel 1996), mentre la seconda, ad essa strettamente connessa, è quella del passaggio da una società “moderna” fondata sul lavoro materiale a una società “post-moderna” ove la “materialità” del lavoro perda la propria centralità a favore della conoscenza e dell’informazione³.

Le disposizioni che compongono la nota Strategia di Lisbona del 2000 vengono lette, infatti, quale chiave interpretativa predominante per affrontare, complessivamente, due nodi essenziali: lo sviluppo e la strutturazione di un’economia (quindi, di una so-

¹ Quando parliamo di co-evoluzione facciamo riferimento, per sommi capi, al rapporto di reciprocità dialettica e mutua trasformazione che sussiste fra uomo e mondo e che pensiamo sia alla base dell’evoluzione biologica, della strutturazione sociale e dello sviluppo di teorie scientifiche.

² A proposito del concetto di “professionista riflessivo”, si veda, fra gli altri, Schön (1999).

³ Con la consapevolezza dell’inesauribilità del tema in questo breve spazio e della sua complessità, ci limitiamo a suggerire come tale approccio teorico, spesso considerato come il più esaustivo e autorevole nell’ambito del rapporto fra educazione e società (ma non solo), possa risultare, specialmente a fronte della crisi economica strutturale iniziata nel 2007, piuttosto problematico. Vale tuttavia la pena di esporlo, seppur sommariamente, per comprendere meglio in che modo l’educazione degli adulti venga inquadrata all’interno del dibattito internazionale o, quantomeno, europeo.

cietà) della conoscenza competitiva e attiva e, in secondo luogo, una formazione "in permanenza" quale presupposto per l'integrazione e le interazioni sociali attive e partecipate.

Se si muove dal presupposto per cui lo sviluppo sociale debba rinvenire le proprie fondamenta su forme di lavoro prevalentemente immateriali e, di conseguenza, rappresenti il fondamento di un'economia saldamente incardinata sulla produzione e sullo scambio di conoscenze (come se tali conoscenze fossero separate dal lavoro "materiale" e, quindi, esse stesse prive di materialità), la chiave di volta per poter partecipare a un'economia di questo tipo e promuovere, di conseguenza, istanze di inclusione e partecipazione sociali viene individuata in forme "continue" di istruzione e di educazione che abbiano, in ultima istanza, lo scopo di qualificare la forza lavoro garantendone una maggiore adattabilità.

Una tale impostazione suggerisce l'idea per la quale il ruolo del soggetto nella società sia determinato dal suo grado di conoscenza e, di conseguenza, avanza una linea di strutturale cooperazione tra luoghi formativi e impresa. Questo, tuttavia, non è un elemento che deve stupire: si tratta, infatti, di un'impostazione teorica in linea con l'impianto generale della Strategia, nella quale i cambiamenti in atto nella società europea – a livello di rapporti di produzione e, quindi, di condizioni di lavoro – vengono attribuiti alla penetrazione delle tecnologie dell'informazione nei contesti lavorativi.

Quindi, nel dibattito europeo, l'educazione degli adulti è soprattutto formazione del "capitale umano" come risorsa economica, politica e sociale. Ma, una volta collocata la questione all'interno di questo dibattito, in

che modo possiamo inquadrare il problema da un punto di vista pedagogico? Non si tratta di un'operazione meramente formale: impostare il problema su linee pedagogiche significa, anche e soprattutto, comprendere in che modo sia possibile progettare percorsi formativi consapevoli che tengano insieme lo sviluppo umano e le determinanti sociali in cui questo sviluppo si produce⁴. Vale quindi la pena di fornire qualche definizione per comprendere meglio la natura della questione. Ci concentreremo, brevemente, su due autori che, su linee differenti, hanno condotto una profonda analisi teorica nel terreno dell'educazione degli adulti volta sia all'incremento delle conoscenze sul tema che alla progettazione di settore: parliamo di Duccio Demetrio e di Filippo Maria De Sanctis.

Demetrio (1997, pp. 15-17) propone di suddividere il tema dell'educazione degli adulti in tre categorie interpretative differenti, seppur intrecciate: l'educazione permanente, l'educazione degli adulti e l'educazione in età adulta.

Con "educazione permanente" si intende il piano teorico più generale e la prospettiva complessiva della ricerca e dell'azione pedagogica di settore, includendo la dimensione puramente speculativa (la ricerca teorica), il terreno strategico (la pianificazione dell'intervento) e la lettura storica (ciò che si è storicamente prodotto in merito alla necessità/possibilità di apprendere oltre l'infanzia e la giovinezza).

Una volta impostati i presupposti teorici di fondo, con "educazione degli adulti" l'autore intende la necessaria declinazione pratica di tali istanze, una declinazione che intende l'adulto come soggetto socialmente attivo ed esposto a ruoli, pressioni e responsa-

⁴ In altre parole, impostare il problema su linee pedagogiche significa delineare percorsi formativi che sappiano storicizzare la crescita dell'uomo nella sua multidimensionalità.

bilità, ovvero a “contesti dell'apprendimento” sia fisici che mentali che, in modo più o meno consapevole, influiscono sul suo sviluppo.

Infine, Demetrio suggerisce di indicare con “educazione in età adulta” la personale storia di formazione di ciascun soggetto, ovvero quella dimensione intima e profonda ove il soggetto prende progressivamente coscienza (in un percorso, anch'esso, co-evolutivo) della problematicità dell'esistenza, trasversalmente ai diversi contesti che compongono l'esperienza dei singoli e dei gruppi.

Detto diversamente: l'approccio proposto dall'autore al problema dell'educazione degli adulti prevede una dimensione meta-referenziale (cioè una dimensione teoretica di astrazione, analisi e recupero dell'esperienza storica), una etero-referenziale (cioè una dimensione pratica, legata al risvolto progettuale e applicativo nel terreno concreto dell'educazione e della società) e, infine, una auto-referenziale (cioè una dimensione profonda che contempi l'esperienza personale del soggetto come percorso problematico e permanente di educazione) come tripartizione necessaria per comprendere la complessità del tema ma, anche, la sua grande attualità e incidenza pratica.

Da una prospettiva differente, De Sanctis (1979) indica in “educazione degli adulti” l'intervento formale e strutturato, mentre in “educazione nell'età adulta” la descrizione del fenomeno a livello oggettivo. Tuttavia, il contributo che qui ci interessa sottolineare è l'impostazione per la quale non sia possibile né considerare l'educazione degli adulti esclusivamente in astratto (cioè solo per linee interne, quale diretta declinazione di istanze pedagogiche) né come pura esigenza

filantropica. Al contrario, occorre rinvenire l'origine della questione nella società industriale (nella relazione, cioè, tra lo sviluppo delle forze produttive e i rapporti di produzione nella nostra epoca storica) e nell'esigenza di qualificare la forza lavoro in virtù del costante rivoluzionamento dei sistemi produttivi della società. Si tratta dunque, per De Sanctis, di un tema problematico che ha le proprie radici nella classe operaia e che mantiene, al contempo, due istanze di fondo ineludibili seppur contraddittorie:

1. da un lato, coniugare istruzione e lavoro ha un ruolo decisivo per conoscere la realtà – a partire dai contesti e dalle relazioni di lavoro – e per trasformarla a livello economico, sociale e politico;
2. dall'altro, la necessità di percorsi formativi per i lavoratori (cioè per adulti che si ritrovano inseriti nei processi produttivi sociali) nasce dalla necessità della società industriale di avere a disposizione una forza lavoro adeguata.

Se consideriamo, genericamente, la prospettiva “andragogica” non come una disciplina separata dalla Pedagogia bensì come un'articolazione del discorso e dell'azione pedagogici in lunghezza, ampiezza e profondità della vita⁵, dobbiamo leggere l'educazione degli adulti come una necessità storica che nasce con lo sviluppo della società industriale e che reca con sé, da un lato, le istanze di democratizzazione dei processi formativi e di trasformazione sociale (per una transizione, potremmo dire, dalla formazione come privilegio di pochi alla formazione come strumento emancipativo delle masse popolari) e, dall'altro, la necessità di preparare adeguatamente i lavoratori ai propri compiti (ovvero di formare e qualifi-

⁵ Questa precisazione, già avanzata nell'introduzione al presente capitolo, ci consente di considerare organicamente i processi formativi che, nel tenere in debita considerazione i discrimini quantitativi e qualitativi dello sviluppo, contemplanò l'apprendimento permanente quale elemento irrinunciabile del percorso co-evolutivo dell'uomo nel mondo.

care la forza lavoro). Inoltre possiamo vedere nell'educazione degli adulti, sulla scorta di quanto suggerito da Demetrio, una suddivisione in un'area di ricerca teorica e storica, in un'area operativa e progettuale e, infine, in una dimensione profonda e problematica di crescita soggettiva. Questo rientra, in ultima analisi, nell'orizzonte multidimensionale della formazione "lungo il corso della vita" che caratterizza sia l'età adulta come età soggetta alla formazione (intesa, come abbiamo visto, quale sintesi fra le determinanti dello sviluppo e i processi e le pratiche di educazione e di istruzione) (Frabboni e Pinto Minerva, 1994; Cerrocchi, 2012), sia la Pedagogia come scienza che si occupa della formazione stessa e, quindi, della modificabilità umana per tutta la vita.

3 . EDUCAZIONE E LAVORO VERSO LA COMUNITÀ DI PRATICHE

La prospettiva di una formazione in lunghezza, ampiezza e profondità (Dozza, 2009) deve necessariamente confrontarsi con i differenti contesti formativi e con una loro possibile integrazione entro una progettualità contrassegnata da multidimensionalità, complessità e unitarietà. Compito della progettazione pedagogica nell'alveo dell'educazione degli adulti è, infatti, anche verificare la possibilità di delineare percorsi unitari e integrati per la formazione lungo il corso della vita. Se accettiamo, quale contesto concreto di analisi e intervento, l'idea di una "società educante" intesa quale contesto ampio in cui il corpus delle istanze educative "si formi per il contributo di molti fattori, volontà, istituzioni e azioni, alcuni di carattere pedagogico altri no, quindi che

non esista una fonte intenzionale unica o un progetto in grado di inserirsi in tutte le pieghe della società" (Tramma, 2009, p. 64), occorre tenere necessariamente in considerazione non solo i processi educativi informali⁶ nei loro rapporti complessi con i contesti dell'apprendimento istituzionalmente strutturati, ma anche le modalità in cui tale rapporto si esprime in relazione al lavoro, cioè al modo in cui l'uomo si connette con la natura dando luogo a una dinamica di produzione e di riproduzione tanto materiale quanto sociale.

Fra gli altri, Tramma (2009) suggerisce che l'età adulta non abbia una struttura già completa e imm modificabile: il tema dell'educazione informale, così stringente da chiamare in causa una molteplicità di questioni decisive (fra cui l'integrazione fra i vari contesti formativi, la mediazione sociale nell'apprendimento e il legame tra formazione e società), mantiene un'importanza decisiva per esplorare la connessione tra apprendimento lungo il corso della vita e co-evoluzione fra uomo e mondo attraverso il lavoro. Conferire al lavoro un ruolo determinante nell'educazione degli adulti significa, quindi, dare concretezza alle istanze educative in una specifica età della vita che vede l'ingresso del soggetto nel sistema produttivo e le relative assunzioni di responsabilità come fattori caratterizzanti e caratteristici. Per questa ragione è importante capire in che termini, pedagogicamente, è possibile determinare un legame tra formazione e lavoro. Possiamo citare, sommariamente, due elementi:

1. il primo è la continuità dell'esperienza: il soggetto non apprende contenuti e re-

6 Sinteticamente, nel parlare di processi e contesti informali dell'apprendimento facciamo riferimento all'apprendimento spontaneo e diffuso, in particolare veicolato da mass e personal media ma, in un senso più ampio, collegato a ciò che si apprende più o meno spontaneamente all'interno dei propri contesti di vita e di lavoro ove manca una definita ed esplicita progettualità educativa. Al contrario, con processi e contesti formali intendiamo le agenzie scolastiche in quanto tali e, con processi e contesti non-formali, facciamo riferimento alle agenzie formative extra-scolastiche diffuse sul territorio, tra cui la famiglia e i corsi professionali.

lativi contesti⁷ a “compartimenti stagni” ma attraverso una reciproca integrazione di tempi, spazi, relazioni, contenuti e forme e, soprattutto, in modo continuo e permanente. In tal senso il soggetto ricopre un ruolo pratico e riflessivo all’interno dei propri contesti di vita, costruendo connessioni fra le differenti esperienze e strutturando, sempre in una dimensione sociale (cioè insieme agli altri e in relazione al contesto sociale complessivo), le proprie conoscenze e competenze⁸;

2. il secondo riguarda il legame dialettico tra formazione e società, ovvero il riconoscimento dell’influenza che i contesti fisici e sociali esercitano sulle forme culturali ed educative in seno a una determinata formazione sociale. Come ricorda De Sanctis, destoricizzare i processi formativi equivarrebbe a svuotare di significato un discorso pedagogico che sia volto alla formazione e all’emancipazione – sul piano materiale, culturale e umano – dei soggetti e dei gruppi. In questo senso, il modo in cui l’uomo produce e ri-produce socialmente le proprie condizioni di vita, strutturando con esse determinate relazioni sociali, si riverbera sui contesti dell’apprendimento (nella loro accezione più ampia e stratificata).

È in questo senso – cioè tenendo ferma la radice storica e sociale della disciplina – che possiamo individuare nell’orientamento dell’educazione degli adulti verso la “cittadinanza attiva” – sulla scorta dell’analisi di Alberici (2002, p. 14) – un elemento caratterizzante che, oltre all’impegno rivolto allo sviluppo diffuso delle competenze alfabetico-funzionali, faccia propri, da un lato,

la prospettiva per l’ottenimento di percorsi di educazione e di istruzione più ampi, integrati, pubblici e accessibili a tutti e, dall’altro, una promozione attiva di politiche per il lavoro, per l’occupabilità e la ri-occupabilità. Tale orientamento può avere – e spesso è stato considerato prevalentemente come avvenute – un carattere compensativo (ad esempio nel recupero di percorsi formativi di base o di analfabetismi strumentali e funzionali), ma tende a ricoprire sempre di più, nella società contemporanea, il carattere della formazione aziendale e della formazione continua (ovvero la pianificazione delle attività formative attraverso il coinvolgimento di figure diverse e, anche, l’aggiornamento e l’accrescimento delle proprie conoscenze situate all’interno delle pratiche professionali), oltre che il terreno delle attività legate alla ricerca del benessere e della crescita individuale.

In tal senso, l’esempio che ci interessa porre all’attenzione del lettore di questo manuale, con uno sguardo specifico allo svolgimento del Master “Imparare a insegnare” e in prospettiva pedagogica, è la possibilità di trasformare i gruppi in gruppi di lavoro attraverso la dimensione della “costruzione sociale della conoscenza” o, in termini più operativi, della “comunità di pratiche”. Attraverso la strutturazione di una tale forma di confronto cooperativo, che spesso può rappresentare un sistema vero e proprio di carattere multiprofessionale, il professionista di settore non solo può approfondire le proprie conoscenze e competenze a un livello maggiore di complessità, ma ha l’occasione di condividere con altri professionisti e colleghi (anche in maniera conflittuale) le esperienze maturate nel proprio lavoro.

⁷ Riguardo al concetto di contesti dell’apprendimento si rimanda, per una trattazione più diffusa, a: Baldacci, 2010.

⁸ Con “competenza” intendiamo non solo la capacità di svolgere un determinato compito, ma anche la possibilità di trasferimento inter e trans-disciplinare di conoscenze specifiche e, soprattutto, la capacità di mettere in relazione le proprie risorse con le risorse che il contesto mette a disposizione. In questo senso, l’acquisizione di competenze avviene entro un percorso formativo permanente vero e proprio.

In questo modo la propria identità professionale ne esce rafforzata in virtù della mediazione e/o della negoziazione con i membri della comunità, ma anche la produzione delle proprie conoscenze si arricchisce a partire dalle analisi dei problemi che emergono dalle differenti pratiche professionali. Tali pratiche si avvalgono di linguaggi specialistici (il cui apprendimento fa parte di un processo permanente di approfondimento) ma, anche, di interconnessioni fra discipline diverse che adottano linguaggi differenti. I processi di costruzione sociale della conoscenza avranno, quindi, carattere reticolare proprio per facilitare l'apprendimento e la sua revisione costante, sia sul piano dell'incremento quantitativo che dell'approfondimento qualitativo, a livello cognitivo, socio-relazionale e motivazionale. In tal senso, sulla scorta dell'analisi di Domenici (2009), possiamo rappresentare questa sorta di rete conoscitiva suddividendola in conoscenze:

1. **di base**, con cui intendiamo quel corpus di saperi che rappresenta il cardine irrinunciabile della disciplina, ovvero il suo fondamento epistemologico e metodologico, la sua prospettiva investigativa e la sua finalità progettuale. Baldacci (2010, p. 111) indica le competenze di base come "ad alta persistenza cognitiva";
2. **stabili**, ovvero orientate all'acquisizione di nuovi apprendimenti in virtù del proprio carattere duraturo. Sempre Baldacci (ibidem) indica tali conoscenze come "fondamentali", qualificandole come "a basso tasso di obsolescenza";
3. **significative**, principalmente rivolte al coinvolgimento dei soggetti e dei gruppi a livello cognitivo, socio-relazionale e motivazionale in virtù del proprio ruolo "chiave" nell'organizzazione dell'apprendimento;
4. **sistematiche**, ovvero in grado di favorire una corretta ri-strutturazione reticolare capace di rendere il soggetto capace di trasformare la conoscenza in strumento di azione multi-disciplinare (cioè capace di accostare, a livello conoscitivo e linguistico, contesti culturalmente o curricularmente affini), inter-disciplinare (cioè capace di proporre una sintesi a livello non solo linguistico o conoscitivo, ma anche meta-cognitivo, fra contesti non necessariamente affini) e trans-disciplinare (cioè, più estesamente, capace di un'ibridazione profonda fra più contesti e a più livelli conoscitivi, euristici e progettuati) (Frabboni, 2001) per elaborare e trasferire le informazioni acquisite in contesti differenti, consentendogli di conoscere la realtà e di trasformarla;
5. **capitalizzabili**, capaci quindi, in virtù della propria flessibilità e della propria apertura, di facilitare l'apprendimento di nuove conoscenze e di trasformarle in abilità e competenze utilizzabili dal soggetto in contesti differenti.

La strutturazione di un curriculum aperto "all'interno" e "all'esterno" diviene, quindi, un'importante finalità della progettazione pedagogica nel terreno dell'educazione degli adulti legata alla strutturazione consapevole di percorsi di formazione che siano connessi alle esperienze professionali di ciascun soggetto. L'apertura all'interno consente di far dialogare le diverse discipline e i diversi contesti materiali, fisici e mentali, dell'apprendimento, ponendo in ricorsività nel curriculum di settore le conoscenze di base con quelle caratterizzanti (cioè le conoscenze specifiche dotate di linguaggi specialistici) e opzionali (legate maggiormente al personale percorso di formazione del soggetto). L'apertura all'esterno permette, inve-

ce, il necessario collegamento con il mondo del lavoro e con la rete territoriale delle agenzie e delle professionalità di settore, in modo tale da garantire sempre il necessario raccordo tra la formazione teorica (cioè l'analisi e la progettazione) e l'intervento pratico/operativo. Tuttavia, oltre a tali aperture, occorre individuare un'apertura "in profondità" che consideri l'apprendimento non solo come l'acquisizione di conoscenze e competenze ma anche, e soprattutto, come "l'apprendere i contesti dell'apprendimento" o, in altre parole, come la capacità di "imparare a imparare" (cfr. Baldacci, 2010). Senza approfondire questa dimensione meta- spesso indicata come deuterioapprendimento, vale tuttavia la pena di mettere in evidenza come sia precisamente attraverso un processo di questo tipo che una vera e propria strutturazione reticolare di "abiti mentali" relativamente stabili si accompagna all'acquisizione di singole informazioni, conoscenze e abilità, rendendo i processi educativi coes-

senziali a quelli dell'istruzione proprio perché afferenti a livelli differenti ma interrelati: l'apprendimento dell'uomo lungo il corso della vita e trasversalmente a contesti differenti produce, nel breve periodo, l'assimilazione di conoscenze particolari e specifiche, mentre, nel lungo periodo, conduce alla strutturazione di abitudini astratte più generali che ne accompagnano in modo relativamente più stabile i percorsi formativi (ivi, p. 111). La ricorsività fra questi tre livelli di apertura curricolare, insieme al legame profondo che si produce tra formazione e lavoro, rappresenta un importante tema di ristrutturazione curricolare nell'ambito dell'educazione degli adulti. Si tratta di un ripensamento doveroso e importante che qualifica, altresì, la disciplina come una delle articolazioni più feconde della Pedagogia quale scienza che, nell'analizzare e progettare contesti di apprendimento lungo, largo e in profondità nella vita dell'uomo, è orientata alla sua emancipazione materiale e umana.

Bibliografia

Alberici A. (2002), *L'educazione degli adulti*, Carocci, Roma.

Baldacci M. (2010), *Ripensare il curriculum. Principi educativi e strategie didattiche*, Carocci, Roma.

Cerrocchi L. (2012), *La scuola di Barbiana. Un'esperienza di pedagogia popolare fra teorie e prassi educative*, Adda, Bari.

Cerrocchi L., Dozza L. (a cura di) (2007), *Contesti educativi per il sociale. Approcci e strategie al benessere individuale e di comunità*, Erickson, Trento.

De Sanctis F.M. (1979), *L'educazione permanente*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Demetrio D. (1997), *Manuale di educazione degli adulti*, Laterza, Roma-Bari.

Domenici G. (2009), *Manuale dell'orientamento e della didattica modulare*, Laterza, Roma-Bari.

Dozza L. (2009), "Apprendere per tutta la vita, nei differenti contesti della vita, in modo profondo", in *Pedagogia più didattica*, vol. 2009/1, Erickson, Trento.

Frabboni F. (2001), *Manuale di didattica generale*, Laterza, Roma-Bari.

Frabboni F., Pinto Minerva F. (1994), *Manuale di pedagogia generale*, Laterza, Roma-Bari.

Knowles M.S., Holton E.F., Swanson R.A. (2008), *Quando l'adulto impara*, Franco Angeli, Milano.

Schön D. (1999), *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, Dedalo, Bari.

Tramma S. (2009), *Che cos'è l'educazione informale*, Carocci, Roma.

Vygotskij L.S. (2006), *Psicologia pedagogica*, Erickson, Trento.



L'analisi dei bisogni educativi

Mike Pringle

Professore Emerito, University of Nottingham

Il processo di apprendimento può avvenire in modo fortuito, quasi casuale. Noi tutti impariamo in modo opportunistico, eppure alcune di queste esperienze educative sono tra le più ricche. In ogni caso, occorre tenere in considerazione i vari punti di forza e le debolezze di ogni individuo, alcuni dei quali si conoscono, mentre altri vengono ignorati. Una volta che il processo educativo diventa più formale, modellato in vista di un esame per esempio, il curriculum deve essere adattato al fine di considerare i bisogni specifici di singoli individui e gruppi. Alcuni aspetti delle necessità di apprendimento possono essere date per scontate (tutti gli studenti di medicina dovranno imparare la medicina clinica), tuttavia molte altre devono essere stabilite. Questo capitolo si pone di analizzare il processo per stabilire le necessità educative di medici che desiderano divenire educatori e medici a interni. La prima parte non solo creerà una cornice generale grazie alla quale analizzare i bisogni educativi, ma analizzerà pure problemi specifici per i suddetti due gruppi di medici.

INTRODUZIONE

In parecchi contesti educativi, gli organizzatori hanno il dovere di disegnare un'esperienza di apprendimento per un notevole numero di partecipanti. Nel fare ciò, gli stessi organizzatori formulano ipotesi riguardo alle precedenti esperienze dei partecipanti, della loro attuale conoscenza e degli input educativi necessari. I membri di un team incaricato di organizzare una conferenza spesso pensano a cosa loro stessi troverebbero stimolante o informativo e redigono una scaletta di conseguenza. Gli accademici più anziani nella facoltà di medicina designano un curriculum basato su esperienza minima e assicurano che vengano coperti aspetti essenziali di medicina ad un livello di competenza sufficiente. Seppur tale processo educativo tenga in considerazione i precedenti gradi di istruzione, lo fa in modo normativo. Per esempio, il curriculum di una facoltà di medicina tradizionale si aspettava studenti "normali" che entrano a 18

anni con buoni risultati scolastici nelle materie scientifiche. Una scuola di medicina, invece, accetta iscritti con sia buoni risultati nella carriera scolastica, sia un buon voto di diploma, non necessariamente di natura scientifica. Di conseguenza, tale scuola appropcerà l'insegnamento del metodo e del pensiero scientifico, forse meno rilevante per studenti già provvisti di tali conoscenze, prima di introdurre medicina. Contrariamente, gli insegnanti di medici specializzandi possono entrare in contatto con sia percorsi educativi generici sia personalizzati. La maturità nella professione conferisce esperienza nel decidere che istruzione offrire e quando adattarla ai bisogni dei singoli individui. A loro volta, coloro addetti all'educazione degli insegnanti devono designare un percorso educativo a misura dei medici loro studenti.

È probabile che ci sia un nucleo di apprendimento comune a tutti i medici di base impegnati nel training per l'insegnamento, ciò tut-

tavia non esclude che alcuni studenti di settori piuttosto specializzati abbiano esperienze precedenti. Per esempio nel processo di diagnosi dei pazienti, ci potrebbero essere uno o più medici di base nel gruppo con maggiore o minore esperienza. Ciò in ultima analisi implica una certa fluidità nell'esperienza di apprendimento: gli studenti con più esperienza in una certa area contribuiscono all'istruzione dell'intero gruppo e allo stesso tempo ampliano la propria conoscenza. Da certi punti di vista ciò complica le cose per gli insegnanti, non potendo semplicemente "pianificare e realizzare"; tuttavia, l'esperienza educativa diventa più fruttuosa e interessante. È stato provato che l'apprendimento raggiunge il proprio vertice quando l'insegnamento si verifica in un contesto di "necessità identificata". Prendiamo l'esempio di un paziente che si rivolge a un medico di base con una reazione fisica che potrebbe risultare dall'interazione di due medicinali. Il medico si rivolge ai te-

sti e trova verbali di casi simili verificatisi precedentemente: di conseguenza, assieme al paziente decide quale medicinale interrompere. Di contro, bisogna anche tenere in considerazione l'importanza delle esperienze educative derivate dalla scoperta casuale di un articolo accademico, un seminario, una lezione o addirittura un articolo sul giornale, le quali si rivelano particolarmente persistenti nella memoria umana. Non tutta la conoscenza che consideriamo utile viene pianificata per andare incontro a un bisogno identificato, e nemmeno così dovrebbe essere.

STABILIRE I PRINCIPI DEI BISOGNI EDUCATIVI

Il primo principio è l'importanza della motivazione di chi sta imparando. Ci si augura che tutti i medici desiderino migliorare le proprie prestazioni, mese dopo mese e anno dopo anno. Per far ciò devono acquisire nuova conoscenza e allenare nuove abilità. Devono inol-

FIGURA 1: SCEGLIERE I GIUSTI RIFERIMENTI NEL DETERMINARE I BISOGNI EDUCATIVI.



tre essere in sintonia con le proprie esperienze quotidiane, capaci di identificare gli aspetti che necessitano un miglioramento. Questo è quello che si intende per “medico riflessivo”, un dottore che considera la propria esperienza quotidiana e coglie ogni opportunità per acquisire nuove conoscenze e applicarle alla medicina. Insegnare a tali medici è sempre un piacere. Ci sono comunque casi di medici reticenti a tale educazione. Un dottore convinto che la propria carriera si basi sulla partecipazione a un corso su come salvaguardare i pazienti più vulnerabili (tali corsi sono obbligatori in Regno Unito per l'intero staff medico, inclusi i dottori), sarà risentito e aggressivo. Allo stesso modo, un medico che necessita di accumulare un certo numero di ore di educazione ogni anno parteciperà al corso solo per farsi registrare le ore. Nel caso le prestazioni di un medico risultino scadenti, potrebbe essere necessario consigliargli la partecipazione a un corso per le abilità comunicative. Tuttavia, il medico difficilmente sarà aperto all'apprendimento. Perciò, al fine di stabilire i suddetti bisogni educativi, occorre conoscere il livello di motivazione dell'allievo. Se la motivazione è negativa, probabilmente l'allievo dovrà essere aiutato nel vedere il processo educativo in modo più favorevole, prima che apprenda in modo veramente utile. In seguito, occorre considerare le aspettative dell'allievo. Se qualcuno desidera pilotare un aereo leggero, si aspettano di ricevere nozioni sufficienti a consentirgli di ottenere una patente di volo. Se un medico di base vuole insegnare agli specializzandi, desidererà un corso che gli fornisca le giuste abilità e accreditamento come insegnante. Se un altro medico desidera solo migliorarsi nel trattare casi di diabete, allora il corso dovrà prevedere discussioni riguardo a medicinali all'avanguardia, alle più recenti linee di condotta e migliori pratiche. Una buona qualità di in-

segnamento può essere raggiunta solo qualora si identifichino le aspettative degli allievi, il che spesso richiede tempo e stimoli da parte degli insegnanti. Il terzo aspetto da considerare è l'esperienza precedente. Nessuno in un contesto di apprendimento arriverà senza un bagaglio culturale, il quale include la loro precedente esperienza in campo sanitario e la pratica di essa, la loro conoscenza teorica o disinformazione, le loro attitudini e i loro pregiudizi. È interessante notare come l'esperienza si leghi in modo triadico alla motivazione e alle aspettative personali, sicché queste tre componenti devono essere considerate tutte insieme. Una volta stabilito da dove vengono gli allievi, dove vogliono arrivare e perché hanno intrapreso quel viaggio, occorre considerare il modo migliore in cui apprendono. Alcuni pongono grande enfasi su stili e metodi di apprendimento tradizionali cercando di sceglierne uno, ma in realtà la maggior parte dei medici trova più efficace metodi diversi contemporaneamente. Dunque è sicuramente utile esplorare questa dimensione con gli allievi, ma non in modo pedissequo. David Kolb ha introdotto la tassonomia di stili di apprendimento più usata, in cui identifica quattro tipologie di allievi:

1. Gli adattivi/accomodativi preferiscono imparare mentre agiscono. Amano la concretezza e non tollerano l'incertezza nel loro materiale educativo. Prediligono corsi adeguatamente strutturati e fanno molte domande, sfidando le opinioni convenzionali e imparando dagli altri attorno a loro. Nel campo medico li si possono incontrare in medici pragmatici che preferiscono lavorare appoggiandosi a linee guida e si educano tramite la conoscenza che mettono in pratica nella loro quotidianità. Gli adattivi prediligono gruppi di apprendimento piccoli e orientati a un dato incarico.
2. I convergenti amano ricevere teorie ed

.....

esempi da cui dedurre le proprie idee. Esaminano le ipotesi e risolvono i problemi che gli vengono posti. Preferiscono sfide tecniche a quelle emotive e interpersonali. In medicina sono i colleghi che forniscono sempre una spiegazione della loro esperienza per i pazienti che visitano. Sono tecnicamente preparati ma non danno la priorità alla comunicazione. Il loro metodo di apprendimento più efficace è tramite lettura di periodici, lavoro online o completando incarichi in privato.

3. I divergenti amano discutere in gruppo, specialmente tramite libero pensiero, e possono accettare soluzioni multiple a un problema unico. Lavorano bene insieme con altri e spesso li osservano, mentre offrono supporto o informazioni. Questi dottori sono bravi nelle relazioni interpersonali e sopportano bene le incertezze, tuttavia spesso non fanno progetti per la cura dei pazienti in modo strutturato. Spesso preferiscono essere allievi passivi in piccoli gruppi o seminari.
4. Gli Assimilativi amano modelli teorici basati sui fatti, preferendo esplorare la teoria piuttosto che metterla in pratica. Prediligono fatti concreti o numeri e sono bravi a stabilire dei modelli. Sono i medici che riflettono più profondamente sulla cura da somministrare e spesso sono molto auto-critici, volendo fornire la migliore prestazione possibile. Tuttavia, non eccellono nel pianificare il miglioramento che desiderano ottenere. Preferiscono lezioni frontali e conferenze, specialmente quando ciò implica ascoltare esperti nel loro campo.

Vi sarebbero molte altre tassonomie che, da un certo punto di vista, possono risultare utili. Tutti noi ci spostiamo da una modalità all'altra in base alla situazione e all'umore. Il momento ottimale per esplorare gli stili di apprendi-

mento si verifica qualora un altro metodo, come un incontro tra due sole persone, non abbia avuto successo. Forse la soluzione risiede nello stile di apprendimento dello studente stesso. Un modo per pianificare l'istruzione di un allievo è determinarne la conoscenza e/o le abilità. Inoltre, vi sono cinque modi generali per stabilire i bisogni educativi di un medico: **Analisi delle lacune.** Tramite questo metodo il medico, spesso con il proprio insegnante o mentore, mette a confronto la propria prestazione con criteri predefiniti. Conseguentemente, il medico potrà auto-valutare la propria sicurezza nell'affrontare aree specifiche oppure potrà testare formalmente l'esustività della propria conoscenza.

1. **Riflessione.** Questa implica due concetti: in primo luogo è una riflessione su un evento passato, scelto per la sua importanza simbolica, del quale vengono considerati gli aspetti positivi e quelli che potrebbero essere migliorati. In Regno Unito, si chiama Significant Event Auditing, Revisione di un Evento Significativo, ed è divenuta parte integrante della vita lavorativa di ogni medico generico. Il secondo concetto è una riflessione in tempo reale dell'esperienza mentre viene vissuta. Il medico, in questo caso, viene incoraggiato a verbalizzare punti di apprendimento come nei PUNS e DENS (Patient Unmet Needs; Doctor Educational Needs).
2. **Osservazione.** Questo metodo è votato più alla misura della competenza, non della prestazione in sé. Tuttavia, un collega o insegnante può assistere a consulti con pazienti, diretti o registrati, o osservare un medico mentre si occupa di attività di routine (fare anamnesi, visitare, formare piani di cura, introdurli ai pazienti ecc.), con un paziente finto; ciò rende più semplice identificare le aree che necessitano sviluppi.
3. **Valutazione inter pares.** Quando un me-

dico valuta la prestazione di un suo collega, prendendo in considerazione i sistemi di cura, gli standard prestabiliti, i risultati degli audit ecc., si verifica uno scambio di prospettive ed esperienze che si rivela formativo per entrambi i dottori. **Rivalutazione dell'attività nell'ambulatorio.** È sempre più comune per team medici di criticare volontariamente vaste gamme di criteri, raggruppati sotto "cure cliniche", "sicurezza del paziente", "organizzazione" e "struttura". Il Royal College of General Practitioners offre due schemi simili, un premio per la qualità delle prestazioni e un Accredimento.

L'ultimo aspetto da considerare è l'inclinazione e l'attitudine dell'allievo. Nonostante ci siano molti aspetti del processo formativo che devono essere assimilati, ve ne sono alcuni da cui dobbiamo allontanare gli studenti. Un giovane medico potrebbe voler specializzarsi in chirurgia, tuttavia una scarsa coordinazione mano-occhio potrebbe rivelarsi deleteria. Un medico di base potrebbe volersi dedicare alle cure di pronto soccorso, ma questa potrebbe non essere la migliore carriera per loro se non sono caratterialmente pronti a prendere decisioni velocemente o tollerano male rischi e incertezze.

Questo articolo tratterà ora due casi particolarmente rilevanti per questo corso: la valutazione dei bisogni formativi per medici di base dediti all'insegnamento e all'apprendimento.

VALUTAZIONE DEI BISOGNI FORMATIVI DEGLI INSEGNANTI

Quando iniziò la formazione professionale per la Medicina Generale negli anni Settanta in Regno Unito, si pensava che i medici sapessero come insegnare senza necessitare di alcuna istruzione. Questo ancora si verifica in certi ospedali, dove viene richiesto a medici

affermati di insegnare, senza alcuna preparazione o supporto.

Nell'ambito della Medicina Generale, tuttavia, la situazione differiva per due ragioni. In primo luogo, i fondatori di tali corsi di formazioni erano determinati a renderli il più professionali possibile. Secondariamente, gli insegnanti ricevevano un compenso per la formazione dei propri specializzandi.

I primi corsi di formazione per insegnanti cominciarono, dunque, in Medicina Generale e ancora oggi un medico di base non può insegnare se non dopo aver frequentato diversi corsi intensivi su come insegnare. Tali corsi comprendono anche la valutazione dei loro bisogni formativi.

Nonostante i principi generali elencati sopra si riferiscano a tutte le valutazioni di tali bisogni formativi, gli insegnanti devono confrontarsi con problemi specifici. I medici sono già maturi e hanno già determinato le proprie preferenze di apprendimento. Potrebbero avere anche sviluppato una certa autostima, o addirittura arroganza, che potrebbe renderli reticenti al cambiamento.

Il lato positivo è che i medici affermati solitamente hanno la possibilità di registrare i consulti con i pazienti o di essere osservati durante le visite, di valutare la propria prestazione e di chiedere consiglio a pazienti e colleghi: ciò facilita la raccolta di materiale per definirne i bisogni formativi.

Nel Regno Unito nel corso del periodo introduttivo, un nuovo insegnante medico di base deve sostenere e superare l'esame per appartenere al Royal College of General Practitioners. Ciò significa per i medici dimostrare che la loro conoscenza e le loro abilità cliniche sono almeno al livello che ci si aspetterebbe da giovani dottori, novelli della professione. In più, si osservano a vicenda durante i consulti, riflettono su audit in merito alle loro prestazioni, discutono eventi significa-

tivi e condividono il feedback dei propri pazienti e colleghi. Durante questi processi, ogni medico sviluppa le proprie abilità riflessive e di insegnamento, tramite un supporto reciproco. Nel frattempo, i responsabili dei corsi analizzano ogni medico di base e ne determinano i bisogni formativi. Alcuni di questi sono piuttosto generici e includono l'educazione all'insegnamento e le abilità valutative. Altri bisogni, tuttavia, sono specifici dei singoli dottori; come uno potrebbe non essere sufficientemente competente nelle comunicazioni, un altro potrebbe non esserlo nella cardiologia. Tali esigenze devono essere soddisfatte prima che il dottore possa essere accettato come insegnante. Non è certamente cosa nuova che un dottore non possa passare all'insegnamento a causa dei suoi bisogni formativi troppo pronunciati. Per quanto irritante possa essere per il medico, occorre assicurarsi che le nuove generazioni di medici abbiano esperienze positive durante la propria formazione professionale.

ESIGENZE FORMATIVE DEGLI SPECIALIZZANDI

Come per i medici affermati che desiderano divenire insegnanti, è molto probabile che gli specializzandi condividano una serie di esi-

genze formative generiche, le quali possono essere tranquillamente pianificate durante l'educazione formale: la riunione di gruppo settimanale o il programma di seminario basato sulla pratica. Andando oltre il generico, tuttavia, ogni giovane che aspiri a divenire medico di base avrà necessità specifiche. Queste potrebbero riflettere la loro carriera, precedente esperienza o educazione, interessi o lacune. Nel Regno Unito, solitamente, un medico di base chiede ad un nuovo specializzando di auto-valutare la propria sicurezza riguardo ad un certo numero di aree chiave, usando ad esempio la Scala Valutativa di Manchester. A questo può seguire un esame della loro conoscenza e del modo di ragionare. Questo esame si può concretizzare in un test a risposta multipla, oppure uno più complesso basato su scenari che includono valutare situazioni e prendere decisioni. L'aspetto importante da considerare è che il test è volontario e viene intrapreso per stabilire una linea base per l'educazione successiva. Se questo test rivelasse, per esempio, una mancata sicurezza nel comunicare brutte notizie e una bassa conoscenza nell'ambito pediatrico, queste aree avrebbero la priorità nei seminari settimanali preparati dagli insegnanti, o negli incontri singoli.

Bibliografia

Grant J. (2002), *Learning needs assessment: assessing the need*, *BMJ*; 324: 156.

CONCLUSIONE

Ogni individuo ha esigenze formative differenti e queste dovrebbero essere determinate formalmente prima di iniziare un processo educativo.

Vi sono alcuni aspetti generici nello stabilire tali esigenze e questi dovrebbero essere considerati durante la valutazione formativa dell'allievo.

I bisogni educativi di un giovane dottore durante la formazione professionale sono diversi da quelli di un dottore affermato che desidera insegnare.

La formazione professionale del docente

Proposta preliminare per stimolare la costruzione delle conoscenze nella carriera di medicina

Bernardo Antonio Olivares Bermudèz

Medico presso IRCS di S. Maria Nuova di Reggio Emilia, docente al Master “metodi e strumenti per l’insegnamento clinico per la MG nelle Cure Primarie” dell’Università di Modena e Reggio Emilia, Cuba.

Nel mondo di oggi, in modo spontaneo cresce la necessità di un approccio meno centrato sull’insegnamento. I mezzi di informazione/comunicazione esistenti, gli stessi che fanno ridurre le distanze del mondo, offrono una vastità di dati che il singolo individuo deve essere in grado di captare, filtrare e scegliere, per farsene un’opinione e grazie a cui costruire nuove conoscenze; ma da solo non potrà mai avvicinarsi a un’altissima percentuale delle fonti disponibili. I nostri tempi hanno visto l’introduzione, diventata indispensabile, di un soggetto/oggetto chiamato computer. Sia il processo di insegnamento tradizionale che le strategie più moderne e innovative per la costruzione di conoscenze non possono fare a meno di questo ultimo arrivato la cui presenza, talvolta, viene apprezzata come il meccanismo migliore per contribuire “all’edificazione conoscitiva”. Sono in tanti a sostenere che la costruzione di conoscenza non possa essere unicamente risolta e automaticamente garantita con uno stimolo tecnologico puro, mettendo la tecnologia nell’ambiente di apprendimento (Ghefaili, 2003; Brett & Oliver, 1991; Pontecorvo, 2000). Il binomio uomo/computer determina un isolamento apparente, ma esige un’interazione attiva con le

altre persone (fonti di informazione) poiché è l’unico modo per apprendere, confrontare, costruire ciò di cui si necessita. Le nuove conoscenze possono essere di due tipi:

1. Vere novità
2. Conoscenze esistenti e arricchite

Le nuove conoscenze mediche da sempre sono state caratterizzate da un adeguato apprendimento- insegnamento- apprendimento. Lo studente/medico impara, insegna e impara ancora in una dinamica che dovrebbe essere continua e perpetua; il fatto che l’insegnamento sia rappresentato nella figura del docente come nucleo di tale sistema, potrebbe negare la possibilità d’indipendenza dell’individuo per diventare ar-

Tradizionalmente il processo formativo in medicina è stato caratterizzato dall’insegnamento “pilotato” da professori esperti che lasciano la loro impronta, il loro esempio, tramandato da generazione in generazione con il logico cambiamento dialettico; così emergono le Scuole, ossia gruppi più o meno estesi di medici con impostazioni di stile e attuazione simili.

chitetto attivo delle proprie conoscenze in una situazione universitaria che faciliti tale architettura; ossia, la scuola dovrebbe diventare un facilitatore delle capacità degli studenti per costruire le conoscenze che rispondano agli obiettivi della loro formazione. Il vantaggio di una costruzione del genere, teoricamente, potrebbe comportare un'adesione maggiore e più prolungata alle nuove conoscenze con una – sempre teoricamente parlando – riduzione della memorizzazione ad oltranza che da sempre caratterizza alcune tipologie dell'apprendimento in medicina. La naturale evoluzione della formazione medica sempre di più richiama alla riduzione del conflitto tra:

- i metodi e gli stili tradizionali, con l'insegnamento al centro del processo;
- le informazioni passive e attive offerte dall'ambito intra ed extrauniversitario.

Lo studente diventa un bersaglio di tale conflitto, ma solo alcuni riescono a trarre giovamento dallo stimolo multi direzionale che il conflitto comporta; pertanto, la scuola deve ridurre queste contraddizioni attraverso strategie ragionate tra tutti gli attori. Fra le tante, una possibilità potrebbe essere la stimolazione di un processo socio costruttivo delle conoscenze di cui il singolo individuo necessita per rispondere alla propria soddisfazione e all'aspettativa degli altri.

Quando si parla di Costruzione delle Conoscenze bisogna distinguere:

(I). Due dimensioni secondo Vygotskij (1978; 2002)

Dimensioni generalista, passiva, spontanea. Da sempre esistita come approccio dell'uomo all'elaborazione descrittiva, immaginativa o correttamente interpretata della realtà oggettiva (RO), ove gli uomini sono prota-

gonisti alla pari nella costruzione dei significati. La RO "è lì" e offre tutta la sua informazione, mentre l'uomo, a partire da pregresse informazioni, conoscenze, capacità, attitudini, atteggiamenti, interessi e intelligenza coglie, processa, si appropria di un nuovo sistema di conoscenze che talvolta è in grado di trasmettere con opere e/o parole, arricchendo la RO. Così procede la dialettica dell'apprendimento umano. In questa dimensione rientrano i classici sistemi scolastici, incluso quello della formazione medica. Dimensioni individualizzata, attiva, guidata. In questa dimensione l'approccio all'apprendimento è di tipo socio costruttivista (ivi, 2002) con lo studente al centro di un contesto di apprendimento garantito dalla scuola e dalla società.

(II) Due ubicazioni (Collins, Brown, Newman, 1987)

- **conoscenza situata**, cioè strettamente legata ai contesti in cui la elaboriamo, tanto che non può essere appresa se staccata artificialmente da essi.
- **conoscenza distribuita**, ripartita cioè tra le persone e negli strumenti che le stesse utilizzano nello svolgimento delle attività.

Questi presupposti ci permettono di considerare che, offrendo agli studenti strumenti di guida per la costruzione delle loro conoscenze in ambienti diversi e relazionati con un determinato aspetto della loro formazione, si faciliterebbe un più completo bagaglio cognitivo parallelamente alla facilitazione dell'interazione sociale, con la logica tendenza alla riduzione della zona di sviluppo prossimale di Vygotskij (ossia la distanza tra il livello effettivo di sviluppo autonomo e il livello di sviluppo potenziale sotto la guida di un adulto o la collaborazione tra pari) (Vygotskij, 1978).

PROPOSTA

La presente proposta non pretende di entrare nell'analisi degli aspetti psicologici, epistemologici, sociologici e filosofici delle teorie dell'insegnamento, dell'apprendimento, della cognizione e del comportamento. Solo, è proposta a partire da sentite riflessioni, per offrire una strategia per iniziare, attraverso l'applicazione pratica, a riflettere sull'importanza che potrebbe avere la costruzione socio-culturale delle conoscenze nella formazione medica, non come unica ed esclusiva strategia formativa, ma come una via per perfezionare alcune aree della formazione del medico. Attraverso i seguenti esercizi (strategie) si propone di sti-

molare negli studenti un approccio di costruzione delle conoscenze mediante l'interazione sociale.

Interazione sociale.

- Studente / professore
- Studente / studente
- Studente / università
- Studente / struttura sanitaria
- Studente / computer
- Studente / paziente
- Studente / famiglia del paziente
- Studente / propria famiglia
- Studenti / gruppo di relazione
- Studente / società

STRATEGIA # 1 SU UN ASPETTO GENERALE: "MEDICINA FAMILIARE"

QUADRO A

Passo # I

1^^a. In ambiente colloquiale il professore guida una conversazione sulla medicina ospedaliera e la medicina di base e interagisce con gli studenti sugli aspetti di maggiore interesse per il docente. Tali aspetti non devono essere dichiarati agli allievi:

- promozione e prevenzione di salute
- continuità assistenziale della medicina familiare
- costi ospedalieri

2^^a. Il professore registra in bacheca tutte le idee emerse e può stimolare nuove riflessioni a partire da tali idee.

Passo # II

1^^a Riassunto dei dati emersi

2^^a Categorizzazione dei dati

- Adeguate o complete
- Incomplete
- Non adeguate

QUADRO B

1^^a. Stimola la riflessione verso il modo di classificare i dati INCOMPLETE e NON ADEGUATE

2^^a. Riassunto delle riflessioni

3^^a Elaborazione della strategia cognitiva

- Cercare nella comunità gli apprezzamenti sui diversi livelli assistenziali del Sistema Sanitario Nazionale.
- Conversare con medici di famiglia ed ospedalieri ed elaborare una narrazione.
- Nel caso lo studente si trovasse in un contesto assistenziale (ospedale, ambulatorio) facilitare l'incontro tra studente e paziente ed orientare l'elaborazione di una narrazione.
- Stimolare implicitamente l'utilizzo delle idee emerse dalle riflessioni del gruppo per l'approfondimento tramite la preparazione individuale.

QUADRO C

1^^a Valutazione scritta degli obiettivi posti dal docente.

2^^a Analisi dei risultati della valutazione.

3^^a Elaborazione di nuova strategia cognitiva.

La maggior parte dei programmi attuali, inclusi l'ambito di applicazione e svolgimento e i soggetti partecipanti, potrebbero non facilitare l'implementazione di tali strategie. Si propongono due Fasi per l'implementazione.

Fase I: implementazione della Strategia # 1: lavorando su un aspetto generale: "Medicina Familiare"; utilizzando come filo conduttore "Le consi-

derazioni sulla medicina familiare"; Iniziando dal primo anno di medicina.

In ciascun quadro il professore/guida/tutor può applicare la tecnica di Jigsaw di Mido-ro (1994); ossia la scomposizione e ricomposizione dei gruppi di lavoro in modo da renderli sempre più interdipendenti l'uno dell'altro, facilitando l'apprendimento collaborativo (Kaye, 1994).

STRATEGIA # 2 SU UN ASPETTO PARTICOLARE: "MALATTIE TIROIDEE"

QUADRO A

Passo # I

1[^]. In ambiente colloquiale il professore guida una conversazione sulle conseguenze sistemiche delle disfunzioni tiroidee e interagisce su aspetti di maggiore interesse per il docente. Tali aspetti non devono essere dichiarati agli allievi:

- ormoni tiroidei.
- malattie della tiroide: epidemiologia, diagnosi e trattamento.

2[^]. Il professore registra in bacheca tutte le idee emerse e può stimolare nuove riflessioni a partire di tali idee.

Passo # II

1[^] Riassunto dei dati emersi

2[^] Categorizzazione dei dati

- Adeguate o complete
- Incomplete
- Non adeguate

QUADRO B

1[^]. Stimola la riflessione verso il modo di rettificare i dati INCOMPLETE e NON ADEGUATE

2[^]. Riassunto delle riflessioni

3[^] Elaborazione della strategia cognitiva

- Cercare nella comunità persone con malattie della tiroide ed elaborare una narrazione.
- Conversare con medici endocrinologi ed elaborare una narrazione.
- Nel caso lo studente si trovasse in un contesto assistenziale (ospedale, ambulatorio) e ci fosse qualche paziente con problemi tiroidei, facilitare l'incontro tra studente e paziente ed orientare l'elaborazione di una narrazione.
- Stimolare implicitamente l'utilizzo delle idee emerse dalle riflessioni del gruppo per l'approfondimento tramite la preparazione individuale.

QUADRO C

1[^] Valutazione scritta sugli obiettivi posti dal docente.

2[^] Analisi dei risultati della valutazione.

3[^] Elaborazione di nuova strategia cognitiva.

Bibliografia

Boscolo, P. (1997), *Psicologia dell'apprendimento scolastico. Aspetti cognitivi e motivazionali* (II ediz.), Utet, Torino.

Brett C. & Oliver H. (Eds.). (1991), *CSILE. Computer Supported Intentional Learning Environments. CSILE in the Classroom: An Introduction for Teachers*. Ontario Institute for Studies in Education, Centre for Applied Cognitive Science, Toronto.

Bruner J. (1976), *Psicologia della conoscenza*, Armando, Roma.

Cacciamani S. (2002), *Psicologia per l'Insegnamento*, Carocci, Roma.

Collins A., Brown J. S., Newman S. E. (1987), *Cognitive apprenticeship: Teaching the craft of reading, writing and mathematics* (Technical Report No. 403), BBN Laboratories, Cambridge, MA. Centre for the Study of Reading, University of Illinois.

Collins A., Brown J. S., Newman S. E. (1995), "L'apprendistato cognitivo, per insegnare a leggere, scrivere e a far di conto", in C. Pontecorvo et al., pp. 181-231.

Ghefaili A. (2003), *Cognitive Apprenticeship, Technology, and the Contextualization of Learning Environments*. *Journal of Educational Computing, Design & Online Learning*, Vol. 4.

Kaye A. (1994), "Apprendimento collaborativo basato sul computer", in *Tecnologie Didattiche*, N.4, pag. 9-21.

Midoro V (1994), *Un approccio all'apprendimento: il costruttivismo sociale*.

Palincsar A. S. & Brown A. L. (1984), *Reciprocal teaching of comprehension-fostering and comprehension-monitoring activities*. *Cognition Instruct.* 1:117-75 [Center for the Study of Reading, University of Illinois, Champaign-Urbana. IL].

Pontecorvo C. (2000), "Dinamiche dell'innovazione a scuola", in A. Talamo (a cura di), *Apprendere con le nuove tecnologie*, La Nuova Italia, Firenze.

Pontecorvo C., Pontecorvo M. (1986), *Psicologia dell'educazione. Conoscere a scuola*, Il Mulino, Bologna.

Popper K. (2009), *Congetture e confutazioni. Lo sviluppo della conoscenza scientifica*, Il Mulino, Bologna.

Rogoff B. (2006), *Imparando a pensare. L'apprendimento guidato nei contesti culturali*, Cortina, Milano.

Vygostkij L. S. (2002), *Pensiero e Linguaggio*, Giunti Editori, Milano.

Vygostkij L. S. (1978), "Interaction between learning and development", in *Mind and Society*, Harvard University Press, Cambridge, MA, pp. 79 - 91.

Scegliere metodi e tecniche didattiche

Esistono criteri di riferimento per scegliere i mezzi didattici più appropriati per un intervento formativo?

Giuseppe Ventriglia

Docente di metodologie della formazione, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Area Formazione, SIMG

I METODI DIDATTICI

Definiti gli obiettivi educativi, stabilito il piano di valutazione, verificata la loro coerenza con il profilo professionale dei discenti da coinvolgere, scelti i contenuti, il responsabile del progetto formativo (spesso un “animatore di formazione” – vedi dopo) deve decidere, a questo punto, le strategie didattiche, ossia l’insieme dei metodi e delle tecniche da adottare, nonché degli strumenti da impiegare, affinché i discenti possano acquisire le competenze cognitive ed applicative previste dagli obiettivi formativi fissati.

L’**autoistruzione** resta ancora oggi un caposaldo nei percorsi formativi a tutti i livelli. Il suo maggiore punto di forza è l’aderenza ai ritmi di studio, alle abitudini ed alle disponibilità individuali. Un importante rischio è che in presenza di una scelta totalmente autonoma dei contenuti dello studio, il discente finisca per scegliere gli argomenti a lui più graditi indipendentemente dal fatto che essi siano o no aderenti a suoi reali bisogni formativi.

Per migliorare l’efficacia, un percorso di autoistruzione dovrebbe essere sempre guidato da un processo di *autovalutazione* che consenta di verificare il procedere del suo apprendimento e rimodularlo in modo opportuno (processo cibernetico).

Un ottimo sistema è a mio parere quello *dell’agenda formativa personale*. Il medico registra “in tempo reale” il problema che lo ha in qualche modo messo in crisi durante l’attività professionale, a causa della mancanza di una conoscenza specifica o dell’incapacità di affrontare uno specifico problem solving diagnostico o terapeutico o della gestione, a qualsiasi titolo e livello, di un “caso” proposto da un suo paziente.

Questa “lista” opportunamente e regolarmente rivista e riorganizzata per ordine di importanza e priorità (definite peraltro dal medico stesso) può costituire un ottimo punto di partenza per l’organizzazione del personale percorso di sviluppo delle proprie competenze. In assoluta coerenza con quanto da tempo si sostiene, e cioè che più

Quando si progetta un intervento formativo, la scelta dei metodi e delle tecniche didattiche non deve essere affidata al caso, dal momento che costituisce l’elemento che più di tutti determina l’efficacia didattica del progetto. È necessario imparare a valutare con cura tutti i fattori che possono condizionare queste scelte e che caratterizzano obiettivi educativi, discenti e risorse disponibili.

che partecipare a eventi di formazione continua più o meno disorganizzati e svincolati da un personale piano di *autovalutazione*, sia preferibile tracciare e gestire un percorso di Sviluppo Professionale Continuo (*Continuous Professional Development*).

Il rischio da evotare assolutamente in questi casi è l'isolamento del discente al quale verrebbe a mancare quel fondamentale elemento di stimolo (sull'analisi delle personali criticità, sull'apprendimento, sulle motivazioni, in ultima analisi sulla crescita personale) costituito dal confronto con i colle-

ghi discenti, i docenti, i tutor. Impiego ottimale dell'autoistruzione è probabilmente quello *complementare* ad altri metodi formativi, come secondo me sarebbe giusto fare quando *all'autovalutazione* ed al personale percorso di studio e di ricerca bibliografica (autonomi o propedeutici ad altri metodi di crescita professionale) si affiancano attività interattive con colleghi ed esperti in *setting* sia formali sia informali come accade nella formazione sul campo.

Quando le attività formative di svolgono in un *setting* residenziale, si parla di **gran-**

TAB. 1. I MEZZI DIDATTICI (CFR. VENTRIGLIA, TURBIL, 2008)

METODI DIDATTICI

Setting nel quale di svolge l'attività di insegnamento-apprendimento

- Autoistruzione
- Didattica residenziale in grande gruppo
- Didattica residenziale in piccolo gruppo
- Didattica tutoriale
- Formazione sul campo

TECNICHE DIDATTICHE

Sistema che consente al discente di recepire, elaborare, apprendere messaggi educativi

- Lettura per studio personale
- Lezione
- Questionario
- Griglia di analisi
- Saggio
- Caso didattico
- Focus group
- Self audit
- Simulazione
- Dimostrazione con esperienza guidata
- Role-playing

STRUMENTI DIDATTICI

Attrezzature e sussidi necessari per poter utilizzare i metodi e le tecniche didattiche

- Libri
- Fotocopie
- Lavagne a fogli mobili
- Lavagne elettroniche
- Simulatori
- Manichini
- Computer
- Videoproiettore
- Sistemi di televoto
- Ecc. ecc.

de gruppo di apprendimento se i discenti sono numerosi (25-35). Gruppi di maggiori dimensioni (come accade ad esempio nelle sessioni plenarie di eventi congressuali) limiterebbero infatti in modo rilevante la possibilità di interazione tra i discenti e tra discenti e docente e si presterebbero solo ad una trasmissione unidirezionale di informazioni, come accade tipicamente nei congressi o nelle conferenze.

Se le finalità sono “formative”, le dimensioni del “grande” gruppo non devono infatti impedire il giusto grado di interazione tra il docente e i discenti e dei discenti fra loro. Del resto questo metodo possiede un punto di forza, qual è la possibilità di far giungere gli stessi messaggi didattici ad un intero gruppo di discenti nello stesso tempo e nello stesso modo, elemento interessante ove si voglia ottenere un livello omogeneo di conoscenza anche in funzione di esperienze didattiche successive.

Elemento cruciale nella gestione del grande gruppo è però il rispetto *dell'interazione con i discenti*, che va garantita con ogni mezzo al fine di mantenere il feed-back formativo, pena l'impossibilità di comprendere il processo di apprendimento e di elaborazione personale dei messaggi didattici. Fattore condizionante fortemente l'efficacia, ad esempio, di una lezione tradizionale rispetto ad una lezione “integrata” (vedi), a parità di numerosità del grande gruppo.

Quando nella formazione in aula il numero dei componenti di un “grande gruppo di apprendimento” può essere suddiviso in particolari momenti in gruppi più piccoli (5-6 elementi) o quando nell'ambito, ad esempio, della formazione sul campo, l'attività formativa è realizzata a livello di gruppi professionali già strutturati, si configura il **piccolo gruppo di apprendimento**.

Il maggiore punto di forza di questo metodo risiede nella ottimale interazione tra i partecipanti, e tra loro e l'esperto se presente, a tutto vantaggio della possibilità di confronto, discussione, analisi, riflessione critica sulle esperienze personali.

È senz'altro un metodo di riferimento per eventi in cui si intenda ottimizzare la didattica attiva e la valorizzazione delle personali esperienze, ovviamente nel campo dell'acquisizione e del perfezionamento delle componenti cognitive di 2°-3° livello (interpretazione di dati e problem-solving).

Per funzionare in termini di apprendimento, si richiede che nel piccolo gruppo i componenti siano *omogenei* dal punto di vista professionale, ossia che i loro compiti e modelli di intervento, e quindi le abilità da acquisire, siano gli stessi. Diverso è il caso in cui il percorso formativo preveda momenti di confronto interprofessionale con finalità progettuali, caso in cui è invece importante la composizione interprofessionale del piccolo gruppo, in modo da favorire il confronto tra le diverse prospettive di analisi e di proposte di soluzione integrata dei problemi professionali.

Nel caso del piccolo gruppo omogeneo con finalità di apprendimento, è importante che i componenti abbiano tutti una sufficiente *preparazione di base* sull'argomento da affrontare. In qualche caso potrebbero anche essere utili sia l'invio preliminare di un documento di sintesi sulle conoscenze nell'argomento da affrontare sia una breve lezione che preceda il lavoro dei piccoli gruppi allo scopo di chiarire con precisione i mandati di lavoro o richiamare i concetti di base necessari per lo sviluppo del successivo apprendimento collaborativo.

Le differenze di conoscenze, di esperienza e di modelli individuali di approccio ai problemi costituiscono una grande risorsa per

.....

l'apprendimento in piccolo gruppo, a condizione che non vi siano differenze tali da rivelarsi poi un ostacolo: la presenza di "superesperti", ad esempio, potrebbe rivelarsi un ostacolo alle discussioni per la tendenza di costoro a prevaricare e ad imporre le proprie idee e soluzioni, con la conseguenza che il gruppo potrebbe farsi passivamente trainare senza elaborare ed apprendere in modo "attivo". Il famoso "*non capisco ma mi adeguo...*". Spesso nell'impostare una fase di lavoro didattico in piccolo gruppo ci si pone il problema se prevedere o no la presenza di un *conduttore esterno*. Questo può essere utile quando i discenti non hanno dimestichezza con questo metodo di lavoro o quando esistono o si prevedono difficoltà di interazione per problemi quali, ad esempio la presenza di personalità particolari con rischio di prevaricazione o di autoesclusione, o di complessio gruppi interprofessionali. Non va peraltro trascurato che poter disporre di un *conduttore esterno* per ciascun piccolo gruppo (in genere un esperto di conduzione o di formazione) aumenta in modo importante i costi dell'evento.

Laddove manchi un *conduttore esterno* ma se ne ritenga utile la presenza, si può invitare il piccolo gruppo ad attribuire le funzioni di conduttore ad uno dei suoi componenti... ed a stare al gioco! Nel caso in cui il piccolo gruppo sia coinvolto in più sessioni di lavoro, si può prevedere una rotazione della funzione di conduttore. Questa modalità può essere interessante anche allo scopo di consentire ai singoli componenti di migliorare la propria capacità di condurre, ottimizzandolo, un lavoro di gruppo.

Non si dimentichi che il lavoro in piccolo gruppo va scelto solo se il *setting*, gli obiettivi, i contenuti e la tecnica didattica impiegata lo richiedono: in caso contrario il suo valore formativo si annulla e possono addi-

rittura generarsi reazioni fortemente negative nei partecipanti con sensazione di perdita di tempo.

Non dimenticare mai di far seguire ad una fase di lavoro in piccolo gruppo una *sessione plenaria* nella quale gli elaborati dei singoli gruppi possano essere discussi collegialmente per interazione con gli altri discenti e con il docente.

Ricordare i *tempi* di lavoro vanno calcolati e bilanciati con cura anche in funzione del tempo necessario per esaminare il "mandato" ed i materiali di lavoro nonché i tempi richiesti dalle fasi di confronto e di elaborazione delle risposte. Se i tempi sono troppo ristretti possono insorgere ansia da prestazione, frustrazione, ostacoli all'elaborazione; se troppo lunghi si rischiano dispersione e noia. Non accade praticamente mai che un lavoro di piccolo gruppo, anche se relativamente semplice, possa durare meno di 45-60 minuti, ma considerare anche che anche per un lavoro più impegnativo non è utile superare le due ore consecutive per evitare stanchezza e conseguente disimpegno. Se si prevede la necessità di tempi più lunghi, si concedano le opportune pause sfruttando gli intervalli-caffè. Così pure si calcolino tempi adeguati per le presentazioni in plenaria degli elaborati con relativa discussione collegiale ed interventi del docente. Attenzione che in caso di corsi che prevedono un numero elevato (oltre 5-6) di piccoli gruppi, il protrarsi delle discussioni in *sessione plenaria*, specie se i piccoli gruppi hanno svolto tutti uno stesso compito, rischia di generare noia con conseguente disinteresse per la fase che in realtà rappresenta un momento didatticamente molto importante.

Un utile espediente per superare questo rischio è che il conduttore sottolinei gli elementi essenziali nei vari elaborati, sorvolando sulle cose marginali o ripetitive e coin-

volgendo in modo dinamico ed interattivo l'intera aula. Non trascurare l'importanza dell'*ambiente* in cui si svolge un corso che preveda lavori di piccoli gruppi: vanno previsti ambienti idonei ad accoglierli al fine di farli lavorare senza interferenze negative da eccessiva rumorosità (ottimale è la disponibilità di stanze separate), tavoli che favoriscano l'interazione nel gruppo (ottimale il tavolo rotondo o quadrato, inadatto quello rettangolare che tende a dividere il gruppo in due sottogruppi).

La tab. 1.1 elenca in modo schematico vantaggi ed elementi critici dei piccoli gruppi di apprendimento. Appena una citazione, per completezza di trattazione, ad altri due metodi didattici di cui è importante avere padronanza quando si devono progettare interventi formativi, ma che sono oggetto di più estesa trattazione in altre parti di questo testo: il metodo tutoriale e la Formazione sul campo. Il metodo tutoriale viene attualmente impiegato nell'ambito delle esperienze didattiche complementari ai corsi di laurea e nell'ambito della formazione specifica in medicina generale. Caratteristica di questo metodo è il rapporto diretto, classicamente uno-a-uno, tra il docente e il discente (raramente un tutor segue più di un tirocinante). È particolarmente adatto all'acquisizione di competenze nel campo delle abilità

applicative di area sia cognitiva sia pragmatica nonché delle abilità di area relazionale. In questo metodo le esperienze di insegnamento-apprendimento si sviluppano essenzialmente direttamente negli ambienti ove si svolge la professione: laboratorio, ambulatorio, corsia.

Anche nella didattica tutoriale non va trascurata l'impostazione pedagogica: descrizione delle competenze da acquisire (definizione degli obiettivi), programmazione delle esperienze didattiche e dei piani di valutazione. Un metodo verso il quale bisogna a mio parere cercare di indirizzare sempre di più i percorsi di formazione continua è la **formazione sul campo**. Caratteristica di questo metodo è la contestualizzazione delle esperienze didattiche al di fuori dell'aula, al fine di sfruttare nel modo migliore gli stimoli e le opportunità di apprendimento che nascono giorno per giorno dal confronto tra le proprie competenze e le richieste degli assistiti. L'argomento viene trattato in altra parte di questo testo.

LE TECNICHE DIDATTICHE

Le tecniche didattiche costituiscono un elemento cruciale per la buona riuscita di un intervento formativo e se gli step preliminari del suo percorso di progettazione sono ben condotti (rilevazione dei bisogni,

TAB. 1.1. PICCOLI GRUPPI DI APPRENDIMENTO: VANTAGGI E CRITICITÀ

VANTAGGI

Possibilità di partecipazione attiva all'apprendimento
 Valorizzazione delle personali esperienze professionali
 Stimolo al confronto ed alla critica costruttiva
 Stimolo all'*autovalutazione* continua
 Riduzione della sensazione di dipendenza diretta dal docente
 Sostegno alle motivazioni personali verso la formazione continua

Difficoltà possibile di integrazione funzionale di tutti i partecipanti
 Cura particolare nella scelta di obiettivi, dei contenuti, e delle tecniche didattiche
 Grande impegno di preparazione da parte del formatore
 Tempi lunghi (lavoro dei gruppi e discussioni in plenaria)
 Logistica (ambienti, tavoli)

descrizione delle competenze da acquisire, definizione degli obiettivi educativi) si hanno a disposizione le indicazioni necessarie sia per scegliere i contenuti delle esperienze didattiche sia per la scelta delle tecniche da impiegare per apprenderli. I **contenuti** delle varie esperienze educative saranno scelti grazie all'analisi effettuata per la definizione delle competenze cognitive ed applicative necessarie all'espletamento dei compiti professionali di riferimento e quindi degli obiettivi educativi. Questi contenuti devono essere sempre aggiornati e rispettosi di tutti i criteri che ne definiscono l'affidabilità. Appena un cenno ad una possibile criticità a cui si può andare incontro quando si definiscono i contenuti di un intervento formativo. Oltre a "cosa" far apprendere, è bene che il progettista e/o il docente si pongano anche il problema del "quanto". Anche il numero dei messaggi forniti ai discenti deve essere oggetto di precise scelte pedagogiche. Si rammenti che un pasto troppo ricco ed abbondante, quand'anche di ottima qualità, può diventare indigesto... e quindi sortire l'effetto contrario a quello desiderato! La scelta della **tecnica didattica** fa invece riferimento in modo preciso alle "componenti operative" (conoscenze, atti pragmatici, aspetti relazionali) dell'obiettivo educativo e del "livello" che per ciascuna di esse si intende raggiungere (tab. 2). È dunque fonda-

mentale che un progettista/formatore abbia piena padronanza delle varie tecniche didattiche (tab. 1) e che ne conosca con precisione "indicazioni" e "controindicazioni", pregi e limiti, in modo da poterle utilizzare nel modo più efficace al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

RICORDARE!

Come accade per qualsiasi set di utensili, nessuna tecnica didattica è in assoluto "migliore" di un'altra: ognuna va usata per lo scopo preciso per il quale è stata ideata, ognuna ha una precisa funzione che non può essere surrogata da un'altra, ognuna si presta meglio di un'altra all'apprendimento di una determinata "componente operativa".

Ad esempio, una lezione o un caso didattico sono comunemente usate nelle esperienze di formazione previste per obiettivi educativi in cui la componente prevalente (o comunque quella da far acquisire) è di tipo cognitivo, ma sono nel tutto inadeguati all'apprendimento di componenti operative di tipo pragmatico o relazionale che richiedono l'impiego di tecniche del tutto differenti. Così pure un Role Playing non è la tecnica più appropriata (nonostante quello che si legge in tanti programmi di corsi) per la discussione e l'apprendimento degli aspetti clinici di un caso didattico.

TAB. 2. LE COMPONENTI OPERATIVE DI UN OBIETTIVO EDUCATIVO E LIVELLI (CFR.

COMPONENTE COGNITIVA (SAPERE)

- liv. 1. Ricordo dei fatti (memorizzazione)
- liv. 2. Interpretazione dei dati
- liv. 3. Soluzione di problemi

COMPONENTE PRAGMATICA (saper "fare", riferito ad un atto manuale/meccanico)

- liv. 1. Capacità di imitare i gesti di un modello
- liv. 2. Capacità di controllare i propri gesti con una certa efficacia
- liv. 3. Capacità di compiere gesti in modo automatico e con alto grado di efficacia

COMPONENTE AFFETTIVO-RELAZIONALE (saper essere)

- liv. 1. Capacità di ascoltare (recettività)
- liv. 2. Capacità di dare risposte a una richiesta affettiva
- liv. 3. Capacità di interiorizzare un sentimento

CRITERI DI SCELTA DEI METODI E DELLE TECNICHE DIDATTICHE

La scelta del *metodo* e delle *tecniche didattiche* da utilizzare nella realizzazione di un evento formativo rappresenta, a ben guardare, il momento fondamentale in cui il formatore mette in gioco tutte le sue conoscenze didattiche e la sua esperienza. Occorre infatti considerare diverse variabili, valutandone il peso relativo, al fine di riconoscere, fra le varie scelte possibili, quelle più efficaci ed efficienti.

Gli elementi principali da prendere in considerazione sono (tab. 2.1): obiettivi educativi (contenuti e componenti operative), discenti (numero, disposizione psicoemotiva e motivazione, livello di preparazione specifica sull'argomento oggetto del corso), caratteristiche dell'evento da realizzare e risorse disponibili (durata? Risorse finanziarie? Tipologia dei locali? *Setting*? Strumentazioni a disposizione? Tipologia, caratteristiche e numero di consulenti da coinvolgere nel team docente? E così via). In estrema sintesi, alcuni consigli pratici.

Obiettivi formativi.

In particolare sono di grande importanza le loro componenti operative. Se infatti è in gioco l'apprendimento di componenti cognitive, e si tratta solo di memorizzare dei dati (1° livello) le scelte migliori sono lo studio personale (elenchi, schemi, saggi, questionari) e la lezione. Per l'interpretazio-

ne dei dati (2° livello) si possono impiegare questionari o casi-questionario o lezioni opportunamente integrate. Per la soluzione di problemi (3° livello) è indispensabile utilizzare la tecnica del caso didattico. Cercare di risolvere un obiettivo che prevede il raggiungimento del terzo livello con l'impiego di soli questionari difficilmente sarà efficace; per contro proporre un caso didattico per far semplicemente memorizzare dei dati è inutile e dispendioso!

Per l'apprendimento di componenti operative di area pragmatico-gestuale, è fondamentale che il discente abbia la possibilità di compiere direttamente le manovre. Se necessario per il richiamo di alcuni aspetti cognitivi e procedurali, si potrà impiegare una lezione (con immagini e video) o una dimostrazione "in diretta" se possibile, ma poi il discente deve potersi esercitare ricordando che il passaggio dal 1° livello (imitazione), al 2° (esecuzione "ragionata" per step) al 3° livello (esecuzione effettuata "in scioltezza" ed automatismo) richiedono la ripetizione e l'esercitazione diretta, prima sotto controllo poi in autonomia. Saranno ovviamente da scegliere gli opportuni strumenti (manichini, simulatori, ecc).

Numero di discenti

La didattica "attiva" (indispensabile specialmente per un pubblico di discenti adulti ed in campo professionale) limita di per sé fortemente il numero massimo dei discenti da coinvolgere in un evento formativo residen-

TAB. 2.1. ELEMENTI DA CONSIDERARE PER LA SCELTA DELLE TECNICHE DIDATTICHE

GLI OBIETTIVI EDUCATIVI

Contenuti (componenti operative)

I discenti

Numero

Disposizione psicoemotiva e motivazione

Livello di preparazione specifica sull'argomento oggetto del corso

Le risorse disponibili

Durata? Risorse finanziarie? Locali? Consulenti da coinvolgere nel team docente?

ziale. Va da sé infatti che nella didattica tutoriale, per sua stessa natura, il rapporto docente/discente sarà preferibilmente di 1 a 1 o al massimo di “uno a pochi”.

In un’aula, la necessità di coinvolgere un “grande” gruppo (come prima definito) limiterà la scelta delle tecniche didattiche alla lezione integrata. Ottimo in questi casi il ricorso a mezzi di integrazione quali le discussioni guidate in plenaria e l’impiego di un sistema di televoto per massimizzare il coinvolgimento del gruppo per l’*autovalutazione*, la rilevazione ed il processo di consapevolezza su criticità personali e bisogni formativi, l’aumento della motivazione, la costruzione e la condivisione di percorsi decisionali.

Se poi il “grande gruppo”, consentendolo il *setting* ed il tempo a disposizione, può essere suddiviso in più “piccoli” gruppi sarà possibile inserire tecniche didattiche più adatte all’apprendimento attivo quali il caso didattico, un lavoro di progetto, un focus group. Una tecnica didattica sperimentata con successo (Milano, Cosola, Ventriglia, in corso di pubblicazione) negli ultimi tempi è, nell’ambito della Formazione sul campo, il coinvolgimento dei piccoli gruppi di colleghi non in *setting* didattici tipici (aula, con “piccoli gruppi di apprendimento” creati estemporaneamente) ma nelle condizioni reali in cui si svolge la loro attività professionale (medicini di gruppo, aggregazioni territoriali). In questa condizione i medici sono favoriti nel contestualizzare l’oggetto del loro apprendimento nella “loro” pratica quotidiana, sulla base della “loro” esperienza e nel “loro” contesto sociale e lavorativo abituale. Infine, tutte le esperienze guidate in ambito tutoriale, come si è visto prima, limitano il numero dei discenti a poche unità con un rapporto discente/docente-tutor di 1:1 o poco più.

Disposizione psicoemotiva e motivazione dei discenti.

La presenza in aula di discenti motivati ed emotivamente ben disposti verso l’esperienza didattica a cui partecipano è di grande aiuto e consente di scegliere metodi coinvolgenti quali compiti progettuali, focus group, discussioni di casi in piccolo gruppo, ecc. Viceversa, la previsione di avere gruppi di discenti poco motivati (qualsiasi ne sia la causa) deve sconsigliare iniziative quali, ad esempio, la preparazione e l’invio a casa di materiali di studio preliminare, specie se voluminosi o complessi, perché è fortemente probabile che essi non vengano letti!

Per contro può essere utile, in previsione di condizioni di motivazione non eccezionale, l’invio di inviti che facciano comprendere l’importanza strategica o scientifica del corso e le sue ricadute pratiche positive nell’attività quotidiana. Di certo, l’esperienza insegna che corsi ben strutturati e ben preparati possono aumentare un po’ la voglia dei discenti di partecipare attivamente alle attività didattiche proposte. Ed è tutt’altro che infrequente assistere alla creazione di veri e propri gruppi di colleghi che – partiti da posizioni improntate a scetticismo o franca critica nei confronti della Formazione – con il tempo diventano assidui e convinti frequentatori degli eventi loro proposti a dimostrazione che l’impegno vero nella didattica può dare grandi soddisfazioni.

Livello di preparazione specifica sull’argomento oggetto del corso.

È un fattore importante da valutare all’inizio della fase di progettazione di un intervento formativo. Esistono situazioni in cui si prevede di doversi rivolgere a discenti del tutto privi di conoscenze sull’argomento (“*tabula rasa*”). È il caso dell’insegnamento a studenti del corso di laurea, mentre nella forma-

zione specifica e nella formazione continua questa condizione si verifica solo quando si devono proporre corsi su argomenti del tutto nuovi: una nuova condizione patologica (si pensi ai casi dell'AIDS), o una terapia del tutto sconosciuta ai discenti (si pensi ad esempio ad un farmaco che passi dalla prescrizione specialistica alla medicina generale), o alla disponibilità di nuove metodologie di indagine diagnostica, e così via.

In questi casi le attività formative devono prevedere, almeno nella fase iniziale, l'invio di materiali di studio personale e l'impiego di lezioni integrate. È bene ricordare che proporre esperienze didattiche troppo evolute o che richiedano conoscenze di base ed esperienze professionali a discenti che non le posseggano, e quindi non siano in grado di partecipare attivamente, può facilmente rivelarsi frustrante!

Se invece i discenti posseggono già delle conoscenze e hanno comunque personale esperienza sulle tematiche del corso, ma sono state rilevate criticità che richiedono un intervento formativo, si potranno proporre

fin dall'inizio esercitazioni che li coinvolgano direttamente (lavoro su casi didattici, focus group, brevi lezioni integrate di sintesi didattica e sistematizzazione delle conoscenze).

Al contrario di quanto detto sopra, in questi casi proporre esperienze didattiche troppo semplici o ripetitive espone al rischio di generare noia e sensazione di "perdita di tempo"! L'ideale, a mio parere, è avere la possibilità di creare (nel caso della formazione continua) percorsi di miglioramento che prevedano una fase iniziale di analisi dei personali comportamenti professionali, una successiva di intervento didattico centrato sulle criticità emerse, se necessario un evento residenziale ed incontri ulteriori nel tempo di verifica (sempre con tecniche di audit) dei cambiamenti intercorsi grazie all'apprendimento riflessivo, alle discussioni e confronti di gruppo ed ai richiami didattici più formali. La tab. 2.2 propone qualche esempio di situazioni in cui è bene riflettere sui fattori che condizionano la scelte delle tecniche didattiche.

TAB. 2.2. ESEMPI DI SCELTA DI TECNICHE DIDATTICHE

OBIETTIVO

Far apprendere a 10 medici dei servizi di emergenza la tecnica di esecuzione del BLS.

È possibile ipotizzare l'impiego preferenziale di tecniche quali:

- studio di materiali di autoistruzione (principi e procedure)
- richiamo in aula con breve lezione degli elementi principali delle procedure
- simulazioni operative su manichino con impiego di griglie di osservazione-valutazione

OBIETTIVO

Far apprendere ad un gruppo di 35 medici di famiglia le caratteristiche e le indicazioni di una nuova tecnica diagnostica disponibile nell'ospedale di zona, molto efficace ma costosa ed invasiva; i medici conoscono le patologie a cui la tecnica è applicabile ma non hanno nozioni sulla tecnica diagnostica in sé.

È possibile ipotizzare l'impiego preferenziale di tecniche quali:

- lezione introduttiva sulle caratteristiche (indicazioni, peculiarità, controindicazioni) della tecnica diagnostica
- casi clinici didattici in grande gruppo (eventualmente anche in piccolo gruppo se il *setting* ed il tempo lo consentono)
- breve lezione di sintesi ed inquadramento finale
- questionario di *autovalutazione*, anche in grande gruppo e/o con tecnica di televoto
- consegna di materiali di consultazione sull'argomento e di consigli operativi

RISORSE UMANE, DIDATTICHE E FINANZIARIE

Quasi pleonastico l'accento, in chiusura, all'importanza delle condizioni in cui l'intervento formativo deve essere realizzato e le risorse (finanziarie ed economiche) messe a disposizione di chi deve progettarlo e realizzarlo. Fortemente condizionanti sono elementi quali la durata (alcune ore o più giorni?), la condizione di "stacco" lavorativo reale (possibilità per i discenti di vedersi giustificata l'assenza dal lavoro o di avere un servizio di continuità assistenziale sostitutiva nel caso della medicina di famiglia), la disponibilità di locali dedicati magari con idonee attrezzature di supporto alla didattica (o la necessità di ricorrere ad ambienti recuperati da altri usi, con sedie scomode e inadatte alla necessità dei discenti di scrivere appunti, mal illuminati e arieggiati, magari rumorosi o in zone di passaggio, ecc.). Un elemento che a mio parere viene ancora oggi troppo sottovalutato è la scelta dei docenti e degli esperti con cui realizzare il progetto, la conduzione e l'erogazione dell'intervento formativo.

È innanzitutto importante che almeno uno dei componenti il gruppo di progetto sia esperto in metodologie della formazione.

Nei primi anni '80 la SIMG (Società Italiana di Medicina Generale) creò una Scuola che negli anni ha formato alcune centinaia di medici che hanno acquisito le conoscenze di base nell'ambito delle metodologie della Formazione e nel tempo hanno acquisito esperienza specifica nella progettazione di iniziative didattiche dedicate in particolare ai Medici di medicina generale. Si tratta degli "animatori di formazione", il cui impegno negli anni è stato quello sia di progettisti di eventi formativi, sia di conduttori e facilitatori dell'apprendimento, sia di docenti attivi nella formazione pre-laurea, nel-

la scuola di formazione specifica in medicina generale e nella formazione continua dei colleghi in attività.

Ebbene, laddove l'Animatore di Formazione non possieda anche sufficienti competenze "di contenuto" in relazione all'argomento da trattare, dovrà coinvolgere esperti nel settore. E questo a mio parere è senza alcun dubbio uno dei compiti più delicati, laddove evidentemente egli abbia la possibilità di sceglierli, come peraltro accade spesso sia nell'ambito delle fasi seminariali della formazione specifica sia nella formazione continua.

La scelta del consulente infatti deve essere effettuata nel rispetto di diversi elementi.

Una prima considerazione è la provenienza e l'ambito di attività del consulente esperto. In effetti, a parte le attività didattiche dirette a gruppi di discenti di varia provenienza, in cui si è liberi di "spaziare" tra le migliori strutture scientifiche di riferimento, più spesso ci si rivolge specie nella formazione continua a gruppi di medici operanti in uno stesso ambito territoriale.

In questi casi può essere opportuno in prima battuta, non solo per motivi di tipo "politico", scegliere tra quanto disponibile nell'area lavorativa dei discenti.

Questo per ovvi motivi di vicinanza professionale e di garanzia che quanto costruito e concordato nel corso dell'attività formativa venga poi realizzato in concreto durante l'attività professionale e divenga così uno strumento condiviso di lavoro, molto più efficace di qualsiasi documento di consenso "ospedale-territorio" o se si vuole "specialisti-medici di famiglia".

Detto questo, e dato per scontata la competenza scientifica del consulente nella materia da affrontare, è di grande importanza la sua disponibilità a condividere anche i principi della didattica attiva e della pedagogia

dell'adulto, così da poter lavorare in stretta e reale "simbiosi" con l'animatore di formazione in tutte le fasi di preparazione del corso, dalla progettazione alla conduzione, dentro e fuori dell'aula a seconda delle strategie scelte. Da parte sua, l'animatore di formazione deve essere consapevole che deve studiare ed approfondire le sue conoscenze sulla materia da trattare, al fine di poter interagire in modo ottimale con il consulente e riuscire a costruire con lui il miglior percorso formativo con l'impiego di tecniche di-

dattiche interattive, centrate sui bisogni e sul profilo professionale dei discenti e rispettoso della necessità di valorizzare le esperienze dei discenti (se si è in formazione continua). All'animatore di formazione si chiede dunque di possedere competenze molteplici e complesse, di tipo umano, scientifico e professionale. E di aver acquisito ed approfondito la propria competenza didattica grazie a percorsi formativi specifici ed al costante confronto con altri colleghi interessati ed esperti nel settore della didattica.

Bibliografia

Gallini R. (1991), *Schola Medici, La Nuova Italia Scientifica, Roma.*

Milano M., Cosola A., Ventriglia G., *La formazione sul campo in un percorso di appropriatezza prescrittiva per la Medicina Generale, in corso di pubblicazione.*

Ventriglia G., Turbil E. (2008), *Educazione continua in Medicina. Progettare e costruire un evento formativo, Masson Elsevier, Milano.*

La lezione

È possibile ottimizzare la più comune (e spesso abusata e bistrattata) tecnica didattica?

Giuseppe Ventriglia

Docente di metodologie della formazione al Master II livello presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. Responsabile nazionale area Formazione, SIMG.

Forse non tutti sanno che la lezione (*lectio magistralis*) ebbe origine nel Medioevo come tecnica didattica strutturata in modo ben diverso dal modello di lezione che ognuno di noi ha vissuto della sua carriera di discente e che molti di noi hanno anche praticato come docenti. Gli allievi infatti studiavano preventivamente un testo scritto dal Maestro, poi chiarivano con i suoi assistenti gli eventuali dubbi interpretativi ed infine, alla presenza del Maestro, iniziava il vero e proprio lavoro di apprendimento che consisteva in un confronto-dibattito tra gli allievi ed il Maestro con discussioni e reciproche contestazioni... Una tecnica che oggi definiremmo "di avanguardia" e sicuramente di grande efficacia didattica (Titone, 1977). Ai nostri giorni la lezione, tecnica didattica sempre molto presente e sfruttata in tutti i contesti ed a tutti i livelli scolastici, è stata oggetto di forti contestazioni da parte dei sostenitori della didattica "attiva", specie nell'ambito della formazione professionale continua: nessuno in effetti si sente di approvare da un punto di vista formativo i lunghi discorsi "frontali", spesso realizzati senza neppure il supporto di immagini proiettate o di aneddoti esemplificativi... con la conseguenza di discenti che diventano preda di noia, disattenzione e, magari, di frustrazione legata all'incapacità di "star dietro" al docente per colpe attribuite

a se stessi ed alla propria scarsa intelligenza o capacità recettiva. Un modello di lezione che è stata definita "accademica" o "tradizionale" ma che, a ben guardare, è di fatto analogo al modello "conferenza" il cui scopo prioritario non è di far apprendere qualcosa ma di informare qualcuno su qualcosa. Al fine di evitare confusioni mi pare più corretto parlare proprio di "conferenza" quando l'intervento di un docente si avvicina a questa tipologia e mantiene quindi finalità prevalentemente informative, riservando il termine "lezione" solo ad un modello didatticamente più evoluto (e quindi adatto ad essere inserito in un ambito di formazione

Anche in tempi di strategie didattiche molto evolute, la lezione mantiene un suo ruolo di importante risorsa didattica. È necessario però sapere quando l'intervento didattico può mantenere il suo carattere "frontale" e quando invece deve essere impostata in modo interattivo, conoscendo i modi e le tecniche per farlo. È in ogni caso indispensabile imparare a costruirla in modo corretto essendo consapevoli dei suoi limiti e delle sue potenzialità. In questo testo si forniscono una serie di consigli dedotti dalla personale esperienza d'aula dell'autore.

sta infatti la convinzione che le lezioni mantengono un loro ruolo e restino un'importante risorsa didattica, a patto di realizzarle in modo corretto e nella piena consapevolezza dei loro pregi e dei loro limiti. Lo scopo finale, come osservò un collega che stava frequentando nel 2000 un mio corso di Metodologie della Formazione, è di evitare ad ogni costo "la lezione che uccide".

Ed è per questo che Renzo Gallini coniò il termine di "lezione integrata" (Gallini, 1991) – in contrapposizione alla "lezione frontale" che prima ho definito "conferenza informativa" – introducendo anche il concetto di "mezzi di integrazione di una lezione" (di cui dirò più avanti) da impiegare allo scopo di esaltarne l'efficacia riducendone i limiti intrinseci.

QUANDO È APPROPRIATO IL RICORSO AD UNA LEZIONE?

La lezione è appropriata quando lo scopo è di far acquisire nozioni: dati, regole, ba-

si etiopatogenetiche, principi di farmacologia, elementi anatomici, modelli di intervento, ecc. Nella didattica dell'adulto, la lezione va condotta secondo i principi della didattica attiva prevedendo quindi la massima interazione con i discenti in aula. Una lezione-conferenza infatti, a ben guardare, può essere più efficacemente sostituita da un testo scritto, distribuito ai discenti indipendentemente da altri momenti formativi o, meglio, come materiale di studio personale prima di un evento formativo. Il testo fornirà così gli elementi conoscitivi di base e l'incontro con il docente nel corso dell'evento formativo (e dell'eventuale sua "lezione interattiva") darà la possibilità di discuterne i contenuti ed entrare direttamente nei "modelli applicativi" che rappresentano i veri obiettivi da far acquisire ai professionisti-discenti. Una "lezione" è appropriata ogni volta che sia necessario raggiungere uno o più dei seguenti obiettivi:

- far apprendere ad gruppo numeroso di di-

TAB 1. IMPOSTARE UNA LEZIONE

1. Identificare i problemi da affrontare ed i loro motivi di interesse per chi ascolta
2. Formulare gli obiettivi di apprendimento ("cosa far apprendere")
3. Preparare la "scaletta" della lezione sulla base del tempo necessario:
 - breve introduzione di stimolo e chiarimento dell'obiettivo (le domande a cui la lezione intende rispondere)
 - gli elementi rilevanti da trasmettere e la loro ricaduta sull'attività pratica
 - i "casi" e gli esempi da proporre per contestualizzare le nozioni rispetto alla professione dei discenti
 - gli schemi e gli audiovisivi da impiegare
 - la sintesi finale (i messaggi-chiave)
4. Preparare i "mezzi di integrazione" della lezione
 - discussione guidata da domande focalizzate sugli aspetti problematici principali e che si intende far apprendere (piste di dibattito)
 - autovalutazione (domande all'aula o questionari strutturati su carta o diapositiva, anche con eventuale televoto)
 - brevi casi-flash da risolvere come modelli di applicazione immediata delle nozioni
5. Elencare questioni e problemi che si prevede possano sorgere o che si desidera far emergere nella discussione dopo la lezione (preparare le risposte da fornire)
6. Preparare gli "handout" della lezione (messaggi fondamentali che si intende dare ai discenti "da portare con sé" per la pratica professionale, meglio se in forma di modelli applicativi delle nozioni apprese)
7. Fornire ai discenti indicazioni bibliografiche per controllo ed approfondimento.

- scenti, in modo omogeneo ed in un tempo limitato, conoscenze nuove che *non possono essere trasmesse in altro modo*;
- fornire gli elementi conoscitivi di base necessari per poter affrontare le esperienze didattiche “attive” predisposte per l’acquisizione delle competenze necessarie alla pratica professionale (lezione introduttiva ad esercitazioni di ambito cognitivo o anche pragmatico o relazionale);
 - “fare il punto” sulle conoscenze acquisite al termine di un’esperienza didattica (lezione di sintesi).

QUALI SONO I LIMITI DELLA LEZIONE?

I limiti dell’efficacia didattica di una lezione sono tanto maggiori quanto più la sua impostazione si avvicina al modello “conferenza”, in cui i discenti si trovano in una situazione recettivo-passiva che non favorisce l’apprendimento. Un formatore accorto deve essere consapevole che una lezione-conferenza priva dei necessari “mezzi di integrazione”:

- non stimola l’immediata elaborazione attiva individuale dei messaggi;
- non consente né al discente né al docente di verificare “in tempo reale” la corretta

comprensione e l’apprendimento delle informazioni fornite;

- non prevede la raccolta di *feed-back* su cui basarsi per modulare l’esposizione e prevedere eventuali chiarimenti o esplicitazioni ulteriori.

QUANTO “PESA” LA MODALITÀ ESPOSITIVA SULL’EFFICACIA DI UNA LEZIONE?

Oltre all’ovvia attenzione per gli aspetti “di contenuto” della lezione, è bene che il docente curi quelli relativi alle modalità della sua “esposizione”. Si rimanda ai testi specialistici sulle tecniche di *public speaking* per l’approfondimento di queste fondamentali competenze, che possono contribuire in modo sostanziale all’efficacia di una lezione e fare la differenza tra una piacevole esperienza didattica ed una “lezione che uccide”. In questo contesto mi limiterò a citare qualcuno di questi fondamentali aspetti della comunicazione, verbale e non verbale (tab. 3). È sufficiente che chi sta leggendo queste righe ripensi ai “suoi” docenti e ricordi (con spirito critico e valutativo) quanto sono stati importanti per lui l’atteggiamento e lo stile con cui chi “faceva lezione” si poneva di fronte ai discenti, quanto incidessero il to-

TAB. 2 - FATTORI CONDIZIONANTI LA MEMORIZZAZIONE E L’APPRENDIMENTO

IN POSITIVO

- Motivazione, curiosità, interesse specifico personale sviluppato verso l’argomento proposto
- Orientamento dei contenuti della lezione verso i problemi professionali
- Proposta di “modelli interpretativi ed applicativi” e di “metodi di lavoro” oltre che di nozioni semplici
- Partecipazione attiva all’evento, coinvolgimento personale nel percorso didattico

IN NEGATIVO

- Interferenze fisiche (rumori, microclima sfavorevole, ambiente poco confortevole, ecc.)
- Interferenze psicologiche (resistenze o reazioni negative nei confronti del docente, del tema, del setting, ecc.)
- Prevalenza dell’aspetto nozionistico
- Percezione di scarsa utilità nei confronti della propria attività
- Elevato numero/complessità di messaggi didattici
- Ripetitività e monotonia del docente
- Scarsa qualità (leggibilità, eccesso di dati, ecc) delle diapositive

no di voce e la prosodia, quanto aveva gradito (o era stato infastidito) dalla scelta di una certa posizione in aula e dalla gestualità, quanto gli aveva dato fastidio un relatore che aveva rivolto costantemente la schiena all'aula leggendo le diapositive rispetto a chi invece mostrava uno sguardo attento ai suoi ascoltatori; quanto la velocità (eccessivamente lenta o veloce) aveva inciso sulla comprensione di ciò che veniva esposto e quanto un'emotività manifesta aveva condizionato l'immagine del relatore.

COSA SONO I “MEZZI DI INTEGRAZIONE” DI UNA LEZIONE?

Vediamo ora in cosa consistono questi “mezzi di integrazione”, *complementari* alla lezione, che consentono di raggiungere svariati scopi: accrescere l'interattività con i discenti, favorire la ricezione e soprattutto l'elaborazione personale dei messaggi, stimolare l'attenzione e l'autovalutazione dei discenti, far emergere eventuali problemi di mancata comprensione o di disaccordo, favorire i confronti tra la teoria e la pratica, consentire la trasformazione delle *nozioni in modelli applicativi*, ottenere il fondamentale feed-back che consenta di verificare il processo dell'apprendimento e di modulare il proprio percorso espositivo.

Tre sono i “mezzi di integrazione” a cui personalmente ricorro costantemente per ren-

dere più efficaci le “lezioni” nella didattica residenziale: il questionario iniziale di autovalutazione e stimolo, il *Sondaggio Rapido d'Aula* (in sigla SoRA) e l'impiego di “casi” didattici (per lo più, ma non esclusivamente, clinici).

Il questionario iniziale di autovalutazione e stimolo

A prescindere dall'analisi del tema da affrontare, che il docente avrà fatto con cura, un elemento di grande importanza, all'inizio di una lezione, sarà di far emergere i bisogni formativi e di creare nei discenti la giusta disposizione d'animo nei confronti della lezione. Secondo il mio parere non è tanto importante verificare il possesso di conoscenze (tipo questionario, da correggere come per un qualsiasi test di verifica) quanto lanciare degli stimoli ai discenti proponendo loro in forma di domanda gli elementi più importanti che saranno oggetto della lezione facendo emergere la loro importanza rispetto all'attività quotidiana. Il discente deve chiedersi, in questa fase preliminare all'intervento del docente: *“conosco bene le cose che devo sapere per poter svolgere in modo corretto i miei compiti professionali”*? Ricordiamo qui che uno degli elementi che aumenta la motivazione di un adulto a partecipare in modo attivo ad un'esperienza didattica è la percezione che essa è per lui rilevante (Knowles, 1997). E autovaluta-

TAB. 3 – ELEMENTI DI VALUTAZIONE DELLA LEZIONE

IMPOSTAZIONE GENERALE

Presentazione del tema e dei motivi di interesse (“captatio ab initio”)
Linguaggio appropriato (non banale né eccessivamente “tecnico” o gergale)
Sequenza logica nell'esposizione dei concetti
Esemplificazioni inerenti l'esperienza del discente
Qualità e chiarezza delle immagini e delle diapositive

ATTEGGIAMENTO E STILE

Voce e prosodia vivaci
Posizione e gestualità
Sguardo verso chi ascolta (attenti a non volgere costantemente la schiena all'aula leggendo i lucidi o le diapositive!)
Velocità dell'eloquio (non eccessiva né troppo lenta)
Emotività manifesta

re le proprie conoscenze può essere un ottimo stimolo verso una partecipazione attenta e attiva.

Come realizzare quest'autovalutazione?

Il più semplice è il classico questionario cartaceo che peraltro non obbligatoriamente deve mantenere del tutto il formato "a risposta multipla". Non è infatti tanto importante evitare le risposte corrette casuali (come si deve fare per un questionario valutativo) quanto offrire al "discente" lo stimolo per capire se ha le idee chiare sugli aspetti più rilevanti della lezione. Quindi ben vengano anche domande a risposta binaria (sì/no, vero/falso) più semplici da preparare ma non per questo meno efficaci per lo scopo che ci interessa. Non è naturalmente necessario che il docente si faccia riconsegnare i questionari compilati: è più utile che i discenti li tengano con sé e di tanto li usino come traccia per richiami e conferme di comprensione. Un sistema che sto adottando negli ultimi tempi è quello basato sul televoto. I discenti vengono forniti di un apposito piccolo dispositivo dotato di trasmettitore e tastiera numerica e questo sistema (certamente un po' più complesso, ma non più di tanto grazie all'evoluzione tecnologica) ha diversi vantaggi: obbliga tutti a dare risposte alle domande, consente di proiettare in tempo reale i grafici con i risultati globali della rilevazione, dà ai docenti (ed ai discenti) una chiara idea di quali siano gli orientamenti e le lacune dei discenti, sdrammatizza un po' quest'autovalutazione trasformandola in una sorta di gioco sociale, a tutto vantaggio della creazione fin dall'inizio di un buon "clima d'aula".

Personalmente nell'ultimo anno sto utilizzando un sistema di questo tipo ed ho scelto il Mentometer® del quale ho avuto mo-

do di condividere con colleghi docenti l'utilità in termini di amplificazione dell'efficacia didattica, la semplicità di uso (è integrato in Power Point®), il costo contenuto e, non ultimo, il minimo ingombro del sistema quando lo si deve trasportare. Altra caratteristica interessante di questo sistema è la possibilità di impiegarlo per la creazione di "aule virtuali" via web (www.mentometer.it). Rispetto al classico questionario di stimolo cartaceo, questo sistema offre la possibilità di orientare il docente sulle carenze più importanti che emergono dai discenti in aula. Rispetto all'impiego di un SoRA (vedi dopo), che avrebbe anch'esso il vantaggio di far conoscere al docente lo stato cognitivo dell'aula, consente di mantenere l'anonimato di coloro che rispondono ed annulla l'effetto di influenzamento reciproco tra coloro che rispondono.

Il Sondaggio Rapido d'Aula (SoRA)

Tecnicamente un SoRA, mezzo di integrazione della lezione, è una tecnica impiegata per fornire al docente feed-back immediati dall'aula. È di facile realizzazione, veloce, molto utile come strumento per mantenere desta l'attenzione dei discenti stimolandone la partecipazione attiva e per far emergere l'orientamento dei singoli e del complesso dell'aula su elementi ritenuti dal docente significativi rispetto alla valutazione del processo di apprendimento ed all'eventuale modulazione della lezione. Il SoRA è un sistema economico e molto pratico che richiede di fornire a ciascun discente in aula una serie di cartoncini di colore diverso e non troppo piccoli (ad esempio ricavati da un taglio in 4 parti di fogli di normale formato A4). È poi necessario che il docente prepari le domande che intende sottoporre all'aula (ad esempio questionari di autovalutazione o casi clinici-flash) in modo da eviden-

ziare con diverso colore le possibili risposte o le soluzioni da scegliere. In pratica, si proietta la diapositiva con la domanda o il caso clinico opportunamente preparati come sopra detto e di chiede ai discenti, al momento opportuno, di esporre tutti insieme il foglietto colorato corrispondente alla soluzione scelta. Rispetto al consueto metodo della “mano sollevata” (che richiederebbe tante “votazioni” per quante sono le risposte possibili) questo sistema consente di effettuare un’unica rilevazione minimizzando anche le influenze reciproche tra i discenti al momento della risposta.

I “casi flash”

Un altro strumento di grande efficacia che consente al docente di interagire efficacemente con l’aula è il “caso”, impiegato peraltro non solo in ambito medico. Se usato come “mezzo di integrazione della lezione”, non è necessario che sia un caso “esteso”. Può essere anche un caso “flash” molto sintetico. L’importante è che sia focalizzato su aspetti rilevanti che costituiscono il tema della lezione. Lo si può impiegare secondo tre modalità e per tre scopi diversi.

- 1) Il caso “esemplificativo” usato per contestualizzare il contenuto della lezione, spiegare meglio una procedura e così via.
- 2) All’inizio della lezione, per stimolare l’attenzione, “sondare il polso” dell’aula ed evidenziare l’orientamento dei discenti

sui loro comportamenti professionali (ad es. approccio diagnostico o decisioni terapeutiche) è naturalmente indispensabile che i discenti abbiano le conoscenze necessarie per affrontare casi di quel tipo, che esistano delle criticità e che i “casi” siano comunque di loro interesse.

- 3) al termine della lezione per verificare che le nozioni ed i modelli applicativi esposti nella lezione siano stati appresi nel modo opportuno.

Le diapositive

L’aumento del numero dei “canali” utilizzati per la trasmissione dei messaggi didattici (ad es. ascolto + visione) accresce l’attenzione e la probabilità di memorizzazione. “*I hear and forget, I see and remember, I do and learn*”: ascolto e dimentico, guardo e ricordo, faccio (applico, mi esercito, eseguo) ed imparo è vecchio adagio ben noto nel mondo della didattica. Chi ascolta una lezione va incontro ad un fenomeno del quale i docenti devono essere ben consapevoli: verso i 10-15 minuti è ancora attento l’80% di chi ascolta; al 20° minuto la percentuale scende al 50% circa per ridursi un po’ e lentamente fino ai 30-40 minuti... poi il calo diventa rapido. È poi esperienza comune che l’attenzione è fortemente influenzata, in positivo ed in negativo, dall’uso accorto di tutti i supporti didattici oltre che dalle caratteristiche intrinseche del docente e dall’impostazione data alla le-

TAB. 4 LE DIAPOSITIVE: QUALCHE CONSIGLIO UTILE

- Definire (e contenere) il numero delle diapositive (media:1 diapositiva/minuto)
- Curare la leggibilità delle diapositive:
 - fondo bianco
 - caratteri sufficientemente grandi
 - “font” sobri
 - preferire colori scuri (nero, blu)
 - evidenziare con il “grassetto” e non con il “sottolineato”
- Fare uso molto contenuto delle “animazioni”
- Evitare le lunghe frasi intere “di senso compiuto” (preferire frasi molto concise, struttura “per punti”)
- Ridurre il numero delle righe di testo nella diapositiva

zione. Lo strumento oggi sempre impiegato in qualsiasi lezione è certamente la diapositiva realizzata con un computer, l'impiego di software dedicati (Power Point® di Microsoft, Keynote® di Apple) e l'uso di un comune videoproiettore. Anche senza entrare in questa sede in un discorso di tecnica informatica, desidero richiamare alcuni accorgimenti che nella mia esperienza si sono rivelati utili per ottimizzare l'impiego di questo ormai indispensabile supporto didattico (tab. ...). Innanzitutto l'elemento secondo me più importante è il numero delle diapositive. È bene che sia coerente con il tempo a disposizione, calcolando, in modo indicativo, la media di una diapositiva per minuto di esposizione. A qualcuno potrà apparire un numero troppo scarso, ma se ciascuno di noi ritorna alle proprie esperienze di discente ricorderà che se il tempo è definito (e quindi da rispettare) e le diapositive sono troppe, o si finisce per doverle scorrere in grande velocità (incompatibile con la possibilità dei discenti in aula di leggerne il contenuto) o si rischia di dover sacrificare le ultime parti anche se interessanti. Altro elemento da non trascurare è la *leggibilità* delle diapositive. Consiglio di comporre diapositive a fondo bianco, con caratteri sufficientemente grandi per essere letti senza sforzo anche da chi siede al fondo dell'aula. Preferibili "font" sobri tipo Arial, Calibri, Tahoma, Verdana, Geneva, Futura, Helvetica e così via). Attenzione al colore: preferire quelli scuri (nero, blu) in modo da garantire il massimo contrasto. Nella mia esperienza d'aula ho incontrato qualche collega daltonico il quale mi ha ricordato che la più frequente anomalia è quella legata alla visione del colore rosso, con conseguente difficoltà sia alla lettura di eventuali lettere in rosso (peggio se su fondo blu) sia del puntino luminoso rosso generato dai comuni "pointer" laser, a cui bisognerebbe preferire quel-

li che generano puntini verdi. E ancora. Evitare di evidenziare con il "sottolineato" e preferire il "grassetto". Evitare l'uso eccessivo delle "animazioni" ed in particolare di quelle che fanno comparire le frasi lettera per lettera o parola per parola, o dopo averla vista roteare per tutto lo schermo! Curare, infine, la composizione delle frasi. Evitare le lunghe frasi intere "di senso compiuto" come si leggerebbero in un testo perché espone ad una serie di inconvenienti tutti pericolosi perché riducono l'attenzione di chi ascolta. Un primo rischio è che chi espone la lezione le legga pedissequamente, generando noia. Un secondo rischio è che il docente commenti la frase "a parola sue"... ma allora il discente non sa se leggere la frase o se ascoltare chi parla. È bene dunque che ci si limiti a frasi molto concise, utili a chi parla per mantenere il filo logico dell'esposizione e non tralasciare nulla di rilevante, ed a chi ascolta per cogliere gli elementi importanti dell'argomento. Ridurre le parole consente inoltre di ridurre il numero delle righe di testo nella diapositiva e quindi poter impiegare caratteri più grandi e meglio leggibili.

Immagini ed audiovisivi

Grazie all'impiego ormai estensivo dell'informatica nella didattica, è possibile "integrare" una lezione con due mezzi estremamente efficaci: le immagini statiche ed i filmati. Specialmente per alcune tipologie di lezioni il loro impiego diventa cruciale e fa la vera differenza tra una lezione utile ed una completamente inutile. Si pensi solo a quanto possono essere ottimizzate (in assenza di pazienti reali o fuori dai laboratori di diagnostica strumentale o per immagini) lezioni di argomento dermatologico, di semeiotica ortopedica, di discussione su immagini radiologiche, di tecniche ecografiche o ecocardiografiche o spirometriche o neurofisiologiche, di

semeiotica neurologica, di tecnica operatoria e così via. Immagini e filmati sono uno strumento estremamente potente. Non c'è dubbio che preparare una lezione così richiede impegno, ma questo è ripagato ampiamente dall'efficacia didattica che si può ottenere o dalla soddisfazione dei discenti. Oggi, infine, è possibile proporre ai discenti in aula anche i "suoni" della clinica: si pensi solo ai rumori cardiaci o polmonari. Ovviamente, non dimentichiamo di calcolare anche il tempo necessario per gli audiovisivi e per le prevedibili discussioni e richieste di chiarimento!

Impostare una lezione integrata: consigli pratici

- Definire sempre con precisione l'obiettivo della lezione ("cosa far apprendere?")
- Scegliere tra tutte le nozioni relative all'argomento solo quelle veramente utili all'esplicitamento del compito professionale del discente; non conta tanto (o solo) il valo-

re scientifico di una notizia, quanto la sua pertinenza e rilevanza rispetto a ciò che il discente deve "sapere" per poter "fare".

- Bilanciare opportunamente le nozioni con i "modelli applicativi"
- Predisporre adeguati supporti audiovisivi (diapositive, registrazioni audio o video, ecc.)
- Evitare discorsi eccessivamente lunghi: una lezione efficace dovrebbe essere contenuta in un tempo medio di una ventina di minuti; se necessario, prevederne più d'una, con brevi interruzioni o intervallando le lezioni con fasi di maggiore interazione o, meglio, con l'impiego di tecniche didattiche che stimolino maggiormente la partecipazione attiva dei discenti
- Controllare i fattori condizionanti (in positivo o in negativo) il processo dell'apprendimento (tab. 2).
- Oltre ai (fondamentali) aspetti "di contenuto", curare quelli di comunicazione, verbali e non verbali (tab. 3).

Bibliografia

Gallini R. (1991), *Schola Medici, Nuova Italia Scientifica, Firenze.*

Knowles M. (1997), *Quando l'adulto impara. Pedagogia ed andragogia, Franco Angeli, Milano.*

Titone R. (1977), *Psicodidattica, Ed. La Scuola, Brescia.*

Ventriglia G., Turbil E. (2008), *Educazione continua in Medicina. Progettare e costruire un evento formativo, Masson Elsevier, Milano.*

BOX RIASSUNTIVO FINALE

Proposta di un modello di lezione interattiva efficace

1. preparare accuratamente la lezione ed i mezzi di integrazione
2. proporre ai discenti, prima dell'inizio della lezione, una fase di autovalutazione (questionario su carta, diapositive con televoto) per focalizzare l'attenzione e l'interesse verso l'argomento della lezione stessa;
3. esporre la lezione, eventualmente intervallata dall'impiego di brevi casi-questionario o di altri strumenti utili all'interazione con i discenti (vedi testo)
4. Alla fine della lezione invitare i discenti a rileggere il questionario iniziale o riproporre le diapositive con televoto, verificando cambiamenti nelle loro risposte ed intervenendo opportunamente per eventuali chiarimenti su criticità rilevate

Strategie per migliorare l'efficacia della lezione

Interazione con l'aula per migliorare l'efficacia della lezione

Maria Stella Padula

Docente in Medicina General e, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

PAROLE CHIAVE

interazione, lezione, canali comunicativi, canale visivo, discussione.

INTERAZIONE CON I DISCENTI NEI MOMENTI DELLA LEZIONE E DELLA DISCUSSIONE

La capacità di interazione con i discenti del docente (sia essi adulti o no) ha una sua notevole importanza per svolgere una lezione efficace perché l'aula, senza la possibilità di interagire opportunamente con il docente, rischia di essere esageratamente abbandonata a se stessa nel processo di apprendimento.

Inoltre i momenti di interazione esplicita tra relatore e partecipanti consentono di

1. riattivare l'attenzione
2. fornire a chi parla alcuni feedback sul grado di comprensione dei contenuti.
3. lasciare spazio alle riflessioni e ai bisogni di chiarimento dei discenti.

Infatti il docente, oltre a provare a gestire al meglio la dimensione del «parlare in pubblico», deve quindi prevedere momenti di interazione con l'aula dove anche lo «stile di relazione» deve entrare in una dimensione più orizzontale e colloquiale per lasciare spazio alle riflessioni e ai bisogni di chiari-

mento dei discenti. È utile che uno o più di questi momenti siano già previsti all'interno del percorso di esposizione e la scelta della migliore collocazione è opportuno che faccia parte integrante della progettazione della lezione.

Nell'aprire questi momenti il docente può rivolgersi o

- in modo diretto (classico) all'aula chiedendo se ci sono aspetti da chiarire
- con stimoli strutturati (senz'altro più efficace e coinvolgente) da proporre ai discenti

Questi possono essere proposti in plenaria e sui quali, dopo aver concesso un ragionevole tempo di riflessione, raccogliere alcuni

La lezione può essere attuale e innovativa se si utilizzano strategie didattiche per renderla più stimolante, suggestiva e mantenere l'interattività. Come il sarto confeziona un abito su misura alla persona, così se si utilizza la lezione in un determinato contesto, con un numero elevato di allievi, bisogna scegliere mezzi che catturino l'attenzione e che facilitino l'interazione e la partecipazione di tutti, utilizzando più canali di comunicazione.

contributi e discuterli insieme. L'inserimento nella lezione di momenti strutturati di discussione con l'aula è un suggerimento che vuole rassicurare il docente, ma soprattutto cerca di favorire il rapporto con aule "poco interattive". Ad esempio in situazioni d'aula dove l'attività didattica o il rapporto tra quel relatore e i partecipanti sta compiendo i primi passi è frequente che alla richiesta del docente "ci sono domande?" vi siano lunghi momenti di silenzio o addirittura nessun intervento. Anche in questi casi, e' rarissimo, invece, che dei partecipanti a un corso, se non intimoriti dai tempi e dai modi della richiesta, non intervengano quando gli si propone uno stimolo strutturato e interessante.

ALCUNI SUGGERIMENTI PER L'INTERAZIONE NELLA GESTIONE DELLE DISCUSSIONI IN PLENARIA

- Per valorizzare gli interventi la raccolta degli stimoli può avvenire con mezzi come una lavagna a fogli mobili, oppure una classica lavagna nera tradizionale, in cui si prende nota delle risposte e delle osservazioni, per dimostrare l'importanza che queste hanno per il docente.
- Per mantenere un rapporto attento alle esigenze dei singoli si suggerisce di non assumere atteggiamenti pregiudiziali e valutativi in rapporto alle domande e agli interventi dei partecipanti, anche nei casi in cui le loro richieste e opinioni sembrino al docente "fuori tema", confuse o tese a enfatizzare polemicamente alcuni aspetti. La funzione del relatore è quella di facilitare i processi di apprendimento e quindi questi momenti vanno comunque utilizzati per accrescere la capacità dei presenti di appropriarsi dei contenuti proposti, usando il tempo necessario.

- L'attività di discussione richiede di dedicare tempi adeguati in risposta singole domande o interventi, ma attenzione ai "rapporti a due" in situazione collettiva, quando si protraggono troppo producono cadute di tensione nel gruppo. Non esiste ovviamente un metro teorico per stabilire la durata dei momenti di discussione, vi è invece la capacità di ascolto del docente che gli consente di cogliere i segnali relazionali che suggeriscono di prolungare il confronto, perchè si percepisce diffuso interesse, o di ridurne i tempi per recuperare l'attenzione dell'intero gruppo.

In una lezione interattiva perchè sia davvero tale, bisogna non solo utilizzare "i contenuti del docente" ma anche le "riflessioni e le osservazione dei discenti", per recuperarle alla conclusione dell'incontro

In sintesi, attenzione:

- | |
|--|
| Alle dimensioni del gruppo |
| All'intervento dei singoli |
| Ai tempi di attesa degli interventi |
| Ai tempi dedicati alle risposte ai singoli |
| A non assumere posizioni pregiudiziali o di valutazione in rapporto alla domanda specifica |
| All'uso di strumenti di supporto per prendere nota di tutte le domande/risposte dell'aula |

COME E CON COSA IL DOCENTE PUÒ ARRICCHIRE I PROCESSI PERCETTIVI DURANTE UNA LEZIONE?

Usando strumenti che affiancano all'ascolto (canale uditivo) la visione (canale visivo) di messaggi specifici. Ma la visione ha una forza particolare per autonomia di fruizione e tempi di percezione e quindi si potreb-

be porre come pone concorrenziale ai processi di ascolto... quindi utilizzarla tenendo bene presente questo aspetto, sulla base degli obiettivi che ci poniamo quando decidiamo di utilizzare questo strumento, all'interno di una lezione. Ricordare perciò che, qualsiasi supporto che serva a evidenziare, rendere visibili i diversi contenuti è utile, ma deve rimanere, solo supporto al relatore e non viceversa. In altre parole significa che nel progettare la lezione si devono selezionare alcuni aspetti relativi all'uso delle modalità visive e che, durante la gestione della lezione, il docente si ricordi che ogni strumento ha un suo campo di efficacia e non deve entrare in rotta di collisione con altre componenti della comunicazione. In progettazione è importante, a partire dai messaggi chiave/contenuti significativi, definire la struttura delle sottolineature che vogliamo utilizzare per poi scegliere il tipo di supporto più funzionale al "messaggio" anche in rapporto al contesto fisico della lezione, alla disponibilità di utilizzare i vari strumenti (se non c'è la possibilità dell'audio, inutile focalizzare la

lezione su un filmato). Un docente può operare molteplici scelte in funzione del criterio o dei criteri che intende privilegiare. Se ad esempio la sua preoccupazione principale è la visibilità fisica dei messaggi (ambienti poco illuminati o alto numero di discenti) sarà indispensabile l'uso di strumenti di amplificazione visiva (dalle proiezioni con computer ai lucidi) il cui uso prolungato, tuttavia, affatica gli ascoltatori e in generale tende a distoglierli dall'ascolto. Alcuni supporti (lavagne bianche, a fogli mobili) sono particolarmente efficaci per i messaggi che il docente vuole introdurre parlando, e che vuole nel contempo mantenere stabili, recuperabili in altri momenti della lezione. Altri supporti (lucidi, diapositive, proiezioni da computer, video e filmati) valorizzano messaggi preparati in precedenza, possono creare utili inserimenti per rinforzare all'interno della comunicazione orale, ma sono relativamente stabili o di fruizione esclusivamente momentanea. È ovviamente possibile sfruttare contemporaneamente supporti di tipo diverso enfatizzando i rispettivi pun-

TAB 1. DIVERSI TIPI DI SUPPORTO FISICO PIÙ COMUNEMENTE OGGI A DISPOSIZIONE

1. proiezioni al computer/diapositive
2. video e filmati
3. lavagne a fogli mobili
4. meno lavagne tradizionali, nere o bianche
5. lucidi

TAB 2- ESEMPI DI STIMOLI STRUTTURATI

1. domande specifiche relative al tema della lezione,
2. spunti problematici,
3. situazioni concrete descritte,
4. opinioni ricavate da interviste
5. o mini casi sui quali discutere

ti di forza. Ad esempio un filmato (anche uno spezzone di film) può associare al canale visivo e uditivo quello cenestesico: l'emozione evocata da una scena può fissare molto di più un concetto rispetto a tante immagini delle diapositive! Una volta scelto i supporti più adatti (tra quelli disponibili) il docente deve organizzare lo spazio dell'aula in modo da ottimizzare i processi di ascolto e di visione dei partecipanti. Con l'attivazione del canale visivo, diventa importante la comunicazione non verbale del docente come muoversi e cambiare posizione, di fare delle pause durante l'esposizione... Per rendere efficace la lezione i canali di comunicazione possono essere combinati tra loro sfruttandone tutte le potenzialità e creare le condizioni per un ascolto «piacevole». Infatti le modalità di comunicazione non verbale, metaforica e visiva sono tutte processate dall'emisfero destro della corteccia cerebrale. L'emisfero destro è dotato di collegamenti neurologici privilegiati con le aree del sistema limbico che contribuiscono a determinare importanti processi di natura emotiva dell'individuo. L'esistenza, a questo livello, di un legame che unisce queste modalità di comunicazione rafforza ciò che si può osservare in un'aula quotidianamente. Le com-

ponenti di facilitazione dell'ascolto, comunque, devono servire a sostenere i contenuti, perché la lezione non è equivalente a una qualsiasi variante del «parlare in pubblico», dove talvolta l'aspetto di «spettacolo» può prevalere, in quanto mantiene la sua specificità di strumento rivolto all'apprendimento di specifici contenuti. In termini di progettazione questo significa che la priorità logica e temporale va data ai contenuti

- contratto con l'aula collegato agli obiettivi di apprendimento,
- messaggi chiave,
- percorso logico.

Solo dopo aver raggiunto un sufficiente grado di chiarezza sull'impianto della comunicazione è utile progettare le «variabili di sostegno» cioè quelle connesse alla facilitazione dell'ascolto, fra cui i mezzi audiovisivi.

Queste tra l'altro hanno un diverso grado di progettabilità perché sono legate in diversa misura alle attitudini individuali e alle «abitudini» culturali del docente. Quanto più una modalità di comunicazione è «segnata» dalla soggettività del docente, tanto meno è passibile di una progettazione tradizionale a tavolino, come invece si progetta l'articolazione dei contenuti. In questa logica possia-

TAB 1: ALCUNI SUGGERIMENTI DI ARGOMENTI ATTRAVERSO PARTI DI FILM UTILIZZABILI

alcune parti del film "un medico un uomo" per la relazione Medico e paziente, il medico - malato, l'empatia, ecc...

per la comunicazione della diagnosi "un medico un uomo" e "la mia vita senza me"

il metodo in medicina: "caro diario" l'uso dei farmaci, prima la diagnosi e poi la terapia, la consultazione di più medici

l'approccio alla demenza, il coinvolgimento della famiglia, la comunicazione della diagnosi, in "Iris, un amore vero"

l'organizzazione del sistema e qualità di vita del paziente al termine della vita...non ospedale e non solo farmaci, in "le invasioni barbariche"

conoscere l'importanza del ruolo del caregiver in "quasi amici"

l'esistenza del Medico di famiglia che si faccia carico del paziente e prevenire i ricoveri inappropriati, in "qualcosa è cambiato"

mo distinguere le **tre modalità**.

- *Comunicazione non verbale: non progettabile*, solo gestibile al momento della lezione nelle sue componenti più controllabili.
- *Comunicazione verbale metaforica: progettabile solo in parte, in senso tradizionale*. Un esempio o una narrazione efficace si possono senz'altro definire a tavolino (anche se poi vanno opportunamente «interpretate»), ma un'immagine verbale o un'analogia non sempre sono costruibili nel momento in cui servono. *La comunicazione metaforica affonda le sue radici nel pensiero associativo (quindi creativo) nostro e altrui: solo avendo il piacere e la pazienza di raccogliere «materiale» dalle situazioni vitali di scambio di idee con gli altri ed esercitando, senza finalità immediate, il pensiero associativo ci si trova con un «re-*

pertorio» disponibile ad essere utilizzato, in seguito, all'interno di momenti di comunicazione più formali¹.

- *Comunicazione visiva: largamente progettabile ad hoc*, per stimolare la pratica riflessiva attraverso l'emozione e poi fissazione mnemonica

Ad esempio la pratica riflessiva può essere attivata con parti di film per introdurre una lezione, o attivare un collegamento cognitivo per rendere più forte e memorizzabile un concetto, inserendo un breve spezzone, o sequenza ad un certo punto della lezione.

QUALE COMPORTAMENTO TENERE DAVANTI A SITUAZIONI DI DISTURBO IN AULA²

Nella formazione specifica è frequente ve-

¹ Vaccani, 1981.

² Suggestimenti emersi durante il lavoro di gruppo nella sessione sul Counselling nel Master di II livello "metodi e strumenti sull'insegnamento clinico della MG nelle Cure primarie

TAB 2 - AD ESEMPIO ALCUNI STUDENTI DISTURBANO,

- 1) chiedersi quali strategie didattiche abbiamo messo in campo?
 - 2) Sono strategie adeguate anche per quei cinque studenti?
 - 3) Valutare quanto il disturbo comprometta le possibilità di apprendimento degli altri. L'intervento è giustificato solo se gli studenti, effettivamente, disturbano.
- Lo scopo dovrebbe essere quello di "recuperare" gli studenti che disturbano.
- Non intervenire significa compromettere l'adesione al mandato stesso.
 - Occorre riflettere sul fatto che il disturbo in aula possa essere determinato da un errore del docente.
 - Bisognerebbe evitare di prendere questi eventi "sul personale" mantenendo la propria autorevolezza.
 - Esplicitare il proprio disagio che scaturisce dal conflitto entro il *setting*.

SUGGERIMENTI

- 1) Attenzione al *setting*.
- 2) Avvicinarsi a chi disturba.
- 3) Se non è possibile eliminare gli ultimi banchi, ci si avvicina agli ultimi banchi.

TAB 3. COME GESTIRE ATTACCHI CONTINUI.

- 1) Invitare il “guastatore” a partecipare alle attività organizzative.
- 2) Maturare la consapevolezza che esistano soggetti che mettono in atto questi conflitti abitualmente → maggiore comprensione dell’altro, del gruppo e della situazione.
- 3) Sfruttare il potenziale positivo dell’aula. Usare le risorse del contesto per gestire il conflitto.
- 4) Non rispondere alle provocazioni come reazione iniziale → rischio di progressiva perdita di controllo. E’ possibile anche non affrontare in prima persona il conflitto per paura di perdere il controllo dell’aula.
- 5) Proporre all’aula di far emergere i soggetti disinteressati al tema della lezione.
- 6) Se vediamo il rischio di un’escalation simmetrica, diventa prioritario cercare di disinnescare il conflitto.

dere aule “patologiche”. Davanti a un’aula “spaccata” (in cui una parte di studenti è motivata e un’altra parte, implicitamente, ne ostacola le attività), il docente rischia di porsi come modello per coloro che vogliono continuare in modo più armonico il pro-

prio percorso di apprendimento. Attenzione : davanti a un gruppo di studenti che si distrae diventa prioritaria un’analisi del docente sotto diversi profili. Occorre interrogarsi sull’adeguatezza delle proprie strategie formative.

Bibliografia

Castagna M. (2002), *Progettare la formazione. Guida metodologica per la progettazione del lavoro in aula*, Franco Angeli, Milano.

Vaccani R. (1981), *Progettare la Formazione*, Franco Angeli, Milano.

Il focus-group come tecnica d'indagine qualitativa

Laura Cerrocchi

Professore Associato in Pedagogia generale e sociale presso il Dipartimento di Educazione e Scienze Umane dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

IL FOCUS GROUP COME TECNICA D'INDAGINE QUALITATIVA: LE ORIGINI E L'APPLICAZIONE NELLA RICERCA

Il *focus-group* coincide con una tecnica nata in ambiente universitario all'inizio degli anni '40 nell'ambito dell'indagine qualitativa. Originariamente volta a rilevare le reazioni di un pubblico radiofonico, venne successivamente utilizzata anche in ambienti militari, contribuendo a fondare le basi metodologiche di quella che possiamo riconoscere come la tecnica attuale, applicata per rilevare informazioni in vari settori della vita pubblica nonché modificata, revisionata e sintetizzata nel tempo con altre tecniche, per contributo di differenti ricercatori e in funzione a specifiche esigenze (Bovina L. in Bezzi C. a cura di, 1998, pp. 37-45; Martini B. in Cerrocchi L. e Martini B., in Frabboni F. e Pinto Minerva F. a cura di, 2005, pp.266-268).

Come tecnica d'indagine qualitativa, il *focus-group* è ormai utilizzato ma anche adattato e ripensato in diverse discipline, soprattutto di settore umanistico e/o sociale, tra cui la pedagogia e la didattica, aree del sapere da cui muove il presente contributo.

Il focus group o gruppo mirato coincide con una tecnica d'indagine qualitativa, che non può che venire formalizzata e interpretata per essere insieme a) un'intervista (dunque segnata da asimmetria tra chi domanda e chi risponde), b) focalizzata (dunque circoscritta a uno specifico tema), c) di gruppo (dunque propria di un soggetto sovraindividuale, sistema dinamico in continua evoluzione). La *focused group interviews* può assolvere a una funzione conoscitiva ma, insieme, anche revisionale-formativa di opinioni e di idee, di disposizioni e di interazioni, di atteggiamenti e di comportamenti, di livello di consapevolezza e di valutazione, supportata da una significativa ricorsività fra dimensione cognitiva e affettiva, fra pensiero-linguaggio-azione, fra piano individuale e gruppale. Come tecnica d'indagine, cioè, si presta utile per meglio comprendere e, di conseguenza, operare nella realtà: conoscere e comprendere differenti punti di vista consente di revisionare e/o ristrutturare – a livello interno ed esterno ossia intrasoggetti-

IL FOCUS GROUP COME TECNICA D'INDAGINE QUALITATIVA: UN'INTERVISTA FOCALIZZATA E DI GRUPPO

Il *focus group* o *gruppo mirato* coincide con una *focussed group interviews* ossia un'intervista di gruppo la cui discussione è focalizzata su un tema specifico.

Come tecnica d'indagine qualitativa, non può che venire formalizzata e interpretata per essere insieme a) un'intervista (dunque segnata da asimmetria tra chi domanda e chi risponde), b) focalizzata (dunque circoscritta a uno specifico tema), c) di gruppo (dunque propria di un soggetto sovraindividuale, sistema dinamico in continua evoluzione che, contemporaneamente, obbliga alla perdita di una quota e/o dell'esclusività di propri pensieri, emozioni e azioni e garantisce un guadagno nella presenza dell'altro quale risorsa con più o diverso contributo utile se non necessario per assolvere alla consegna) (Cerrocchi L. in Cecconi L., Cerrocchi L., Pintus A. in Cecconi L. a cura di, 2012, pp. 36-51).

IL FINE E/O L'OCCUPAZIONE PER CUI SI RIUNISCE IL GRUPPO

Un'intervista focalizzata di gruppo non si sceglie per comprendere un quanto relativamente al tema indagato, piuttosto si sceglie per comprendere il cosa, il perché e il come, dunque contenuti, motivazioni e modalità.

Il *focus-group*, tuttavia, può assolvere a una funzione conoscitiva ma, insieme, anche revisionale-formativa, cioè si presta utile per meglio comprendere e, di conseguenza, operare nella realtà: conoscere e comprendere differenti punti di vista consente di revisionare e/o ristrutturare – a livello interno ed esterno ossia intrasoggettivo e intersoggettivo - disposizioni affettive, prospettive e

azioni. La tecnica cioè presenta un potenziale conoscitivo e revisionale-formativo di opinioni e di idee, di disposizioni e di interazioni, di atteggiamenti e di comportamenti, di livello di consapevolezza e di valutazione, supportato da una significativa ricorsività fra dimensione cognitiva e affettiva, fra pensiero-linguaggio-azione, fra piano individuale e gruppale (Ibidem).

A maggior ragione, dunque, per l'insieme delle sue caratteristiche, le implicazioni etiche cui rimanda l'intervista focalizzata di gruppo pongono un richiamo imprescindibile alla deontologia del ricercatore.

LE TIPOLOGIE DI FOCUS GROUP

Il *focus group* si presenta con diverse tipologie, le cui differenze principali concernono prevalentemente tanto le procedure di azione quanto le regole di controllo; un *gruppo mirato* può essere distinto, soprattutto ma non esclusivamente, in base a criteri di composizione, al grado di strutturazione e al ruolo del moderatore nei gruppi (Cerrocchi L. e Martini B. in Frabboni e Pinto Minerva a cura di, 2005, pp.249-277).

Nel *focus group* tradizionale, tipico del marketing, un gruppo di circa 8-12 persone rappresentativo di un particolare segmento di mercato, quindi (pre-qualificato) pre-selezionato, si riunisce nella stessa stanza: impegnandosi in una discussione non-strutturata o strutturata in modo lieve (comunque convergente verso obiettivi prestabiliti); gestito da un moderatore che ne incoraggia il libero flusso delle idee; eventualmente osservato dai rappresentanti del cliente e/o dai ricercatori attraverso uno specchio unidirezionale; videoregistrato per consentire di visionare la sessione di lavoro anche ad altri eventuali membri del gruppo di ricerca e in tempi successivi e/o ripetuti.

Più recentemente, alla versione base, si sono affiancate altre tipologie, come il *focus group*: a) a due vie, in cui i partecipanti ad un *focus group* osservano un altro *focus group* discutendo sulle interazioni e sulle conclusioni osservate; b) con due moderatori, uno che accerta la progressione uniforme della sessione e l'altro che accerta il trattamento di tutti gli argomenti; c) con moderatori duellanti, che prendono deliberatamente parti opposte sull'argomento in discussione; d) con moderatore partecipante, in cui a uno o più partecipanti viene richiesto di comportarsi temporaneamente come un moderatore; e) con clienti partecipanti, in cui uno o più rappresentanti dei clienti partecipano in anonimato o esplicitamente alla discussione; f) mini, con gruppi di 4 o 5 piuttosto che di 8 o 10 persone; g) in teleconferenza, in cui vengono utilizzati appositi dispositivi tecnologici; h) on-line, in cui vengono utilizzati *computer* e *Internet*.

Nonostante queste diverse tipologie costituiscano una potenziale ricchezza d'uso, per le loro differenti implicazioni ed eventuali ricadute, a livello pedagogico e didattico, possiamo considerare che le tipologie: a), c), d), e) siano preferibili soltanto dopo una certa esperienza nella conduzione del *focus group*, ma anche e soprattutto se in possesso di una certa cultura e competenza psico-pedagogica nella gestione dei gruppi; g) e h) possano essere difficoltosi (per i canali da attivare o inibire tra i differenti ruoli e i partecipanti alla pari) e utili (consentendo, ad esempio, confronti da diverse aree geografiche anche abbattendo condizioni, spese e tempi di trasferta) ma - per chi proviene da una certa cultura del gruppo - mai completamente sostituibili ad un *focus-group* in presenza oltre che non in grado di assicurare che gli intervistati siano rappresentativi di una popolazione più ampia (comprensiva di coloro che

non hanno un *computer* o che sono caratterizzati da *digital divide*).

IL CORPO DELLA TECNICA: LA STESURA DEL SET DI DOMANDE

La stesura di un set di domande deve essere preceduta dalla definizione, chiarificazione e circoscrizione del problema da esaminare ossia dalla formalizzazione dell'obiettivo della ricerca; è fondamentale: elaborare la struttura della ricerca in modo da cogliere idee e temi relativi all'argomento da indagare; stendere la sequenza delle domande ponendo attenzione alla fraseologia e alla dinamica; rivedere e riformulare le domande in modo compatibile rispetto all'attuazione di un *focus-group* (Bovina, 1998).

Il corpo della tecnica coincide, dunque, con la formulazione delle domande, che dovrebbero essere, preferibilmente, aperte, caratterizzate da un linguaggio chiaro e privo di termini eccessivamente tecnici e non troppo lunghe (per evitare che gli intervistati nel rispondere debbano confrontarsi con una pluralità di questioni tali da sovraffollarne i pensieri, generando effetti sia di cattiva comprensione sia di sottoesposizione di alcune tematiche).

L'INTERAZIONE TRA SOGGETTI COME FONTE D'INFORMAZIONE

La fonte principale d'informazione è costituita dalla stessa interazione fra soggetti, che discutono e si confrontano sul tema. La discussione consente, da un lato, ai partecipanti - sul piano cognitivo e affettivo - lo scontro, il confronto e la coordinazione dei propri punti di vista e, dall'altro lato, ai ricercatori di rendere rilevabile il processo di costruzione e ristrutturazione costante, individuale e sociale, dei differenti punti di vi-

sta. Il gruppo agisce da luogo fisico e mentale, soggetto sovraindividuale che si caratterizza per l'interdipendenza fra i membri (quindi mai uguale a nessun altro gruppo), sostenuta dalla convergenza verso uno scopo comune, ma anche metodo di conoscenza e trasformazione (quindi mai uguale a se stesso in fasi diversi della sua evoluzione).

LA MOTIVAZIONE DEI PARTECIPANTI

I partecipanti ad un *focus group* possono incontrarsi per soddisfare le richieste del ricercatore e/o ottenere una ricompensa (come nel caso di molte indagini di mercato), ma anche per fare un'esperienza nuova, per rispondere a un'esigenza o un interesse conoscitivo personale, nonché più nettamente per la soddisfazione a collaborare a una ricerca scientifica.

Quest'ultimo caso riguarda quei soggetti che si incontrano anche al di fuori di una ricompensa e, soprattutto, all'interno di un mandato culturalmente e/o professionalmente esercitato e convocato, accordando al loro contributo un valore aggiunto.

I livelli e le modalità di attenzione e di partecipazione riguardano, quindi, in buona parte, il valore e l'interesse attribuito dagli intervistati al tema indagato, ma anche la capacità del moderatore di gestire e creare un buon clima di gruppo, che costituisce un fattore di notevole importanza.

L'AMPIEZZA E LA COMPOSIZIONE DEL GRUPPO

Lo scopo e le caratteristiche di una *focused group interviews* richiedono una composizione del gruppo caratterizzata da un minimo di cinque a un massimo di dodici intervistati, ossia dal limite del piccolo gruppo (solitamente nel caso specifico 5/6 unità) a quello del medio gruppo (12 unità).

Si tratta di parametri scelti perché l'ampiezza è numericamente contenuta sicché da consentire ancora interazioni e *feed-back* tra ciascuno e tutti i membri e, insieme, numericamente alta sicché da dar luogo a condizioni di intersoggettività tali da aumentare occasioni di decentramento socio-cognitivo, problematizzazione e costruzione sociale delle idee e delle conoscenze.

Come tecnica d'indagine qualitativa, nel *focus group* il campione non ha un necessario valore statistico, pur restando significativo per esplorare e individuare parametri orientativi riferibili a tendenze e impatto circa il tema in oggetto. La composizione del gruppo, dunque, può essere meglio scelta in linea con un criterio di rappresentatività relativamente a una specifica *coorte*. Per lo stesso motivo nonché ai fini di una migliore analisi dei dati, risulta particolarmente opportuno somministrare prima del *focus-group* una scheda funzionale a raccogliere le caratteristiche socio-anagrafiche, formative e professionali del campione, con alcuni *item standard* e altri definiti sulla base del contesto di applicazione.

Se è vero che, come anticipato, la tecnica in oggetto non si sceglie per comprendere un quanto relativamente al tema indagato, piuttosto per comprendere il cosa, il perché e il come, dunque contenuti, motivazioni e modalità, è anche vero che non esistono *standard* vincolanti e assoluti e le regole di svolgimento e di controllo non restano complessivamente univoche. Le regole di svolgimento e di controllo possono essere declinate (entro un certo margine) in funzione dell'uso (dal punto di vista dell'occupazione/scopo, dell'organizzazione e della dinamica) che caratterizza uno specifico *focus-group*. Una regola come la mancata conoscenza pregressa fra i partecipanti per sventare fenomeni di influenzamento

reciproco (dovuto a eventuali fattori esterni e/o interni), tali anche per la possibile storia dei membri del gruppo al di fuori del gruppo, può dimostrarsi più o meno funzionale a seconda del tipo d'indagine: nel caso di un'indagine su figure professionali di settore, la conoscenza pregressa e la condivisione di un comune ambiente lavorativo - se ben supportate da una corretta conduzione del moderatore - possono favorire uno scambio più significativo sul piano conoscitivo e revisionale-formativo.

Tuttavia fra le principali raccomandazioni utili per un buon esito del *focus-group* è possibile segnalare, in particolare, da un lato, la necessità di un gruppo internamente omogeneo, cioè costituito da persone con caratteristiche simili e/o, più chiaramente, in situazione di parità (e non di subalternità) rispetto ai loro ruoli circa il tema indagato (diversamente si avrebbero ricadute su quantità e qualità della partecipazione individuale) e la presenza di un moderatore che conduca la discussione perseguendo obiettivi preventivamente definiti e/o seguendo una scaletta di domande stabilite.

LA DEFINIZIONE DEL PATTO, I TEMPI E GLI SPAZI

L'intervistatore conduce il *focus-group* rivolgendo le domande a tutto il gruppo, i cui membri sono contemporaneamente tenuti ad attivarsi secondo una scansione libera sia per la quantità che per la qualità degli interventi. Ciascuno potrà intervenire quante volte e tutte le volte che lo riterrà opportuno.

Questo tipo di conduzione richiede all'intervistatore:

- una prima e chiara definizione e condivisione con il gruppo del contratto che regola l'incontro (di cosa e come se ne potrà parlare) tra i due ruoli - intervistato-

re e intervistati - che, nell'occupazione in oggetto, sono posti in una relazione asimmetrica (il primo pone domande e i secondi rispondono alle domande);

- la cura del tempo e dello spazio che circoscrivono l'incontro e che devono essere appositamente strutturati, di facile accesso e fruizione per il maggior numero di partecipanti. Il gruppo dei partecipanti, per esprimersi tramite la discussione, dovrebbe disporre di un tempo che va dai 90 ai 150 minuti. La lunghezza può fungere da fattore critico nel reclutare i partecipanti che devono essere disposti a fornire più tempo che in un'intervista individuale; in qualsiasi caso, come dovrebbe essere in un buon *focus group*, la durata di un'ora e mezza o al massimo due ore risulta necessaria e sufficiente per approfondire tutti i quesiti senza impegnare il gruppo in un protrarsi della discussione che ne potrebbe svilire la qualità. Per i vissuti che potrebbe risvegliare, è preferibile che in alcuni casi lo spazio in cui si svolge un *focus group* sia estraneo e in altri casi che sia affettivamente riferibile all'indagine; in tal senso è importante saper accogliere il gruppo in un cerchio caratterizzato da interazione promozionale faccia a faccia, funzionale a una comunicazione democratica nonché di supporto al conduttore, anche ad esempio per recuperare eventuali *empasse*.

I RUOLI E LE RELAZIONI TRA SOGGETTI POSTI IN POSIZIONE ASIMMETRICA E SIMMETRICA

Le differenti figure che possono rientrare nella realizzazione di un *focus-group* sono: il committente (che commissiona l'indagine stabilendone finalità e obiettivi); il/i ricercatore/i (che organizza/no e gestisce/no materialmente l'indagine); il moderatore (che

stimola per ottenere informazioni, modera la discussione del gruppo e all'occorrenza introduce le domande) e l'aiuto moderatore (che assiste il primo nei suoi compiti); i partecipanti (che costituiscono il gruppo di discussione) (Zammuner, 2003).

Il moderatore e l'aiuto moderatore sono quasi sempre membri del gruppo di ricerca. Il moderatore e/o facilitatore (ossia colui che nell'intervista classica diremmo intervistatore) gestisce la discussione del gruppo e formula domande tramite due modalità principali (Zammuner, 2003): la *topic guide*, che si avvale di una scaletta di punti o argomenti affrontati mediante parole chiave indicative dei temi e degli argomenti pertinenti all'oggetto da indagare; la *questioning route*, che si avvale di un percorso strutturato di domande, particolarmente funzionale sia nei casi di prime esperienze nella messa a punto e moderazione di un *focus group*, sia per operare confronti e/o correlazioni tra la discussione emersa in gruppi trattati con lo stesso set di quesiti. Il modo con cui il moderatore, attraverso un atteggiamento non direttivo, è tenuto a focalizzare la discussione sugli aspetti fondamentali del tema, privilegiando l'interazione tra i partecipanti nella fase di rilevazione delle opinioni, costituisce uno dei fattori che consente di distinguere il *focus-group* da un'intervista e di considerarlo un "tipo particolare d'intervista". Il moderatore dovrebbe sottolineare spesso e/o quando più opportuno quanto emerge dalla discussione riprendendo "letteralmente" (quindi non in modo interpretativo) le dichiarazioni dei partecipanti e, se necessario, chiedendo chiarimenti tramite quesiti chiarificatori dei concetti espressi. Il fatto che ciascun partecipante, comprese le domande, possa rispondere esprimendo la propria opinione nel quotidiano conferma che il *focus-group* può essere utilizza-

to anche da soggetti con basso livello culturale, peraltro rassicurati dal dovere interagire con soggetti nella stessa condizione.

Il controllo sui soggetti è tale ma, per certi versi, anche limitato rispetto ad altre tecniche, perché, ad esempio, i partecipanti possono discutere anche al di là dell'argomento stabilito, soprattutto se si conoscono e condividono all'interno di questa conoscenza il tema trattato. Il rischio di conformismo delle opinioni espresse per influenza reciproca o gregarismo può essere contrastato da una conduzione del moderatore capace di rimarcare l'importanza e l'interesse primario di cogliere il parere di tutti nonché di esercitare astensione da qualsiasi giudizio e valutazione. La flessibilità del *focus-group* viene favorita, infatti, da un'interazione promozionale che accompagna quel dialogo garantito da un moderatore contrassegnato – come anticipato – da uno stile non direttivo di conduzione, esente da giudizi e valutazioni, incentivante decentramento e coordinazione socio-cognitiva, funzionali a processi di conoscenza e di revisione da parte sia dei partecipanti sia dei ricercatori. Il riscontro che si ottiene dal non verbale che accompagna il parlato è utile ad avere ulteriori informazioni sui comportamenti ma anche, se necessario, a ri-orientare in modo diverso la discussione. Lo stile autorevole e non direttivo, di ascolto e di osservazione e/o interpretazione dei temi dominanti (sulla base di contenuti e della frequenza delle ricorrenze espresse, del verbale e del non verbale, dell'intrasoggettivo e dell'intersoggettivo), non intrusivo né condizionante, deve essere funzionale a reggere l'asimmetria tra chi pone e chi risponde alle domande, nonché ad attivare meccanismi di comunicazione e di socializzazione e contenuti del gruppo. La neutralità e l'astensione dal giudizio insieme a un trattamento paritario delle presenze fa-

voriscono il riflettersi di informazioni che corrispondono al reale, quasi come se si potesse osservare i soggetti in contesto naturale rilevando le dinamiche di gruppo tipiche del quotidiano.

LE MODALITÀ DI CODIFICA E DI ANALISI

Per un'analisi esaustiva del *focus-group*, soprattutto se utilizzato prima o dopo altre tecniche o strumenti d'indagine, dunque anche al fine della correlazione dei dati, è preferibile, come anticipato, somministrare delle schede che consentano di ricostruire il profilo socio-anagrafico, formativo e professionale del target e che potranno essere opportunamente redatte in relazione alle finalità dell'indagine e alla casistica. Le schede dovranno riportare una sigla identificativa per ciascun soggetto, tanto da poter associare, in fase di analisi, i profili individuali e il loro contributo alla discussione focalizzata di gruppo. Il luogo e la durata del *focus group* andranno opportunamente annotati e considerati ai fini interpretativi. Prima di iniziare la discussione, occorre preparare i materiali per la registrazione e fare una prova del loro corretto funzionamento, tanto da evitare di perdere fasi iniziali, in itinere e finali e valutando l'opportunità di collocare al meglio l'apparecchio per garantire una buona registrazione audio. La trascrizione della discussione, ai fini dell'analisi, dovrà essere fedele e codificare, con la stessa sigla della scheda socio-anagrafica, formativa e professionale, i soggetti che di volta in volta si attivano nella discussione. La registrazione delle opinioni emerse "a ruota libera" dai partecipanti alla discussione consente di ottenere più dati qualitativamente significativi, proprio perché si registrano le opinioni reali. I soggetti garantiti dall'anonimato si sentono più liberi di esprimere che se sottoposti

al giudizio o alla valutazione di un superiore come di una qualsiasi figura up rispetto la loro posizione, consentendo di ottenere i dati anche con maggiore velocità e con minore costo rispetto ad altre tecniche.

Ovviamente il campione limitato e il contenuto soggettivo del *focus-group* non ne rendono generalizzabili i risultati. La quantità e la qualità dei dati emersi può rendere critica e limitare l'analisi. L'evoluzione di una discussione a ruota libera, infatti, affievolisce il rigore logico, ad esempio per intervento contestuale di più soggetti o per il rimbalzare tra i partecipanti del discorso, con ricadute nella ricostruzione, nel riordinamento e nella sintesi delle opinioni emerse.

Tuttavia, un *focus-group* può essere trattato secondo diverse modalità di analisi, con particolare riferimento - ai fini pedagogici e didattici - a quelle relative al contenuto oppure alla dinamica di gruppo, per cui un aspetto particolarmente significativo coincide anche con quanto caratterizza il linguaggio verbale e non verbale dei partecipanti. Per evitare rischi o errori possibili nel ricorrere a un *focus-group*, infine, appare opportuno ribadire che:

- le informazioni ricavate si riferiscono a un numero limitato di soggetti, quindi non sono generalizzabili;
- le opinioni emerse possono essere state influenzate da fattori esterni o interni al gruppo. Per evitare questo rischio, in una ricerca è particolarmente utile ripetere gruppi di discussione con persone differenti fino a quando le informazioni risultano essere le stesse;
- possono verificarsi errori di distorsione nelle differenti fasi procedurali. Tali sono gli errori imputabili alla difficoltà di sintetizzare la moltitudine di informazioni emerse, di classificarle e poi di interpretarle.

ESEMPIO E SPIEGAZIONE DI MESSA A PUNTO DELLA MATRICE DI UN FOCUS-GROUP

Un buon *focus group* – per i motivi anticipati – non dovrebbe superare le otto-nove domande, proposte secondo un coerente ordine logico, mentre dovrebbe iniziare con una breve nota introduttiva del moderatore, quale ad esempio: *“Vi ringrazio per la disponibilità dimostrata. Ho piacere di poter svolgere con voi questa discussione, nella quale parlerete di “indicare in sintesi il tema che verrà trattato”. Il nostro incontro ha uno scopo conoscitivo, quindi vi invito a rispondere senza alcuna preoccupazione di venire valutati e sicuri del rispetto della privacy. Ciascuno di voi può rispondere quando e quante volte lo riterrà opportuno, perché daremo luogo a un’intervista su un tema focalizzato, quello già annunciato, e aperta all’intero gruppo. Per noi saranno importanti tutte le vostre considerazioni”*.

Ai fini didattici, verrà illustrata una matrice di *focus group* esemplificando, in questa sede, la matrice messa a punto e applicata da Laura Cerrocchi e Norma Sartori (MMG e Docente presso la Scuola di Formazione Specifica di Medicina Generale - Trento) su *I bisogni formativi dichiarati dai corsisti durante il loro seminario tematico intitolato a “Il focus group: una tecnica d’indagine qualitativa” nel Master “Imparare a insegnare. Metodi e strumenti per l’insegnamento clinico della Medicina Generale nelle Cure Primarie”, tenutosi presso la Facoltà di Medicina dell’Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia (UniMoRe) (A.A.2012)*. La *prima domanda* di apertura, per esempio, come nell’indagine in oggetto, *“Avete mai partecipato ad un focus-group?”*, ha lo scopo di creare un ambiente confortevole e prevede una risposta veloce. Il moderatore potrà recepirne un primo riscontro sul-

le dinamiche della conversazione tra i partecipanti e sul linguaggio adottato dal gruppo. E’ importante ricordare che l’evoluzione della discussione può essere condizionata dall’omogeneità del gruppo rispetto ai ruoli e/o alle loro posizioni reciproche nonché a eventuali precedenti loro partecipazioni a *focus-group* sul tema in oggetto o su altri argomenti.

La *seconda domanda*, introduttiva, per esempio, come nell’indagine in oggetto, *Che cosa sono secondo voi i bisogni formativi di una figura professionale*, avvia ed evidenzia (anche tramite la richiesta di una definizione o di un esempio) l’argomento indagato e consente ai partecipanti di riflettervi. Il quesito potrebbe richiamare uno stimolo di comune esperienza e, nel caso di *focus group* svolti con figure professionali di settore collocati in una più ampia indagine, che aveva suscitato potenziali riflessioni intrasoggettive e intersoggettive con i colleghi e con le altre figure professionali di riferimento, particolarmente quelle implicate nella ricerca. La *terza domanda, di transizione*, per esempio, come nell’indagine in oggetto, *Quali sono secondo gli intervistati le differenze tra i bisogni formativi dei medici in sé e dei futuri docenti di MG*, anticipa la domanda sostanziale e consente di esplorare l’argomento in base allo scopo dell’indagine, eventualmente, sia ponendo l’argomento in rapporto con l’esperienza (teorica e pratica) del soggetto, sia approfondendo l’argomento rispetto alla domanda introduttiva. La *quarta, quinta, sesta, settima ed eventualmente ottava domanda*, sostanziali, per esempio, come nell’indagine in oggetto, *Fra le metodologie didattiche che avete sperimentato (come docente o come discente) potreste riferire quella che ritenete più significativa sul piano educativo?, Quali sono gli argomenti e/o le tecniche di cui sentite il bisogno di completare o me-*

glio consolidare l'apprendimento?, Dunque, quali sono gli argomenti e/o le tecniche di cui sul piano del curriculum formativo suggerireste di completare e/o meglio consolidare l'insegnamento?, Tornati nel vostro territorio dopo la conclusione del master quali strumenti, strategie, agenzie e/o attori di settori sarebbe, secondo voi, opportuno coinvolgere per creare una rete sulla didattica in MG?, hanno lo scopo di raccogliere le informazioni attese dalla discussione tra i partecipanti. Il numero di domande sostanziali che il moderatore può porre sono comprese da un minimo di 2 ad un massimo di 5 (nel nostro caso sono state quattro), soprattutto perché le caratteristiche delle risposte a queste domande – che esplorano il cuore del tema - si contrassegnano per lunghezza e articolazione. La domanda finale, per esempio, come nell'indagine in oggetto, “(Dopo un riepilogo proposto dal moderatore) *Ho detto tutto ciò di cui abbiamo parlato durante la discussione? Ho tralasciato qualcosa d'importante? Qualcuno vuole aggiungere qualcosa?*

Ringraziamenti e commiato”, ha lo scopo di chiudere la discussione. Tale domanda consente ai partecipanti di riflettere e di chiarire i punti fondamentali emersi nel *focus-group*, in funzione di una migliore interpretazione tramite l'analisi e il trattamento dei dati. La domanda finale può caratterizzarsi secondo tre differenti tipologie: incoraggiare il gruppo a riflettere sulle considerazioni emerse, identificando i nodi concettuali; proporre un breve riassunto del moderatore, cui far seguire una domanda rivolta ai partecipanti e intesa ad accertare l'adeguatezza della sintesi operata rispetto alle opinioni emerse e richiedendo, eventualmente, di apportare eventuali aggiunte o specifiche (questo tipo di domanda ha un più alto potenziale di *debriefing*); dopo una sintetica descrizione della ricerca, il moderatore chiede al gruppo se ha tralasciato qualcosa. Nel seminario riferito si è optato per il secondo tipo di domanda, reputando significativa la funzione di *debriefing* che la domanda poteva assolvere.

Bibliografia

Acocella I. (2008), Il focus group. Teoria e pratica, Franco Angeli, Milano.

Albanesi C. (2004), I focus group, Carocci editore, Roma.

Bovina L. (1998), I focus group. Storia, applicabilità, tecnica, in Bezzi C. (a cura di), Valutazione, Giada, Perugia, pp. 37-45.

Cerrocchi L. (2012), Il focus group, in Cecconi L., Cerrocchi L., Pintus A., Gli strumenti della ricerca e l'analisi dei dati, in Cecconi L. (a cura di), Le rappresentazioni degli insegnanti. Un'indagine sulla continuità nelle scuole di Reggio Emilia, Franco Angeli, Milano, pp.36-51.

Corrao S. (2005), Il focus group, Franco Angeli, Milano.

Martini B. (2005), Il focu-group, in Cerrocchi L. e Martini B., Gli strumenti della ricerca, in Frabboni F. e Pinto Minerva F. (a cura di), con la coll.di Baldacci M., Dozza L., Loiodice I., Martini B., Gallelli R., Cerrocchi L., Pianeta delle scienze umane, Laterza, Roma-Bari, pp.266-268.

Zammuner V.L. (2003), I focus group, Il Mulino, Bologna.

Problem Based Learning (PBL) e Case Based Learning (CBL)

Fabrizio Consorti

Soc. It. di Pedagogia Medica (SIPeM) e Dip. di Scienze Chirurgiche Univ. "Sapienza" di Roma.

INTRODUZIONE

Il Problem-based learning (PBL o apprendimento basato su problemi) e il Case-based learning (CBL o apprendimento basato sui casi) sono metodi didattici che appartengono alla classe più generale dell'inquiry o discovery learning (1), cioè dell'apprendimento basato sull'indagine o sulla scoperta. Tutti questi metodi sono accomunati dal riferimento a teorie psicologiche e pedagogiche, nonché a posizioni filosofiche, che fanno capo all'articolato insieme noto come costruttivismo. Il tratto comune all'opera degli psicologi costruttivisti è il ritenere che non esista una conoscenza oggettiva che rappresenta fedelmente il mondo e che può essere trasmessa da una persona all'altra come se fosse un oggetto, ma che ogni conoscenza è "costruita" da un soggetto attraverso la sua relazione con la realtà e con gli altri soggetti. Ciascuno costruisce la sua mappa di significati, con cui si orienta nel mondo e che negozia in continuazione con gli altri. Poiché l'interazione sociale è così importante, il linguaggio in questo contesto è strumento privilegiato di mediazione e ha un ruolo centrale nei processi cognitivi. I linguaggi rendono infatti possibile l'inter-soggettività, cioè la generalizzazione delle conoscenze, così che si crei la possibilità di discorsi coerenti e condivisi sul mondo anche se – come detto prima – la conoscenza è fondamentalmente una costruzione personale. Queste

condivisioni sono però sempre limitate alle comunità di riferimento, che si caratterizzano per uno stesso linguaggio e per avere sistemi di significati fondanti in comune. Per un possibile approfondimento di questo tema si rimanda al Manifesto di Intenti della SIPeM, in cui viene anche presentato il paradigma della complessità come metodo per consentire il dialogo fra saperi diversi.

In accordo con queste teorie psicologiche, le pedagogie di orientamento costruttivista negano che il sapere si possa trasferire direttamente. L'apprendimento è invece il risultato di una soggettiva costruzione di significato, a partire da una complessa rielaborazione interna. Questo processo è permesso e condizionato dal linguaggio ed è sempre culturalmente, socialmente e storicamente contestualizzato.

Tradotto in termini didattici, tutto ciò significa - ad esempio - che il risultato di apprendimento di una lezione frontale non dipende in sé dall'ascolto della lezione stessa, per quanto ben fatta essa sia, ma dal processo di rielaborazione che il discente ne fa, confrontando quanto sentito e visto a lezione con i suoi schemi mentali, con i suoi sistemi di conoscenza, con le sue precedenti esperienze: è questa rielaborazione che "costruisce" la "sua" conoscenza dell'argomento. Il sistema didattico deve perciò considerare la lezione non come il veicolo dell'apprendimento ma solo come uno dei possibili ma-

teriali da costruzione e favorire il processo di rielaborazione dei discenti. I metodi didattici orientati all'*inquiry learning* hanno per l'appunto lo scopo di mettere il discente in una posizione attiva, stimolare il suo investimento di energie nel processo di rielaborazione, evitare che prevalgano gli aspetti di mera memorizzazione dei contenuti. La memorizzazione poi è destinata a persistere a lungo termine solo se i contenuti sono inseriti in una rete più ampia di conoscenze e di esperienze che li renda significativi e ne consenta il reperimento e l'utilizzo quando essi servano per risolvere un problema. Affrontare e cercare di risolvere un problema è ritenuto lo stimolo più efficace per ottenere l'integrazione dei contenuti di conoscenza, perché crea motivazione e attivazione di molte risorse dell'individuo, non solo cognitive in senso stretto ma anche emotive. Se questo processo viene sostenuto non da soli ma in un gruppo di pari, si crea anche un ambiente sociale che facilita ancora di più i processi di costruzione della conoscenza. In questo caso si parla anche di co-costruzione. Questo ultimo processo riguarda anche l'interazione fra i discenti e il docente stesso e rimodella non solo le conoscenze dei primi ma anche quella del docente, che in un gruppo intento nel lavoro di utilizzo dei materiali didattici vede continuamente messa in discussione la sua visione del problema in esame e, in senso più ampio, la sua stessa visione del mondo. Ciò giustifica la necessità di una formazione specifica per i docenti che decidano di utilizzare il PBL o il CBL, non solo per arrivare a padroneggiare le tecniche di organizzazione e interazione, che sono molto più complesse che non nel caso di una lezione frontale, ma anche per maturare la capacità di ascolto attivo, accoglienza e introspezione che evitano il fenomeno di spiazzamen-

to, spesso descritto dai docenti che si percepiscono in qualche misura "marginalizzati" nel processo di acquisizione-costruzione della conoscenza da parte dei propri discenti, abituati come sono invece a essere al centro della scena come dispensatori di conoscenza.

Nei prossimi tre paragrafi riassumeremo brevemente i principi fondamentali dell'*inquiry learning* e del PBL; dedicheremo poi spazio a discutere il CBL, fornendo anche esempi di attività e di materiali utilizzabili nel contesto della formazione pre e post-laurea alle cure primarie.

2 - INQUIRY LEARNING E RADICI COGNITIVE DELL'APPRENDIMENTO

2.1 L'inquiry learning

L'*inquiry learning* o apprendimento basato sull'indagine è una ampia classe di tecniche didattiche fondate sul principio che la pratica di attività quasi sperimentali facilita l'apprendimento. La definizione di "inquiry" o indagine che usiamo qui è stata data da Kuhn in questi termini: "lo sforzo per coordinare ipotesi, osservazioni e prove attraverso lo studio controllato di relazioni di causa-effetto". Come si vede siamo molto vicini alla definizione di un ambiente sperimentale, in cui i tre elementi costitutivi sono il coordinamento di ipotesi e osservazioni, il controllo delle variabili, la ricerca di relazioni causali.

Ad onta dell'apparente alto profilo delle attività di indagine così descritte, questi metodi sono ampiamente usati fin dalla scuola elementare, per ancorare su fatti concreti la comprensione del mondo che i bambini stanno costruendo, derivandola dalla loro esperienza diretta. Proprio con riferimento al ciclo elementare sono stati descritti 4

livelli per le attività di inquiry learning (2), che costituiscono però un continuum essendo in graduale transizione uno nell'altro. Li descriviamo perché costituiscono un utile quadro di riferimento e perché, come vedremo più avanti, le attività di PBL e di CBL si collocano a cavallo fra il secondo e il terzo livello.

Il primo livello è indicato come quello dell'indagine confermatrice, in cui agli studenti vengono dati sia il problema, che i materiali e metodi sperimentali nonché la soluzione del problema. L'attività serve per l'appunto a confermare quanto già noto agli studenti, consolidando la conoscenza. Il secondo livello è indicato come indagine strutturata, poiché vengono forniti il problema e la procedura risolutiva e sta agli studenti trovare la soluzione. Il terzo livello è quello dell'indagine guidata, in cui il docente propone un problema e sta agli studenti ideare una procedura di indagine e trovare la soluzione. Il quarto livello, di gran lunga il più complesso, è noto come indagine aperta e prevede che gli studenti stessi definiscano il problema che sarà oggetto di indagine, progettando poi l'osservazione e la ricerca della soluzione. Una metodologia che si colloca al 4° livello è il Project-based Learning, vera e propria attività di progettazione condotta a fini educativi. Come detto, sia il PBL che il CBL si possono collocare fra il 2° e il 3° livello, in funzione del grado di strutturazione che viene dato al modulo.

2.2 Principi dell'apprendimento cognitivo

In un celebre articolo pubblicato su *Medical Education* nel 1993, Schmidt (3) delinea sei principi fondamentali che guidano l'apprendimento, la cui evidenza è basata su esperimenti di psicologia cognitiva. Come sarà evidente alla fine della lettura di questa schematica elencazione, il tratto comune ai sei principi è che la memoria non viene rappresentata come un "magazzino" in cui si ripongono più o meno ordinatamente oggetti, ma come una "rete" dinamica, in costante trasformazione. Oltre ai veri e propri contenuti appresi, fanno parte della rete anche concetti astratti che servono ad organizzare il materiale, ricordi contestualizzati di esperienze fatte e le stesse emozioni connesse con l'apprendimento. La ricerca di una informazione non è un atto meccanico ma influenzato da molti elementi diversi ed innanzi tutto dalle motivazioni e dagli scopi che si hanno. I principi sono:

a) le conoscenze pregresse possedute su un certo argomento sono il determinante più importante nell'acquisizione di nuove conoscenze. Le pre-conoscenze consentono di comprendere i nuovi contenuti, cioè di introdurli in maniera subito significativa nella rete. Ad es. apprendere il concetto che "la trinitrina è efficace nel ridurre il dolore nell'angina" (frase che potrebbe benissimo essere memorizzata così com'è, senza neanche sapere

LA TABELLA SEGUENTE RIASSUME I 4 LIVELLI

Livello	Problema	Procedura	Soluzione
Indagine confermatrice	Definito	Indicata	Già nota
Indagine strutturata	Definito	Indicata	Da scoprire
Indagine guidata	Definito	Da progettare	Da scoprire
Indagine aperta	Da definire	Da progettare	Da scoprire

- di cosa si stia parlando ...) è più facile se lo studente sa già cos'è la trinitrina e come agisce.
- b) le pre-conoscenze necessitano di essere "attivate" perché possano essere efficaci. L'attivazione è costituita da un elemento di contesto in grado di agire come elementi di richiamo per le pre-conoscenze necessarie. Questo elemento potrebbe anche essere solo un titolo (ad es. "Casi clinici relativi all'uso dei nitro-derivati"). Il modo migliore di attivare le pre-conoscenze è tramite attività che richiedano agli studenti di elaborare conoscenza che già possiedono (vedi principio d). Ad es. prima di affrontare lo studio della terapia delle sindromi coronariche, si potrebbe richiedere allo studente di compilare un elenco delle classi di farmaci che secondo lui possono avere un effetto diretto o indiretto sulla perfusione del cuore.
- c) la conoscenza nella memoria è strutturata in funzione dei compiti per cui è stata acquisita. Se uno studente ha acquisito conoscenza col solo scopo di superare un esame in cui gli verrà chiesto un'esposizione sistematica di un certo argomento, sarà in grado di disquisire brillantemente sulla fisiopatologia delle sindromi coronariche e sul ruolo dei nitro-derivati, ma cimentato con un caso di angina, potrebbe non sapere cosa fare.
- d) archiviazione e recupero dei contenuti sono migliori quando durante l'apprendimento essi sono stati elaborati. Sono forme istintive di elaborazione anche il sottolineare in maniera a volte compulsiva il libro o – molto meglio – il riassumerlo creando autonomamente schemi riassuntivi o mappe concettuali. Ovviamente chiedere agli studenti di risolvere un problema o di trovare soluzione a un quesito è la forma più potente di elaborazione, che organizza anche la conoscenza nella struttura più idonea al successivo utilizzo pratico.
- e) l'attivazione e la disponibilità di contenuti di memoria a lungo termine in situazioni pratiche in cui sono necessarie dipende dal riconoscimento nella situazione in oggetto di elementi del contesto in cui quei contenuti sono stati appresi. Apprendere qualcosa in aula o apprenderlo mentre ci si trova in un contesto simile a quello professionale in cui poi si dovranno utilizzare quelle certe conoscenze non è affatto la stessa cosa.
- f) essere motivati a studiare aumenta il tempo che si dedica allo studio e migliora il profitto. Naturalmente in questo caso parliamo di motivazioni intrinseche al soggetto, cioè della sua "voglia di imparare", non certo della motivazione esterna che può derivare dall'incombenza di una data di esame. Se assumiamo che chi si iscrive a Medicina sia motivato a studiare per essere un buon medico, quanto più le attività educative nelle loro forme richiamano questa motivazione, tante più risorse attiveranno.

Abbiamo evidenziato in neretto le parole chiave di ogni principio e riutilizzeremo questi termini, così come i livelli dell'inquiry learning, per caratterizzare le diverse forme del PBL e del CBL nei prossimi due paragrafi

3 - IL PROBLEM-BASED LEARNING

Il PBL non è qualsiasi forma di apprendimento introdotto dall'esame di un problema, ma un metodo didattico con una sua precisa struttura che lo differenzia da altri tipi di apprendimento guidato, come il Case Based Learning o altre forme di appren-

dimento per piccolo o grande gruppo, come il team-based learning.

Gli elementi caratteristici del PBL sono: il tutor, il problema, la procedura dei 7 salti, il piccolo gruppo, il setting formativo (4). Di seguito daremo una breve descrizione degli elementi, illustrando alla fine un paio di attività di PBL esemplificative nel dominio della Medicina delle cure primarie.

Il tutor

E' una figura centrale nel processo del PBL. Il suo compito fondamentale è quello di facilitare le dinamiche di apprendimento del gruppo, senza sostituirsi agli studenti nell'opera di ricerca delle soluzioni. Il suo primo ruolo è quindi di tipo **meta-cognitivo**, destinato quindi a sostenere e stimolare i processi autonomi di apprendimento. In particolar modo all'interno del metodo PBL il tutor **meta-cognitivo** presidia lo svolgimento ordinato dei "7 salti". Il tutor coopera anche ai processi di programmazione complessiva del corso in cui il PBL è inserito, può agire da valutatore e – uscendo dal suo ruolo principale – può agire anche da esperto dei contenuti, fornendo risposte a domande specifiche, chiarimenti, approfondimenti o sintesi finali. In quest'ultimo caso il tutor deve accuratamente evitare di anticipare risposte a domande non fatte o proporre in maniera esplicita domande.

Il problema

E' un fatto o un evento (o anche una serie di fatti e di eventi) che necessitano di una spiegazione. Il cuore del PBL non è la risoluzione del problema, ma la sua spiegazione, in termini di processi e di principi. Se il problema proposto è di tipo clinico, quindi, lo scopo del gruppo nel PBL non sarà tanto fare la diagnosi e proporre una terapia (come vedremo sarà nel CBL) ma spiegare i perché

di quel quadro clinico secondo tutte le prospettive che si possono immaginare (fisiopatologici, epidemiologici, socio-culturali, biochimici,...). La scelta del tipo di problema e anche la formulazione di presentazione del problema dipendono dagli obiettivi didattici. Anche il ruolo del tutor meta-cognitivo va interpretato alla luce degli obiettivi di quel particolare modulo di PBL. Egli dovrà infatti indirizzare il processo scegliendo con cura le domande con cui gestire i 7 salti. Il problema viene presentato con un breve testo scritto.

I 7 salti

Costituiscono la procedura specifica di un modulo di PBL e differenziano questa metodologia da altri possibili modi di lavorare con un "piccolo gruppo". I salti sono:

1. chiarificare i termini: il gruppo legge insieme il problema di partenza e chiarisce i termini o i concetti non immediatamente comprensibili. Se nel gruppo esistono già tutte le risposte, esse vengono condivise, altrimenti si procede a una veloce ricerca
2. definire il problema: si esplicita il problema (o i problemi) che vengono identificati nella situazione proposta. In altri termini, vengono esplicitamente scritte le domande a cui si vuole trovare risposta
3. formulare ipotesi esplicative: il gruppo discute, guidato metodologicamente dal tutor, che può ad esempio proporre tecniche come il brain storming o altri modi per favorire il pensiero associativo. Vengono elencate alcune ipotesi che possano spiegare il fenomeno o il fatto dato come problema
4. schematizzare le ipotesi e metterle in ordine di priorità: questo salto è preliminare al successivo e serve ad organizzare il lavoro personale di ricerca

5. individuare gli argomenti di studio: sulla base di ciò che già si sa sull'argomento (esplicitato nel primo salto), delle ipotesi da verificare e delle priorità assegnate, vengono indicati gli argomenti che ognuno dovrà approfondire nello studio individuale, anche i relazione ai propri personali bisogni di formazione
6. studio individuale: mentre i primi 5 salti sono stati fatti insieme dal gruppo, più spesso durante il primo incontro, questa fase può durare più giorni, in dipendenza dalla quantità di argomenti e dalle modalità di studio (libro di testo, ricerca di letteratura, esperienze empiriche, ...)
7. sintesi delle informazioni acquisite: il salto in cui si cerca di dare una spiegazione a tutti gli aspetti identificati nel problema, durante i primi 3 salti

Come detto in precedenza, l'intero processo

è supervisionato dal tutor, che è consapevole degli obiettivi didattici sottesi al modulo di PBL e indirizza delicatamente la discussione e la riflessione, principalmente facendo notare gli errori logici o le manchevolezze nell'analisi che il gruppo fa del problema, senza anticipare le risposte. Peraltro il tutor potrebbe anche non essere esperto dell'argomento e non conoscere affatto le risposte.

Il gruppo

Il PBL è una metodologia destinata a piccoli gruppi di discenti, di dimensione ideale tra i 6 e gli 8 elementi. Gruppi più piccoli possono soffrire di povertà di dinamiche, gruppi troppo più grandi possono lasciare le persone meno attive in una posizione defilata e passiva. Tra i compiti più importanti del tutor c'è senz'altro la gestione delle dinamiche interne al gruppo, per evitare il prevalere di

BOX 1 – ALCUNI ESEMPI DI PROBLEMI

UN DOLCE PROBLEMA

Un ragazzo di 24 anni accusa fin da bambino diarrea, dolore e distensione addominale quando assume zucchero, in qualsiasi forma esso sia.

GLI OBIETTIVI FORMATIVI

Per studenti del 2°-3° anno di Medicina: biochimica dei mono e disaccaridi, fisiologia e fisiopatologia dell'assorbimento intestinale dei glicidi, fisiopatologia delle diarree. Per studenti degli anni clinici di Medicina o discenti della scuola specifica: diagnostica differenziale delle diarree, counseling nutrizionale. Si sottolinea come l'obiettivo del gruppo è trovare una spiegazione complessiva a quanto succede nella situazione problematica, chiarificando tutti gli aspetti a partire dalle ipotesi fatte, non necessariamente fare la diagnosi di un raro deficit enzimatico (New England J Med 1987, 316(8): 438-442)

IO NON LO VOGLIO

Una donna di origine indiana, di circa 30 anni, sposata, con un figlio di 12 anni, non in grado di parlare italiano, durante una visita domiciliare in un casolare della campagna emiliana manifesta a segni e con poche parole l'intenzione di interrompere una gravidanza in corso. Il marito sembra avere una forte influenza nella decisione (da "Di casa in casa" di Padula MS. pag 141-142; Modena, Athena, 2010)

GLI OBIETTIVI FORMATIVI

Procedure della legge 194/78; relazione di cura con pazienti non italiani. Anche in questo caso l'interesse è nell'individuazione di tutti gli elementi problematici: clinici, medico-legali, di utilizzo delle strutture sanitarie del territorio, trans-culturali e relazionali e non tanto nella "soluzione" del caso, che oltre tutto non è data, neanche nella narrazione da cui è stato estratto il problema.

leadership naturali soffocanti, conflitti polemi o atteggiamenti di passività da parte di singoli membri del gruppo.

Il setting

Il PBL ha esigenze speciali in termini di infrastrutture. La stanza che ospita il gruppo deve favorire la discussione, quindi deve avere un tavolo centrale intorno a cui sedersi o almeno sedie mobili che possano essere disposte in cerchio. È indispensabile inoltre una lavagna a fogli mobili o un altro dispositivo (lavagne luminose o elettroniche) che consenta di scrivere in maniera visibile a tutti le associazioni di idee, le ipotesi che via via emergono e quanto altro il gruppo produca. Naturalmente se gli argomenti di approfondimento richiedono l'accesso a risorse particolari (biblioteche, banche dati online, laboratori, ...) queste devono essere disponibili per gli studenti.

4 - IL CASE-BASED LEARNING (CBL)

Come abbiamo visto il PBL ha una struttura molto ben definita, anche se ne esistono varianti che differiscono leggermente nel numero e nel tipo di "salti". Nel caso del CBL invece ci troviamo di fronte ad un insieme molto vasto e articolato di metodi didattici, unicamente accomunati dall'aver un "caso clinico" come elemento introduttivo all'attività, ma spesso differenti quanto alle modalità di conduzione (5). In un certo senso quindi, anche un PBL basato su di un caso clinico è un tipo di CBL. In realtà lo specifico del CBL è di favorire l'integrazione di teoria e pratica, attraverso l'elaborazione di casi reali o realistici, nei quali il discente è chiamato a identificare i problemi, prendere decisioni e giungere ad un esito, esattamente come se stesse effettuando attività clinica. Spesso infatti le attività CBL sconfinano

nel gioco di simulazione, su carta o col sussidio della tecnologia telematica. La definizione formale di CBL data in una revisione sistematica di letteratura eseguita dalla **BE-ME Collaboration** (6) è "un approccio alla insegnamento e all'apprendimento che mira a preparare gli studenti alla pratica clinica, attraverso l'uso di casi clinici reali o realistici. Questi casi legano la teoria alla pratica mediante l'applicazione della conoscenza teorica ai casi stessi e incoraggiano l'uso di metodi di apprendimento basati sull'indagine" (Inquiry learning).

a. Struttura dei casi

Non tutti i casi si prestano allo stesso modo ad essere usati come innesco per un CBL. Le caratteristiche ideali di un caso da CBL sono:

- essere autentico o comunque basato su una storia vera: qualche modifica e aggiustamento è consentito ma non deve far perdere il carattere di complessità che contraddistingue i casi veri, anche quando sono "tipici"
- riguardare scenari di comune riscontro: il CBL non è la discussione di casi rari o di presentazioni insolite di condizioni frequenti, perché non è un "case report" clinico
- raccontare una storia: nella presentazione del caso non va trascurata una certa quota di narrazione
- essere allineato con gli obiettivi didattici previsti: la scelta del caso è perciò intenzionale, al termine di una ricerca guidata dagli obiettivi
- avere valore educativo: deve esserci qualche elemento caratteristico
- stimolare interesse: cioè non deve essere banale o troppo semplice
- creare empatia con i personaggi: deve poter attivare anche le risorse emotive

- includere possibilmente citazioni di parole del paziente: ciò aggiunge realismo e drammaticità
- promuovere il decision making:
- avere valore generalizzabile

Come si vede, il tratto comune ai punti di questo elenco è che si vuole un caso che riproduca nel modo migliore possibile una condizione reale, al fine – come ricordato nell’Introduzione – di legare l’apprendimento e la memorizzazione a una situazione professionale concreta (vedi principi “c” ed “e” dell’apprendimento cognitivo).

b. Attività tipiche nel CBL

Nella gran maggioranza delle esperienze riportate in letteratura, le attività di CBL vengono indirizzate a piccoli gruppi di studenti, delle dimensioni già discusse a proposito del PBL. Ci sono tuttavia esperienze di uso

del CBL con intere classi, attraverso l’uso di dispositivi di interazione come i sistemi di tele-voto d’aula, che consentono di “giocare” il caso clinico durante la lezione stessa, chiedendo agli studenti di esprimere la loro scelta ad ogni snodo decisionale del caso stesso. Lo stesso risultato si può ottenere in modo meno spettacolare e più economico attraverso l’uso di cartoncini colorati, assegnando un colore ad ognuna delle scelte possibili agli snodi. E’ evidente che questi sistemi hanno un grado di attivazione e di verosimiglianza molto inferiore a quello ottenibile con il lavoro cooperativo e la discussione all’interno di un piccolo gruppo. Infine il CBL è stato spesso usato attraverso sistemi telematici, di solito basati su web. Uno o più casi vengono resi disponibili per l’elaborazione singola degli studenti, che accedono con i tempi che loro stessi stabiliscono. Molto spesso queste librerie di casi ven-

BOX 2 – DUE ESEMPI DI CBL NELLE CURE PRIMARIE

1. Un corso sulla salute della donna (7)

Moduli: osteoporosi, terapia ormonale post-menopausa, screening per il carcinoma della cervice, fumo e differenze di genere, alcoolismo e differenze di genere

Struttura del corso: 5-6 obiettivi formativi specifici per ogni modulo, 2 domande iniziali a scelta multipla di richiamo delle conoscenze, analisi del caso, riferimenti per l’approfondimento e sitografia, post-test con 10 domande a scelta multipla

I casi: narrazione progressiva della storia di una paziente, intervallata da domande aperte come : “Ci sono differenze sociali, razziali ed etniche fra le donne che fumano? oltre a rischi per la gravidanza, quali altre condizioni di rischio correlate al fumo sono specifiche per la donna nel caso esaminato?”

2. Tubercolosi in un dormitorio per senza fissa dimora (8)

Obiettivi: applicare modelli epidemiologici per comprendere situazioni concrete, identificare i fattori di rischio per la TBC e per l’HIV, valutare metodi di prevenzione basati su popolazione, applicarli a gruppi sociali difficili e svantaggiati

Struttura: vengono forniti brevi profili di 4 ospiti dell’alloggio a cui è stata diagnosticata TBC attiva. Le domande sono:

- cosa altro ti servirebbe di sapere su queste persone?
- quali sono i fattori di rischio per TBC latente o clinicamente manifesta?
- la situazione descritta può essere considerata come epidemica?

Le risposte devono essere motivate e argomentate.

gono resi disponibili in corrispondenza dei periodi di tirocinio clinico, con lo scopo di rinforzare l'apprendimento della gestione di situazioni tipiche, che molto verosimilmente gli studenti incontreranno durante il tirocinio stesso. Un altro scopo è viceversa quello di consentire agli studenti di sperimentare la gestione di situazioni meno frequenti, anche se comunque rilevanti, che potrebbero non essere incontrate durante il tirocinio. Le attività proposte durante un CBL sono essenzialmente riconducibili ai livelli 2° (attività strutturata) e 3° (attività guidata) dell'inquiry learning. Nel primo tipo di CBL agli studenti viene proposta l'anamnesi di esordio di un quadro clinico, insieme all'esame obiettivo e spesso ai risultati di una batteria di esami di laboratorio. Viene quindi chiesto di elaborare una lista di problemi, una lista di diagnosi differenziali per ogni problema, un'ipotesi diagnostica principale, un elenco di test diagnostici di verifica della o delle ipotesi.

Questa elaborazione viene discussa in gruppo, sotto la guida di un tutor clinico, che può fornire o meno le risposte, in funzione degli obiettivi didattici. Se l'analisi del caso viene continuata fino all'accertamento della diagnosi, si può prevedere un ulteriore ciclo di elaborazione per la prognosi e per la terapia.

Quando l'attività è individuale e condotta su web, i moduli con le informazioni cliniche sono alternati a sezioni che contengono quiz o anche domande a risposta libera. In quest'ultimo caso lo studente riceverà un feedback personalizzato sulle sue elaborazioni oppure potrà accedere alle risposte che docenti esperti hanno dato alle stesse domande, per auto-valutarsi. Questa struttura ben definita per il lavoro del gruppo o personale risulta gradita agli studenti, che in molti studi sperimentali hanno espresso

la loro preferenza rispetto a forme più libere di elaborazione (6). Queste ultime hanno il vantaggio di produrre una attivazione più potente delle conoscenze e richiedere una elaborazione più intensa, ma espongono al rischio di "fughe" verso direzioni non significative, come ad esempio ipotesi esplicative inconsistenti. L'errore produce comunque un effetto di apprendimento ma richiede poi molto più tempo e lavoro per recuperare la direzione giusta, anche con l'accorta guida del tutor.

Ciò nonostante sono state condotte esperienze interessanti ed efficaci di utilizzo di CBL di livello 3 (attività guidata, in cui la procedura risolutiva non è strutturata), specialmente in alcuni domini tipici della medicina delle cure primarie, in cui la complessità dei problemi mal si adatta ad essere ricondotta alla struttura schematica di analisi di un caso clinico tipico. In questi casi la differenza fra CBL e PBL sfuma, potendosi trattare in effetti di attività PBL introdotte da un problema clinico. La differenza sarà soprattutto, come già ricordato, nella metodologia di conduzione del gruppo in accordo ai 7 salti o a stili meno strutturati. Nel box 2 sono riassunti alcuni esempi di questo tipo di CBL.

DEFINIZIONI E APPROFONDIMENTI

Costruttivismo: variegato insieme di teorie che riguardano la conoscenza, sviluppate a partire da concezioni filosofiche ma anche da studi empirici di psicologia cognitiva. Il tratto comune è il ritenere la conoscenza come una costruzione attiva del soggetto, sempre situata, cioè indissolubilmente legata a un contesto culturale e storico. La "costruzione dei significati" avviene attraverso processi sociali di collaborazione e comunicazione.

MANIFESTO DI INTENTI DELLA SIPeM E PRINCIPI DELLA COMPLESSITÀ

Il Manifesto è il documento che riassume le affermazioni fondamentali su cui si basano la vision, la mission e le politiche della Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPeM). In esso sono anche descritti i principi di base del pensiero complesso, a cui la Società si rivolge come modalità per superare il dualismo oggi esistente fra cultura “scientifica” e “umanistica”, punti di vista in realtà inscindibili nella clinica.

- **Libertà:** ogni discorso scientifico è legittimo ma parziale e per questo non può essere considerato unico ed egemone. Ogni paradigma produce i propri oggetti, apparati e strumenti di conoscenza a partire dai vincoli cognitivi scelti come “sfondo”, cioè dal punto di vista di chi parla, del quale spesso si è inconsapevoli.
- **Responsabilità:** se ogni sistema di conoscenza ha propri limiti in base ai quali riconosce i suoi oggetti, ne consegue che anche i suoi indicatori derivano dai vincoli e dalle limitazioni prescelte e dei quali è necessario essere consapevoli. Pertanto, ogni scelta che viene effettuata nega contestualmente possibili scelte alternative. In base a essa il soggetto si assume la responsabilità delle proprie affermazioni circa ciò che è vero e ciò che è preferibile in ambito professionale, deontologico ed etico. La responsabilità di tali scelte, tuttavia, non si riferisce all'arbitrario e all'aleatorio, ma – al contrario - richiede che venga consapevolmente sottoposta a un confronto intersoggettivo.
- **Dialogicità:** è possibile far dialogare le conoscenze parziali dei diversi paradigmi. Entrare in rapporto con scelte diverse e parziali implica la capacità di mettersi in discussione e di ri-negozia-

re continuamente i criteri interpretativi. Intersoggettività: il confronto intersoggettivo rende possibile e necessario il dialogo fra i diversi punti di vista, consapevoli che ognuno assume propri criteri di referenzialità (inerenti, cioè, alla scelta del proprio oggetto di conoscenza) e propri criteri di protocollarità (riconoscimento di procedure e protocolli coerenti e compatibili con le scelte selezionate).

Guida meta-cognitiva: il termine meta-prefissato ad una parola spesso indica ricorrenza. Quindi – ad esempio – meta-informazioni significa “informazioni sulle informazioni” (le meta-informazioni sull'identità di una persona sono indicate dal seguente elenco: “cognome”, “nome”, “data di nascita”, “luogo di nascita”, mentre Rossi, Mario, 01-01-1950, Roma sono le informazioni identificative vere e proprie).

La meta-conoscenza è quindi “conoscenza relativa ai processi di conoscenza”. Agire da guida meta-cognitiva significa aiutare i discenti ad acquisire consapevolezza e controllo sui propri processi di apprendimento, indipendentemente dai contenuti.

BEME Collaboration: la Best Evidence Medical and health professional Education è un gruppo internazionale di ricercatori, Università e organizzazioni professionali che si dedica alla ricerca di evidenze scientifiche a supporto delle migliori pratiche di formazione per gli operatori sanitari. E' l'equivalente di ciò che la Cochrane Collaboration è per quanto riguarda le evidenze su terapie e metodi diagnostici e, con lo stesso rigoroso metodo della Cochrane, pubblica meta-analisi e revisioni sistematiche di letteratura a supporto dei metodi didattici. Il sito ufficiale è all'url <http://www.bemecollaboration.org/>

Bibliografia

Azer S.A., Peterson R., Guerrero A.P., Edgren G. (2012), *Twelve tips for constructing problem-based learning cases*, *Med Teach*; 34(5):361-7.

Banchi H., Bell R. (2008), *The many levels of inquiry-based learning*, *Science and Children*, 46:26-29.

Kuhn D. (2005), *Education for thinking*, Cambridge, MA, Harvard University Press.

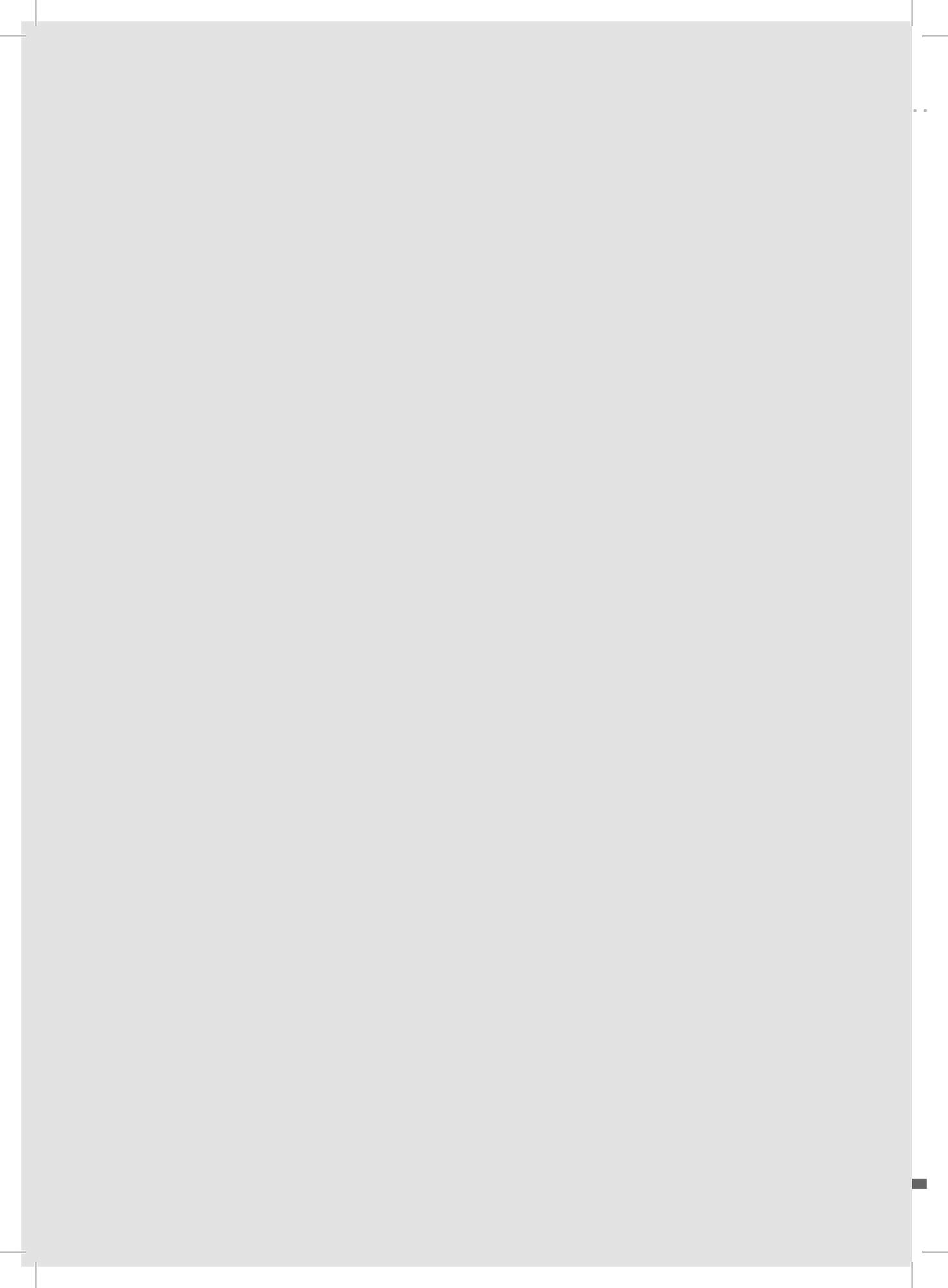
Morrow C.B., Cibula D.A., Novick L.F. (2003), *Outbreak of tuberculosis in a homeless men's shelter*, *Am J Prev Med*, May;24(4 Suppl):124-7.

Sasso L., Lotti A. (2007), *Problem based learning per le professioni sanitarie*, McGraw Hill, Milano.

Schmidt H.G. (1993), *Foundations of problem-based learning: some explanatory notes*, *Med Educ.*, Sep;27(5):422-32.

Thistlethwaite J.E., Davies D., Ekeocha S. et al. (2012), *The effectiveness of case-based learning in health professional education. A BEME systematic review: BEME Guide No. 23*, *Med Teach*; 34(6):e421-44.

Zebrack J.R., Mitchell J.L., Davids S.L., Simpson D.E. (2005), *Web-based curriculum. A practical and effective strategy for teaching women's health*, *J Gen Intern Med*, Jan;20(1):68-74.



Questionari, griglie di valutazione e scale

Come usare strumenti di valutazione come metodi di apprendimento

Fabrizio Consorti

Soc. It. di Pedagogia Medica (SIPeM) e Dip. di Scienze Chirurgiche Univ. "Sapienza" di Roma.

1 – INTRODUZIONE

Come abbiamo visto nel precedente capitolo dedicato al PBL e CBL, al 4° livello dell'*inquiry learning* si colloca il cosiddetto *Project-based learning*, in cui i discendenti vengo spinti all'apprendimento attraverso la progettazione ed eventuale esecuzione di attività sperimentali vere e proprie, di tipo osservazionale o inferenziale. Anche se si tratta di attività ad elevata complessità e che prevedono un impegno non indifferente di risorse, è sembrato opportuno completare la trattazione, iniziata nel capitolo precedente, sintetizzando in questo capitolo le principali norme di progettazione e realizzazione di alcuni strumenti di indagine, particolarmente utili nel campo della medicina delle cure primarie come i questionari e le griglie di valutazione.

Queste indicazioni possono essere utili per il tutor o docente clinico che si trovi ad assistere uno studente nell'esecuzione di semplici attività di ricerca, ai fini di apprendimento o di elaborazione di un lavoro di tesi. La trattazione del metodo di progettazione e sviluppo di questionari e griglie consentirà anche di discutere di alcuni concetti come **costrutto**, **validità** e **attendibilità**, che hanno grande rilevanza anche nel campo della valutazione. Un'attività di project ba-

sed learning può essere condotta come una ricerca con gli abituali outcome quantitativi legati a misure di frequenze dei fenomeni osservati (incidenza, prevalenza, guarigione, morbilità, mortalità, rischio, ...) o a misure di parametri numerici (ad es. pressione arteriosa, glicemia, ...). In questo caso la metodologia non si discosta in nulla dall'abituale impostazione di una ricerca clinica: si identificherà una classe di pazienti, l'intervento che si vuol valutare, il termine di paragone e l'esito che si vuol osservare, secondo la metodologia riassunta dall'acronimo PICO (Patient – Intervention – Comparison – Outcome).

Il dominio delle cure primarie è tuttavia caratterizzato dal forte impatto dei determinanti socio-culturali, dalla cronicità e dall'importanza degli elementi che caratterizzano lo sfuggibile concetto di qualità di vita. Sono tutti elementi che mal si prestano a una misura diretta.

Si pensi ad esempio all'Indagine multiscopo sulle famiglie che l'ISTAT effettua annualmente, per rilevare tra l'altro le condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari: come potrebbe essere possibile misurare "direttamente" la percezione della propria salute, percezione che esiste solo come elemento mentale? Il questionario esordisce chie-

.....

do “Come va in generale la sua salute?” e suggerisce 5 risposte graduate come “Molto bene”, “Bene”, “Né bene né male”, “Male”, “Molto male”, ma non ci si deve fare ingannare: questa domanda NON misura il grado di salute. Tuttavia la risposta alla domanda verrà trattata dai ricercatori dell’ISTAT come una variabile numerica discreta, con valori da 1 a 5. La salute di una persona potrebbe essere certificata solo da un medico, che avrebbe comunque difficoltà ad esprimerla come “misura” del grado di salute.

Cosa esprime allora questa misura? Essa esprime il grado di convincimento, l’opinione che il soggetto intervistato ha relativamente alla bontà della sua salute. Indichiamo questa opinione o convincimento come variabile latente o costrutto, mentre la scala graduata da 1 a 5 che corrisponde alla sua risposta ad una domanda specifica ne è lo strumento di misura.

Il rapporto fra costrutto e sua misura è critico, perché da esso deriva la correttezza delle inferenze che si fanno sulla dimensione della variabile latente. Gli strumenti di misura di solito sono basati su azioni che il soggetto studiato compie come espressione del costrutto. Nella gran maggioranza dei casi l’azione corrisponde al rispondere ad una domanda, ma esistono strumenti molto famosi in ambito medico in cui l’azione osservata è una delle attività di vita quotidiana, come la scala delle attività strumentali di vita quotidiana (IADL, vedi la griglia nell’esempio 1). Le forme più classiche che quindi assume uno strumento di misura di costrutti sono il questionario e la griglia di valutazione. Entrambi usano scale per esprimere la misura.

2 – PROGETTAZIONE

La progettazione di uno strumento di misura si svolge in quattro fasi: definizione con-

cettuale del costrutto, identificazione di un set di elementi osservabili e ritenuti in correlazione verosimile con il costrutto latente, scelta della strategia per la codifica delle risposte e creazione della scala e calibrazione dello strumento.

2.1 Definizione del costrutto

La definizione del costrutto è il primo, fondamentale momento. Anche se può sembrare ovvio e facile, è viceversa necessario che la scelta sia chiara e possibilmente fondata su una teoria, che consenta poi più facilmente di identificare gli elementi rappresentativi osservabili. Non è insolito infatti che il costrutto possa essere parzialmente sovrapposto ad altre variabili latenti. Supponiamo ad esempio di voler misurare l’influenza che l’informazione che corre via web ha nel determinare alcuni aspetti dello stile di vita, come l’auto-medicazione. Il costrutto potrebbe essere “attitudine a subire l’influenza” ma dovremmo fare molta attenzione a distinguere tra questo aspetto specifico ed altri più generali come il grado di alfabetizzazione informatica dei nostri soggetti di studio. Alla fine concludere che il web non ha influenza sullo stile di vita solo perché quasi nessuno dei soggetti di studio sa usare un computer risulterebbe ovviamente essere una falsa conclusione. Una domanda come: “Usi Internet per ricercare informazioni sui farmaci?” non è in grado di discriminare fra coloro che non lo fanno perché non si fidano dell’informazione che corre sul web e coloro che non lo fanno perché non sanno accedere alla rete. Sarà quindi necessario esplorare anzitutto il possesso di quest’ultima abilità, che è anch’essa un costrutto, osservabile solo attraverso comportamenti agiti.

2.2 Scelta degli elementi

La scelta degli elementi osservabili è il se-

condo passo. Un buon set di elementi è caratterizzato dalla progressività e dalla ridondanza.

Con progressività si intende una successione di comportamenti che testimoniano del possesso sempre maggiore del costruito da parte del soggetto studiato. La progressione si esplica sia con la frequenza dichiarata per certi comportamenti (ad es.: “Ha mai comperato farmaci via Internet?” mai, molto raramente, qualche volta, spesso) ma anche con la dichiarazione di certi comportamenti (ad es.: “Consulta almeno una volta a settimana siti di informazione medica?” no, sì). In questo ultimo esempio si suppone che altre ricerche abbiano dimostrato che l'accesso almeno settimanale a siti di informazione medica sia una soglia che testimonia un forte atteggiamento positivo.

La ridondanza è la presenza di più di un elemento che esplori azioni analoghe che il soggetto studiato compia come effetto del costruito. Agli esempi fatti sopra si potrebbe allora aggiungere domande come “Pensi che sia bene comperare farmaci via Internet?” o “Pensa che l'informazione medica offerta dai siti Internet sia utile?”. La ridondanza aumenta l'affidabilità dello strumento, migliorandone le performance di misura.

Non c'è una regola per stabilire quale sia il numero migliore di domande da mettere in un questionario o di elementi di valutazione di una griglia. In linea di massima, maggiore è il numero meglio è; d'altra parte un numero molto alto espone al rischio di scarsa chiarezza e di scarsa compliance da parte dei compilatori.

Esistono alcune regole che guidano alla scrittura di buone domande per un questionario, in particolar modo circa le cose da evitare. In particolar modo dovrebbero essere evitate:

- le frasi troppo lunghe e sintatticamente complesse
- le frasi con doppio negativo, anche implicito, come nell'esempio: “Esprimi il tuo grado di accordo con la seguente affermazione <Non sono d'accordo con la sospensione ...>”. Meglio sarebbe dire: <Sono d'accordo con la prosecuzione ...>
- le frasi che contengono doppi o anche tripli elementi, come ad esempio: “Esprimi il tuo grado di accordo con la seguente affermazione <La diffusione di informazioni sanitarie via Internet è positiva perché è segno inevitabile del progresso >”. In questa frase, l'opinione circa la positività della diffusione via Internet è assoluta o accoppiata all'idea che il motivo sia il progresso e che il progresso sia inevitabile o la diffusione sia inevitabile? Un basso grado di accordo con l'affermazione a quale elemento andrebbe fatto risalire?

Oppure: “L'acquisto di farmaci e altri dispositivi medici via Internet è pericoloso”. Chi risponde potrebbe ritenere pericoloso comperare farmaci ma non pericoloso comperare uno sfigmomanometro automatico in un sito di *e-commerce*.

I singoli elementi (domande o azioni nella griglia) possono indicare la presenza del costruito o la sua assenza, a seconda di come sono scritti. Ad esempio: “Esprimi il tuo grado di accordo con la seguente affermazione <Acquistare farmaci via Internet è sicuro>” ma si poteva anche usare la frase <Acquistare farmaci via Internet è pericoloso>. Usare espressioni positive e negative è utile per aumentare la ridondanza dello strumento, esplorando in maniera speculare aspetti analoghi. Ovviamente quando si calcolerà il punteggio, le frasi negative andranno computate in maniera inversa: un grado alto di accordo conferirà un punteggio basso.

2.3 Strategia di codifica

La strategia di codifica delle risposte è un ulteriore passo. Se ci sono elementi soglia o se certe azioni nella griglia possono essere senza ambiguità indicate come “eseguite” o “non eseguite”, senza riguardo alla frequenza o alla facilità di esecuzione, allora possono essere usate anche delle risposte dicotomiche (si/no, vero/falso). Andrà posta tuttavia molta attenzione a questo aspetto: ad esempio nella scala IADL (esempio 1) una valutazione dicotomica per l'azione “Usa il telefono” non sarebbe appropriata. La scala dimostra come sia stato possibile indicare quattro gradi di autonomia decrescente per l'uso del telefono, dalla piena capacità fino all'impossibilità totale. Una questione particolare è allora il numero di “gradi” ammissibili per una risposta. Come per il numero di elementi, anche in questo caso un numero di gradi elevati aumenterebbe la performance di misura dello strumento, ma ne renderebbe più complicata la compilazione. Inoltre esistono dubbi che in una scala da 1 a 100, due risposte come 45 e 50 indichino veramente una differenza e non solo una scarsa capacità del rispondente di graduare la sua risposta. Il formato più abituale per le domande che indagano opinioni è la scala Likert, in cui il grado di accordo con l'affermazione contenuta nella domanda è espresso con un numero di gradi che vanno dai 4 ai 10. La domanda è accompagnata da un'istruzione come “Segna il tuo grado di accordo secondo la seguente scala”:

- 1- disaccordo totale;
- 2 – disaccordo parziale;
- 3 – accordo parziale;
- 4 – accordo totale

oppure

da 1 – disaccordo totale a 10 – accordo totale.

Questa ultima struttura di risposta può an-

che essere ottenuta con una scala visuo-analogica, a somiglianza di quelle usate per la misura del dolore, in cui il soggetto di studio segna con una penna il suo grado di accordo. La codifica avviene poi con un righello centimetrato:

Fig. – Scala Visuo-analogica (VAS)

1 10

Un'altra possibile tecnica è quella basata sulle coppie semantiche. In questo caso, espressa un'affermazione che è correlata col costruito (ad es.: “L'acquisto di farmaci via Internet è ...”) si propongono coppie di aggettivi opposti, separati da spazi che esprimono il grado di “vicinanza” che il rispondente percepisce a uno dei due aggettivi. Nell'esempio:

sicuro	pericoloso
utile	inutile
economico	costoso

In questo caso il numero di gradi scelti è 7.

2.4 Validazione e calibrazione

L'ultimo passo nello sviluppo di uno strumento è la sua validazione e calibrazione.

Una discussione approfondita di questi argomenti esula dallo scopo di questo capitolo, richiedendo la trattazione teorica e matematica dei concetti di validità e affidabilità di uno strumento di misura, ma è comunque utile stabilire qui che una volta delineato in bozza, uno strumento dovrebbe essere sottoposto ad un gruppo di esperti per un loro giudizio di validità e somministrato ad un campione di potenziali soggetti di studio, per testarne la comprensibilità e per avere una prima idea del suo grado di performance. La performance attesa sostanzialmente è la capacità di restituire punteggi diversi per diversi soggetti, proporzionali alla “quantità di costruito” posse-

duta da ogni soggetto. Una distribuzione dei punteggi concentrata verso uno degli estremi della scala dei punteggi testimonia della scarsa capacità di discriminazione dello strumento, troppo sensibile (tutti i punteggi verso l'alto) o troppo poco sensibile (tutti i punteggi verso il basso).

Il punteggio totale dello strumento di solito corrisponde alla somma dei punteggi dei singoli elementi, avendo assegnato un punteggio inverso al grado espresso dal rispondente per quegli elementi che sono formulati in negativo, come esemplificato più sopra. Esistono tecniche statistiche particolari, note nel complesso come analisi fattoriale, che consentono di esplorare se la composizione del punteggio totale (cioè se la quantità totale di costrutto posseduto dal soggetto) non sia in realtà espressione del contributo di diverse componenti, quasi dei sotto-costrutti, che possono identificarsi con gruppi di elementi correlati fra loro per analogia di significato. L'analisi fattoriale svela l'esistenza di tali raggruppamenti di elementi statisticamente correlati, denominati fattori, ma l'interpretazione di questo rilievo probabilistico è poi affidata alla sensibilità del ricercatore, che nella sua analisi si baserà preferibilmente su teorie già note.

Nell'esempio 2 viene presentata a titolo di esempio la Jefferson Scale of Empathy (JSE) (1), una diffusissima griglia di valutazione dell'opinione che gli operatori sanitari hanno nei confronti del ruolo delle emozioni nel processo di cura e ne viene brevemente discussa l'analisi fattoriale condotta nella ricerca originaria e in due ricerche relative alla versione italiana della JSE (2,3). Non sorprenderà scoprire che medici e studenti americani e italiani hanno una struttura fattoriale diversa del costrutto "empatia", definito - come sopra specificato - in quanto opinione sul ruolo delle emozioni.

DEFINIZIONI E APPROFONDIMENTI

Costrutto e strumento

Il costrutto è l'oggetto teorico di interesse, che però è latente e non può essere misurato direttamente. Un costrutto è in genere una realtà psicologica, come l'attitudine verso qualcosa, il bisogno di qualcosa, un elemento di personalità o concetti immateriali come la qualità di vita.

È il caso di notare che un tipo di costrutto molto significativo se parliamo di formazione è la "conoscenza" di qualcosa, che sia conoscenza teorica, applicativa o tecnico-manuale. Essa è un costrutto perché esiste solo nella mente del discente e non può essere osservata direttamente. Le domande d'esame, i test, la risoluzione di problemi, le prove pratiche sono strumenti di misura per valutare i costrutti conoscitivi e di abilità, che costituiscono l'esito dei processi di apprendimento. Questo tema sarà ripreso e approfondito nel capitolo dedicato ai questionari, nella Parte IV di questo manuale relativa alla Valutazione dell'apprendimento.

Validità (Validity)

La validità di uno strumento di misura è la capacità dello strumento di misurare proprio il costrutto per cui è stato progettato, in tutta la sua possibile estensione.

Esistono metodi diversi per valutare la validità, ma il principale è il documentare in maniera rigorosa il processo di sviluppo dello strumento, secondo le fasi indicate nel testo del capitolo e sottomettere lo strumento al giudizio di un gruppo di esperti.

Altri possibili criteri di validità sono il paragonare le performance dello strumento progettato con quelle di un altro strumento noto e validato (criterion validity) o chiedere una valutazione a un campione di utenti

dello strumento (face validity). L'analisi fattoriale è un metodo indiretto per valutare la validità. Se il costrutto mostra una struttura interna con pochi fattori, internamente fortemente correlati e significativi, ciò è indice di buona validità.

Attendibilità (Reliability)

L'attendibilità di uno strumento di misura è la sua capacità di fornire sempre lo stesso risultato se applicato più volte sullo stesso soggetto o se usato contemporaneamente da due valutatori diversi sullo stesso soggetto. Nel primo caso la valutazione dell'attendibilità dovrebbe essere basata su misurazioni ripetute (test-retest reliability), ma non sempre ciò è possibile né sempre si può ritenere che tra una misurazione e l'altra il soggetto studiato non cambi. Si usa quindi una tecnica che si basa sulla correlazione esistente fra la misura di ogni singolo elemen-

to e quella complessiva di tutti gli altri, come se ogni coppia "elemento singolo versus tutti gli altri" fosse una ripetizione della misura. Questa tecnica si chiama attendibilità interna (internal reliability o anche internal consistency) e produce un indicatore noto come alfa di Cronbach, i cui valori variano da zero a uno. Un valore superiore a 0.80 è di solito ritenuto indice di una buona attendibilità dello strumento.

Il paragone fra i giudizi di due valutatori che agiscono contemporaneamente si chiama inter-rater reliability ed è indicata quando la compilazione dello strumento preveda un certo grado di soggettività da parte del valutatore, come ad esempio in una scala di valutazione della gravità dell'otite media pediatrica sulla base di gonfiore e rossore del timpano. Il grado di accordo fra due valutazioni si esprime con un indice noto come k di Cohen.

ESEMPIO 1 - INDICE DI DIPENDENZA NELLE ATTIVITÀ STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA (SCALA IADL) (Lawton MP. Instrumental Activities of Daily Living. Gerontologist 1969;9:179)

A) CAPACITÀ DI USARE IL TELEFONO

1. Usa il telefono di propria iniziativa (alza la cornetta, compone il numero.....)
2. Compone solo alcuni numeri ben conosciuti
3. Risponde al telefono ma non è capace di comporre i numeri
4. Non è in grado di usare il telefono
0. Rifiuto - non applicabile

B) FARE ACQUISTI

1. Fa tutte le proprie spese senza aiuto
2. Fa piccoli acquisti senza aiuto
3. Ha bisogno di essere accompagnato ogni volta che deve acquistare qualcosa
4. Non è in grado di fare acquisti
0. Rifiuto - non applicabile

C) PREPARAZIONE DEL CIBO

1. Organizza, prepara e serve i pasti in modo adeguato e senza aiuto
2. Prepara pasti adeguati se gli vengono forniti gli ingredienti
3. Scalda e serve pasti preparati oppure prepara cibi, ma non mantiene una dieta adeguata
4. I pasti gli devono essere preparati e serviti
0. Rifiuto - non applicabile

D) CAPACITÀ DI ACCUDIRE LA CASA

1. Sbriga le faccende domestiche da solo o con assistenza occasionale per i lavori pesanti

2. Esegue autonomamente i lavori domestici non pesanti (rifà il letto, lava i piatti.....)
3. Esegue autonomamente i lavori domestici non pesanti ma non è in grado di mantenere un adeguato livello di pulizia della casa
4. Necessita di aiuto per tutti i lavori domestici
5. Non partecipa a nessuna azione di governo della casa
0. Rifiuto - non applicabile

E) AUTONOMIA NEL LAVAGGIO DELLA BIANCHERIA

1. Lava personalmente tutta la sua biancheria
2. Lava solo i piccoli capi di biancheria (calzini, fazzoletti)
3. Tutta la biancheria deve essere lavata e stirata da altri
0. Rifiuto - non applicabile

F) MEZZI DI TRASPORTO

1. Si sposta da solo utilizzando i mezzi pubblici o guidando la propria auto
2. Per spostarsi usa il taxi, ma non i mezzi pubblici
3. Usa i mezzi pubblici se assistito o accompagnato da qualcuno
4. Può spostarsi soltanto in taxi o in auto con l'assistenza di qualcuno
5. Non si sposta con alcun tipo di mezzo di trasporto
0. Rifiuto - non applicabile

G) RESPONSABILITÀ NELL'USO DEI MEDICINALI

1. Assume i medicinali prescritti nelle dosi giuste e negli orari corretti
2. Assume i medicinali solo se preparati in anticipo in dosi separate
3. Non è in grado di assumere correttamente le terapie da solo
0. Rifiuto - non applicabile

H) CAPACITÀ DI GESTIRE LE PROPRIE FINANZE

1. Gestisce le proprie finanze in modo autonomo (scrive assegni, paga le tasse, va in banca, raccoglie e tiene nota delle entrate, riscuote la pensione)
2. È in grado di fare piccoli acquisti ma necessita di aiuto per le operazioni più complesse (operazioni bancarie, acquisti maggiori....)
3. Non è in grado di maneggiare denaro
0. Rifiuto - non applicabile

ISTRUZIONI PER L'USO

Il paziente sarà classificato come disabile se:

- abitualmente non svolge il compito analizzato;
- non può svolgere il compito;
- la disabilità é conseguente a problemi di salute.

Se il mancato esercizio di una attività non è legato ad una perdita di funzione ma al fatto che quella attività non è mai stata svolta anche quando la persona era sana ed autonoma barrare la casella "non applicabile". Nel dubbio, soprattutto per gli uomini e per quelle attività identificate come prevalentemente femminili, utilizzare sempre questa opzione.

Il dato finale può essere riportato:

- sommando i punteggi conseguiti; il risultato sarà un numero intero compreso fra 0 ed 8;
- utilizzando la formula seguente, che determinerà un risultato decimale compreso fra 0,00 e 8,00: $((A+B+C) \times 0,25) + ((E+G+H) \times 0,33) + ((D+F) \times 0,20)$

0 corrisponde alla massima autonomia ed 8 alla totale dipendenza.

Nei maschi, data la minore abitudine ad eseguire alcuni compiti domestici, il fondo scala può essere limitato a 5.

ESEMPIO 2 – IL CASO DELLA JEFFERSON SCALE OF EMPATHY (JSE)

La JSE è una griglia composta da 20 affermazioni, per ognuna delle quali bisogna indicare il grado di accordo su una scala da 1 a 7. Sono espresse in forma negativa (cioè un voto alto indica poco costruito posseduto) le affermazioni n. 8, 10,11,14,15,16,17,18 e 20

	Elementi della JSE	Fattore
1	I medici dovrebbero cercare di capire cosa pensano e sentono i propri pazienti prestando attenzione ai loro messaggi non verbali e al linguaggio del corpo.	1
2	I pazienti apprezzano la comprensione da parte del medico del loro stato emotivo, condivisione che ha in sé un valore terapeutico.	1
3	La comprensione da parte dei medici dello stato emotivo dei propri pazienti e di quello dei loro familiari è una componente importante nella relazione medico-paziente.	1
4	I pazienti si sentono meglio quando i medici capiscono il loro stato emotivo	1
5	Credo che l'empatia sia un importante fattore terapeutico nel trattamento medico	1
6	L'empatia è un'abilità terapeutica senza cui il successo del trattamento è limitato	1
7	Nel rapporto medico-paziente la comprensione del linguaggio del corpo dei pazienti è importante tanto quanto la comunicazione verbale.	1
8	Chiedere ai pazienti cosa stia accadendo nella loro vita personale non è d'aiuto nella comprensione del loro problema di salute	1
9	Un buon senso dell'umorismo da parte del medico contribuisce ad un miglior risultato clinico.	poco significativo
10	Poiché le persone sono diverse, è difficile vedere le cose dal punto di vista dei pazienti.	2
11	È difficile per un medico vedere le cose dal punto di vista dei pazienti	2
12	Per dare un'assistenza migliore, i medici dovrebbero cercare di pensare come i propri pazienti.	3
13	I medici dovrebbero immaginarsi nei panni dei loro pazienti quando si prendono cura di loro.	3
14	I medici non dovrebbero lasciarsi influenzare da intense relazioni personali fra i propri pazienti e le loro famiglie.	3
15	Credo che i sentimenti non abbiano posto nel trattamento delle malattie	4
16	Non amo leggere riviste non mediche e non mi interesso di arte.	4
17	La comprensione da parte dei medici dello stato emotivo dei pazienti e di quello dei loro familiari non influenza il trattamento medico o chirurgico.	4
18	Non è importante prestare attenzione alle emozioni dei pazienti durante il colloquio e la raccolta dell'anamnesi.	4
19	La comprensione da parte dei medici dello stato emotivo dei propri pazienti e di quello dei loro familiari è una componente importante nella relazione medico-paziente.	4
20	La comprensione da parte dei medici dello stato emotivo dei pazienti e di quello dei loro familiari non influenza il trattamento medico o chirurgico.	4

L'originaria analisi fattoriale eseguita da Hojat, ideatore della JSE [Hojat 2002] aveva indicato la presenza di 3 fattori, denominati "Assumere la prospettiva", "Mettersi nei panni del paziente", "Curare con compassione". L'analisi condotta su un campione di medici [De Lillo] e di studenti italiani [Consorti] ha solo in parte confermato questa struttura. In realtà il costruito è apparso più complesso negli italiani, evidenziando 4 fattori principali, solo in parte sovrapponibili a quelli della ricerca americana. E' significativo che due ricerche indipendenti, condotte su due gruppi professionali diversi di italiani abbiano prodotto risultati molto simili. I quattro fattori identificati sono stati

"Emozioni", "Punto di vista", "Distacco professionale", "Curare con compassione". I numeri nell'ultima colonna della tabella indicano a quale fattore sia stato imputato dall'analisi statistica ogni elemento della griglia. L'ordine degli elementi nella tabella non è quello con cui sono presentati nella griglia ma essi sono stati raggruppati per fattore, per agevolare la lettura comparativa.

Si noti come uno degli elementi – il n. 9 – sia risultato poco significativo nella versione italiana, segno che il richiamo al senso dell'umorismo probabilmente non è un comportamento in grado di discriminare il possesso del costruito nel nostro ambiente culturale.

Bibliografia

Consorti F., Potasso L., Toscano E. (2013), "Toward a full integration of teaching/learning professionalism and clinical competence in medical students", in *Medical Education: Global Perspectives, Challenges and Future Directions*. cp.3. Giardino A.P., Giardino E.R. eds, Hauppauge NY: Nova Publ.

Di Lillo M., Cicchetti A., Lo Scalzo A., Taroni F., Hojat M. (2009), *The Jefferson Scale of Physician Empathy: preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians*, *Acad Med.*; 84(9):1198-2002.

Hojat M., Gonnella J.S., Nasca T.J., Mangione S., Velosky J.J., Magee M. (2002), *The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at idem level*, *Acad. Med.*; 77(suppl.10):S58-60.

PARTE II

Le Medical Humanities;
le metodologie
innovative
nell'apprendimento



L'umanizzazione della medicina

Giacomo Delvecchio

Dip. PAC NOCE Ricoveri ASL di Bergamo, Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPeM)

Nell'epoca della tecnica prometeica che tanto ci ha già dato e che ancor più promette per il futuro contro la fatica del vivere e del soffrire, si scopre la medicina umanistica. Questa è una sorpresa: nell'epoca dello scientismo realizzato, la medicina si prospetta inattesi rivolgimenti. Ma questi non sono una sorpresa: da sempre la medicina è abituata ai rivolgimenti e fa da apripista per cambiamenti radicali che arrivano a coinvolgere l'intera rappresentazione della conoscenza sull'uomo e sulla sua salute. È stato così al tempo del rinascimento anatomico, tanto per fare un esempio, o al tempo della microbiologia pionieristica o a quello della genetica di cui ancora dobbiamo godere i frutti maturi o, lo si veda come altro esempio, ai successi della bioingegneria terapeutica. Ma questo nuovo stimolo al cambiamento che ora è dato osservare ha una caratteristica peculiare: ci si prospetta non una medicina radicalmente diversa ma un modo diverso di essere medici di questa medicina. Perché è questo il programma cui siamo sollecitati: un programma che non concerne i contenuti del sapere ma le modalità dell'applicazione di questo sapere. Non un nuovo traguardo di cura, in altre parole, ma una nuova declinazione dell'assistenza per l'eccellenza medica già conseguita. Perché c'è una cosa da dire subito: nel cambiamento sociale che in questi anni ha coinvolto tutti, i malati oggi vogliono tutta la cura possibile con tutti i mezzi a disposizione della medicina ma non vogliono solo essere i destinatari della cura; vogliono esser-

ne protagonisti come i loro curanti che, pur validi tecnicamente, sono spesso considerati insufficienti alla bisogna. È così enunciato il diffuso motivo sociale, presente a tutti i cittadini curati e curanti, della medicina umanistica.

Per parlare adeguatamente di medicina umanistica sono, però, opportune una premessa e una definizione. Come premessa bisogna rifuggire da ogni retorica sul passato e sulla professione tanto facili quanto sterilmente declamatorie perché prive di efficaci ricadute per il cambiamento auspicato. Per questo non vi è un rimpianto per la medicina di una volta in cui si accedeva alla professione passando, prima, da studi umanistici e, poi, dall'esame di etica e di filosofia che erano obbligatori per i futuri medici (Lippi, Baldini, 2000, p.77). Resta, infatti, sempre da dimostrare che una formazione siffatta abbia reso i colleghi di una volta più attenti a quello che oggi si chiede al medico, ossia di essere umanamente partecipe alle sofferenze del malato. Ed è questa la definizione di medicina umanistica che ci occorreva. Per questo programma, l'umanesimo in medicina non è, quindi, riferito tanto al curriculum di studi quanto alla conformazione del professionista che non prescinde, ovviamente, dalla sua formazione. L'attenzione formativa, però, non è sull'insegnamento né sul docente – per quanto siano entrambi necessari e importanti l'uno come veicolo e l'altro come maestro di ruolo – ma sull'apprendimento e sull'allievo la cui educazione prelude all'innesto tra saperi uma-

nistici e scientifici convergenti in un'unica competenza maturata anche in virtù di una didattica adeguata e pertinente. Per questo le *humanities* – costellazione di saperi in cui la letteratura insieme a tutte le arti e a tutte le riflessioni sulle arti e sull'uomo e sulla conoscenza dell'uomo – si stanno diffondendo in medicina come primario e innovativo strumento didattico con un'estensione che denota non una moda ma un vero interesse culturale e pedagogico (Fieschi, Matarese, Vellone, Alvaro, De Marinis, 2013, 49: 56-64).

Succede, allora, che l'umanizzazione della medicina – questo è il risultato di questa formazione – altro non è se non una pratica clinica più vasta: il medico umanista è – rimane sempre – l'esperto tecnologo chino al capezzale del malato per coglierne i segni fisici ma in aggiunta è il sodale piegato per raccogliergli la vicenda umana. Dei primi se ne serve per la diagnosi e la terapia; della seconda se ne serve per un accudimento giudizioso del malato e per una testimonianza partecipe alla sua condizione. Diagnosi e terapia, da una parte, e accudimento e testimonianza, dall'altra, sono gli strumenti della cura; quella cura che è rivolta non alla malattia ma all'uomo malato che in questa sua fragilità non versa mai in una diminuzione di status ma che denota e che richiede invece un plus di umanità.

A ben guardare, non è che l'umanesimo sia così lontano dalla medicina in modo da doverlo introdurre forzatamente. Non è mai sopita la discussione se la medicina sia una scienza e, posto che lo sia, a che genere di scienza appartenga; ancora recentemente è stato ribadito che appartiene all'antropologia o, meglio, è stato affermato un modello eco-bio-sociale della medicina che appartiene alle scienze umane (Materia e Baglio in AA.VV., 2007, p.30). Messi in questa pro-

spettiva si costata che non sono le *humanities* ad entrare nella medicina ma è la medicina che non è mai uscita dalle *humanities*. In fondo cos'è il sapere della medicina? Non è forse un sapere dell'uomo, sull'uomo, con l'uomo e per l'uomo? E chi può contraddire queste affermazioni? Certamente non un medico che almeno una volta nella sua vita abbia curato degli uomini! È come la pedagogia che anch'essa si qualifica sapere dell'uomo, sull'uomo, con l'uomo, per l'uomo. E nemmeno la profonda analogia tra queste due diverse discipline, nessun medico - meglio: nessun dottore, perché medico e dottore non sono affettivamente la stessa cosa - potrà mai smentire. Ma a quale scopo, dobbiamo poi chiederci, questo sapere è così curvato? E verso quale convergenza d'intenti? A queste domande, naturalmente, è possibile immaginare tante risposte quante sono le sensibilità personali. Sebbene tali risposte siano tutte legittime e tutte soggettivamente vere, una sola le compendia e le riassume: per ricercare la verità dell'uomo. E per ricercare la verità dell'uomo ci vogliono la scienza che è conoscenza dei fenomeni sensibili, la filosofia che è conoscenza delle essenze, le *humanae litterae* che sono rappresentazioni dell'animo e dei sentimenti, le arti tutte che fanno scuola di emozioni e di passioni. Ecco, allora, che a questo punto si scopre un'altra novità: davvero la clinica così esercitata è un'arte applicativa di tanti saperi, tra cui quelli umanistici messi al primo posto!

Se la medicina è umanesimo, non esistono due culture diverse e separate come alcuni studiosi propugnano (Snow, 2005) così come non esiste nessuna medicina antiumana: sono solo la tecnica, intesa non come macchinismo ma piuttosto come tecnocrazia, e l'istituzione, declinata amministrativamente come burocrazia, che rendono disuma-

no l'esercizio della medicina. Questo risultato, sicuramente non voluto nelle intenzioni di nessuno e quindi frutto di una spontanea eterogenesi dei fini, non è tale per cattiveria, ossia per una qualifica morale delle persone che lavorano in sanità che, all'opposto, si sono autoselezionate fin da prima del corso di studi e sono motivate alla medicina perché professione d'aiuto per eccellenza, ma perché tecnocrazia e burocrazia sono fattori impersonali cui si accompagnano inevitabilmente banalità e superficialità che caratterizzano il degrado di una professione liberale trasformata in un mestiere impiegatizio. Potremmo dirlo più semplicemente: la tecnica ha regalato alla medicina il potere di curare e di guarire ma al prezzo di sminuirle a una mansione mentre la burocrazia, che ha istituzionalizzato il "diritto" alla salute, toglie tempo alla cura dei malati (Block, Habicht, Wu, Desai, Silva, Niessen, Oliver, Feldman, 2013).

Se la medicina è umanesimo – e questo riconoscimento è l'avvio della cura per la medicina tecnocratica e burocratica – ne discende anche che il medico, nel corso della sua formazione professionale, deve diventare uno specialista, ma uno specialista particolare: un esperto di umanità. Di nuovo una domanda viene spontanea: come si può diventare esperti di umanità? Anche qui troppa retorica spiritualistica e volontaristica fa torto a chi è impegnato in questo compito ambizioso. Per rispondere si potrebbe, però, provare a partire riaffermando socialmente un ruolo ed uno status ormai persi ossia ridando innanzi tutto al professionista il titolo originario di dilettante che è colui che, etimologicamente, nel fare operoso del suo lavoro trova il suo diletto. Ora, nella fabbrica taylorista ogni pezzo esce preciso ma anonimo perché frutto di una produzione seriale; non l'operaio ma solo l'ar-

tigiano-artista sa costruire manufatti unici per funzionalità ed eleganza a soddisfazione completa del cliente e del suo bisogno. E di fronte all'unicità irriproducibile delle persone che avvicinano il medico, possiamo forse continuare a pensare che sia "sempre e comunque" meglio fornire loro prodotti seriali quali quelli standardizzati dalla medicina dell'evidenza e da linee-guida organizzative piuttosto che pezzi unici appositamente "fatti su misura" nell'ambulatorio del dottore? Ed è nel diletto (contrapposto a quella condizione che una volta sarebbe stata chiamata "alienazione") che è il piacere personale che il medico-artista e artigiano ricava da questo suo lavoro ben fatto, che si migliorano le disposizioni individuali e le attitudini innate dei professionisti.

Le *humanities* o *medical humanities* che dir si voglia, poi, sono strumento privilegiato a disposizione delle scuole di medicina e dei formatori per migliorare le attitudini empatiche e relazionali dei medici e degli studenti. Sorge inevitabile un'altra domanda: come questo avviene? La domanda è importante. Primo perché la risposta rimanda all'arte e a un suo significato profondo che è quello di unire la verità e la bellezza che danno ragione delle cose e dell'uomo e poi perché rimanda ai processi didattici chiamati in causa. La processualità formativa, questo è il secondo aspetto, stimolata dall'esposizione al fatto artistico, che avviene secondo le modalità didattiche predisposte a questo compito, facilita alcuni meccanismi quali l'identificazione e la proiezione tra spettatore e rappresentazione. Queste transazioni sono veicolo per catarsi e abreazione. Non meravigliano questi termini in un contesto socio-educativo: la catarsi ci viene dalla storia della nostra civiltà occidentale ed è la purificazione rituale da un miasma ma è anche la purificazione dell'animo dello spettatore

dalle passioni, in primis, quelle della piet  e della paura rappresentate in un dramma¹. Pi  modernamente ed in maniera altrettanto terapeutica (con tutto quello che questo termine pu  ancora significarci) possiamo riferirci all'abreazione o liberazione consapevolizzata di emozioni profonde ed ancora inesprese associate a traumi primigeni (Thomson, 1972, p. 263). I due percorsi sono accumulati: in entrambi vi   un medesimo processo formativo che prende la forma di un'autoeducazione (guidata) emozionale. Ci  sta a significare una cosa: quello che   in gioco nell'esposizione alle *humanities*   la formazione sentimentale o addirittura l'educazione affettiva del medico impegnato, appunto, in un gioco liberatorio, perch  protetto, di emozioni, passioni, sentimenti. Cimentati nel set pedagogico cos  strutturato, il medico e il futuro medico possono liberamente dare sfogo pubblico a quei sentimenti – anche ambivalenti, perch  il linguaggio delle emozioni si avvale di ossimori – che sul lavoro vengono invece ordinariamente repressi e che sono all'origine di gran parte di quel cinismo che, in chi osserva da fuori, viene negativamente imputato, e che va tolto, alla figura del medico.

In pedagogia medica   cara la tripartizione in: sapere, saper fare, saper essere. Il "sapere" riguarda le cognizioni possedute dal professionista; il "saper fare" riguarda la capacit  applicativa del professionista in me-

rito alle cognizioni possedute; il "saper essere" riguarda le modalit  relazionali con cui si esercita l'arte.   difficile pensare che le modalit  relazioni si imparino a scuola alla stregua di ogni altra materia d'esame: esse attingono sia ad una dotazione innata di cui si   pi  o meno ricchi che ad una biografia personale che tocca l'intime vicende di ognuno. Per questo non si imparano ma si perfezionano e lavorare sulle emozioni   il modo migliore e pi  diretto per perfezionare il "saper essere" del medico. Diciamolo senza infingimenti e con pretesa ambiziosa: sono il modo migliore per (cercare di) perfezionare la persona che   il medico. La perfezione del medico, cio  di colui che   medico e che semplicemente non fa il medico, a sua volta, non si identifica nel *medicus gratus* sempre cortese ma in fondo sempre un po' distaccato dalle umane vicende del suo assistito. No. La perfezione del medico ideale – perch    questo che c'  in gioco – attinge a qualcosa di pi  elevato: persegue la virt .   solo la virt  che apre al medico l'alto compito del curatore, ossia quell'esercizio che, in sintesi, consiste in un'altra tripartizione: governare il processo morboso, educare il malato (perch  possa condursi nella malattia), curare la malattia e la sofferenza. Per inciso, un compito siffatto   volto esclusivamente al futuro delle persone e della vita, in perfetta analogia col compito dell'educatore, il quale a sua volta cura

¹ *Enciclopedia di filosofia*, Garzanti, Milano 2001, p. 162

DEFINIZIONI

- 1- le *medical humanities* sono una costellazione di saperi in cui tutte le arti arricchiscono la conoscenza dell'uomo nelle condizioni di fragilit .
- 2- la medicina umanistica   un'arte applicativa di tanti saperi, tra cui quelli umanistici al primo posto.
- 3- il medico umanista   l'esperto tecnologo chino al capezzale del malato per coglierne i segni fisici ma in aggiunta   il compagno piegato per raccoglierne la vicenda umana. Dei primi se ne serve per la diagnosi e la terapia; della seconda se ne serve per un accudimento giudizioso del malato e per una testimonianza partecipe alla sua condizione.

guardando sempre al futuro che viene avanti. Però... diceva Freud, e ce lo ricordano a monito gli educatori nell'editoriale inaugurale del primo numero di una rivista dedicata alla psicanalisi ed educazione (Castellazzi, 2006; 1:1-4), tre professioni sono proibite all'uomo, e guarda caso, queste sono proprio il governare, l'educare e il curare.

Forse che, allora, il mestiere del medico altro non è che un fallimento annunciato? E il medico è un professionista votato all'insuccesso e allo scacco? Ma poi, perché "impossibili"? Forse perché sono alibi per chi non vuole andare oltre il fattibile ordinario e si limita ad assecondare passivamente la direzione del presente? In realtà questi compiti sono solo fittiziamente impossibili; rappresentano la sfida per chi vuole costruire il futuro, ma non un futuro ordinario bensì un futuro alternativo abitato dai sogni migliori. Ecco, alla fine forse non sono null'altro che un sogno? Ma non è stato detto – e in tanti casi anche testimoniato – che se una cosa si può sognare, proprio per questo si può fare? Certo: non vi sono maestri titolari di cattedra per insegnare questo! Se non ci so-

no maestri c'è però sempre di aiuto una supplente² che in un'ora di lezione ci costringe *a pensare cose mai pensate prima e a pensarle con forza e intensità*. Chissà, per concludere: che sia questo il grande insegnamento per chi ha scelto per sé il mestiere di governare, educare, curare? È la conclusione, tutt'altro che provvisoria, per chi sa che l'essere umano è incompleto e la completezza risiede nella relazione del sé e nel reciproco riconoscimento dell'altro (Miranda, 2010 p.394). Ma è la conclusione per chi sa che in questo modo – e solo in questo modo – la cura dell'altro diventa coscienza di sé.

C'è tutto questo nelle pagine che seguono curate da esperti formatori che, guidati da Maria Stella Padula, hanno incrociato in questo testo le loro esperienze d'aula e di ambulatorio maturate in anni di attività. Pagine opportune perché aiutano a rendere facile un lavoro continuo e costante, perché la formazione non ha mai fine, e perché supportano metodologicamente l'impegno di una intera vita professionale per coloro che a questa scelta di educare chi cura, bella come un sogno, si sono dedicati.

2 La supplente commedia sul tema dell'insegnamento di Giuseppe Manfredi con Silvia Brogi e regia di Claudio Boccaccini

SINTESI: CASSETTA DEGLI ATTREZZI.

- 1- L'esposizione alle *humanities* contribuisce alla formazione emozionale del medico impegnato in un gioco liberatorio, perché avviene in un set protetto, di emozioni, passioni, sentimenti anche ambivalenti, che nell'habitat di lavoro vengono ordinariamente repressi.
- 2- La formazione del medico umanista, cioè di colui che è medico e che non fa il medico, non si identifica nel *medicus gratus* sempre cortese ma distaccato dalle umane vicende dal suo assistito ma attinge a qualcosa di più elevato: persegue la virtù.

.....

Bibliografia

Block L., Habicht R., Wu A.W., Desai S.V., K., Silva K.N., Niessen T., Oliver N., Feldman L. (2013), *In the Wake of the 2003 and 2011 Duty Hours Regulations, How Do Internal Medicine Interns Spend Their Time?*, *J Gen Intern Med* April 2013, <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-013-2376-6>.

.....

Castellazzi V.L. (2006), *Editoriale*, *IJPE*; 1:1-4.

.....

Enciclopedia di filosofia (2001), Garzanti, Milano.

.....

Fieschi L., Matarese M., Vellone E., Alvaro R., De Marinis M.G. (2013), *Medical humanities in healthcare education in Italy: a literature review*, *Ann Ist Super Sanità*; 49: 56-64.

.....

La supplente, commedia sul tema dell'insegnamento di Giuseppe Manfredi con Silvia Brogi e regia di Claudio Boccaccini.

.....

Lippi D., Baldini M. (2000), *La Medicina: gli uomini e le teorie*, CLUEB, Bologna.

.....

Materia E., Baglio G. (2007), "Salute e complessità", in AA.VV., *Salute e complessità. Viaggio nei campi del sapere*, il Mulino, Bologna.

.....

Miranda N.S. (2010), "Dal passato una professione per il futuro", in *Centenario dell'istituzione degli ordini dei medici. Cento anni di professione al servizio del Paese*, FNOMCeO, Roma.

.....

Snow C.P. (2005), *The Two Cultures and a Second Look*, ed. it, *Le due culture*, Marsilio, Venezia.

.....

Thomson R. (1972), *The Pelican History of Psychology*, ed. it, *Storia della psicologia*, Boringhieri, Torino.

.....

La Medicina Narrativa: un nuovo approccio alla formazione e alle cure

Lorenza Garrino

Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino

LA MEDICINA NARRATIVA: COME È POSSIBILE DEFINIRLA?

La Medicina narrativa è un approccio alla malattia teso a comprenderne il significato, in un quadro complessivo e rispettoso della persona assistita. Una medicina che viene praticata con le abilità narrative di riconoscere, di fare proprio, di interpretare ed essere commossi dai racconti di malattia (Charon, 2006). Attraverso la valorizzazione della storia della persona assistita la Medicina narrativa si indirizza all'identificazione delle problematiche e delle sofferenze sia fisiche sia psicologiche del malato, allo scopo di stabilire le priorità e attuare coerentemente gli interventi di cura e di accompagnamento (Garrino, 2010). Il principale punto di attenzione sono le storie così come vengono raccontate nella vita quotidiana dai malati e dai familiari: sono il modo più naturale con il quale le persone descrivono la propria esperienza legata alla malattia. Insieme alle abilità scientifiche il medico necessita di capacità di ascolto delle storie dei pazienti cercando di cogliere il loro significato e le loro aspettative. Questa è la competenza che viene messa in atto per accogliere, interpretare e dare una risposta ai racconti dei pazienti e dei loro familiari. Le persone malate necessitano di un medico che possa capire la loro malattia, trattare i loro problemi clinici ed ac-

compagnarli nel loro percorso di malattia in modo onesto e coraggioso (Charon, 2001). In tal senso la medicina narrativa si costituisce come un approccio rilevante nel contesto della Medicina Generale (MG) e delle cure primarie dove assume un particolare valore nell'approccio ai soggetti con malattie cronico-degenerative. Il malato affetto da patologie croniche e la sua famiglia sviluppano un loro patrimonio esperienziale che consente loro di entrare a pieno titolo come protagonisti e co-autori nel percorso di cura realizzando una vera e propria alleanza terapeutica (Box 1). Questo perché la malattia è innanzi tutto un'esperienza umana, qualunque sia la sua eziologia, e si carica di significati legati al contesto ed alla personale storia del paziente. Non è possibile comprendere un individuo senza capire i "mondi" di quella persona e la rete di significati nei quali questa persona vive. Le parole e le trame delle storie hanno un ruolo importante nella esperienza di malattia. L'ascolto di queste narrazioni ci dà la pos-

L'interesse nella forma narrativa sta nella sua possibilità di offrirci una strada per comprendere l'incomprensibile, spiegare l'inspiegabile

(Guido Giarelli)

sibilità di comprendere una realtà complessa, spesso non definibile solo nella prospettiva biomedica tradizionale (Gordon, Peruselli, 2001). La medicina narrativa, come si evince da queste premesse, porta a valorizzare il punto di vista della persona assistita in un processo di coinvolgimento e condivisione nelle cure. L'approccio narrativo implica in prima persona anche il medico stesso, che racconta la sua esperienza come curante, lasciando emergere le proprie emozioni, vissuti e le difficoltà incontrate quotidianamente nel rapporto con il paziente e la sua famiglia. La medicina narrativa si avvale anche dei contributi tratti dalla letteratura, da filmati, da arti pittoriche che attraverso i racconti scritti o figurati delle vicende di malattia, generano un confronto e una rielaborazione dei loro significati. In tal senso i romanzi letterari, l'arte, la musica, il cinema sono veri e propri dispositivi pedagogici in grado di avvicinare lo studente e il lettore "professionista sanitario" agli aspetti emotivi che accompagnano diverse situazioni di fragilità e di malattia.

Rappresentano una opportunità unica, particolare ed estremamente efficace per esplorare temi e problemi complessi, contribuendo alla riflessione ed allo sviluppo della comprensione di se stessi e degli altri (Zanini, 2008).

QUALI SONO LE CARATTERISTICHE DEL PENSIERO NARRATIVO?

Il pensiero narrativo è intenzionale e idiografico, molto legato alla situazione particolare da cui si sviluppa. Possiede una diacronicità narrativa o "sequenzialità". Il riferimento è sempre a eventi particolari e concreti in cui è presente la dimensione dell'intenzionalità. Attraverso il racconto autobiografico il soggetto descrive nel modo più

onesto e completo possibile ciò che ricorda della propria vita e ciò che vuol far sapere agli altri riguardo ad essa, di solito con l'aiuto di un'intervista condotta da un'altra persona (Atkinson, 1998). La portata del pensiero narrativo è ampia. Bruner ha messo in evidenza come lo scopo delle narrazioni è quello di fornire il senso delle cose, di dare forma ai fenomeni ed agli eventi. La narrazione presenta una straordinaria capacità di ricordo con le modalità con cui le persone vivono la propria vita, le assegnano significato, intessono relazioni, costruiscono nessi fra gli eventi in una prospettiva individuale (Bruner, 2002).

COME SI CARATTERIZZA L'APPROCCIO NARRATIVE-BASED ALLE CURE?

La narrazione consente di accedere all'evento di malattia e all'esperienza di cura come vissuti originari della persona. La medicina basata sulla narrazione attesta l'unicità e la non riproducibilità di ogni storia di malattia. La *narrative-based medicine* guarda all'altro come portatore di significati con una visione più globale dell'uomo, come "paziente" alleato nella gestione terapeutica (Greenalgh, Hurwitz, 1998). Se confrontiamo il linguaggio dell'anamnesi clinica con i simboli linguistici di cui il malato si serve per ricostruire ciò che gli è successo, abbiamo un primo esempio di ciò che trascuriamo. Il MMG dovrà essere in grado di accogliere narrativamente l'altro, cercando di dare ordine al flusso caotico degli eventi raccontati, sintetizzando gli elementi eterogenei e restituendo alla persona la sua unicità ed interezza. Il piano terapeutico narrative-base si presenta in tal senso come la co-costruzione di una forma di guarigione possibile: la competenza narrativa entra in gioco infatti non solo quando si costruisce

la storia di malattia, ma soprattutto quando bisogna decidere ed avviare il progetto terapeutico (Zannini, 2008).

QUALE È LA STRUTTURA NARRATIVA DEL COLLOQUIO MEDICO?

Tutti i dolori sono sopportabili se li inserisci in una storia

(Karen Blixen)

Rita Charon identifica cinque aspetti che costituiscono gli elementi narrativi nella relazione con la persona assistita: la temporalità, l'unicità, la causalità, l'intersoggettività e l'etica (Charon, 2006). La temporalità riguarda lo sviluppo nel tempo della storia del paziente e il riconoscimento della soggettività nel valore attribuito al tempo.

Un secondo aspetto è l'unicità della persona e della sua esperienza. Riconoscere nelle

parole del paziente il senso da lui attribuito alla malattia consente di impostare una relazione terapeutica basata sul dialogo, sulla comprensione e sulla condivisione.

La causalità implica il fatto che, come afferma Charon, il medico indaghi con mente creativa, aperta e con coraggio, le multiple relazioni causali tra i sintomi e le complesse situazioni che il malato presenta, mettendo in connessione eventi ed elementi diversi e tra loro distanti, per costruire una trama che renda la malattia qualcosa che abbia un senso per lui. L'intersoggettività nasce dall'incontro tra un narratore ed un ascoltatore attraverso un testo, una trama intesa come struttura che connette gli eventi tra loro secondo nessi causali significativi.

Nel colloquio medico-paziente porre determinate domande modifica la narrazione del paziente in base alle informazioni che possiede a partire dal contenuto delle doman-

BOX 1: COME SI CONCRETIZZA L'ALLEANZA TERAPEUTICA NEL RAPPORTO DI CURA?

- Ascolto attivo e non "semplice" stare a sentire.
- Dialogo e non alternanza o somma di monologhi.
- Rispetto per ciò che il paziente porta: per quanto stravagante o irrazionale ci possa sembrare, esso ha senso per lui.
- Umiltà da parte del professionista: uno scienziato non ha certezze, né dogmi, né verità assolute.
- Generosità: non basta comportarsi come se dell'altro ce ne importasse; occorre che ce ne importi davvero.

BOX 2: IN CHE MODO IL MEDICO DIVIENE CO-AUTORE DELLA STORIA DI MALATTIA?

- Decentramento cognitivo ed emotivo
- Immaginazione della situazione altrui
- Comprensione del suo punto di vista
- Accettazione autentica delle proprie ed altrui titubanze
- Le principali operazioni cognitive che mette in atto sono:
 - Osservare
 - Ascoltare porre domande
 - Posizionarsi con neutralità, rispetto e curiosità
 - Contestualizzare
 - Riflettere
 - Ed in primis ... praticare l'accoglienza

de stesse (Box 4). Nella modalità con cui sceglie e pone le domande il medico indaga in relazione all'obiettivo di cura. Il colloquio costruisce in tal modo, attraverso lo scambio di domande e risposte una sorta di mappa, di disegno comprensibile sia per il professionista che per il malato e la sua famiglia, arrivando a tracciare un percorso terapeutico ben orientato (Bert, 2007).

Attraverso il colloquio narrative based il medico è chiamato ad una integrazione tra saperi ed aspetti scientifici e narrativi, riportando il momento dell'anamnesi alla raccolta dalla viva voce del paziente tutte quelle notizie, sensazioni ed emozioni che possono aiutare a ricostruire un percorso di malattia e di cura. La sintesi di tutti i dati personali confluisce in una storia o in una tematica psicosociale, attraverso l'identificazione delle problematiche principali. In modo analogo il medico sintetizza i vari dati primari e secondari per poter arrivare alla diagnosi. Il primo passo che deve compiere il medico/operatore sanitario è ammettere che di quel paziente non sa nulla e che ha bisogno di chiedergli qualcosa in più per esplorare insieme quel sistema, restituendo al soggetto competenza, capacità decisionale e progettualità. La medicina narrativa è finalizzata a creare una buona storia di malattia, con una sua coerenza ed una sua armonia interna, in modo da risultare utile al processo diagnostico e terapeutico (Zannini, 2008). Nell'affrontare la tematica riguardante la preparazione del medico al colloquio narrative based viene sottolineata da diversi autori l'importanza di prendere appunti, ossia scrivere quanto percepito rispetto all'esperienza ed al vissuto di malattia del paziente (1,11).

Il medico-operatore della cura diviene co-autore della storia attraverso la capacità di decentramento cognitivo ed emotivo, immaginazione della situazione altrui, comprensione del suo punto di vista, accettazione autentica delle proprie ed altrui titubanze.

COME CI SI FORMA ALLA MEDICINA NARRATIVA?

Occorre narrare per comprendere la sofferenza propria ed altrui

(Cattorini)

Le cure rivolte ai pazienti cronici, anziani, con multi patologie, non autosufficienti, in famiglie dove spesso è presente il solo coniuge anziano, richiede una formazione del medico specifica rivolta alla cura della persona piuttosto che della malattia. Le competenze legate alla medicina narrativa si possono sviluppare attraverso percorsi formativi che prevedano l'utilizzo dello strumento narrativo a differenti livelli di approfondimento e finalità. L'esperienza formativa attraverso la narrazione si caratterizza come un processo di "costruzione di significato", non solo di acquisizione di conoscenze, e riflette un atteggiamento formativo di tipo clinico finalizzato ad affrontare le situazioni per capirne dal di dentro i processi e le dinamiche. L'approccio narrativo consente di operare continue ristrutturazioni del proprio sapere attraverso una modalità pedagogica caratterizzata dall'apprendimento attivo per scoperta. Attraverso la pratica della narrazione, la continua costruzione di significati consente di interpretare la realtà sanitaria a partire dalle proprie esperienze e dalle vicende di malattia con una prospettiva innovativa di formazione e di cura.

Attraverso la metodologia della narrazione il soggetto in apprendimento narra di sé,

delle proprie motivazioni al lavoro di cura, delle proprie esperienze di apprendimento, delle prime esperienze di cura, delle proprie esperienze di curato, quando qualcun altro si è preso cura di lui (DasGupta, Charon, 2004). Nei percorsi formativi la narrazione può aiutare a scoprire differenti aspetti e dimensioni personali: il discente narra le motivazioni che lo hanno spinto alla scelta professionale, i primi momenti a contatto con il malato, le proprie vicende di malattia, quando altri si sono presi cura di lui.

“Ho cominciato a scrivere storie sui pazienti che mi disturbavano e mi sconcertavano. Più scrivevo sui miei pazienti e su me stessa, e più mi convincevo che lo scrivere questi racconti mi permetteva un accesso alla conoscenza – del paziente e di me stessa – che altrimenti sarebbe rimasta fuori della mia portata. Diventavo maggiormente partecipe, più curiosa, più coinvolta nella loro realtà, più dalla loro parte”

(Charon, 2004)

BOX 3 TECNICA DELL'INDAGINE APERTA

- Uso di domande aperte, circolari, che incoraggino il paziente a parlare di sé
- Incoraggiamenti non verbali come il protendersi avanti con il corpo ed una espressione del volto rassicurante
- Un silenzio che mantenga il contatto visivo e che comunica accoglienza e disponibilità
- Esclamazione neutre ed inviti a continuare
- Uso di domande direttive utili a focalizzare l'attenzione su uno specifico contenuto con commenti riflessivi e ripetizioni, incoraggiando il paziente a procedere sottolineando l'attenzione su un determinato aspetto e permettendogli di sentirsi ascoltato
- ... mi dica di più su questo fatto...
- Sintesi e riformulazione per accertarsi di aver ben compreso

Attraverso il colloquio il medico offre al paziente la possibilità di identificare le sue sensazioni ed affiorare le sue emozioni. (Box 4). Il medico diventa anche consapevole delle proprie reazioni emotive e dei comportamenti che ne conseguono e che si possono manifestare nei vari momenti dell'intervista nei confronti del paziente e della sua situazione (Smith, 1997).

BOX 4 TECNICHE PER FACILITARE L'ESPRESSIONE DEI SENTIMENTI E DELLE EMOZIONI

- Richieste di chiarimenti e domande aperte (come l'ha fatta sentire questo fatto?)
- Rimandi specchio dello stato d'animo percepito (vedo che questo la rattrista molto)
- Comunicare qualcosa di sé, facendo attenzione a sovrapporre il proprio vissuto emozionale a quello dell'altro
- Chiedere come la malattia abbia influenzato la vita del paziente o come tale evento abbia influenzato la vita di altre persone
- Esplicitare utilizzando affermazioni-riformulazioni del tipo "deve essere triste per lei questo momento"
- Comprendere e legittimare con disposizione autentica a-giudicante, l'emozione che l'altro porta, ricordando che tutto ciò che sente ha il diritto di esser sentito.
- Rispettare ed aiutare

La narrazione consente una rielaborazione delle esperienze umane profonde legate al rapporto con la disabilità, la malattia e la fase finale della vita. L'intento è rivolgere lo sguardo alle esperienze di formazione, a ciò che nel personale percorso formativo ha lasciato un segno che influenza tuttora la dimensione di cura.

Svariate sono dunque le potenzialità del dispositivo narrativo nei percorsi formativi, poiché contribuisce a educare alla relazione ed è un potente strumento di sviluppo della competenza emotiva. Nella formazione del medico di medicina generale e nello sviluppo delle competenze tutoriali, la narrazione trova svariate applicazioni, creando uno spazio di analisi e riflessione sulle pratiche quotidiane. Un'esperienza condotta presso l'università di Modena ha previsto una esperienza di tirocinio degli studenti presso l'ambulatorio del MMG e a domicilio dei pazienti. La narrazione delle storie dei pazienti assistiti è stato per gli studenti un modo per raccontare il loro vissuto, quello dei pazienti e delle famiglie, i dati rilevanti dell'evoluzione della malattia, i cambiamenti dal punto di vista fisico e psichico, la negoziazione dei trattamenti diagnostici e terapeutici e le strategie apprese (Charon, 2004). Differenti sono le modalità di raccolta e analisi del materiale narra-

tivo e i momenti del percorso formativo più propizi al suo utilizzo. La complessità nella progettazione e gestione del dispositivo narrativo con finalità di apprendimento merita una riflessione anche in termini di competenza che il MMG con competenze tutoriali deve possedere per una gestione mirata, proficua e accurata della narrazione nei processi formativi.

La finalità generale dell'utilizzo della narrazione nella formazione è sviluppare nuovi atteggiamenti nei confronti di se stessi e delle funzioni svolte, imparando a riflettere sui modi con cui si apprende e si vive la relazione con il malato, le esperienze di malattia e di morte dei pazienti
(Garrino, 2010).

Se vogliamo sapere qualcosa di un uomo, chiediamo «Quale è la sua storia, la sua storia vera?», poiché ciascuno di noi è una biografia, una storia. Ognuno di noi è un racconto peculiare, costruito di continuo, inconsciamente da noi - attraverso le nostre percezioni, i nostri sentimenti, i nostri pensieri, le nostre azioni, e, non in ultimo, il nostro discorso, i nostri racconti orali. Da un punto di vista biologico non differiamo molto l'uno dall'altro; storicamente, come racconti, ciascuno di noi è unico.

Oliver Sacks 1986

Bibliografia

Atkinson R. (1998), *L'intervista narrativa*, Cortina, Milano.

Bert G. (2007), *Medicina narrativa*, Il pensiero Scientifico Editore, Roma.

Bruner J. (2002), *La fabbrica delle storie. Diritto, letteratura, vita*, Laterza, Roma-Bari.

Charon R. (2001), *Narrative Medicine. A model for Empathy, Reflexion, Profession, and Trust*, JAMA;286(15):1897-1901.

Charon R. (2004), *Narrative and medicine*, N Engl J Med, 350: 862.

Charon R. (2006), *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*, Oxford University Press, Oxford.

DasGupta S., Charon R. (2004), *Personal illness narratives: using reflective writing to teach empathy*, Acad. Medicine, 79(4), p.351-356.

Garrino L. (2010), *La medicina narrativa nei luoghi di formazione e di cura*, Edi Ermes Milano.

Gordon D, Peruselli C. (2001), *Le narrazioni di fine vita*, Franco Angeli, Milano.

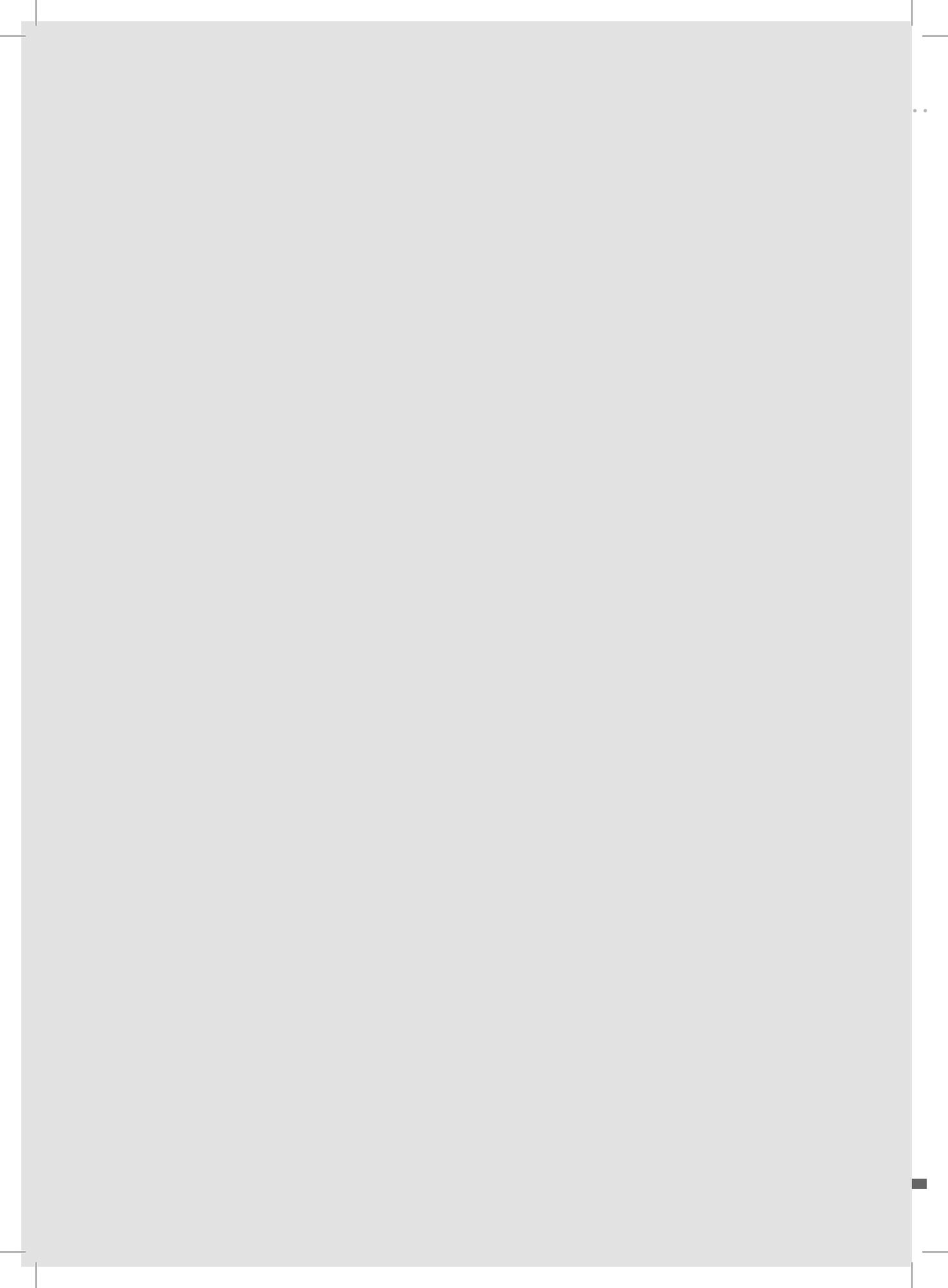
Greenalgh T, Hurwitz B. (1998), *Narrative Base Medicine*, BMJ Books, London.

Launer J. (2002), *Narrative-based Primary Care, A practical guide*. Radcliffe Medical Press, Abington.

Padula MS. (2011), *Di casa in casa – In viaggio con il medico per apprendere e curare*, Athena, Modena.

Smith R.C. (1997), *La storia del paziente, Un approccio integrato alla visita medica*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

Zannini L. (2008), *Medicina narrativa e medical humanities*, Cortina, Milano.



La narrazione nella formazione del medico di Medicina Generale

Apprendimento riflessivo, indicazioni metodologiche e strumenti per l'autovalutazione dell'apprendimento

Lorenza Garrino e Maria Stella Padula

Lorenza Garrino afferisce al Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino; Maria Stella Padula è Docente di Medicina Generale presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

La narrazione è un dispositivo formativo che presenta elevate potenzialità e numerosi risvolti applicativi in termini di apprendimento riflessivo. Questo approccio rende più efficaci i processi formativi in quanto consente di accrescere la consapevolezza del curante nei confronti del processo di cura e della relazione medico-paziente. Permette inoltre una rielaborazione affettiva e cognitiva di tipo professionale e personale, lo sviluppo delle capacità relazionali e di ascolto, con funzione di sostegno e supporto a malati e familiari nel corso della malattia. Consente inoltre di rivolgere lo sguardo alla propria esperienza di formazione, a ciò che ha lasciato il segno come evento significativo che influenza tuttora la dimensione di lavoro e di cura. L'utilizzo della narrazione è strettamente connesso al lavoro ermeneutico che i discenti (non solo studenti, ma anche professionisti dei servizi) sono invitati a mettere in atto a partire dalla loro stessa esperienza (Zannini, 2003). Il metodo narrativo consente di *raccogliere, comprendere, analizzare, rielaborare* le esperienze che compongono i processi di formazione, coinvolgendo il soggetto che le vive in un circolo ermeneutico ed euristico in cui diventa possibile *interpretare storie*, ma

anche *ricostruire intenzionalmente e criticamente i significati personali e culturali* delle stesse per ricavarne elementi conoscitivi (Striano in Demetrio a cura di, 2007).

Bruner (2002) ha messo in evidenza come lo scopo delle narrazioni è quello di fornire il senso delle cose, di dare forma ai fenomeni ed agli eventi. La narrazione stimola e favorisce la ripresa e la connessione di esperienze, fatti, emozioni ed idee attraverso l'esercizio della memoria che gioca un ruolo fondamentale nel pensiero narrativo.

La narrazione presenta una straordinaria capacità di raccordo con le modalità con cui le persone vivono la propria vita, le assegnano significato, intessono relazioni, costruiscono nessi fra gli eventi in una prospettiva individuale. Per questo la lettura e l'inter-

“La pratica con le storie di vita, come metodo di lavoro sociale, educativo e nella cura è ancora oggi un nuovo orizzonte da esplorare. Nelle storie si trovano i diversi modi di aprirsi al mondo, si può ricercare l'essenza dell'anima e della vita, nella narrazione di essa questi due aspetti sono costantemente uniti”

(Cima et al. 1999).

pretazione delle narrazioni dei soggetti in rapporto alla loro realtà ed esperienza valorizza e pone enfasi sulla dimensione dell'apprendimento. All'interno del setting educativo si punta lo sguardo non tanto sul sapere in quanto tale, ma a tutto quello che è elaborato, selezionato, interiorizzato, filtrato affettivamente, fino a diventare sapere vissuto (Dallari, 2003). Le numerose prospettive teoriche, con registri e sfumature diverse, sottolineano e convergono nella valorizzazione del soggetto narrante, della sua esperienza di vita e di lavoro, nella necessità di comprendere ed interpretare i significati degli eventi narrati, nel ricercare un senso e un significato comune, nello stimolare la riflessione e la rielaborazione degli aspetti esperienziali ed esistenziali. Si evidenzia dunque il valore del metodo della narrazione come forza generatrice di un patto per il cambiamento, per una relazione che possa aiutare sia gli studenti che coloro che si offrono come facilitatori del loro apprendimento in un percorso che parte dalla accettazione e dal riconoscimento dei limiti, per camminare insieme e trovare la via per superarli.

In ambito formativo l'utilizzo della narrazione ha la finalità di sviluppare nuovi atteggiamenti nei confronti di se stessi e delle funzioni svolte, imparando a riflettere sui modi con cui si apprende e si vive la relazione con il malato, le esperienze di malattia e di morte (Garrino, 2010). L'obiettivo è quello di promuovere nei discenti un incontro con gli elementi latenti della loro storia di formazione e del loro lavoro di cura e realizzare individualmente e/o in gruppo un processo condiviso di lettura, di decostruzione e riflessione rispetto ai contenuti emersi. La narrazione aiuta inoltre in modo significativo a sviluppare la capacità di ascolto che tanta rilevanza ha nelle cure, nei gruppi di lavoro e con l'utenza. La narrazione

consente al soggetto (persona in formazione, paziente, familiare, genitore) di diventare "autore del suo testo di vita", di "vedersi allo specchio". Il fatto di poter parlare *per sé*, oltre che *di sé* consente di prendere la parola, che per un adulto significa esercitare un diritto/dovere, quindi emanciparsi, sia nel senso dell'acquisire visibilità e potere, sia nel senso di esercitare la capacità decisionale (decidere di che cosa parlare, in che termini, quanto implicarsi nel discorso che fa e così via) (Formenti, 1998). Il raccontare ed il raccontarsi consente di orientare lo sguardo su aspetti particolari dell'esperienza e sviluppare nel soggetto in formazione la capacità riflessiva. Il dispositivo narrativo permette di esplorare prima a livello individuale e poi in gruppo la dimensione cognitiva e affettiva dell'apprendimento, dell'insegnamento e del lavoro di cura, portando i partecipanti a riflettere sulla propria esperienza. La narrazione consente una rilettura ed una rielaborazione dell'esperienza, evidenziabile in particolare nelle considerazioni finali di ripensamento del soggetto narrante su di sé, come persona e come curante. Da questo racconto emerge un vissuto spesso presente negli operatori che assistono e accompagnano le persona alla fine della vita: il senso di impotenza e la frustrazione nel non poter modificare il corso della malattia, ma essere in grado solo di alleviare le sofferenze e garantire una presenza alla persona ed ai familiari.

LA RACCOLTA E L'ANALISI DELL'ESPERIENZA NARRATIVA

Le narrazioni forniscono un ricco materiale di studio. Attraverso la loro analisi vengono messi in evidenza i nuclei di significato più ricorrenti e le immagini più rilevanti emerse nei racconti. L'interpretazione fornisce elementi per riesaminare ed arricchire

di nuovi significati le pratiche di formazione e di cura. Attraverso l'analisi delle narrazioni emerge come il soggetto si rappresenta le situazioni, descrivendo i tratti intrinseci o le essenze dei vissuti esperienziali, cogliendo la situazione e contemporaneamente la rappresentazione, l'interpretazione ed il significato. L'applicazione della narrazione nei corsi di formazione prevede la messa in comune delle esperienze, in un clima valutativo e di sospensione del giudizio che facilita nei partecipanti la libertà di espressione. Gli aspetti peculiari da perseguire sono: l'intento dei formatori di stabilire con i partecipanti un patto sul cambiamento; la valorizzazione e la rielaborazione dell'esperienza dei soggetti in formazione; la consapevolezza dell'importanza della soggettività nell'apprendere: l'importanza dell'emozione come filtro dell'apprendimento; la possibilità di far vivere una esperienza di setting coerente (sperimentazione del clima relazionale che si vorrebbe indurre) con particolare riferimento alla tolleranza dell'errore.

Le narrazioni possono venire raccolte attraverso mandati individuali in cui si chiede ad esempio di ricordare un episodio significativo rispetto all'ambito oggetto di studio (tirocinio, lavoro clinico e assistenziale, esperienze di formazione/educazione in qualità di formatori o formandi), esperienze che si ricordano volentieri o meno, alle quali si correla un vissuto positivo o negativo (Gargano, Garrino, Lombardo, 2002). I mandati devono essere pensati e studiati in rapporto agli obiettivi del corso e possono essere orientati ad esplorare aspetti riguardanti l'esperienza personale o professionale. Al mandato narrativo può seguire la consegna di una griglia di analisi, con la quale il corsista decostruisce l'esperienza e sottopone il testo ad analisi in prima persona e poi con il piccolo gruppo. Per la restituzione in ple-

naria può venir scelta la narrazione di un partecipante per gruppo (Franza, Mottana, 1997). Nella fase iniziale di un corso di formazione, la narrazione consente ai partecipanti la conoscenza reciproca ed il confronto sulle proprie esperienze. La presentazione e discussione dei differenti episodi consente di entrare nel vivo rispetto ai differenti punti di vista, con un arricchimento reciproco. Il narrare, seguito da congrui spazi di analisi e di interpretazione, risulta essere uno strumento ad elevate potenzialità educative in ambito formativo, con una forte valenza interattiva tra utenti, famiglie, care giver e operatori, in grado di sollecitare emozioni intense nei formandi. Si crea così un luogo formalizzato e riconosciuto di attenzione e di cura alle storie di vita e alle autobiografie dei soggetti partecipanti (Demetrio, 1995).

STRUMENTI DI AUTOVALUTAZIONE ATTRAVERSO L'UTILIZZO DEL DISPOSITIVO NARRATIVO

Ogni vera conoscenza umana è comprensione
(Heiddeger)

Le narrazioni prodotte dai discenti o predisposte dai docenti attraverso materiali narrativi precedentemente raccolti possono essere sottoposte ai discenti del Corso di Formazione Specifica sotto forma di testo scritto da leggere. Le narrazioni proposte possono riguardare le esperienze ed i vissuti dei pazienti e delle loro famiglie, dei medici, i tirocinanti in stage attraverso una sorta di triangolazione. I discenti possono utilizzare per ogni narrazione una griglia di analisi che metta in luce, secondo la loro personale modalità di lettura, i caratteri diversi delle relazioni che sono in gioco: il paziente con

la sua malattia e le figure sanitarie che ha incontrato o che spera di incontrare, il medico di medicina generale la sua relazione col paziente e con le altre figure che lo affiancano, il tirocinante con la sua relazione col paziente ed eventualmente con il medico di medicina generale (Padula, 2011). (Box 1) Le narrazioni diventano autoeducative ed educative grazie agli stimoli ed agli interrogativi che ci pongono. Per facilitare il processo di apprendimento ai discenti può essere proposta una griglia di autovalutazione delle capacità comunicative e di riflessione sulle emozioni derivate dalla lettura delle narrazioni. La finalità è quella di far emergere ed offrire alla analisi e riflessioni i punti di forza e di debolezza nell'approcciarsi alla situazione narrata e nell'individuare piste di soluzione dei problemi clinico assistenziali (*ibidem*). (Box 2) Secondo questi presupposti possiamo intendere la valutazione come un processo interpretativo attraverso il quale il soggetto comprende meglio se stesso e si apre ad un percorso di miglioramento attraverso lo sviluppo della propria personale consapevolezza. La narrativa diventa uno strumento importante all'interno di una strategia autenticamente pedagogica in cui la valutazione risulta un passaggio necessario prima di tutto per imparare (Bertolini, 1999).

ALCUNI PUNTI DI ATTENZIONE NELL'UTILIZZO DEL DISPOSITIVO NARRATIVO

La complessità della narrazione richiede una progettualità accurata ed una defini-

zione degli obiettivi di apprendimento finalizzati ai bisogni dei soggetti in formazione. L'esercizio narrativo richiede di dedicare tempo: i ritmi devono essere necessariamente lenti per consentire la libertà di espressione, l'analisi e l'interpretazione. La metodica narrativa può anche essere progettata nelle fasi iniziali di un percorso formativo di base, a condizione che ci sia un lavoro preparatorio preliminare di condivisione delle finalità e dell'impegno.

La narrazione nei percorsi formativi può comportare alcune difficoltà. Trovarsi davanti ad un foglio bianco con il mandato di narrare può scatenare un rifiuto, un senso di inadeguatezza o disagio, anche se il fenomeno risulta in genere limitato a pochi casi. Da parte del formatore è necessario garantire la libertà individuale, senza forzature ed obblighi. Accogliere questa difficoltà, sdrammatizzando e fornendo esempi, consente di superare il blocco iniziale, abbassando le resistenze individuali e favorendo l'espressione dei soggetti (Garrino, 2010)

Nello scenario formativo, il dispositivo narrativo consente l'incontro tra i saperi e le pratiche che caratterizzano i contesti di cura, educativi e terapeutici rendendo fertile il confronto e lo scambio attraverso un incontro unico e particolare. Se l'educazione è sempre connessa ai cambiamenti degli individui, quale sia la loro età (siano essi repentini, lenti, silenziosi) la narrazione si assocerà all'educazione quando saprà farsi promotrice e strumento di tali mutamenti (Demetrio, 2012).

BOX 1: GRIGLIA DI OSSERVAZIONE DELLA NARRAZIONE: ELEMENTI CHIAVE OSSERVATI NEI TRE ATTORI (tratto da Padula SM. *Di casa in casa*. Edizioni Athena, 2011)

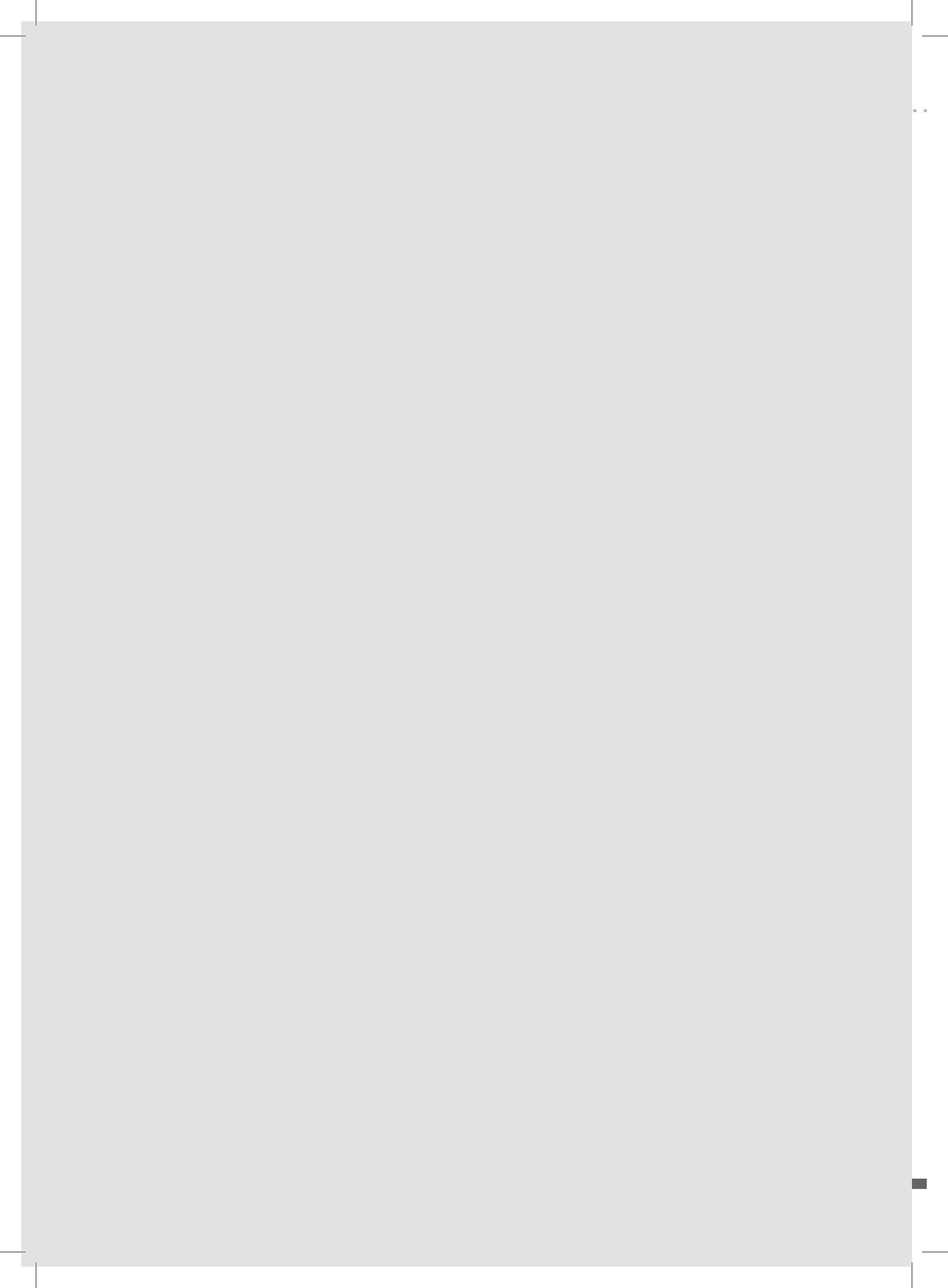
Elementi da osservare	Il paziente	Il medico	La famiglia
Il problema prioritario			
Altro problema importante			
Sintomo prevalente			
Il vissuto: emozioni, paure, sintomi di disagi			
La relazione terapeutica: (medico come farmaco, relazione M-P , parola chiave)			
Punti di forza			
Punti di debolezza/ 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 dalla storia			

BOX 2 : AUTOVALUTAZIONE DELLA EMOTIVITÀ SUSCITATA DALLE STORIE *(tratto da Padula SM. Di casa in casa. Edizioni Athena, 2011)*

<p>Legenda 1 = quasi mai, 2 = raramente 3 = piuttosto spesso, 4 = la maggior parte delle volte</p>				
La storia ti ha suscitato ricordi di storie analoghe di pazienti o di tuoi familiari	1	2	3	4
Hai provato imbarazzo e/o disagio per la sofferenza emersa dalla storia	1	2	3	4
Sono emersi stati d'animo legati alla sofferenza della malattia	1	2	3	4
Emerge un disagio non legato alla malattia ma dal clima familiare e sociale	1	2	3	4
Mi sono messo nei panni del malato	1	2	3	4
Mi sono messo nei panni del medico	1	2	3	4
Mi sono messo nei panni del familiare	1	2	3	4
Sarei stato capace di controllare le mie emozioni.	1	2	3	4
Ho avvertito una barriera fra me e il paziente	1	2	3	4
Sarei stato in grado di ascoltare la storia senza preoccuparmi del tempo	1	2	3	4
Hai provato sentimenti di compassione per il paziente	1	2	3	4
Hai provato sentimenti di compassione per il familiare/i	1	2	3	4
Hai provato sentimenti di condivisione/alleanza con il medico	1	2	3	4

Bibliografia

- Bertolini P. (a cura di) (1999), *La valutazione possibile*, La Nuova Italia, Milano.
- Bruner J. (2002), *La fabbrica delle storie. Diritto, letteratura, vita*, Laterza, Roma-Bari.
- Dallari M. (2003), *Narrazione e conoscenza*, *Encyclopaideia*, 18: 5-43.
- Demetrio D. (1995), *L'autobiografia come cura di sé*, Cortina, Milano.
- Demetrio D. (2012), *Educare è narrare. Le teorie, le pratiche, la cura*, Mimesi Edizioni, Milano-Udine.
- Formenti L. (1998), *La narrazione autobiografica*, Ed. Guerini, Milano.
- Franza A., Mottana P. (1997), *Dissolvenze. Le immagini della formazione*, Clueb, Bologna.
- Gargano A., Garrino L., Lombardo S. (2002), *Le immagini della formazione: narrazioni sull'apprendimento*, *Tutor*, 3: 124-128.
- Garrino L. (2010), *La medicina narrativa nei luoghi di formazione e di cura*, Ed. Ermes, Milano.
- Padula M.S. (2011), *Di casa in casa – In viaggio con il medico per apprendere e curare*, Athena, Modena.
- Striano M. (2007), "La funzione riflessiva ed autoformativa della narrazione attraverso la scrittura", in Demetrio D. (a cura di), *Per una pedagogia della didattica e della scrittura*, Edizioni Unicopli, Milano.
- Zannini L. (2003), *Per una pedagogia narrativa e interpretativa nella formazione degli operatori sanitari*, *Arco di Giano*, 13:123-137.



Lo strumento filmico nella formazione del Medico di Medicina generale

prospettive formative ed indicazioni di utilizzo

Lorenza Garrino

Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino

Parole chiave:
formazione medica, cinema,
metodologie didattiche,
filmografia, modelli educativi,
relazione di cura

INTRODUZIONE

Il cinema può essere considerato un valido strumento per la formazione in medicina e trova la sua applicazione nell'approfondimento degli aspetti umanistici, etici, clinici, educativi e di promozione della salute¹. La visione di un film è in grado di emozionare e coinvolgere lo spettatore, ma anche di fornire elementi per formare, insegnargli qualcosa, o provocarlo criticamente. Gli obiettivi formativi riguardano l'acquisizione di competenze relazionali, cliniche, professionali, lo sviluppo di processi di pensiero critico, riflessivo e di apprendimento trasformativo. Perché il film è molto efficace nell'esprimere il messaggio di cui è portatore? Da cosa derivano l'immediatezza e la forza espressiva del cinema?

Nella visione di un film esistono due piani, uno evidente ed uno nascosto, uno di verosimiglianza, l'altro, che rende possibile la nostra visione, è la credenza in ciò che stiamo vedendo. Altro elemento è proprio il

luogo fisico e temporale che con la sua accogliente oscurità e con quel particolare senso di "isolamento collettivo" ispira verso un

Il cinema può essere considerato un valido strumento per la formazione in medicina e trova la sua applicazione nell'approfondimento degli aspetti umanistici, etici, clinici, educativi e di promozione della salute. Nella gestione dei filmati svariate possono essere le opportunità per attivare una riflessione in rapporto al tema trattato nella proposta filmica. L'utilizzo dello strumento filmico prevede l'esplicitazione degli obiettivi di apprendimento a partire dall'intento riguardante la decisione di utilizzare questo approccio nella formazione. Nella scelta filmica è importante la coerenza con l'argomento e con il messaggio che si vuole trasmettere, la possibilità di reperire il filmato prescelto, la notorietà del filmato, la recente produzione e la varietà di utilizzo. La creazione di cineteche a disposizione sia dei docenti che dei discenti rappresenta una risorsa preziosa per chi è coinvolto nella formazione di medici ed altri professionisti della salute.

¹ Bergonzo, Garrino, Dimonte, 2010

particolare livello di ricettività. Ciò che più conta è tuttavia il modo in cui il cinema comunica, cioè tramite immagini. Le immagini sono il linguaggio più comune, che, precedendo qualsiasi scelta convenzionale di altri linguaggi, sedimentano la memoria ed i sogni singoli e collettivi diventando un formidabile deposito di archetipi. L'esperienza filmica rappresenta quindi un vero e proprio linguaggio. Significa non solo avere delle "informazioni", ma accettare di lasciarsi afferire da una cosa tramite un'esperienza viva, sentirsi, in qualsiasi forma, intimamente interpellati².

Entrare in rapporto con il potenziale cognitivo del "vissuto" attraverso le sequenze cinematografiche è determinato dal fatto che riconosciamo ormai tutti che la configurazione dei nostri apprendimenti è sempre più prodotta in contesti a forte offerta tecnologica ed audio visuale, e che quindi, il film esercita una suggestione cognitiva che sollecita forme di apprezzamento razionali ed emozionali ad alto contenuto evocativo³.

Il film è considerato comunemente come forma di passatempo, divertimento, spettacolo, piacere. Come altre attività di loisir può evocare paura e dolore, trionfo o gioia, odio oppure affetto o amore. L'azione e l'efficacia di questo lavoro di loisir è afferrabile, anche solo intuitivamente, riandando mentalmente ad una qualsiasi visione filmica a cui si è assistito, alle sensazioni provate. La visione cinematografica rappresenta una possibilità, un luogo "naturale" dove è consentito provare, ma anche conoscere, riconoscere, metabolizzare, rendere tollerabili le emozioni, i sentimenti e le situazioni limite, se non "oscene". Si prova in questo spa-

zio quello che non si riesce, a volte che non è consentito, provare nella vita reale, dando forma a rappresentazioni che solo attraverso l'attività di loisir possono essere scoperte ed attraversate⁴.

Il cinema come tutte le arti è letteralmente una finestra sul nostro "mondo", uno sguardo e un ascolto degli altri su di noi, e di noi sugli altri. In questa forma, il loisir legato alla cinematografia partecipa attivamente ai processi di costruzione sociale, sia di significati culturalmente e storicamente definiti, sia come pressione, a volte manipolazione, sullo spettatore. L'immagine filmica può rivelarsi un fondamentale aiuto nei processi di formazione laddove non prevalga una razionalità puramente logica, il cui canone fa riferimento alla spiegazione di tipo lineare, ma l'introduzione nel processo di comprensione del reale dell'elemento affettivo o meglio ancora una chiave ermeneutica, come elemento essenziale di accesso al mondo.

Il film è una forma di pensiero rivolto a vari aspetti dell'esperienza del "mondo" che non sembrano percettibili senza la partecipazione sinestetica, che apre possibilità interpretative attraverso risonanze affettive cognitive ed emotive. In questa attività c'è un aspetto esperienziale che trascende il dato empirico dei contenuti della narrazione filmica. Si pone in atto una dinamica ermeneutica tra gli oggetti presenti realmente o meno nella narrazione filmica e lo spettatore.

In altri termini ognuno seleziona e fornisce un proprio significato agli elementi presenti nel film, ma gli stessi oggetti producono una pressione intenzionale su chi li percepisce, al di là del significato da ognuno già fornito. La svolta narrativa attraverso la visione filmica permette una costante esplorazione del sé e dell'io nelle sue molteplici connotazioni.

La possibilità dell'utilizzo cinematografico

² Garrino, Gregorino, 2011

³ De Mennato, Orefice, Branchi, 2011

⁴ Franza, Mottana, 1997

e filmico prevede che sia *esplicitato l'intento che sottostà alla decisione di utilizzare la filmografia nella formazione*, e i livelli di profondità riflessiva che si vuole raggiungere. Nel definire l'educazione come esperienza vissuta dell'uomo in quanto cultura, il concetto di formazione ha come elementi forti il soggetto, l'esperienza, l'altro, la costruzione di senso della propria esperienza; in altri termini il discorso formativo prende avvio dal ritenere costantemente la formazione come esperienza vissuta, sulla quale operare costantemente⁵. Avendo chiaro lo sfondo pedagogico, risulta più semplice o per lo meno si è criticamente avvertiti dell'uso che se ne fa del film e filmati, nella selezione del film, nei contenuti nei montaggi filmici e nei loro dispositivi didattici. La visione del film, o di sequenze lunghe, fa risuonare dentro lo spettatore una possibilità di confronto tra quanto visionato ed il proprio vivere quotidiano, e la propria donazione di senso rispetto al tema trattato. La dinamicità dei vissuti che l'oggetto culturale tematizzato muove acquista ancor più valore auto formativo. Il lavoro formativo attraverso i film è orientato ad una riflessione capace di una grande amplificazione dell'esperienza e di decostruire le personali concezioni rispetto a vari temi pregnanti quali l'amore, la sofferenza, la cura, il corpo, la morte. Ma anche una ricerca approfondita sulla propria soggettività professionale come formatore piuttosto che come medico.

L'ANALISI DEL FILM COME METODO PER ELABORARE ESPERIENZE, ESAMINARE VISSUTI ED EMOZIONI

Da quanto detto emergono diverse finalità dell'utilizzo del cinema nella formazione degli operatori sanitari: usare il film significa aiutare il discente a fare ricorso a forme

di pensiero e registri - come quello notturno, affettivo, emozionale e simbolico - spesso misconosciuti nei processi di costruzione della conoscenza, anche e soprattutto nei contesti sanitari⁶. *Servirsi del cinema nella formazione dei professionisti della salute significa far vivere loro esperienze che non li riguardano direttamente in primo piano - in primis quella del malato, ma anche quella dei familiari- in modo che abbiano l'opportunità di cogliere da altre prospettive la realtà in cui sono immersi*. Questa attività di decentramento, che consiste nel vedere l'esperienza di malattia con gli occhi del malato, rappresenta un aspetto irrinunciabile nella formazione. Il film come processo di condivisione di esperienza, di decisioni da sottoporre al vaglio critico rappresenta una declinazione più riflessiva dello stile strumentale. Il cinema amplia e sviluppa la capacità di comprendere se stessi ed il mondo, favorendo luoghi in cui i soggetti possano ascoltare se stessi e le proprie emozioni, creando luoghi di sosta all'interno della frenesia dell'agire quotidiano. Il cinema viene utilizzato in tal senso come occasione e supporto per interrogazioni riflessive connesse a molti temi e può diventare un ottimo innesco per attivare un processo di confronto e negoziale⁷. Il cinema nella formazione ha lo scopo di creare reazioni: la pressione formativa del film crea per lo spettatore uno spazio potenziale, in cui è possibile sentire emozioni, provare sentimenti, riflettere, meditare; attraverso le risorse della dimensione partecipativa di identificazione o distacco, di empatia o di allontanamento, lo spettatore reagisce e le immagini prendono senso in una sintesi narrativa di emozioni e cognizioni⁸.

⁵ Erbetta a cura di, 2010

⁶ Zannini, 2008

⁷ Agosti, 2004

⁸ Cappa e Mancino a cura di, 2005

L'UTILIZZO DEL FILM: SCELTA FILMICA E SPAZI DI INTENSITÀ FORMATIVA

Nella scelta filmica è importante la coerenza con l'argomento e con il messaggio che si vuole trasmettere, la possibilità di reperire il filmato prescelto, la notorietà del filmato, la recente produzione e la varietà di utilizzo. Essendo il film un potente strumento didattico, il docente, durante la selezione del film, deve tener conto degli obiettivi formativi e dei risultati che vuole raggiungere (tabella 1).

L'uso dei *filmati interi* viene privilegiato per stimolare la riflessione su un tema ampio, cogliendo la trama complessiva. Questa dimensione riguarda l'utilizzo dei film come produzione di significati. Tale approccio permette di affrontare un argomento in profondità, mettendo a confronto i vissuti dello spettatore con le vicende rappresentate dal film⁹. L'esito dell'analisi non è scontato, si produce conoscenza rispetto ai contenuti emersi attraverso un circolo interpretativo. È possibile far emergere le latenze e i pre-giudizi che muovono lo spettatore rispetto all'argomento in esame. Normalmente si visiona un intero film. Alla visione fa seguito una scrittura riflessiva con un'analisi orientata a far emergere le specifiche dimensioni dell'argomento. Lo spazio di in-

tensità formativa si articola su un piano di ricerca come generatore di significati ed ermeneutica.

Il *cinema sotto forma di caso* consente di illustrare una situazione complessa ed articolata, con episodi che possono esprimere uno o più significati orientati all'argomento in analisi. I riferimenti rispetto all'argomento ed agli obiettivi dei partecipanti possono essere diretti od indiretti, rappresentando una realtà, circostanza, simile oppure lontana da quella che normalmente vivono i partecipanti. La durata delle sequenze, del montaggio riferito ad un solo film, o a più film può andare indicativamente dai venti minuti fino ai sessanta minuti. Gli spezzoni possono venire analizzati individualmente ed in gruppo, per poi portare l'esito dell'analisi nel grande gruppo. Le indicazioni di analisi fanno emergere punti di vista dei partecipanti normalmente non evidenti, consentendo di sviluppare la riflessione sulla tematica proposta.

Un'altra modalità di utilizzo del filmato prevede la *proiezione di brevi sequenze* di 3-6 minuti ciascuna, seguite da alcune proposte metodologiche per lo sviluppo dell'argomento come il brainstorming, domande guida per la riflessione, confronto a piccoli gruppi filmati brevi, spezzoni di minuti coerenti con gli argomenti trattati¹⁰.

⁹ Franza, Mottana, 1997

¹⁰ Piccardo e Quaglino a cura di, 2006

TABELLA 1: ASPETTI DI ATTENZIONE NELL'UTILIZZO DEI FILMATI NELLA FORMAZIONE

- | | |
|---|--|
| 1. Coerenza con l'argomento e con il messaggio che si vuole trasmettere | tempi |
| 2. Valenza simbolica e culturale del film | 8. Nell'utilizzo del cinema nella formazione esistono differenti spazi di intensità formativa che corrispondono a differenti usi, scopi, ed obiettivi di apprendimento (9). Da questa considerazione emerge la domanda: come concretamente possono essere utilizzati i filmati nei processi formativi? |
| 3. Possibilità di reperire il filmato prescelto | |
| 4. Notorietà del filmato | |
| 5. Recente produzione | |
| 6. Varietà di utilizzo sulla base dei temi prescelti | |
| 7. Scelta di utilizzo di film interi, casi, sequenze in rapporto agli obiettivi ed ai | |

BOX 1 : BREVE PRESENTAZIONE DEL FILM "PRENDIMI L'ANIMA" DI FAENZA (2005)

La pellicola racconta la vicenda umana di Sabina Spielrein, ebrea di origine russa, affetta da una grave forma di isteria, la prima paziente ad essere curata da Jung con il metodo freudiano del dialogo e della libera associazione di idee. La professionalità dello psichiatra, con la sua pazienza e la sua tenacia rendono la cura più umana. Un rapporto fatto di rispetto e comprensione, un tentativo paziente di penetrare nell'inconscio della malata. La complessità della relazione di cura si

offre agli occhi dello spettatore, con i suoi aspetti di contraddittorietà, di irrazionalità, ma anche le sue fascinazioni e le sue seduzioni. Una storia d'amore e psiche: tra Sabine e il terapeuta scoppia una irrefrenabile passione. Jung non riesce a tenersi a distanza, si fa intensamente coinvolgere dalla ritrovata gioia di vivere di Sabina. Questo è un confine che Jung non può superare, sia da un punto di vista professionale, sia perché urta contro le rigide convenzioni sociali del tempo.

UN ESEMPIO DI PREPARAZIONE ED UTILIZZO DI SEQUENZE

Viene presentato un esempio di modalità con la quale possono venire selezionate le sequenze a partire da una proposta filmica¹¹. In questo caso si tratta del film "Prendimi l'anima" di Faenza (2005). Alcuni frames di questo film possono essere utilizzati per favorire lo sviluppo della competenza emotiva nelle cure, anche attraverso la successiva riflessione. In questa proposta è stato scelto di utilizzare alcune sequenze piuttosto che il filmato intero, che presenta una elevata complessità dal punto di vista delle dinamiche relazionali e una difficile spendibilità nel contesto di gruppi in apprendimento. Gli spezzoni consentono in questo caso di scegliere una tematica e di svilupparla nello specifico senza entrare in merito a tutte le sfaccettature della vicenda complessiva. Viene presentata un riassunto della trama del film (Box 1).

Gli spezzoni (tabella 2) hanno focalizzato alcuni momenti iniziali significativi ed emotivamente intensi della relazione terapeutica tra Jung e la sua giovane paziente. Un altro aspetto che ha guidato la scelta degli spezzoni è stato il tentare di cogliere gli aspet-

ti salienti autobiografici della vita di Sabina, la tappa verso la guarigione, il suo trasferimento in Russia dopo il conseguimento della Laurea in Medicina e la specializzazione in Psicopedagogia, e la successiva apertura dell'Asilo Bianco in Russia, dove poteva educare con metodi non coercitivi, basati sulla libertà di scelta per i bambini. La scelta di Sabina di tipo professionale è caratterizzata da un modello pedagogico improntato sulla dolcezza, sulla creatività e sull'ascolto. Sabina si dedica in modo intenso alla sua attività professionale con i bambini approfondendo impegno e ricerca. L'ultimo spezzone mostra come Sabina Spielrein riesca ad aiutare con creatività il piccolo Ivan a superare un suo profondo blocco emotivo, il tutto grazie all'attenzione e all'amore dell'insegnante. Procura una scimmietta vera che liberata dalla gabbia suona un piccolo pianoforte. Tutto ciò determina stupore e incantamento nel bambino che rapito da questa situazione nuova e stimolante per lui finalmente rivolge lo sguardo e riesce piano piano, con l'aiuto di Sabina ad aprire le mani. Termina la scena con un abbraccio finale tra Sabine ed il piccolo Ivan. Questa scena, molto ricca dal punto di vista emozionale, consente di cogliere la grande efficacia dell'intervento educativo di Sabina, che ponendosi a fianco del bambino in difficol-

¹¹ (Garrino, 2007)

TABELLA 2: SEQUENZE FILMICHE TRATTE DAL FILM “PRENDIMI L’ANIMA” DI FAENZA (2005)

Tempi	Sequenze	Descrizione dell’episodio
4.56-7.32	Prima sequenza Il primo incontro tra Sabina Spielrein e il Dott. Jung	La stanza si presenta ampia, bianca e spoglia, tipica di una vecchia istituzione. Una tenda bianca consente a Sabina di nascondersi, un rifugio per la malata dal resto del mondo. Sabina sta scrivendo il suo diario che prontamente nasconde all’arrivo di Jung. Nasconde il viso tra le mani ed osserva da un piccolo spazio tra le dita. Il dott. Jung entra nella stanza di degenza salutandoci Sabina si presenta, mentre una suora sta tentando di imboccare forzatamente Sabina. Il dott. Jung e chiede alla suora infermiera di allontanarsi. Segue un primo dialogo tra medico e paziente. Attraverso un foro della tenda si intravede l’occhio di Sabina che scruta ed osserva con diffidenza iniziale il Dott. Jung. Con una serie di domande Jung interroga Sabina e la ascolta. La malata a poco a poco esce allo scoperta da dietro una tenda dove si era nascosta.
9.58-11.00	Seconda sequenza Nel giardino con la piccole sculture	Il frammento è ambientato di giorno, all’aperto, nei cortili dell’ex ospedale psichiatrico di Collegno. Il pozzo è al centro di una crociera di strade cheda lì si dipartono, dando il senso di una ampia prospettiva. Sabina si nasconde dietro il pozzo nel cortile dell’istituto. Si vedono solo le sue mani: sta giocando e plasmando delle piccole statuette. Jung le si avvicina e lei esce allo scoperto. Tra loro la relazione sembra che si sia già evoluta verso una nuova intesa. Sabina ridendo finge di cadere per terra.
29.57-30.45	Terza sequenza Il concerto nell’istituto di cura	La sala è quella del refettorio dell’ospedale psichiatrico, trasformata in sala da ballo per l’occasione; anche questa è ampia e spoglia, ma rallegrata dai suoni e dalle danze dei pazienti. I pazienti partecipano in modo attivo ad un momento ludico all’interno dell’istituto di cura. Sabine ha un ruolo da protagonista nel suonare il piano e nel trascinare il Dott. Jung in un ballo, di fronte agli altri medici piuttosto sconcertati e critici. Tutti gli altri pazienti sembrano fortemente coinvolti nella festa, suonano danzano e ballano contenti. Lei, ballando, disfa le bende avvolte intorno al suo polso, quasi un segno di liberazione, di guarigione. Il suo sguardo è di complicità e di intesa con Jung.
103-104	Quarta sequenza L’asilo bianco	Alcune scene di tipo documentaristico in bianco e nero, con i primi tram, camioncini e automobili d’epoca ci riportano all’epoca storica in cui il film è ambientato, nel 1911, e raccontano l’arrivo di Sabina e della sua famiglia in Russia. Alcune scene della vita familiare di Sabina stanno ad indicare la sua nuova dimensione di vita. Nell’Asilo bianco poi possiamo apprezzare il clima di gioco e la serenità che Sabina infonde prodigandosi nella sua azione educativa. Tutti i locali e gli arredi dell’asilo sono dipinti di bianco, in analogia alla sua esperienza di malata, ma qui è tutto allegro festoso, riempito delle voci e dei canti dei bambini.
106.35-109.50	Quinta sequenza L’intervento educativo con il piccolo Ivan	I ricercatori che stanno effettuando la ricostruzione storica dell’autobiografia di Sabina, intervistano un signore anziano che si rivelerà essere il bambino che, a suo tempo, è stato beneficiato dall’intervento di Sabina. Il piccolo Ivan, affetto da una sorta di autismo, vive in un universo chiuso al mondo, gli occhi rivolti in basso e le mani inestricabilmente intrecciate. Sabina compare con una scimmietta rinchiusa in una gabbietta. Appena liberata dalla gabbia la scimmietta ammaestrata si mette a suonare un piccolo pianoforte, provocando la curiosità e l’interesse del piccolo Ivan, che con l’aiuto di Sabina riesce ad aprire le mani. Sabina avvolge il piccolo con un amorevole abbraccio e tutti i bambini dell’asilo partecipano con gioia a questo evento.

TABELLA 3: ANALISI DELLE SEQUENZE DA PUNTO DI VISTA DELLO SVILUPPO DELLA COMPETENZA EMOTIVA (13)

PRIMA SEQUENZA: L'ASCOLTO DELLA PERSONA ASSISTITA

La forma fondamentale di una comunicazione è l'ascolto attivo, il suo obiettivo è quello di ascoltare la persona interessata e offrirle una comprensione. E' importante quando prestiamo ascolto ai pazienti non giudicarli o analizzarne ciò che ci dicono, perché quando ciò accade possono diventare ansiosi e non sono sempre disponibili a seguire il loro piano di trattamento. L'ascolto è quel gesto di rispetto che comunica all'interlocutore che si è presenti e disponibili per lui, un dono prezioso e significativo. L'ascolto non è un momentaneo mettersi da parte lasciando che l'altro parli. Ascoltare significa attivare i senso e l'intelletto: non si ascolta con le orecchie, ma con tutto il corpo e la mente. Jung si presenta a Sabina ed inizia con lei un intenso dialogo. Si presenta interessato alle sue frasi connesse ed alle elucubrazioni mentali. Si guadagna in tal modo la fiducia di Sabina.

SECONDA SEQUENZA: L'EMPATIA E LA COMPrensIONE

Ci si mette in condizione di "ascolto efficace" provando a mettersi "nei panni dell'altro", cercando di entrare nel punto di vista del nostro interlocutore e comunque condividendo, per quello che è umanamente possibile, le sensazioni che manifesta. Applicare una più efficace modalità di ascolto avrà diversi vantaggi, quali il ridurre le incomprensioni e indurre l'interlocutore ad esprimersi a pieno senza timore, spesso ciò stimola in lui la ricerca delle migliori possibilità espressive. Rapportarsi al meglio agli altri aumenta l'autostima e la fiducia in se stessi. L'ascolto attivo si basa sull'empatia e sull'accettazione, si fonda sulla creazione di un rapporto positivo, caratterizzato da "un clima in cui una persona possa sentirsi empaticamente compresa" e, comunque non giudicata. La strada intrapresa da

Jung conduce ad esiti positivi per il superamento della malattia di Sabina.

TERZA SEQUENZA: LA CONDIVISIONE E LE ASPETTATIVE NELLE RELAZIONE CON L'ALTRO

Viene messa in evidenza la bontà educativa e di cura di momento di distensione e di gioco. Il medico curante e la paziente condividono un ballo che acquisisce un intenso valore simbolico. Sabina si fa conduttrice di felicità, canta per lei, ma anche per gli altri pazienti e lascia intravedere il suo desiderio di unirsi e la sua iniziale passione per Jung. Questo è un momento di condivisione, ma anche di intense aspettative. Di solito non si è coscienti di quanto le proprie e altrui aspettative influiscano sull'andamento della relazione, anche perché normalmente queste sono implicite e spesso inconse, e ci si rende conto della loro presenza solo quando vengono disattese, provocando un senso di delusione. Il gioco delle reciproche aspettative è espressione della circolarità della comunicazione, un gioco complicato, anche se ineluttabile, nel quale è necessario imparare a districarsi se non si vuole rimanerne prigionieri.

QUARTA SEQUENZA: IL DISTACCO DALLA RELAZIONE DI CURA ED IL PROPRIO PROGETTO DI VITA.

Una relazione di aiuto presuppone che la relazione si interrompa quando il curante pensa che la sua azione di cura si sia esaurita e che l'educando abbia raggiunto una sua propria autonomia e non può implicare un legame infinito. Lasciando il curante la persona assistita realizza progressivamente un proprio progetto di vita, in una prospettiva epistemologica di tipo Evolutivo dove ogni atto di conoscenza implica un ordinamento specifico e peculiare da parte del conoscente verso

la realtà esterna secondo un proprio significato personale. Conoscere diventa così, indistinguibile dall'esistere (11). Sabina affronta la sua ricerca di libertà dopo che la relazione terapeutica e le cure ricevute l'hanno aiutata a superare le angosce e la malattia stessa. Il fatto stesso che intraprendo un lungo periodo di studi, una professione in cui si dedica agli altri sta ad indicare una scelta di vita matura e consapevole. Lo stesso carteggio con Jung e Freud indicano questo articolato e profondo percorso di ricerca (14).

QUINTA SEQUENZA: UNA RELAZIONE EDUCATIVA E DI CURA DI TIPO GENERATIVO

Le attenzioni ricevute personalmente nel rapporto di cura consentono di rivolgersi alle persona assistite con un nuovi sguardi e nuove sensibilità, e di proporre un modello adulto e generativo e di essere per questo gratificati e felici (9). Esercitare una competenza emotiva significa anche saper porsi in modo riflessivo e creativo nell'affrontare il problema delle persone assistite, dei discenti. La relazione educativa parte dal rispetto che nasce proprio attraverso l'accettazione della differenza, una accettazione che non significa imporsi sentimenti positivi nei confronti dell'altro o rinunciare a valutare criticamente comportamenti che non si condividono. La metodologia proposta nello spezzone inoltre è ricca di intuizioni, quella ad esempio di avvalersi degli animali e della natura come alleati dell'azione pedagogica attraverso una progettualità educativa ricca di rispetto e di comprensione empatica dell'altro. Per Sabina, l'amore ricevuto da Jung ricostituisce e rigenera la sua propria capacità di amare, le consente di proporsi come un modello educativo di tipo generativo

.....

tà, con grande empatia, vive con lui l'intenso momento in cui il bambino riesce finalmente a sbloccarsi ed a aprire le mani, che teneva da sempre intrecciate.

Nella tabella 3 viene presentato il razionale che sottostà alla scelta delle sequenze, anche in rapporto alla finalità formativa.

GUIDA ALLA DISCUSSIONE DEI FILMATI IN AULA

Nella gestione dei filmati svariate possono essere le opportunità per attivare una riflessione utile ad una maggiore comprensione di sé in rapporto al tema trattato nella proposta filmica. Come strumento di formazione è importante nella fase preliminare la visione del film, intero, sotto forma di caso o sequenze, introdurre argomentazioni e legami con l'argomento trattato.

Può essere proposto un brainstorming che metta in evidenza risposte di tipo molto differenziato all'interno del gruppo, a sottolineare la soggettività con cui ciascuno ha potuto fruire della visione e dello stimolo filmico ed attivare a partire da questo la discussione ed il confronto.

Un dispositivo pedagogico più articolato prevede dopo la visione del film una attività di scrittura variamente pre-orientata, che diventa apertura di un'analisi e di una scoperta. A scelta, dopo attenta valutazione, si possono inoltre utilizzare griglie di analisi e punti per stimolare la riflessione. A partire dai punti di attenzione proposti è possibile nominare ed esplicitare le emozioni provate, analizzare le dinamiche interne ai comportamenti nella vicenda, collocarsi all'interno della trama del film, immedesimandosi in uno dei personaggi o costruendone uno nuovo. L'analisi individuale può sostenute da metafore e titolazioni che indicano la posizione del soggetto rispetto al tema in questione, così come insegna la Clinica

della Formazione. La scrittura permette di evidenziare gli elementi che permettono l'apertura di un confronto in piccolo gruppo e successivamente in una sessione plenaria rispetto ai molteplici significati che la visione del film evoca. Le scritture possono portare ad individuare su una cartografia le parole chiave che emergono dalla riflessione scaturita dalla visione filmica.

Questa proceduralità utilizza la visione del film, la scrittura e l'analisi individuale, la discussione di gruppo, in modo tale che il testo filmico porti ad una ricerca e mappatura dei significati di ciò che emerge dal lavoro interpretativo individuale e di gruppo, senza guidare l'interpretazione con un codice già chiaro al conduttore/formatore. In questo senso il formatore ed il formando si pongono come co-ricercatori e la struttura del processo risulta aperta¹². È evidente che la riflessività e la decostruzione dei propri oggetti culturali e dei propri vissuti risulta estremamente intensa. Al termine della sessione è utile prevedere un questionario di gradimento che evidenzi il grado di apprezzamento da parte dei discenti rispetto alla proposta e che consenta al docente/formatore di apportare i correttivi utili per le edizioni successive.

L'UTILIZZO DELLO STRUMENTO FILMICO DURANTE IL MASTER: METODI E STRUMENTI PER L'INSEGNAMENTO CLINICO DELLA MEDICINA GENERALE NELLE CURE PRIMARIE

Durante il Master è stata proposta la visione di diversi film allo scopo di sollecitare la riflessione sugli aspetti educativi e sulla relazione di cura (Box 3).

Vengono qui riportati i materiali elaborati

¹² Erbetta a cura di, 2010

BOX 3. FILM VISIONATI DURANTE IL MASTER

Un medico ed un uomo (The Doctor) di Randa Haines (1991)
 Scoprendo Forrester (Finding Forrester) di Gus Van Sant (2000)
 L'uomo che sussurrava ai cavalli di (The Horse Whisperer) di Robert Redford (1998)
 Les Choristes di Christophe Barratier (2004)

BOX 4 : TRAMA DEL FILM "SCOPRENDO FORRESTER (FINDING FORRESTER) DI GUS VAN SANT (2000)

Jamal Wallace è un ragazzo afroamericano di sedici anni e vive a New York, nel difficile Bronx, uno dei cinque grandi distretti che costituiscono l'area urbana della "Grande Mela". Abita in un piccolo appartamento con la madre, abbandonata dal marito quando Jamal era piccolo, e con il fratello maggiore Terrell, che fa il parcheggiatore nel vicino Yankee Stadium e sogna di sfondare come rapper. Grande appassionato di basket, nonché ottimo giocatore nella squadra del suo liceo, Jamal ha notevoli capacità intellettive e un sorprendente talento nella scrittura. Scrive continuamente su piccoli quaderni i suoi appunti per un romanzo, ma tiene segreta la passione che nutre per i libri e per la letteratura, in quanto teme che i suoi amici possano snobbarlo se venissero a sapere che, in una realtà metropolitana popolata da "duri", lui è in realtà un intellettuale. Persino a scuola preferisce tenere a freno le sue capacità, accontentandosi di voti appena sufficienti e utilizzando il basket come mezzo per essere accettato dal gruppo. Dopo una scommessa fatta con gli amici, Jamal si ritrova costretto a dover penetrare di notte nell'appartamento di un anziano signore, piuttosto scorbutico, temuto da tutti i ragazzi del quartiere.

Questa persona, che la compagnia di amici di Jamal ha soprannominato "Il Finestra", vive in un appartamento le cui finestre danno appunto sul playground in cui i ragazzi sono soliti giocare a basket e lui li osserva spesso da dietro la tenda. Jamal entra quindi nella casa del vecchio e rimane esterrefatto dalla grande quantità di libri che vi sono contenuti. Tuttavia viene presto scoperto dal padrone di casa che lo spaventa per farlo fuggire. Nella foga del momento, dimentica il suo zaino con i quaderni di appunti all'interno della casa. Il giorno successivo, mentre Jamal cammina in strada in preda ai pensieri su come riavere lo zaino, passa sotto la finestra del vecchio, che senza farsi vedere gli lancia lo zaino. Jamal, con grande stupore, scopre che quella misteriosa persona ha letto tutti i suoi appunti, apportandovi non solo numerose correzioni ma anche complimenti per ciò che vi era scritto. Jamal torna a casa del "Finestra", stavolta bussando alla porta, ma viene respinto in maniera sgarbata. Intanto, la preside del liceo frequentato da Jamal chiama a colloquio la madre del ragazzo, esprimendole tutta la sua sorpresa nel vedere che Jamal, in alcuni esami sostenuti a scuola, ha ottenuto voti altissimi, contrariamente

a quanto finora il suo rendimento avesse fatto prevedere. Grazie a questi voti e alle capacità mostrate sul campo da basket, una prestigiosa scuola privata di New York, la Mailor-Callow, offre una borsa di studio a Jamal. Per lui è l'occasione di lasciare finalmente il Bronx, la possibilità di realizzare il suo malcelato desiderio di aspirare a qualcosa di più. Tuttavia Jamal è molto indeciso sul trasferimento e va a chiedere consiglio al "Finestra": finalmente il vecchio, che si chiama William, lo accoglie e pian piano i due iniziano a parlare. William intuisce subito le grandi capacità intellettive e letterarie di Jamal. Nonostante la riservatezza del vecchio, i due col tempo imparano a conoscersi e diventano grandi amici, confrontandosi su diversi argomenti, tra cui le donne. Jamal scioglie ogni riserva e decide così di terminare il liceo presso l'esclusiva Mailor-Callow, entrando anche a far parte dei Pilgrims, la squadra di basket della scuola. In un ambiente che praticamente è l'opposto del liceo pubblico frequentato nel Bronx, è la coetanea Claire Spence, figlia di un ricco dirigente della Mailor-Callow ma ragazza molto alla mano, a fare da guida a Jamal nell'orientarsi nella nuova scuola. Tra i due nasce subito una simpa-

tia che presto si trasforma in attrazione, frenata però dallo stesso Jamal che prova una certa repulsione per l'ambiente ricco ed esclusivo che si trova a frequentare e che si interessa a lui soltanto come giocatore di basket. Comunque l'anno scolastico e sportivo procedono regolarmente. Tutte le volte che torna a casa, nel Bronx, Jamal continua a frequentare William e in seguito Jamal scopre che l'uomo è il celeberrimo William Forrester, scrittore del romanzo "Avalon Landing", vincitore del Premio Pulitzer. Subito dopo aver raggiunto la notorietà ancor giovane, l'uomo ha deciso inaspettatamente di ritirarsi a vita privata, di non pubblicare altri romanzi e di vivere confinato in casa propria. Forrester acconsente a fare da maestro a Jamal, purché il ragazzo non sveli a nessuno la sua vera identità e non pubblici nulla che sia stato scritto tra quelle mura. Il ragazzo accetta la proposta, determinato a trovare una risposta alle sue domande. L'amicizia si consolida sempre di più e Jamal riesce a far uscire di casa William, portandolo al Madison Square Garden a vedere una partita di basket dei New York Knicks e quindi, grazie ai buoni uffici del fratello, a farlo entrare direttamente sul campo dello Yankee Stadium. Qui William ricorda che da giovane veniva sempre con la sua famiglia a vedere il baseball e, nella tranquillità dello stadio deserto, decide di raccontare a Jamal il perché della sua vita solitaria: da giovane aveva perso in un breve arco di tempo i genitori e soprattutto il fratello, un reduce di guerra caduto nel dramma dell'alcolismo e a

cui era legatissimo. William aveva già pubblicato il suo romanzo di successo e, giunto in ospedale mentre il fratello stava morendo, un'infermiera osò chiedergli del libro, una leggerezza che sconvolse William e lo indusse a chiudere con la letteratura e la notorietà. Intanto a scuola sorgono dei problemi per Jamal. Il professor Crawford della Maylor-Callow, un ex critico di scarso successo, ha preso in antipatia Jamal e cerca in ogni modo di mettere in difficoltà il ragazzo, che non perde occasione di dimostrare orgogliosamente la sua conoscenza letteraria. Crawford mette in dubbio l'originalità dei suoi scritti e scopre, durante una gara di scrittura, che Jamal aveva effettivamente plagiato il titolo di uno scritto di Forrester, pur sapendo di contravvenire al patto stretto con il suo amico e mentore; Jamal viene accusato di plagio dal consiglio scolastico, ma riceve la possibilità di riparare a condizione che conduca i Pilgrims la finale del torneo di basket che per ironia della sorte si svolge al Madison Square Garden, dove poco tempo prima era andato con William. L'orgoglioso Jamal, dentro di sé, non vuole che la sua istruzione e il suo futuro siano decisi soltanto dall'esito di una partita di basket e dà a tutti l'impressione di sbagliare di proposito i tiri liberi decisivi. Jamal, per la leggerezza commessa al concorso letterario e per non aver voluto scusarsi pubblicamente con la scuola, sta per essere espulso dalla Maylor-Callow. Il ragazzo chiede aiuto a Forrester il quale, pur avendo inizialmente rifiutato, alla fine decide di dare una mano a Jamal, recandosi

inaspettatamente nella scuola e leggendo di fronte a tutti, durante la premiazione del concorso, le parole di una lettera, consegnatagli segretamente da Terrell, il fratello del ragazzo; il professor Crawford si effonde in complimenti ossequiosi a Forrester, il quale solo in un secondo momento dichiara che quelle parole erano scritte da Jamal, sbalordendo tutti. Il presidente del consiglio dei professori, di fronte a una platea diventata entusiasta per Jamal e nonostante le proteste di Crawford, riammette subito Jamal con tutti gli onori. Forrester decide di partire per la Scozia, suo luogo di nascita: Jamal gli ha insegnato a vivere di nuovo. I due si salutano senza formalismi, perfettamente in linea con i loro caratteri. Qualche tempo dopo Jamal viene informato della sua morte dall'avvocato di Forrester, venuto a consegnargli le chiavi dell'appartamento di William, insieme all'ultimo romanzo, "Tramonto", ancora non pubblicato dallo scrittore, ed una lettera in cui Forrester esprime il desiderio che il ragazzo scriva la prefazione del romanzo, segno di stima e di amicizia nei suoi confronti. Nella lettera, egli ringrazia Jamal per aver averato il suo sogno dimenticato. Jamal, che intanto ha ricevuto molte offerte di borse di studio da parte di prestigiose università, si trasferisce con la madre e il fratello nella nuova casa e scende subito a giocare nel solito campetto con i suoi amici, proprio sotto la finestra dietro la quale, un tempo, c'era l'uomo che gli ha cambiato la vita.

http://it.wikipedia.org/wiki/Scoprendo_Forrester

BOX 5: TRACCIA DI RIFLESSIONE SUL FILM

1. **INDICA** gli episodi e i personaggi che ritieni più significativi sul piano formativo nell'ambito della vicenda rappresentata
2. **ANALIZZA** le dinamiche interne ai comportamenti e alle azioni formative e di apprendimento da te individuate
3. **EVIDENZIA** gli espedienti e le strategie formative posti in atto e rappresentati nel film, **VALUTANDONE** l'efficacia e la bontà
4. **STIMA IL RISULTATO** formativo dal punto di vista dell'apprendimento negli episodi da te individuati e negli esiti complessivi della trama.
5. **ESPRIMI** con una metafora o una analogia l'idea di formazione che il film ha in te suscitato.
6. **PROPONI** il titolo che tu daresti al film che hai veduto.

dai partecipanti al Master riguardanti il lavoro di analisi e riflessione, prima individuale e poi di gruppo, sul film Scoprendo Forrester (Box 4). Dopo la visione del film i partecipanti sono stati invitati a riflettere

per iscritto a partire dai punti proposti in una traccia (Box 5).

Vengono qui riportati gli episodi e personaggi segnalati dai partecipanti come significativi sul piano formativo nell'ambito della

TABELLA 4: EPISODI E PERSONAGGI SEGNALATI DAI PARTECIPANTI COME SIGNIFICATIVI SUL PIANO FORMATIVO NELL'AMBITO DELLA VICENDA RAPPRESENTATA

- “compiti corretti”= Sono stato preso in considerazione, ciò che scrivo ha valore
- Addestramento alla scrittura
- Apertura della porta di casa a Jamal dopo il primo rifiuto
- apprendere concretamente “pigia sui tasti”, “scrivi prima con cuore poi riscrivi con la testa” poi lo rileggiamo insieme
- Arrivo al nuovo college e l'accoglienza della ragazzina
- Contrasto tra Forrester e Crawford che rinforza modello Forrester: “gli scrittori che non sanno scrivere e diventano insegnanti possono essere molto bravi o molto pericolosi”
- Forrester legge a scuola lo scritto di Jamal
- Il coach e la prova dei canestro
- In negativo: l'insegnante di letteratura del college
- In positivo: Forrester
- Jamal porta Forrester alla partita
- L'inizio del rapporto formativo Forrester – Jamal
- La docente della scuola di provenienza
- La gestualità, il vivere insieme costruisce sintonie senza parole: introiettare modelli
- La madre di Jamal (per la formazione/educazione familiare)
- La madre e le regole all'interno dell'abitazione
- La provocazione di Crawford come stimolo inconsapevole: risultato “rinunci o accetti e se accetti lo poni in condizione di vincere o perdere (essere in grado di entrare come docente per gestire poi la situazione)
- Restituzione taccuini corretti
- Riconoscimento delle competenze: “come era il quartiere quando la gente leggeva ancora il tuo libro” versus “biblioteca tutto in prestito”
- Testimonianza di Forrester al concorso

vicenda rappresentata (tabella 4), gli espedienti e le strategie formative posti in atto e rappresentati nel film evidenziate dai partecipanti (Tabella 5), il risultato formativo dal punto di vista dell'apprendimento negli episodi individuati dai partecipanti (Tabella 6). Con le metafore (tabella 7) e le titolazioni (tabella 8) i partecipanti sottolineano gli aspetti di attenzione nella relazione formativa che hanno identificato nella proposta filmica, generando nuovi significati messi a confronto nel dibattito finale.

Un elevato livello di partecipazione ha caratterizzato l'attività formativa con notevole ricchezza dei contributi emersi, dai quali si può ripartire per dare un ulteriore senso alle tematiche affrontate nel film secondo una prospettiva ermeneutica e generatrice di nuovi significati. Le metafore e le titolazioni elaborate dai partecipanti sottoline-

ano l'implicazione personale e la profondità con cui è stata vissuta l'esperienza formativa. Rispetto all'attività didattica i partecipanti hanno espresso un elevato gradimento ed hanno manifestato l'interesse nel continuare ad utilizzare sia durante lo svolgimento del master che in altre situazioni formative.

CONCLUSIONI

La cinematografia permette una comprensione profonda di differenti aspetti legati al tema delle cure e della formazione.

Da numerose esperienze condotte¹³ anche all'interno del master "Metodi e Strumenti per l'insegnamento clinico della Medicina Generale nelle cure primarie" emerge come l'utilizzo dei filmati nella formazione favorisca lo sviluppo di processi di pensiero

¹³ Tesio, Capello, Gregorino, Garrino, 2013; Garrino, 2007

TABELLA 5: ESPEDIENTI E STRATEGIE FORMATIVE POSTI IN ATTO E RAPPRESENTATI NEL FILM EVIDENZIATE DAI PARTECIPANTI

<ul style="list-style-type: none"> • "Contratto di formazione" • "Osservazione a distanza" • Apprendimento situato • Attraversamento della "città" in bicicletta • Clima favorevole • Complicità • Conduzione: la forte presenza non verbale • Definizione dei ruoli (parliamo di minestra non di me), poi inserito vissuto personale solo dopo nel percorso • I quaderni con correzioni e rinforzi in rosso • Il confronto con il docente in aula (<ul style="list-style-type: none"> luogo in cui avvengono le tappe fondamentali) • Jamal e macchina da scrivere • La scala da affrontare (scala sociale) • La spinta alla sfida • Multidirezionalità nell'apprendimento • Percezione e accettazione della sfida • Restituzione del feedback • Riconoscimento delle differenze individuali • Trasmissione di valori • Valorizzazione della persona
--	---

TABELLA 6: RISULTATO FORMATIVO DAL PUNTO DI VISTA DELL'APPRENDIMENTO NEGLI EPISODI INDIVIDUATI DAI PARTECIPANTI

<ul style="list-style-type: none"> • "Fare tuo quello che era mio" • Assunzione di responsabilità • Capacità di Jamal di operare scelte e rischiare distinguendo il piano sportivo da 	<ul style="list-style-type: none"> quello culturale • Crescita personale • Crescita personale • Fare crescere restando accanto
--	--

critico, riflessivo, gettando i presupposti per un apprendimento trasformativo. Si confermano i punti di forza dello strumento quali la versatilità, l'impatto visivo ed emotivo e la capacità attraverso un processo di identificazione di evocare situazioni e sentimenti. Per favorire l'implementazione di questo mezzo è fondamentale che i docenti/educatori continuino a condividere le loro espe-

rienze, per poter accrescere le proprie conoscenze ed analizzare criticamente l'utilizzo del film in contesti differenti.

La creazione di cineteche a disposizione sia dei docenti che dei discenti rappresenta una risorsa preziosa per chi è coinvolto nella formazione di infermieri, medici ed altri professionisti della salute.

TABELLA 7: METAFORE PROPOSTE DAI PARTECIPANTI

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Abbiamo bisogno di leggere la vita degli altri per scrivere la nostra e • Calimero piccolo e nero, oppure il brutto anatroccolo che si trasforma in un bellissimo cigno supportato e condotto perché non si perda • Coaching • Dall'essere al saper essere e saper fare • darle un senso • e il giardiniere è esperto • Il tutor è il contadino che affianca al virgulto (che ha già tutte le potenzialità) la | <ul style="list-style-type: none"> canna per farlo crescere • La scuola ha le dimensioni del mondo: scuola ovunque c'è qualcuno che vuole apprendere e qualcuno che vuole insegnare (la strada, casa). I valori non hanno viso né corpo. • Modello genitore figlio • Un corso d'acqua che imbocca il suo alveo naturale • Una rosa che sboccia è tanto più bella e profumata se il seme è sano |
|--|---|

TABELLA 8: TITOLI PROPOSTI DAI PARTECIPANTI

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Calimero e l'orso bianco: lo specchio che trasforma • Conosco te stesso • Crescere attraverso • Crescere insieme • Dalla strada al paradiso • L'ultimo canestro La necessità e il caso • La vita per iscritto • Non mollare mai. • Non tutti gli scrittori nascono con i buco (canestro) | <ul style="list-style-type: none"> • Scoprendo Forrester • Scoprendo i Jamal • Scoprendo Jamal • Spiccare il volo (seconda proposta) • Un errore calcolato • Una chiave giusta per una serratura diversa • Vola con le tue ali |
|--|---|

Bibliografia

Bergonzo D, Garrino L, Dimonte V. *Il cinema per la formazione medica e infermieristica: analisi della letteratura*. Tutor 2010; 1-2:1-13.

Garrino L, Gregorino S. *L'immagine Filmica nella Formazione alle Cure: Indicazioni Metodologiche e Pratiche di Utilizzo*. MEDIC, 2011, 19(2):17-24.

De Mennato P, Orefice C, Branchi S. *Educarsi alla "cura". Un itinerario riflessivo tra frammenti e sequenze*. Pensa Multimedia, Lecce 2011

Franza A, Mottana P. *Dissolvenze: le immagini della formazione*. Clueb, Bologna 1997.

Erbetta A. (a cura di) *Decostruire Formando: concetti, pratiche, orizzonti*. Ibis, Como 2010.

Zannini L. *Medical humanitas e medicina narrativa*. Cortina Editore, Milano 2008.

Agosti A. (a cura di), *Il cinema per la formazione. Argomentazioni pedagogiche e indicazioni didattiche*. Franco Angeli, Milano 2004.

Cappa F, Mancino E. (a cura di) *Il mondo che sta nel cinema, che sta nel mondo*. Mimesis Edizioni, Milano 2005.

Piccardo C, Quaglino G.P. (a cura di) *Scene di Leadership*. Cortina Editore, Milano 2006.

Tesio L, Capello S, Gregorino S, Garrino L. *Scene di integrazione: l'utilizzo del cinema nella formazione all'interculturalità*. Tutor,2013,(13),1,15-21.

Cominetti L, Garrino L, Gregorino S, Facco S, Ruffinengo C, Dimonte V. *Il lungo cammino dell'identità professionale. Come il cinema e la rete possono aiutare gli studenti infermieri a riflettere*. Tutor, 2013,(13),1,51.

Garrino L, Padula MS, Gargano A, Dimonte V. *Développer les compétences dans la relation éducative: proposition d'un film pour réfléchir*, 6° Forum international francophone de Pedagogie des sciences de la santé, Pedagogie medicale, 2013,14 (suppl. 1), S90.

Garrino L. *L'utilizzo dei filmati per lo sviluppo della competenza emotiva nella relazione di cura: una proposta formativa*. Tutor, 2007, 7: 100-106.

Carotenuto A. *Diario di una segreta simmetria*. Astrolabio, Roma 1999.