

Le parole per guarire

Dal teatro alla medicina

Claudio Boccaccini

Regista Teatrale, Direttore Artistico della Scuola di Teatro LA STAZIONE¹

.....
 “**L**a società, l'arte, la cultura, la civiltà intera sono solo scappatoie, un unico, gigantesco autoinganno il cui scopo è di farci dimenticare che incessantemente cadiamo attraverso l'aria e ci avviciniamo ogni istante di più alla morte.”

Sven Lindqvist

Dice Oscar Wilde: «La salute è il primo dovere di ogni esistenza».

Questa apparentemente semplice asserzione sintetizza - come solo le grandi menti hanno la capacità di fare - con forma mirabile e contenuto efficace, un imperativo categorico che dovrebbe essere proprio di ogni creatura umana: stare bene.

Nella realtà lo stato di salute, o meglio i problemi ad esso connessi, più di ogni altra cosa provocano nell'animo umano ansie irrazionali, paure, insicurezze, che a lungo andare mutano in peggio la qualità della vita, e allontanano l'individuo che ne è vittima dalla conoscenza e dalla consapevolezza che le situazioni critiche vanno affrontate con la ragionevolezza e il raziocinio che esse meriterebbero.

Grande peso in questo 'processo di degrado' della qualità della vita di fronte alla malattia lo ha il linguaggio, che può trasformarsi in un muro oscuro contro cui sbattere di continuo come una mosca sul vetro. Il linguaggio può infatti creare già una distanza enorme tra l'individuo e la malattia, tra l'individuo e quanti dovrebbero preoccuparsi di

tirarlo fuori dal problema, in poche parole guarirlo: il medico, l'infermiere, l'ospedale. Il linguaggio è spesso, infatti, la prima gabbia dentro cui il malato si sente intrappolato: il non comprendere azzera ogni forma di comunicazione, e fa piombare il paziente in un vuoto pieno di solitudini.

«Vi prego, dottore, non parlate in latino che mi mettete paura!»... «Tutta la vostra scienza è pura chimera, medici vanitosi. Guarire non può, coi vostri latini paroloni, la piagmia severa.» dice al proprio medico il protagonista de *Il malato immaginario* di Molière. A proposito di Molière, c'è da rilevare che questi, al tema della medicina e del suo linguaggio, dedica ben cinque opere (oltre al già citato *Malato immaginario*, ricordiamo anche *Il medico volante*, *Il dottore innamorato*, *L'amore medico*, *Il medico per forza*, *Il signore di Pourceaugnac*), che denunciano una sua vera e propria passione (o ossessione) per il tema.

Invece, il protagonista de *L'uomo dal fiore in bocca* di Luigi Pirandello, nel raccontare ad uno sconosciuto le ragioni per le quali di lì a poco morirà per una sopraggiunta malattia letale, pronuncerà una parola misteriosa che rappresenterà semanticamente e musi-

¹ autore "Dalla pagina alla scena - Manuale di regia teatrale", saggio italiano sul teatro all'interno della BNF - BIBLIOTHEQUE NATIONALE DE FRANCE

calmente la sintesi linguistica della sua malattia: «*Epitelioma*, si chiama. Pronunzi, sentirà che dolcezza: *epitelioma*... Ecco, questo è il nome della mia morte».

Se quindi il linguaggio è il primo territorio di presa di coscienza e reazione nel rapporto tra l'essere umano e la malattia, e di comunicazione tra l'essere umano e l'apparato medico, è logico pensare come, nel ragionare in termini di miglioramento del rapporto paziente-medico, se volessimo cercare il modo di restituire al paziente la sua più autentica dignità – non considerandolo, insomma, né una malattia, né un numero di letto ma una persona da accogliere con tutto il suo bagaglio emotivo – nel momento in cui volessimo creare una dimensione più umana della medicina, non potremmo prescindere dal considerare il linguaggio un elemento fondamentale sul quale agire per il miglioramento di questo rapporto. Parlare di linguaggio, di ruoli, di situazioni non può non rimandarci alla letteratura e al teatro, due arti che possono, in virtù delle loro peculiarità intrinseche, rappresentare uno strumento ulteriore per ribaltare orientamenti e punti di vista nel rapporto medico-paziente, ponendo queste due figure l'una di fronte all'altra quali esseri umani e alleati imprescindibili nella lotta alla malattia, dove l'alleanza si potrebbe definire 'terapeutica'. La parola scritta come territorio di confronto. In fondo cos'è, da sempre, la scrittura? Quale il suo ruolo fondamentale nell'esistenza degli esseri umani? Intendendo naturalmente la scrittura riferita sia alla letteratura che alla drammaturgia teatrale. Il suo ruolo è stato sempre quello di fungere da radar, in quanto avvistatrice di bisogni, esigenze, necessità e allo stesso tempo di catalizzatrice di ipotesi e soluzioni. A tale proposito, come non citare Jean Louis Barrault, uno dei più importanti attori, autori, registi francesi del

novocento: «Il teatro» – sostiene Barrault – «è la prima medicina che l'uomo abbia inventato per proteggersi e curarsi dalla malattia dell'angoscia». In queste poche parole è chiaramente espresso quanto sia stretto il rapporto che intercorre tra due mondi apparentemente lontani quali quello dell'arte e quello della scienza, e specificamente tra il mondo del teatro e della medicina, che condividono il medesimo denominatore comune: l'uomo. L'uomo che, se da una parte nutre in sé la consapevolezza del proprio genio, dall'altra non può fare a meno di combattere le proprie paure cercando di esorcizzarle in qualsiasi modo. E tra queste paure la malattia rappresenta senza ombra di dubbio una delle sue forme più angoscianti. «Mettiamo in scena le nostre paure, le nostre malattie, » – esorta Barrault – «e avremo fatto grandi passi in avanti verso la guarigione». D'altra parte, nello psico-dramma il paziente viene chiamato dal terapeuta ad allestire vere e proprie messe in scena dei suoi drammi interiori, allo scopo di liberarsene attraverso la rappresentazione di essi. Questo naturalmente riguarda prima di tutto patologie di tipo psichico, ma il mondo della terapia medica tutto, non solo quello riferito alla psiche, è oggetto di trattazione nella storia del teatro attraverso i secoli, trattazione che ha assunto caratteristiche e significati differenti, a secondo delle diverse concezioni del teatro stesso e del suo modo di interpretare la società e relazionarsi con lo spettatore, fin dai primordi: Aristotele attribuiva alla tragedia una finalità catartica, considerando la rappresentazione tragica una specie di terapia collettiva.

Alla fine dell'Ottocento, nell'ambito di quel che viene definito il 'teatro di denuncia', trova sempre più spazio la rappresentazione del mondo medico scientifico. Vale la pena di citare in proposito il dramma *Woyzek*

del tedesco Buchner: in quest'opera viene descritta una società pervasa da una grande fede per la scienza, ma al tempo stesso minacciata dal germe del dubbio e dell'inquietudine (germe che poi invaderà tutta la letteratura e il teatro del Novecento). La figura del medico qui descritta è una sorta di scienziato che usa il paziente come mera cavia per le sue sperimentazioni, salvo poi imbattersi nella sua anima di essere umano sofferente. La riforma del teatro nel Novecento porterà, attraverso le avanguardie, alla scoperta di nuovi codici espressivi, sempre più rivolti alla perlustrazione drammatica delle patologie umane. Qui il rapporto fra teatro e scienza, fra teatro e medicina, disvela un connubio ricco di potenzialità, per certi aspetti ancora tutto da esplorare.

La specificità del linguaggio del teatro è quella di parlare da un punto di vista 'altro' – e non 'attuale'. Il teatro è distante da tutto quello che è la quotidianità e, in termini di comunicazione, non è strumento di massa, è un mezzo che parla a poche persone per volta ma nel profondo. Queste caratteristiche della comunicazione teatrale possono portare sul nostro presente un punto di vista critico molto interessante, estremamente utile anche se lo si rapporta alla quotidianità dello scienziato: il terreno comune, insomma, è nel fronte della metafora. Il medico è costretto a sviluppare discorsi d'impianto metaforico, ossia è chiamato a usare termini nuovi fortemente allusivi. La ricerca va in quella direzione: il medico trova qualcosa di nuovo, ma ha un bagaglio terminologico fatto di parole che già esistono da utilizzare per dare nome a queste cose nuove. Si tratta di un meccanismo di arricchimento e di potenziamento del linguaggio di straordinaria efficacia, che può produrre una forza sinergica nella comunicazione medico-paziente. Bisogna ora fare una serie di altre conside-

razioni partendo però da un punto di vista più propriamente teatrale che riguarda il concetto di interpretazione. L'attore, chiamato a vivere le emozioni di un personaggio all'interno di una storia, ha la necessità di compiere un percorso psico-fisico che lo allontani il più possibile da sé stesso, da tutti i suoi gesti e pensieri naturali.

L'attore, già a partire dalla respirazione (diaframmatica), intraprende un percorso che lo allontana dal suo 'essere naturale'. Tutta la sua gestualità sarà indirizzata verso quella del personaggio che è chiamato ad interpretare, che sostituirà alla propria. Le parole da lui pronunciate non scaturiranno dai suoi pensieri, ma dalla ripetizione delle 'battute' scritte per il suo personaggio. Per corrispondere verità interpretativa a queste parole, l'attore dovrà supportarle con pensieri adeguati, in un meccanismo di causa-effetto assolutamente rovesciato: nella vita tutto nasce dal pensiero che poi determina la parola detta, con tutte le relative conseguenze in termini di movimento, gesti, atteggiamenti; in teatro l'attore parte dalla fine, cioè dall'effetto, cioè dall'atteggiamento, per passare quindi alla parola scritta sul copione e di qui costruire, con un percorso a ritroso, anche il relativo pensiero. Come dire che all'attore si chiede – affinché svolga correttamente un'interpretazione – di entrare in una specie di patologia in cui i comportamenti sono ribaltati. Ma c'è un caso in cui nella vita, e non sulla scena, tutto questo avviene in maniera automatica: quando l'individuo è assalito da una patologia reale, cioè quando si ammala.

La malattia, dal punto di vista comportamentale, ha come prima conseguenza sull'individuo quella di fargli perdere i punti di riferimento consueti. Lo smarrimento e il relativo sbandamento davanti al male lo proiettano in un territorio nuovo, in cui la

propria espressività è costretta a sperimentarsi con modalità diverse. Per paradosso si potrebbe affermare che un soggetto assalito da una malattia ha naturalmente in sé tutti gli elementi della teatralità. Ecco allora che – non appena superata la normale fase della diagnosi, seguita dalla prescrizione medica, ecc. – il ruolo del medico curante può fare un salto di qualità. Il paziente, in questa fase, è pronto ad esprimere sé stesso con modalità diverse: diciamo che la sua malattia lo ha reso più vicino ad una ‘sensibilità teatrale’. Sta al medico stabilire un contatto che non sia ostativo di questa comunicazione ma che anzi la stimoli, la solleciti, la coltivi. Stimolare il paziente ad una narrazione delle proprie sofferenze è un potente strumento, che può restituire il pensiero fino a quel momento inespresso alla realtà della materia, alleviando così, in parte, preoccupazioni e paure. Medico e paziente potranno così guardare e ‘interpretare’ la malattia dal di dentro, dal punto di vista dell’uomo prima ancora che dall’analisi delle patologie. Ecco, quindi, che l’arte può diventare ‘tecnica assistenziale’ per consentire al malato di uscire dall’isolamento e dalla solitudine, due tra i più grandi nemici del malato.

Ecco, allora, che la parola non crea più distanze tra paziente e medico – («vi prego, dottore, non parlate latino che mi mettete paura!») – ma, al contrario, sarà un elemento di comunicazione che determina la comprensione e quindi la riappropriazione del sé e delle dinamiche che generano dal proprio corpo, in una relazione continua con la

propria mente. Inoltre, perché non pensare a quanto ogni gesto teatrale possa riuscire a rimodellare lo spazio attorno, sia esso un ambulatorio medico o una corsia d’ospedale? Il malato, chiamato ad una drammatizzazione (nel senso di teatralizzazione) della propria patologia, può utilizzare la sua capacità interpretativa per vivere la propria condizione, con tutti gli scenari connessi, con una modalità che ne esalti gli aspetti poetici universali piuttosto che quelli angoscianti personali. In *Romeo e Giulietta* di William Shakespeare la giovanissima protagonista si autoinfligge una morte apparente ingurgitando una mistura preparata da Frate Lorenzo. Prima di bere la pozione, che la farà sembrare morta agli occhi del mondo, Giulietta s’interroga sulle sensazioni che proverà nel momento del trapasso, con un’angoscia che, piano piano, scomparirà per lasciare spazio alla curiosità e all’interesse per la scoperta imminente di una nuova condizione. Giulietta penserà che per raggiungere l’amore dovrà passare attraverso la morte, e questo le farà sembrare la propria fine addirittura come un passaggio necessario.

Si dice che la scienza serva all’uomo per *allungargli* la vita, mentre l’arte serva ad *allargargliela*... Sarebbe meraviglioso se, in una rinnovata concezione del rapporto tra medico e paziente, questi due proponimenti riuscissero a convivere, e alla cura del corpo si unisse sempre di più anche quella dell’anima. Il teatro può essere uno strumento. Un mezzo, ma anche un fine, perché questo connubio possa finalmente realizzarsi.

“Come medici c’interessa solo rinviare la morte? Non dovremmo essere interessati anche a ridurre la paura, invece di esacerbarla e a dare importanza alla salute, invece d’indebolirla? È la contingenza (caso, fato, incertezza) a rendere bella la vita. E’ la verità indiscutibile che non ci è dato sapere cosa accadrà domani a renderla appassionante, che abbiamo preso o no la nostra aspirina.”

Iona Heath

Simulazioni e pazienti simulati nell'apprendimento

Nel contesto delle diverse modalità di simulazione, sempre più usate nella formazione alle professioni di cura, i “pazienti simulati” emergono come uno strumento con elevata efficacia e specificità per la medicina delle cure primarie

Fabrizio Consorti, Norma Sartori, Fabrizio Valcanover

Fabrizio Consorti è membro della Soc. It. di Pedagogia Medica (SIPeM) e Dip. di Scienze Chirurgiche Univ. “Sapienza” di Roma; Norma Sartori e Fabrizio Valcanover sono MMG Trento, Docenti e responsabili CliPS LAB – Csermeg Italy.

INTRODUZIONE

L'uso della simulazione è sempre più diffuso nella formazione alle professioni di cura, avvalendosi di una molteplicità di metodologie e di strumenti tecnologici molto differenziata. Questo fenomeno risponde ad esigenze da un lato culturali e sociali, dall'altro di natura strettamente pedagogica. L'uso formativo della simulazione nasce in ambito militare e aeronautico, legato alla necessità di addestrare a manovre tecnicamente molto difficili, relative a compiti complessi e rischiosi, come condurre un aereo – specie da combattimento – o dispiegare sul campo e condurre a distanza unità da combattimento. I termini principali – complessità tecnologica e operativa e rischio – si ritrovano anche tra le motivazioni all'uso delle simulazioni in medicina, per l'addestramento allo strumentario più sofisticato (chirurgia video-assistita e robotica, imaging). D'altra parte è divenuto ormai socialmente inaccettabile condurre sul corpo vivo del paziente l'addestramento a manovre relativamente semplici ma invasive, come la venipuntura o le più elementari suture cutanee. Come frutto della stessa mutata sensibilità, c'è

una pressione sociale sempre più forte a che i professionisti della cura giungano alla fine del percorso formativo avendo avuto occasione di sperimentare in piena sicurezza anche la difficoltà del prendere decisioni di natura diagnostica e terapeutica. La sicurezza riguarda ovviamente i pazienti, non esposti ai possibili errori delle decisioni dei discenti, ma anche i discenti stessi, potenzialmente esposti alle ricadute negative sull'autostima professionale in caso di danni derivati da errori grossolani commessi in ambiente non protetto. La necessità percepita di un ambiente simulato e quindi protetto riguarda infine anche la formazione alle abilità comunicativo-relazionali ed etiche-culturali, domini in cui i danni di una condotta maldestra del discente possono essere non inferiori a quelli fisici. Altri fattori sociali e organizzativi che spingono all'uso sempre più estensivo delle simulazioni sono i grandi numeri di discenti dei percorsi formativi pre, post-laurea e di formazione continua, numeri che si scontrano con la ridotta disponibilità logistica e temporale dei pazienti, sia nei contesti ospedalieri che in quelli ambulatoriali, con ricoveri e visite sempre

più compressi. I tempi e gli spazi stretti rendono problematico organizzare incontri che siano significativi sul piano formativo, non legati alla casualità del case mix contingente ma orientati alle esigenze curriculari. Queste ultime richiedono inoltre un livello elevato di standardizzazione delle attività formative, specie se poi le procedure apprese dovranno essere riprodotte in sede valutativa, ancor più se certificativa. L'uso delle simulazioni ha anche giustificazioni sul piano teorico pedagogico, consentendo di ottenere alcuni risultati di apprendimento che con maggior difficoltà potrebbero essere ottenuti con la pratica in ambienti e situazioni reali. La sezione seguente descrive brevemente alcuni contesti teorici che giustificano l'uso delle simulazioni nella formazione medica.

BASI TEORICHE E CLASSIFICAZIONE DELLE SIMULAZIONI NELLA FORMAZIONE MEDICA

Il rapporto fra teorie pedagogiche e pratiche didattiche è sempre complesso. Quasi mai la relazione è quella lineare attesa che va dallo sviluppo di una teoria alla sua verifica sperimentale attraverso la definizione di pratiche attuative della teoria. Più spesso le teorie hanno seguito le pratiche empiriche, come tentativo di modellare e comprendere ciò che avveniva nei luoghi di apprendimento. Questo è avvenuto con le simulazioni, che - in quanto pratiche formative - non hanno una propria teoria ufficiale a partire dalla quale sono state sviluppate; tuttavia diversi approcci teorici possono illuminare i motivi del loro successo e della loro efficacia. Qui di seguito riportiamo poche cenni ad alcuni dei grandi capitoli del pensiero pedagogico che possono dare significato e inquadramento alla pratica didattica delle simulazio-

ni (Motola, Devine, Chung, Sullivan, Issenberg, 2013; Ker, Bradley, 2007).

Comportamentismo e pratica intenzionale

Il comportamentismo (o behaviorismo) vede l'educazione come apprendimento o modifica di comportamenti, senza dare particolare peso alle modalità cognitive con cui ciò avviene. Il prototipo di attività ad ispirazione behaviorista è l'addestramento tecnico, in cui la ripetizione supervisionata del gesto ne garantisce l'apprendimento. Una forma particolare di indirizzo behaviorista è la "pratica intenzionale" (deliberate practice). La pratica intenzionale prevede l'esecuzione ripetitiva delle attività cognitive o psicomotorie oggetto di formazione, accoppiate con una valutazione molto rigorosa dell'acquisizione delle abilità. Il discente riceve feed back regolari, che lo guidano al miglioramento delle performance. Gli studi sulle pratiche intenzionali sono nati osservando come si esercitavano musicisti esperti, ripetendo in maniera intenzionale singoli brani del pezzo che stavano studiando fino a quando non li padroneggiavano. Si richiede quindi un discente consapevole e fortemente motivato, che, guidato dal feed back, diriga il proprio apprendimento fino a "padroneggiare" (mastery learning) il compito. Un ambiente simulato, sempre accessibile al discente, in cui sia possibile ripetere più e più volte compiti cognitivi (riconoscere, interpretare, decidere) o psicomotori (gesti semplici, attività complesse) è adatto alla pratica intenzionale. Il ruolo del docente è fondamentalmente quello di fornire feed back valutativi.

Cognitivismo

Il cognitivismo, nel suo complesso e con molte articolazioni di pensiero, si interessa

soprattutto della psicologia dell'apprendimento, cioè del processo mentale interno. In estrema sintesi il punto centrale delle teorie cognitiviste è che l'apprendimento avvenga per interazione fra la conoscenza già possedute dal discente (nozioni, opinioni, ipotesi) e quanto di nuovo si genera nella mente del discente nel suo contatto esperienziale col mondo esterno. Se nell'esperienza che si fa del mondo non c'è nulla di nuovo, di inatteso, che collida con gli schemi che abbiamo, non avviene alcun ulteriore apprendimento. Perciò l'apprendimento può essere di rinforzo per assimilazione, quando l'esperienza che si vive è coerente con le strutture mentali possedute oppure di accomodamento, quando l'esperienza vissuta non si adatta alle strutture cognitive e queste ultime devono essere modificate. Quest'ultimo è il vero apprendimento. In ottica cognitivista le simulazioni sono strumenti potenti per presentare situazioni di conflitto cognitivo, in cui siano presenti discrepanze tra quanto ci si aspetta e quanto si osserva. Il ruolo del docente è quello di facilitare il discente nella scoperta dei suoi pregiudizi sul mondo nonché di aiutarlo a riadattare la nuova conoscenza nei suoi schemi.

Una forma particolare di sostegno tutoriale, soprattutto nelle simulazioni più realistiche e immersive, è orientato a stimolare il pensiero riflessivo, la "riflessione sull'azione", come modo di ritornare sulla propria performance e di rendere espliciti i processi di pensiero, le emozioni, le dissonanze cognitive ed emotive, le trasformazioni indotte dall'esperienza nei propri schemi mentali.

Costruttivismo sociale

Le teorie ispirate al costruttivismo sociale pongono l'accento sull'interazione sociale come mezzo che favorisce l'apprendimento. Il linguaggio e la cultura sono conside-

rati elementi centrali dello sviluppo umano e la conoscenza stessa è una costruzione sociale. In quest'ottica è dunque importante il contesto in cui si svolgono le simulazioni che, per essere veramente efficaci, devono prevedere un'interazione sociale non solo col simulatore, ma fra discente e docente e fra discenti stessi. Il ruolo del docente è quello di mediare le interazioni sociali e garantire un ambiente formativo costruttivo, privo di elementi di biasimo o di imbarazzo.

Apprendimento situato

Per le teorie dell'apprendimento situato la conoscenza non si genera dall'acquisizione di nozioni teoriche, ma nasce come processo dinamico di partecipazione attiva di un soggetto all'interno di un contesto reale. Come nelle teorie di costruttivismo sociale, l'elemento principale è l'interazione con altre persone ma ciò deve avvenire in un ambiente quanto più vicino a quello in cui le competenze acquisite saranno poi usate, consentendo al discente di entrare sempre più addentro al sistema sociale della comunità di pratica. Le teorie dell'apprendimento situato si basano anche su osservazioni sperimentali di psicologia cognitiva, che dimostrano come il richiamo e l'utilizzo di conoscenza memorizzata è fortemente facilitato se l'apprendimento è avvenuto in un contesto che richiama nel modo più fedele possibile il contesto in cui poi quella conoscenza dovrà essere utilizzata per i compiti professionali. In quest'ottica è quindi importante che le simulazioni attivino lo studente in attività complesse, quanto più possibilmente realistiche e centrate su un problema professionale specifico.

Elementi caratterizzanti delle simulazioni

Sulla base di quanto detto finora possiamo

estrarre gli elementi pedagogicamente più rilevanti delle simulazioni ed usarli per creare uno schema descrittivo delle diverse forme di simulazione.

Un ambiente di simulazione è caratterizzato:

- Dal grado di fedeltà, cioè dalla verosimiglianza. Le simulazioni saranno perciò a bassa o alta fedeltà, fino a giungere alle cosiddette simulazioni immersive, in cui il grado di verosimiglianza è totale e si spinge fino alla ricostruzione dell'ambiente (arredo, dispositivi, confezione dei farmaci, compresenza di più simulatori in ruoli diversi, ...). L'incontro con un paziente simulato, fatto al centro di un cerchio di sedie in un'aula oppure in una stanza arredata come uno studio di Medicina Generale, ha un effetto formativo diverso. La prima situazione è idonea all'apprendimento di abilità specifiche, magari con la metodologia start-stop precisata in seguito, la seconda è pertinente per lo sviluppo di competenze cliniche complessive.
- Dal grado di disponibilità della simulazione, affinché il discente possa ripetere più volte l'esercizio in funzione dei suoi tempi, secondo i principi della pratica intenzionale. La situazione migliore si realizza con i cosiddetti "skill lab" o laboratori delle abilità, che sono locali attrezzati, con ampi orari di apertura a cui i discenti possono accedere liberamente. Per molte abilità cognitive (riconoscere, interpretare, decidere) le simulazioni virtuali di casi o condizioni cliniche, disponibili via Internet, sono un buon modo per garantire la fruibilità e ripetibilità.
- Dal grado e dal tipo di socializzazione durante l'esecuzione delle attività simulate. Agire una simulazione da soli o con un gruppo di compagni, anche quando si tratti dell'apprendimen-

to di gesti tecnici, garantisce risultati migliori per gli effetti di emulazione e feedback spontaneo fra pari che si creano. Sono modalità di socializzazione anche la video-registrazione della performance e la successiva visione in gruppo e la disponibilità di social media (wikis, blogs, gruppi Facebook,...) per gli ambienti virtuali di simulazione.

- Dal tipo e dall'intensità del feedback fornito. Non necessariamente ogni singola attività deve essere supervisionata, ma in ogni caso un feedback va proposto, anche quando si tratti di simulazioni inquadrate in un programma di sviluppo professionale auto-diretto. Il feedback può essere più o meno strutturato, fornito dal tutor, dal gruppo dei pari e dai simulatori. Può essere accoppiato all'autovalutazione del discente, magari registrata come scritto riflessivo in un portfolio.

PAZIENTI SIMULATI E STANDARDIZZATI: DEFINIZIONE E CONTESTI D'USO

Tipi di paziente simulato

Una forma peculiare di simulazione, molto diffusa nella formazione medica, soprattutto se ci si rivolge alle cure primarie, prevede l'uso di volontari che agiscono da pazienti simulati, attori veri e propri o persone comunque addestrate a recitare nel ruolo necessario. Nella sua forma più semplice l'interazione col simulatore è finalizzata ad addestrare la capacità anamnestica di base, ma possono essere sviluppate con questo metodo anche le competenze comunicativo-relazionali o l'esecuzione dell'esame obiettivo (per la metodologia e i problemi di relazione col corpo del paziente) e l'esecuzione di semplici manovre diagnostiche. Nella sua

forma più estesa, l'interazione col paziente simulato può abbracciare un intero incontro medico-paziente, per diversi possibili contesti (cure primarie, ospedale, emergenza), incontro che si conclude con la definizione concordata di un piano (negoiazione, condivisione, comprensione).

Esiste una certa ambiguità linguistica nell'uso dei diversi termini con cui vengono indicati i pazienti simulati. In senso proprio il paziente simulato (PS) prevede il reclutamento e la formazione dei simulatori, senza dare loro un copione, ma semplicemente un canovaccio. La simulazione in senso proprio non prevede risposte standard se non in piccola parte e in relazione a qualche dato anamnestico e alla descrizione di sintomi, lasciando la possibilità di libera interpretazione del simulatore, calato nella parte, a seconda della sua personalità, emozioni e vissuto. Il PS, quindi, è il più simile possibile al paziente reale.

Il paziente Standardizzato/Strutturato (PSt) prevede il reclutamento e la formazione di simulatori, i quali, recitano un vero e proprio copione, con risposte standard. La tecnica quindi risulta ben riproducibile e per questa sua caratteristica viene maggiormente utilizzata soprattutto a scopo valutativo, più spesso nelle stazioni di un OSCE (Wallace, Rao, Haslam, 2002) e meno in campo formativo, se non che per la formazione ad abilità particolari e ben definite. Si rimanda al capitolo sull'OSCE per maggiori informazioni riguardo questa modalità di valutazione e per alcuni esempi di PSt.

Al termine di un lavoro di ricerca sul campo nelle Facoltà di Medicina del Belgio e dell'Olanda, è stata proposta questa tipizzazione delle attività didattiche basate su pazienti simulati.

1. Metodo start-stop: durante la sessione, un gruppo di studenti e il docente osser-

vano uno studente che interagisce con un paziente simulato. Il docente interrompe l'incontro ogni volta che avviene qualcosa di interessante (situazione critica o errore) per sottolineare e discutere.

2. Training on the job: include tre fasi 1- video-registrazione di un incontro medico-paziente reale condotto dal discente, 2 - visione del video e feed back da parte del docente, 3 - sessione con un paziente simulato, indirizzato ad esercitare le competenze ritenute deboli dopo la discussione della performance video-registrata.
3. Role playing: è una tecnica orientata soprattutto a evidenziare la risposta emozionale degli studenti, che interpretano ora il ruolo di medico ora il ruolo di paziente.
4. Modello del circuito e della rotazione dei ruoli: gli studenti partecipano a un circuito con 3-6 stazioni di pazienti simulati. Tutti gli studenti a turno effettuano un incontro con uno dei pazienti simulati e ricevono un feed back immediato dal docente e dai pari. Singole abilità specifiche sono eventualmente ri-addestrate fino al raggiungimento di un livello accettabile di performance.
5. Incontri individuali con pazienti simulati: mettono in grado lo studente di esercitare le abilità comunicative, di esame obiettivo, cliniche e riflessive. Spesso le sessioni sono video-registrate.
6. Pazienti standardizzati per la valutazione: dato il loro scopo, coloro che interpretano il ruolo di paziente sono vincolati a copioni rigidi e a rispondere solo alle domande fatte. Sono parte qualificata degli esami di certificazione in molti paesi del mondo.

Sia i PS che i PSt prevedono come punto cruciale il feed-back, la parte finale della tecnica che rappresenta il risultato di tutto il lavoro. In campo valutativo esso è in-

teso come un vero e proprio giudizio, valutazione del discente da parte dei simulatori e/o dei docenti. In campo formativo invece esso rappresenta il frutto di una discussione d'aula, a partire dalla simulazione, che si estrinseca nel "oggi ho imparato che..". (Sartori, Valcanover, Colorio, 2014). Ogni discente che ha partecipato al simulato, sia attivamente che come spettatore, esprime ciò che in quella simulazione d'aula ha destato la sua attenzione, oppure che gli ha fatto rivalutare magari il suo modo di agire in situazioni simili o più semplicemente le emozioni che ha provato.

Un altro importante feed-back è quello del simulatore, offerto immediatamente dopo la consultazione. Questa restituzione si differenzia nelle diverse realtà internazionali: talora ad esempio al simulatore vengono fornite anche alcune competenze cliniche che lui stesso restituisce al discente. Nell'esperienza trentina, di cui si riferirà più avanti, invece il simulatore esprime proprio la sua visione laica e profana, i suoi dubbi, quello che non ha capito, le perplessità o gli apprezzamenti sulle strategie del medico, restituisce in conclusione quella che è stata definita "la voce del paziente" (Roccatò, 2012). Del resto è presente in letteratura l'importanza del punto di vista del paziente e del suo "potere" (Hanna, Fins, 2006).

Risulta evidente come anche la figura del simulatore debba essere necessariamente diversa a seconda che la tecnica venga usata in campo valutativo o di formazione. In campo valutativo il simulatore deve essere ben istruito sul ruolo che deve recitare, deve garantire una perfetta riproducibilità della prestazione, deve essere formato per essere in grado di dare un giudizio sul discente a seconda degli scopi dei docenti e in alcuni casi gli è richiesta inoltre una seppur minima competenza in campo medico.

La "scuola di formazione specifica in Medicina Generale della provincia di Trento" è l'unica scuola di formazione in Italia che ha sperimentato in maniera estesa l'utilizzo della metodologia del paziente simulato (Roccatò, 2012).

L'utilizzo, in questo caso, è avvenuto nell'ambito della formazione specialistica del medico di Medicina Generale, quindi in un contesto di professionisti, anche se all'inizio della carriera.

La stessa metodologia, con qualche modifica, è stata utilizzata sempre dai medesimi autori in situazione di educazione continua con professionisti della Medicina Generale e in sperimentazioni di consulenza al ruolo (Csermeg, 2014).

È da sottolineare inoltre che un uso prettamente formativo è presente a livello mondiale in ambito specialistico e multi professionale, con tecniche ovviamente diverse da quelle dibattute in letteratura sul paziente strutturato per gli studenti di medicina.

Nel contesto della formazione specifica in Medicina Generale, l'uso del Paziente Simulato non è strumento didattico a se stante, ma strumento di integrazione alle varie sessioni didattiche d'aula. Ad esempio come integrazione al seminario sul paziente con asma e BPCO, sul paziente psichiatrico o su come comunicare cattive notizie. La metodologia PS, utilizzata nella scuola di Trento, è l'esito di successive modificazioni ed evoluzioni della classica tecnica del Paziente Strutturato tanto applicata a livello internazionale, presentando così peculiarità non presenti o presenti solo in parte in altre esperienze europee ed americane.

- *L'approccio olistico*, tipico della Medicina Generale, che prevede cioè la valutazione e gestione contemporanea degli aspetti

clinici, relazionali e sociali che emergono in una consultazione.

- La messa in scena di *casi reali*, opportunamente modificati per adattarli il più possibile al simulatore e per rendere non identificabile il paziente.
- L'impiego di *canovacci* molto lassi, con la possibilità del paziente di lasciar emergere elementi della propria personalità e della propria storia di vita, con una bassa standardizzazione.
- Una *discussione*, dopo la consultazione, non solo sugli aspetti clinici, relazionali e gestionali, ma anche sui sentimenti e le emozioni di medico e paziente, che diventano essi stessi elementi di discussione e veicoli di apprendimento significativo.
- Un immediato *feedback dei simulatori* (la voce del paziente) in plenaria e guidato dai conduttori.
- *Feedback anonimo* ("oggi ho imparato che...") da parte di tutti i partecipanti sugli elementi di novità emersi ed appresi durante la sessione; la restituzione viene condivisa in plenaria con tutti i presenti.

Un elemento fondamentale, per la buona riuscita della tecnica PS, è rappresentato dal-

la scelta e la formazione dei simulatori. Infatti sono stati individuati alcuni criteri per la scelta dei simulatori, alla fine di evitare complicazioni legate alla personalità del simulatore e ottimizzare la rappresentazione, anche in base agli obiettivi preposti nella singola simulazione. Le caratteristiche principali nella scelta dei simulatori sono:

- assenza di malattie gravi (anche pregresse)
- assenza di parenti con malattie gravi
- assenza di disturbi psichici
- assenza di cause giudiziarie con SSN
- assenza di professione nell'ambito sanitario
- assenza di esperienza come attore professionista
- presenza di motivazione e fiducia nella tecnica.

La formazione dei simulatori è un percorso piuttosto complesso ed è un elemento cruciale sia per le simulazioni di tipo PS che per quelle PSt. In particolar modo è necessario predisporre un percorso di formazione che preveda frequenti contatti con l'equipe dei formatori, docenti e tutor.

.....

Bibliografia

Csermeg (2014), *Il paziente simulato*. Disponibile su http://www.csermeg.it/index.php?ID_nodo=682, accesso il 7 febbraio 2014.

.....

Hanna M., Fins J. J. (2006), *Power and Communication: Why Simulation Training Ought to Be Complemented by Experiential and Humanist Learning*. *Acad Med.*; 81:265–270.

.....

Ker J., Bradley P. (2007), *Simulation in medical education*. Edinburgh. ASME.

.....

Motola I., Devine L.A., Chung H.S., Sullivan J.E., Issenberg S.B. (2013), *Simulation in healthcare education: a best evidence practical guide*. AMEE Guide No. 82. *Med Teac*; 35(10):e1511-30.

.....

Roccatò M. (2012), *L'uso del paziente simulato nella didattica in Medicina Generale. Tesi finale del Corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale*. Trento. Disponibile su <http://www.fabriziovalcanover.it/il-paziente-simulato--strut.html>, accesso il 17-1-2014.

.....

Sartori N., Valcanover F., Colorio P. (2014), *Simulated patient: a holistic approach like a bridge between theory and practice in medical education*. Disponibile su http://www.fabriziovalcanover.it/paziente_simulato_esp_itali.pdf, accesso il 7 febbraio 2014.

.....

Wallace J., Rao R., Haslam R. (2002), *Simulated patients and objective structured clinical examinations: review of their use in medical education*. *Adv. Psych Treat.*; 8:342–350.

.....

Dal paziente esperto ai pazienti formatori

L'esempio dell'Università di Montréal

Marie-Claude Vanier

B. Pharm. M. Sc, Professore Associato di Clinica, Facoltà di Farmacia e Presidente, Comitato operativo interfaccoltà di formazione alla collaborazione e Partenariato nella Cura, Università di Montréal

Luigi Flora

paziente formatore, PhD in scienze della formazione, laboratorio EXPERICE dell'Università di Parigi 8 Campus Condorcet

Vincent Dumez

Direttore, Direzione della Collaborazione del paziente Partenario (DCPP) dal centro di pedagogia applicata alle scienze della salute (CPASS) della Facoltà di Medicina presso l'Università di Montréal

RIASSUNTO

Questo articolo tratta di innovazioni pedagogiche che integrano le conoscenze e l'esperienza dei pazienti all'interno dei curricula di formazione dei professionisti della salute. Rappresenta il modo per integrare il sapere esperienziale dei malati e del vissuto di malattia alle conoscenze teoriche dei medici e degli altri operatori, che sono complementari per la formazione dei curanti. Viene presentato il "modello relazionale" fra pazienti e professionisti della salute, sviluppato dalla Facoltà di Medicina dell'Università di Montréal e applicato nella formazione interprofessionale alla pratica collaborativa e al partenariato delle cure. Sono descritte l'esperienza d'integrazione dei pazienti formatori presso l'Università di Montréal, in conformità con questo quadro concettuale, le valutazioni che ne sono state fat-

te e l'analisi dei fattori di successo per lo sviluppo di questo tipo di innovazione educativa. Questo approccio è anche paragonato alle esperienze iniziate in Francia, con le più recenti innovazioni didattiche, secondo il modello del Québec. Il capitolo si conclude con informazioni pratiche per agevolare la trasposizione di questo modello all'insegnamento della medicina di famiglia.

CONTESTO

L'esercizio della medicina di oggi si confronta con sfide considerevoli, che richiedono

Parole chiave: paziente formatore, pratiche collaborative, partenariato del paziente, pedagogia medica, saperi esperienziali, paziente partenario, paziente esperto.

un adattamento senza precedenti. Da un lato il progresso che essa ha indotto, e i nuovi trattamenti, hanno contribuito a prolungare l'aspettativa di vita dei pazienti con malattie croniche, e questo ha portato a un numero sempre più grande di pazienti cronici da trattare; d'altra parte, un facile accesso alle informazioni attraverso Internet ha cambiato il comportamento dei pazienti. Ora essi arrivano agli incontri con gli operatori sanitari non più con dei mali o dei sintomi, ma con autodiagnosi e richieste di trattamenti specifici. Infine, nel contesto della malattia cronica, i tassi di aderenza alle strategie terapeutiche rimangono piuttosto deludenti. Questi fattori stanno costringendo gli operatori sanitari, e in particolare i medici di famiglia, a ripensare il loro modo di interagire con i pazienti e i loro caregivers. Utilizzare la conoscenza esperienziale dei pazienti e dei loro parenti può essere una strategia interessante per educare gli studenti in formazione e gli operatori sanitari a questa nuova realtà e sviluppare la loro abilità di collaborazione con il paziente e i caregivers.

A questo scopo, sono stati invitati negli ultimi anni dei pazienti formatori, per contribuire alla formazione degli studenti in varie professioni e scienze della salute, e dei medici e altri professionisti della salute, nell'ambito di corsi universitari e di formazione continua sulla collaborazione interprofessionale in partenariato con il paziente e la famiglia. L'Università di Montréal ha affrontato questa svolta all'inizio di questo decennio, nell'ambito di un nuovo modello relazionale, il partenariato del paziente all'interno delle pratiche collaborative interdisciplinari. La "Direzione per la Collaborazione e il Partenariato del Paziente" (DCPP) del Centro di Pedagogia Applicata alle Scienze della Salute (CPASS) della facoltà di Medicina ha diretto lo sviluppo del

concetto del partenariato paziente e il suo inserimento nelle attività formative per gli studenti di scienze della salute e di scienze psicosociali, e nelle attività di sviluppo professionale continuo per i professionisti della salute in servizio. Il principale mandato della DCPP è promuovere il punto di vista del paziente e dei suoi parenti. Questo per arrivare a stabilire un partenariato costruttivo e duraturo tra i pazienti e i loro parenti, e i professionisti della salute, e per contribuire al progresso delle pratiche di comunicazione e di collaborazione negli ambiti delle cure, dell'insegnamento e della ricerca.

Per illustrare l'integrazione del paziente formatore nelle attività pedagogiche, noi useremo l'esempio dei corsi interfacoltà di formazione alla collaborazione interprofessionale e al partenariato delle cure presso l'Università di Montréal. Questi corsi di "Collaborazione in Scienze della Salute" (CSS) raggruppano gli studenti di 13 diverse professioni; sono sviluppati e coordinati da un comitato di docenti che rappresentano ciascuna delle professioni coinvolte: audiologia, terapia occupazionale, kinesiologia, medicina, odontoiatria, nutrizione, optometria, logopedia, farmacia, fisioterapia, psicologia, assistenza infermieristica e sociale. Parallelamente a questi corsi per studenti, l'équipe della DCPP assicura il trasferimento delle conoscenze e contribuisce allo sviluppo della competenza di collaborazione e di partenariato nei professionisti della rete della sanità e dei servizi sociali, per assicurare la coesione e la coerenza dei messaggi che gli studenti ricevono nei periodi di tirocinio in ambito clinico.

1. CONCETTO E SVILUPPO DELLA COMPETENZA DEL PARTENARIATO DI CURA

L'approccio del partenariato per la cura in-

segnato presso l'Università di Montréal è stato sviluppato basandosi sulla letteratura, in particolare sui saperi esperienziali emersi dalla vita con la malattia¹. La complementarità dei saperi esperienziali dei malati e dei saperi scientifici dei professionisti della salute è diventata uno dei valori fondanti della Facoltà di Medicina dell'Università di Montréal.

Nell'ambito di questo approccio, il paziente è un soggetto che impara, e bisogna accompagnarne lo sviluppo delle competenze di partenariato, fino all'autonomia e all'autodeterminazione, per raggiungere la piena partecipazione all'elaborazione del suo progetto di salute fintanto che è a contatto con i professionisti della salute, per poi mantenerlo nel suo quotidiano (Figure 1 e 2).

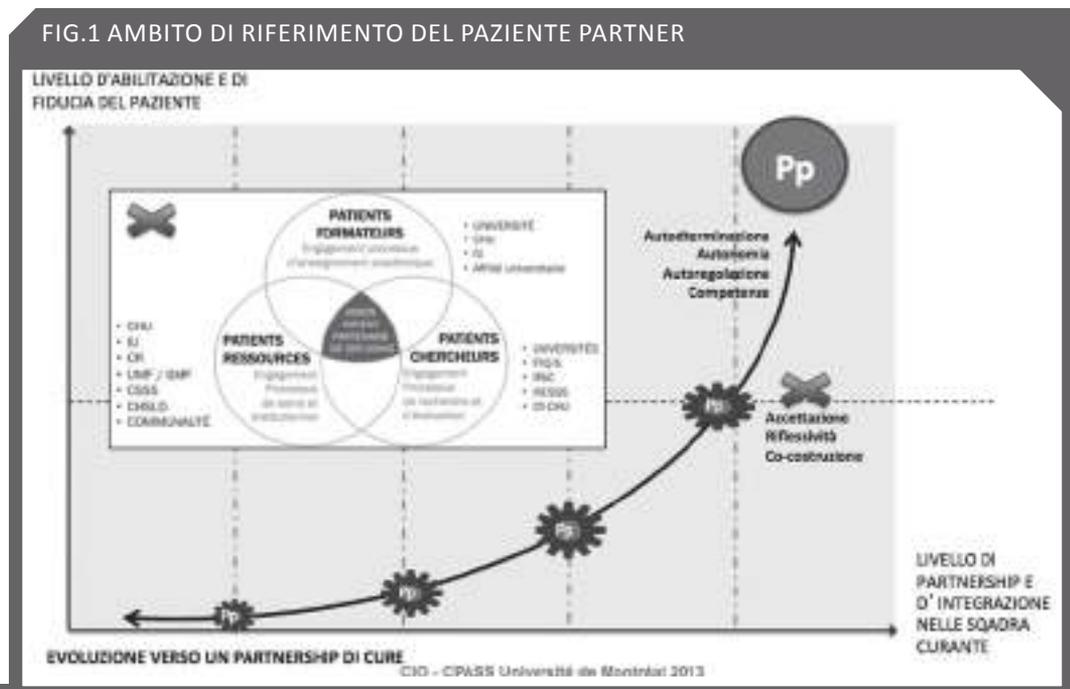
“Il paziente partnerio è una persona abilitata a poco a poco, durante il suo decorso clinico, a fare delle scelte di salute libere e informate. I soggetti del team clinico riconoscono i suoi saperi esperienziali e sviluppano le sue competenze di cura. Rispettato in tutti

gli aspetti della sua umanità, è un membro a pieno titolo della squadra, per la cura ed i servizi che gli vengono offerti. Pur riconoscendo la competenza dei membri dell'équipe, orienta le preoccupazioni dei curanti sul suo progetto di vita e prende parte alle decisioni che lo riguardano. Stiamo parlando di integrare gradualmente il paziente come partner e parte integrante del team di assistenza, perché il paziente viene qui riconosciuto come curante di sé stesso”².

Il partenariato delle cure e dei servizi risiede nella relazione di cooperazione / collaborazione tra il paziente, i suoi familiari e gli operatori sanitari e dei servizi sociali (clinici, manager o altro). Fa parte di un processo dinamico di interazione e di apprendimento che promuove l'autodeterminazione del paziente, le decisioni libere e informate e il raggiungimento di risultati ottimali di salute. Basato sul riconoscimento delle conoscenze di tutte le parti, questo rapporto porta i partneri a pianificare, a coordinare le azioni e ad agire in modo concertato, personalizzato,

¹ (Jouet E., Flora L. & Las Vergnas O., 2010)

² (Dumez V., 2012)



*integrato e continuo intorno alle esigenze e al progetto di vita del paziente*³.

Dal momento che dei pazienti sono considerati potenzialmente protagonisti nel proprio piano di cura, ecco che, qualunque sia l'intensità di questa loro partecipazione, essi possono anche diventare degli alleati preziosi per sviluppare la competenza del "partenariato di cura" dei futuri professionisti della salute. Il quadro concettuale delle competenze che sostengono la competenza di partenariato, così come questa è sviluppata dalla Rete universitaria integrata di salute dell'Università di Montréal, è mostrato nella figura 3. L'insieme di queste competenze deve venire sviluppato sia dai professionisti della salute che dai pazienti, ma a livelli differenti per ciascuno.

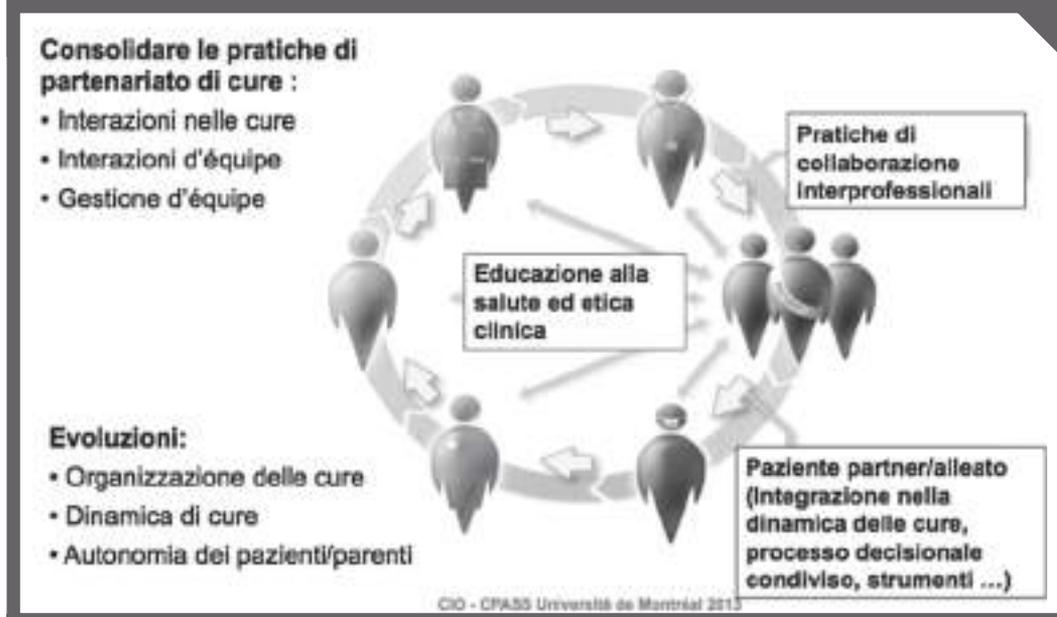
Il paziente sviluppa gradualmente la sua competenza di partenariato durante l'esperienza che produce a partire dal suo vissuto, a contatto con i professionisti della salute. Questa fase di sviluppo si svolgerà tanto più rapidamente, e in maniera ottimale, quanto

più i professionisti della salute saranno attenti e sosterranno attivamente questa partecipazione del paziente. Il partenariato di cura si sviluppa così sulle fondamenta di una "competenza del paziente" che permetta a ognuno di essi di diventare ver "partecipe". Noi utilizziamo come formatori, risorse e co-ricercatori, dei pazienti che mettono in gioco un'esperienza di vita con la malattia, per partecipare ai diversi progetti di formazione e per contribuire alla trasformazione delle cure negli ambiti clinici. Questi pazienti a loro volta sono formati da pazienti-coach, che hanno raggiunto la maturità in questa esperienza.

È a partire da questa conoscenza esperienziale che si svilupperanno capacità di riflessività e di collaborazione sia tra i pazienti che tra gli operatori sanitari. La DCP ha anche identificato 15 competenze nel paziente formatore abilitato ad accompagnare i professionisti della salute durante la loro formazione; fra queste, alcune sono i fondamenti dell'esperienza che permette a ogni

³(Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal (RUISM), 2013)

FIGURA 2 LA PARTNERSHIP NELLE CURE



paziente di diventare paziente partecipe; si tratta delle competenze che permettono di:

- conoscersi nella malattia;
- ritrovare un senso;
- elaborare e adattare il proprio progetto di vita;
- identificare e mettere in movimento dei saperi esperienziali.

Queste competenze permettono alla competenza di “resilienza” di essere utilizzata in tutte le sue dimensioni, anche al di là del partenariato coi professionisti della salute, per essere messa in gioco nel quotidiano dei pazienti. Nel 2014 l’Università di Montréal aprirà una scuola dei pazienti, in versione elettronica, in un portale aperto al grande pubblico; proporrà ai pazienti dei percorsi di apprendimento autogestiti e personalizzati, per aiutarli a identificare e mettere in gioco le proprie competenze. Questo fornirà strumenti, al paziente o al familiare, per partecipare pienamente all’elaborazione del piano di cura, adeguandolo al proprio pro-

getto di vita; questo per permettere un miglior adattamento al suo vivere quotidiano. Questa scuola permetterà anche ai professionisti che desiderano identificare dei pazienti esperti e collaborare con essi, di conoscere i saperi che possono essere messi in gioco dai pazienti ai quali si affiancheranno in questo cammino.

2. L’INTEGRAZIONE NELL’INSEGNAMENTO DEI CONCETTI DI PARTENARIATO NELLE CURE

L’esperienza dell’Università di Montréal

L’integrazione dei pazienti formatori nei corsi interprofessionali di formazione alla collaborazione è apparsa agli insegnanti il mezzo più efficace per sensibilizzare il maggior numero di studenti a questo nuovo modello di cura. Gli insegnanti hanno ipotizzato che la presenza di un paziente durante le discussioni avrebbe permesso di rendere

FIGURA 3 COMPETENZE DI PARTNERSHIP PER I PROFESSIONISTI, I PAZIENTI E I PARENTI



più tangibile il concetto di partenariato nella cura. La correttezza di questa ipotesi è stata confermata da un questionario fornito dagli studenti nel quadro di un primo progetto pilota realizzato nel 2010, che ha interessato una parte degli studenti. In seguito a questa esperienza positiva, è iniziato un graduale distribuzione di pazienti formatori nei diversi gruppi di studenti. L'implementazione è ora completa, e ogni gruppo di discussione dell'atelier interfacoltà, in ciascuno dei tre corsi collaborativi in scienze della salute (CSS) comprende un paziente formatore come animatore insieme a un professionista della salute. Insegnanti professionisti della salute e pazienti formatori (PF) dimostrano così con l'esempio la complementarietà delle conoscenze e delle persone. Il ruolo del paziente formatore in queste attività educative si divide principalmente in due funzioni:

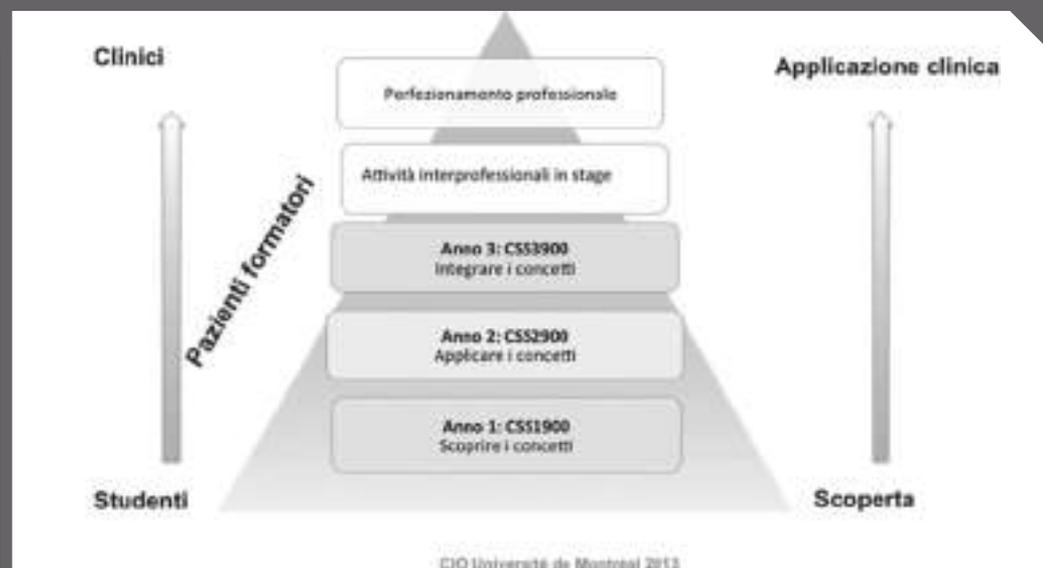
- una prima funzione volta a sensibilizzare gli studenti sul vissuto di un paziente che vive con una malattia cronica e all'impatto che hanno su di lui le interazioni con il sistema sanitario e con i diversi attori che

contribuiscono alla sua cura; questo è generalmente fatto condividendo la propria esperienza.

- La seconda funzione è quella di far riflettere gli studenti sull'impatto degli interventi sul paziente e sul caregiver, che essi propongono durante la discussione di situazioni cliniche simulate. Il paziente formatore fornisce anche feedback al gruppo di studenti su come essi integrano nelle loro discussioni il concetto e l'approccio al partenariato della cura, e come modificheranno progressivamente il loro modo di intervenire. Il paziente formatore non gioca quindi un ruolo di paziente simulato, ma piuttosto quello di un insegnante a tutti gli effetti, che condivide la sua conoscenza esperienziale, che è complementare alla conoscenza clinica del co-animatore professionista della salute.

In questi corsi interprofessionali, l'approccio ai concetti di collaborazione interprofessionale in partenariato con il paziente e la famiglia si realizza progressivamente, come mostrato in Figura 4. Lo studente scopre, applli-

FIG. 4 CONCETTO DI FORMAZIONE ALLA COLLABORAZIONE INTERPROFESSIONALE A UDEM



ca e integra gradualmente i concetti durante i primi tre anni di formazione. Gli studenti acquisiscono le conoscenze di base attraverso moduli on-line e nella preparazione in aula con gli studenti della stessa area professionale. Successivamente gli studenti sono raggruppati in squadre di diverse professioni per le discussioni cliniche.

1. Al primo anno (CSS1900), si discute su situazioni di assistenza reale vissute dagli studenti o da un loro familiare, ed è un'attività di sensibilizzazione al partenariato di cura.
2. Al secondo anno (CSS2900), gli studenti discutono di un caso clinico pediatrico, cioè di un bambino di due anni e mezzo con problemi gastro-intestinali, un ritardo nello sviluppo e un difficile contesto psico-sociale.
3. Al terzo anno, la discussione si concentra su due fasi del ricovero di un paziente anziano, con diabete di nuova diagnosi, che ha avuto un ictus. Gli studenti discutono la fase di riabilitazione e la fase di preparazione per il ritorno a casa. Per ciascuna di queste fasi, offrono un piano di assistenza interprofessionale, globale e adattato alle priorità e alle capacità dei pazienti.

Questo curriculum Interfacoltà è stato oggetto di una recente pubblicazione⁴.

La valutazione dei corsi

Alla fine di ogni corso, gli studenti compilano un questionario di valutazione del corso, on-line. Domande specifiche sotto forma di scale Likert a 5 punti esplorano le percezioni degli studenti sul contributo dei pazienti formatori alla loro formazione. Queste domande hanno rivelato che una percentuale molto alta di studenti era molto favorevole alla partecipazione di pazienti formatori nei

corsi CSS. Anche i dati della valutazione del 2012-2013 confermano un'elevata percentuale di studenti d'accordo o fortemente d'accordo con diverse affermazioni, come mostra la tabella 1. Domande aperte hanno anche rivelato che la partecipazione dei pazienti formatori in questi corsi è percepita da molti studenti come un elemento di forza di queste attività accademiche.

I fattori di successo del processo di integrazione dei pazienti formatori

Le modalità di reclutamento e selezione dei pazienti sono indubbiamente fattori chiave del successo dell'integrazione dei pazienti formatori in questo tipo di corsi. Il reclutamento dei pazienti formatori è stato realizzato da pazienti esperti coach della DCPD facilitando l'incontro del mondo dei pazienti col mondo accademico. Il fatto che gli insegnanti e i pazienti esperti della DCPD abbiano costruito insieme i contenuti pedagogici, e definito insieme i ruoli dei pazienti formatori nell'attività educativa, ha avuto come risultato un'attività coerente, concreta e adatta ai diversi attori. Il tutto è basato su un quadro concettuale chiaro e condiviso dal gruppo degli insegnanti. La preparazione dei pazienti formatori è un elemento cruciale per garantire una partecipazione fiduciosa dei pazienti e conseguire gli obiettivi di apprendimento del corso. Questa preparazione viene fatta attraverso letture e incontri di gruppo, che permettono ai pazienti di familiarizzarsi con i concetti di partenariato delle cure, con le attività pedagogiche cui parteciperanno e col loro ruolo nel quadro di queste attività. Anche se ogni paziente interviene in discussione con la propria personalità, questo garantisce un approccio globale equivalente tra i gruppi. Infine le situazioni cliniche sono state scelte per mettere in luce le sfide di

⁴ (Vanier MC, Therriault PY, Lebel P, Nolin F, Lefebvre H, Brault I, Drouin E, Fernandez N et coll., 2013)

TABELLA 1

Percentuali di studenti che si sono dichiarati d'accordo o totalmente d'accordo con queste frasi volte a valutare la loro percezione riguardo all'apporto dei pazienti formatori ai corsi di formazione alla collaborazione e al partenariato delle cure per l'anno 2012-2013.

Enunciati proposti agli studenti	CSS1900 (n = 1056)	CSS2900 (n = 666)	CSS3900 (n = 404)
la co-animazione da parte di un paziente formatore e di un professionista della salute è stata pertinente	93%	85,4%	89,8%
l'esperienza condivisa dal paziente, i suoi commenti e il suo feedback hanno arricchito la discussione	91,2%	85,1%	89,1%
la presenza del paziente ha consentito di illustrare in modo più concreto il Partenariato della cura	90,5%	N.V.	N.V.
la presenza del paziente formatore mi ha permesso di integrare meglio i concetti di partenariato della cura	N.V.	81,7%	82,7%
la partecipazione del paziente mi ha spinto a dare più importanza al punto di vista del paziente e della sua famiglia, nel momento di dare un ordine di priorità agli interventi clinici	N.V.	77,5%	82,7%
La presenza del paziente è un valore aggiunto per questo spazio didattico	N.V.	86,8%	91,3%

N.V. = non valutato

adattamento delle cure al progetto di vita del paziente, in un contesto in cui professionisti diversi contribuiscono alla cura. Questo stimolando la discussione e permettendo di illustrare il partenariato nella cura e la collaborazione interprofessionale.

3. DIFFERENZE TRA L'APPROCCIO FRANCESE E L'APPROCCIO CANADESE PRESSO L'UNIVERSITÀ DI MONTRÉAL

L'Università di Montréal ha scelto di dedicare risorse significative per implementare un nuovo modello relazionale, in prolungamento e secondo un continuum logico, dalla formazione iniziale fino agli ambiti di

cura attraverso uno stile di miglioramento continuo. Così i programmi educativi sulla collaborazione interprofessionale e sul partenariato di cura si sviluppano su tutti i livelli di formazione:

- universitaria,
- stages
- sviluppo professionale continuo.

La Francia invece ha scelto di concentrare i propri sforzi nello sviluppo professionale continuo degli operatori sanitari già inseriti nella loro professione. Questo, nonostante le segnalazioni di società scientifiche come la società francese di sanità pubblica (SFSP, 2008)⁵, che raccomandavano di inserirsi nel percorso intrapreso a Montréal

e di agire sulla formazione iniziale. Così nel 2009, questa formazione è stata avviata presso la Facoltà di Medicina Pierre e Marie Curie - Università de la Sorbonne, nell'ambito dell'articolo 84 sull'educazione terapeutica del paziente (ETP) pubblicato in gazzetta ufficiale nel quadro della legge "Ospedali, Salute, Territorio, Paziente". Questo articolo stabilisce che ad ogni paziente con una malattia cronica dovrebbe essere offerto un programma di Educazione Terapeutica (ETP). In questo corso, che dal 2010 ha portato a diversi livelli di formazione (DU e master) è stata lanciata una "Università dei pazienti". Si tratta in pratica di formare insieme degli "attori della cura" (Flora, 2013), operatori sanitari e pazienti, e consentire la costruzione comune dei programmi di ETP⁵. Nel 2012, ha anche preso il via una formazione di mediatori di salute formati in Salute Mentale in cui i pazienti alternativamente frequentavano stabilimenti e servizi di cura per tre settimane al mese, e nella quarta settimana seguivano un percorso di formazione comprendente corsi su:

- la responsabilizzazione,
- il recupero,
- il diritto alla salute
- la conoscenza esperienziale;

Per convalidare la loro formazione venivano utilizzate un report e le relazioni di stage provenienti dai servizi in cui erano inseriti. Quest'ultima formazione è il risultato di tre esperimenti: il programma di "pari aiutanti" del Québec⁷, l'esperienza pilota dei "mediatori pari" nelle équipes mobili di strada⁸, e una formazione destinata a formare del personale per animare degli spazi di incontro e informazione, su richiesta dei malati di can-

cro durante gli "stati generali" del cancro nel 1998, che è stato adattato per gli utenti di salute mentale⁹. L'intero programma è in corso di valutazione ed è stata pubblicata una relazione intermedia¹⁰. Un'ulteriore campagna deve essere organizzata alla ripresa dell'attività nel 2014 / 2015. La seconda differenza sta nella selezione dei pazienti, che in Francia viene effettuata da professionisti sanitari o docenti universitari, senza che i pazienti abbiano possibilità di decisione a qualsiasi livello. In sintesi, le due distinzioni sono riassunte nella tempistica per offrire una co-costruzione tra pazienti e operatori sanitari, e nel reclutamento dei pazienti che dovranno avere una funzione d'interesse generale.

CONSIGLI PRATICI: come trasferire questo modello all'insegnamento della Medicina Generale

Dopo questa panoramica delle diverse strategie di coinvolgimento dei pazienti esperti nella formazione di studenti e professionisti della salute e nell'accompagnamento dei pazienti per aiutarli a sviluppare l'autonomia nella gestione dei loro problemi di salute, discutiamo qui dei modi concreti di applicare questi concetti all'insegnamento della Medicina Generale.

Pertinenza per la Medicina Generale

La Medicina Generale (MG) si esercita con una visione globale del paziente all'interno della sua famiglia, ma anche all'interno della sua comunità. Il medico di famiglia crea una relazione privilegiata, a lungo termine, col paziente e spesso anche con la sua fami-

⁵ (SFSP, 2008)

⁶ (Flora L., 2013)

⁷ (Lagueux N., Harvey D., Provencher H., 2010)

⁸ (Girard V., Händlhuber H., Lefebvre C., Simonet E., Staes B., 2012)

⁹ (Flora L., 2012)

¹⁰ (Demailly L. et al, 2013)

glia; egli è quindi, in genere, il medico che ha la visione più globale di bisogni e dei desideri del paziente. Questo tipo di relazione si presta quindi naturalmente a stabilire una collaborazione piena (partenariato) con il paziente e i suoi familiari che lo aiutano. Questo partenariato diventa benefico per il paziente, che svilupperà, con l'aiuto del suo medico di famiglia, le competenze e le abilità per assicurare la gestione il più autonoma possibile del suo problema di salute, in funzione delle sue capacità. Questo partenariato facilita anche il compito al medico di famiglia, e costituisce un sicuro valore aggiunto, come descrive Philippe Karazivan, medico di famiglia nel Québec, nella sua esperienza della visita¹¹.

Un paziente che arriva preparato alla sua visita medica, fornendo al medico informazioni pertinenti e precise, permetterà un'intervista più strutturata e produttiva (ad esempio, con la lista dei farmaci, i valori automisurati (pressione arteriosa, glicemia); date e risultati degli esami e delle visite specialistiche; domande precise e priorità ben chiare). Questo permetterà al medico di dedicare più tempo agli aspetti umani e relazionali. Inoltre, coinvolgere il paziente nella scelta del trattamento e delle strategie per attivare un piano di cura adattato ai suoi desideri, bisogni e abitudini di vita, favorisce un'adesione ottimale ai trattamenti farmacologici e non farmacologici.

Formazione unidisciplinare o multidisciplinare?

L'aumento della prevalenza delle malattie croniche, e la compresenza spesso di più patologie nello stesso paziente, rappresentano delle sfide per il medico di famiglia. Egli affronta situazioni sempre più complesse e pazienti

che necessitano di una sorveglianza frequente e di interventi ripetuti. Una soluzione sempre più diffusa, in diversi paesi, è che le cure siano dispensate da più professionisti diversi, in collaborazione tra loro. Così, il medico può condividere alcuni dei suoi compiti, o affidarli ad altri professionisti della salute qualificati, e questo gli permette di dedicare il suo tempo ai compiti che solo il medico può realizzare. Questa collaborazione può realizzarsi all'interno di una équipe interprofessionale localizzata nello stesso ambito fisico, in una clinica o in una "casa della salute"; ma può anche manifestarsi fra professionisti che operano in ambienti diversi, che abbiano stabilito fra loro dei meccanismi di consultazione e comunicazione. Anche se questi diversi professionisti possono apprendere separatamente delle nozioni di collaborazione interprofessionale e di partenariato di cura, lo sviluppo delle competenze di collaborazione necessita di una interazione con gli altri professionisti. È quindi auspicabile che si possano prevedere delle attività pedagogiche comuni agli studenti di discipline diverse durante il curriculum degli studi medici. Lo stesso vale per le attività di formazione continua dei medici e degli altri professionisti della salute; e in particolare vale per gli insegnanti delle discipline cliniche, che rappresentano dei modelli nel loro ruolo.

L'insegnamento della collaborazione interprofessionale e del partenariato delle cure con il paziente e i suoi caregivers si presta molto bene a essere una materia di insegnamento interdisciplinare. L'integrazione di pazienti formatori in questo tipo di corso facilita lo sviluppo di una visione comune e di un approccio coerente e collaborativo al partenariato di cura da parte di tutti i futuri professionisti della salute. Inoltre, la collaborazione fra differenti gruppi di professionisti, e fra diverse facoltà, può permettere di condi-

¹¹ (Karazivan P, 2014)

videre delle risorse, umane e finanziarie, e di realizzare quindi dei progetti pedagogici più ambiziosi.

Aspetti pratici dell'integrazione dei pazienti formatori nelle attività pedagogiche.

Il modo migliore di sviluppare la competenza dei futuri medici di famiglia, per creare dei partenariati di cura e dei servizi assieme ai pazienti e ai loro caregivers, è far partecipare gli studenti di medicina a più esperienze di partenariato nel corso della loro formazione. Queste esperienze dovranno es-

TAVOLA 2 ESEMPIO DI FORMATI DI ATTIVITÀ PEDAGOGICHE CHE PREVEDONO LA PARTECIPAZIONE DI PAZIENTI, E DEGLI OBIETTIVI A CUI SI PUNTA

Livello di formazione	Tipi di attività	Obiettivi da raggiungere facendo partecipare il paziente alla formazione
Primi anni di formazione (formazione accademica)	Testimonianza in aula di pazienti esperti che riferiscono il vissuto della propria esperienza.	Sensibilizzare gli studenti all'impatto della malattia e delle interazioni con i curanti e con il sistema sanitario sulla vita dei pazienti.
	partecipazione di pazienti esperti a esercizio di sviluppo di competenze specifiche (es.: esame fisico, utilizzo delle pompe di insulina, comunicazione medico-paziente).	Utilizzare il sapere esperienziale del paziente per arricchire l'apprendimento dello studente. Permettere allo studente di sperimentare un aspetto specifico in un ambiente controllato.
	partecipazione di pazienti formatori a piccoli gruppi di discussione clinica in aula. Incontri di tutorato con un paziente formatore.	dare un feed-back agli studenti e farli riflettere su: l'importanza del partenariato delle cure i saperi esperienziali dei pazienti l'impatto degli interventi dei curanti sul paziente e i suoi caregivers alcuni mezzi per facilitare lo sviluppo del partenariato col paziente e i suoi caregivers.
Stages clinici	attività informale con i pazienti visti in un contesto di cura.	sperimentare l'approccio del partenariato delle cure in un contesto reale: identificare i saperi esperienziali dei pazienti e il livello di coinvolgimento delle cure cui il paziente aspira capire il vissuto del paziente sviluppare il piano di cura in funzione del progetto di vita del paziente, coinvolgendolo nelle decisioni.
	attività formale con un paziente esperto.	sviluppare l'approccio al partenariato di cura in un contesto reale, con un paziente selezionato, che abbia raggiunto un livello di evoluzione nella gestione del suo problema di salute, tale da permettergli di dare un feedback allo studente.

sere adattate al loro livello di formazione, e dovranno permettere di illustrare e sperimentare le diverse sfaccettature del partenariato di cura in contesti diversi. Gli insegnanti devono essere dei modelli di ruolo, e devono aver sviluppato e integrato nella loro pratica l'approccio del partenariato di cura. Un modello che a noi sembra particolarmente interessante è l'illustrazione di una relazione di partenariato fra un medico (o un altro professionista della salute) e un paziente esperto, che contribuiscano ad animare insieme un'attività pedagogica.

La tavola 2 e la pagina 5 presentano differenti formati pedagogici adattati al livello di formazione degli studenti, e la progressione nel condividere il sapere esperienziale del

paziente formatore, a seconda del formato pedagogico delle attività.

In seguito all'esperienza dei corsi interfacoltà all'università di Montréal, il nostro gruppo ha identificato le tappe e le azioni che favoriscono l'integrazione efficace dei pazienti formatori nelle attività pedagogiche. Queste tappe sono generali e si adatteranno molto bene al contesto dell'insegnamento nella Medicina Generale. Le abbiamo divise in 3 grandi categorie, cioè:

- 1) la preparazione
- 2) l'esecuzione e il coordinamento
- 3) la valutazione e il miglioramento continuo della qualità. Il dettaglio di queste tappe è presentato nella tabella 3.

FIG. 5 PROGRESSIONE DEL LIVELLO DI CONDIVISIONE DEL SAPERE ESPERIENZIALE DEL PAZIENTE FORMATORE, IN FUNZIONE DEL TIPO DI ATTIVITÀ PEDAGOGICA

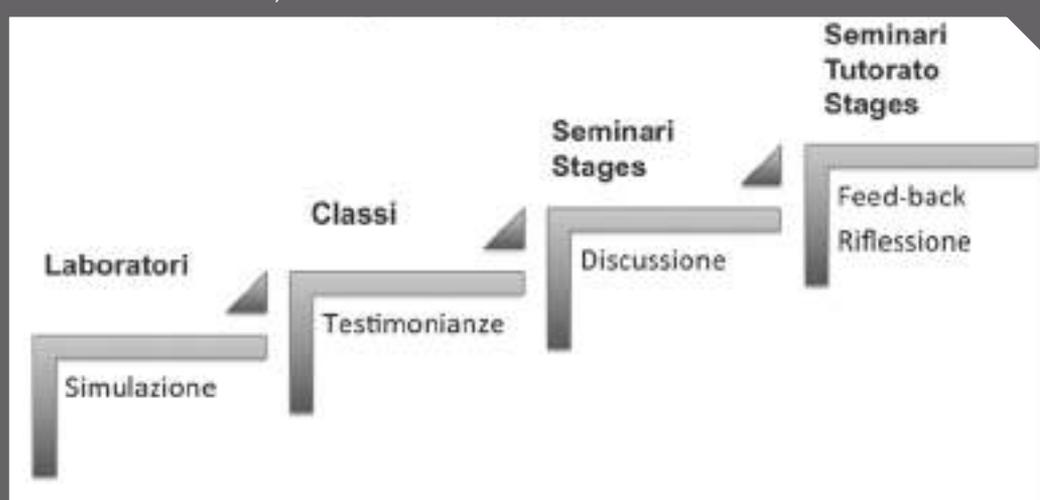


TABELLA 3A TAPPE PER INTEGRARE I PAZIENTI ESPERTI NELL'INSEGNAMENTO

Tappe	Elementi di successo	Raccomandazioni dell'équipe dell'Università di Montréal
Preparazione	Accordarsi su un quadro di riferimento	Consultare i quadri di riferimento esistenti, e adattarli ove necessario alla realtà culturale della propria organizzazione. Gli esempi di modelli nordamericani di partenariato nelle cure o di pratiche collaborative che mettono l'accento sull'importanza di creare una condivisione col paziente sono: Université de Montréal 2013 (Canada) http://www.ruis.umontréal.ca/documents/Guide_implantation.pdf Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010) http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf Université de Colombie Britannique 2008 (Canada) http://www.chd.ubc.ca/files/file/BC Competency Framework for IPC.pdf Interprofessional Education Collaborative Expert Panel 2011 (US) http://www.aacn.nche.edu/education-resources/ipecreport.pdf
	Identificare chiaramente le competenze da sviluppare e gli obiettivi pedagogici che si vogliono ottenere	Le competenze si sviluppano gradualmente lungo il percorso della formazione. Le attività pedagogiche devono essere concepite in modo da far progredire gli studenti da un livello di collaborazione e partenariato iniziale, verso un livello intermedio alla fine degli studi e un livello avanzato quando cominciano a esercitare.
	Identificare le attività pedagogiche per le quali la presenza di un paziente formatore apporta chiaramente un valore aggiunto	Iniziare con progetti pilota e su piccola scala e allargare progressivamente. Adattare l'attività pedagogica alla clientela prevedibile e agli obiettivi pedagogici identificati. Sono possibili diversi formati di insegnamento e differenti ruoli del paziente formatore (figura 5). Inserire i pazienti fin dall'inizio, nello sviluppo delle attività pedagogiche.
	Selezionare bene i pazienti (criteri presentati nella tabella 3)	I pazienti formatori devono essere reclutati secondo criteri ben definiti; il processo di selezione deve permettere di identificare le persone mature e interessate a contribuire ai cambiamenti, mettendo a disposizione la loro esperienza in modo costruttivo.
	Formare bene i pazienti (tappe della formazione presentate nella tabella 3)	È basilare formare bene i pazienti, per assicurarsi dei messaggi pertinenti e adatti al contesto e al livello di formazione degli studenti. Questo risulta particolarmente importante quando più pazienti formatori sono implicati nei confronti di una stessa classe di studenti, divisi in piccoli gruppi per l'attività pedagogica. Bisogna anche formare i co-animatori, i professionisti della salute, perchè per essi si tratta di un cambio di paradigma.

TABELLA 3B TAPPE PER INTEGRARE I PAZIENTI ESPERTI NELL'INSEGNAMENTO.

Prestazione e coordinamento	Precisare chiaramente i ruoli, del paziente e del professionista della salute, nell'attività pedagogica.	È necessario trasmettere consegne precise e dettagliate, comuni ai co-animatori, professionisti della salute e pazienti formatori.
	Precisare chiaramente come si svolgerà l'attività e i messaggi da trasmettere	È necessario trasmettere consegne precise e dettagliate, comuni ai co-animatori, professionisti della salute e pazienti formatori. Queste consegne possono essere spiegate verbalmente, ma devono anche essere messe per iscritto; l'opzione che noi preferiamo è la consegna di una guida di animazione dettagliata.
	Fare delle prove con un piccolo numero di partecipanti, e allargare poi gradualmente il numero dei partecipanti	Idealmente, bisogna prima provare l'attività pedagogica presso un sottogruppo di studenti, utilizzando un numero limitato di pazienti formatori e di professionisti della salute docenti.
	Porre attenzione all'accoppiamento insegnante / paziente formatore	Mirare alla complementarietà. Associare una persona con esperienza a un'altra meno esperta. Tenere conto delle personalità
	Avere una efficace équipe di coordinamento	È importante al momento in cui queste attività pedagogiche si diffondono su larga scala.
Valutazione e miglioramento continuo della qualità	Valutare le attività pedagogiche dalla parte degli studenti, con questionari e focus group. Valutare le attività pedagogiche dalla parte degli insegnanti, sia professionisti della salute che pazienti formatori.	<p>Discussione delle valutazioni e aggiustamenti delle attività se necessarie</p> <p>Valutazione del gradimento</p> <p>Valutazione dell'impatto, subito dopo l'attività; da ripetere idealmente, per vedere se l'effetto si è mantenuto</p> <p>Esempi di temi da esplorare nella valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> miglioramento della comprensione dell'impatto della malattia e delle cure sul paziente cambiamento nella percezione del ruolo del paziente nelle sue cure intenzione di integrare il partenariato delle cure nella propria pratica futura percezione rispetto all'apporto del paziente formatore durante la formazione applicazione dei principi di partenariato della cura nel contesto delle esercitazioni cliniche

Due tappe cruciali dell'integrazione dei pazienti formatori nelle attività pedagogiche sono la selezione di questi individui e la loro preparazione / formazione, per ispirare loro fiducia nel ruolo pedagogico che viene a essi affidato. I criteri di selezione utilizzati all'Università di Montréal e la preparazione dei pazienti formatori al fine della loro partecipazione a un corso interfacoltà di collaborazione in scienze della salute si trovano in tabella 4.

Esempi di attività pedagogiche che prevedono l'inserimento di pazienti formatori, che potrebbero essere sviluppate per la Medicina Generale

Le testimonianze di una paziente in emodialisi, e del figlio e della moglie di un paziente demente, portate al seminario "Il paziente 'formatore' nell'insegnamento della MG: perché e come farlo" che si è tenuto all'Università di Modena il 24 settembre

TABELLA 4 SELEZIONE E PREPARAZIONE / FORMAZIONE DEI PAZIENTI FORMATORI ALL'UNIVERSITÀ DI MONTRÉAL

(la selezione viene fatta dagli stessi pazienti formatori più maturi e già docenti)

CRITERI DI SELEZIONE DEI PAZIENTI ESPERTI (simili per le tre funzioni: come risorsa clinica, per l'insegnamento e per la ricerca)
accettare il proprio problema di salute, e non essere in fase acuta
dimostrare un livello elevato di autonomia nella propria cura
dimostrare un desiderio di coinvolgimento con quelli come lui, con le équipes dei clinici o gli studenti in scienze della salute
dimostrare delle abilità di comunicazione e di relazione interpersonale
essere capace di generalizzare la sua esperienza personale ad altri contesti di cura
dimostrare concretamente attitudine alla riflessione

TAPPE DELLA FORMAZIONE DEI PAZIENTI FORMATORI (e durata approssimativa)

intervista telefonica per la selezione
incontro individuale di conferma della selezione e per spiegare i possibili ruoli come paziente esperto (1 ora)
primo incontro di gruppo (2 ore) con 5-6 persone. Con presentazione e colloquio su: a) i concetti di partenariato di cura b) l'importanza di conciliare le visioni dei pazienti e dei professionisti della salute c) le esperienze personali vissute
letture scelte (6 ore)
secondo incontro di gruppo (2 ore) in 5-10 persone. Con:
a) spiegazione dettagliata dell'attività pedagogica e dei ruoli dei pazienti formatori e dei professionisti della salute che insegnano in questa attività
b) svolgimento dell'attività e consegne specifiche

2013, possono ispirare il lettore sugli obiettivi di apprendimento da inserire nelle attività pedagogiche, che potrebbe sviluppare con l'apporto di pazienti formatori.

Tra i messaggi importanti condivisi dalla paziente, figuravano questi:

- la confidenza fra il paziente e il suo medico è importante
- è importante che il paziente accetti la sua malattia, ma è importante anche l'accettazione della malattia da parte di chi se ne prende cura
- il medico deve avere entusiasmo
- il medico deve cercare di trattare il paziente che ha una malattia cronica, come una persona intera, con un suo contesto di vita e un preciso progetto di vita.

Tra i messaggi importanti condivisi dalla famiglia di un altro paziente, figuravano questi:

- il medico deve ascoltare, ascoltare e ancora ascoltare
- il medico deve comprendere il contesto sociale, culturale ed economico della famiglia
- il medico deve costruire una relazione con la famiglia
- il medico deve essere disponibile e umano
- i medici devono collaborare con gli altri professionisti della salute.

I medici di famiglia che hanno partecipato al seminario (a loro volta docenti) hanno proposto degli esempi di formazione che essi potevano considerare per differenti contesti. Al momento della discussione, sono emerse alcune preoccupazioni sulle sfide poste dall'integrazione del paziente nelle attività pedagogiche e nella formazione interprofessionale. Principalmente, il tempo limitato nel curriculum degli studi medici, che rende necessario ottimizzare l'uti-

lizzo del tempo in aula. Sono state proposte due soluzioni:

1. la preparazione preliminare degli studenti, in modo autonomo, con l'aiuto di materiale di autoapprendimento specifico;
2. l'utilizzo in aula di strumenti pedagogici, come -ad esempio- video appropriati al tema.

I partecipanti si sono interrogati sulla possibilità di includere come pazienti formatori dei pazienti con problemi di disagio psichico. Il consenso emerso dalla discussione è che se il problema è in fase di stabilità e in compenso, non solo è possibile, ma è auspicabile includere questi pazienti nella formazione. Le persone con problemi di disagio psichico costituiscono una parte significativa della clientela dei medici di famiglia, ed è importante che questi possano capire bene la realtà di un paziente che vive con un problema di salute psichica, e l'impatto sulla sua famiglia.

Un altro interessante elemento di discussione è stato la partecipazione dei pazienti formatori a delle attività di sviluppo della competenza "organizzative" rispetto alla competenza strettamente medica. È emerso dalla discussione che il paziente formatore può chiaramente contribuire allo sviluppo delle competenze organizzative, ma in certi casi può anche contribuire allo sviluppo della competenza strettamente medica, in diretta relazione con la propria malattia. Così, dei pazienti divenuti esperti nel trattamento della propria malattia possono utilmente condividere i loro saperi esperienziali con gli studenti di medicina. Questo vale ad esempio per un paziente diabetico da vecchia data, che sia divenuto esperto nel gestire la propria alimentazione, e le sue dosi di insulina, in funzione del suo modo di vivere e delle sue diverse attività.

Alcuni esempi di attività pedagogiche perti-

nenti alla Medicina Generale sono presentate sommariamente nella tabella sottostante.

Esempio 1
TEMA: Il paziente al centro delle attenzioni, mai solo e accompagnato da una équipe interprofessionale
CONTESTO: aula; studenti all'inizio del loro percorso formativo, in grande gruppo
FORMATO PEDAGOGICO: preparazione individuale degli studenti attraverso una ricerca sul web e preparazione di domande specifiche che vorrebbero discutere con il o i pazienti formatori al momento della lezione. Discussione in aula per 60-90 minuti.
Esempio 2
TEMA: interventi con gli adolescenti affetti da malattia celiaca (medicina preventiva)
CONTESTO: aula, da 20 a 40 studenti di livello più avanzato
FORMATO PEDAGOGICO: sviluppo di competenze per un dialogo motivazionale adattato a una popolazione di adolescenti. Esercitazione in piccolo gruppo con intervista semi-strutturata con dei pazienti formatori adolescenti (da 16 a 18 anni).
Esempio 3
TEMA: migliorare l'intervento nei confronti del paziente con sclerosi multipla
CONTESTO: formazione continua interdisciplinare (medici, infermiere, farmacisti)
FORMATO PEDAGOGICO: presentazione scientifica sul trattamento della sclerosi multipla, seguita da testimonianze e dialogo con due pazienti con sclerosi multipla, a due differenti stadi di malattia.

CONCLUSIONE

Integrare i pazienti nel processo di cura è diventata una necessità, se si prende in considerazione il numero di malati cronici nelle nostre società, l'elevazione del livello di esperienza dei pazienti, l'accesso alle informazioni mediche e di salute via Internet, l'accesso all'istruzione e le sfide da raccogliere in campo di salute pubblica e di qualità delle cure.

Infatti, gli approcci discussi in questo capitolo rispondono a un movimento della società che permea il campo della salute, ma è molto più ampio, perché oggi i cittadini chiedono di partecipare a vari livelli alle decisioni e ai processi che influenzano direttamente la loro vita quotidiana¹²; e il modo in cui viene praticata la medicina non fa eccezione a questo movimento sociale.

La salute ci riguarda tutti. In ogni caso, i pazienti sembrano essere preziosi per la loro partecipazione alla regolazione delle pratiche e dei sistemi sanitari, e il loro contributo nel "partenariato paziente" all'interno di pratiche collaborative come quelle avviate a Montréal ne sono un esempio significativo. Esse possono contribuire a una formazione più completa dei futuri professionisti della salute, che saranno ben attrezzati per far fronte a queste sfide della società.

¹² (Las Vergnas, 2013)

Bibliografia

Demailly L and al (2013), Le programme expérimental des médiateurs de santé pairs (en santé mentale) Recherche qualitative, Rapport intermédiaire N°1. Avril 2013, CNRS – Université de Lille 1, Clersé UMR 8019, accessible sur Internet : http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/ma_c_diateurs-de-santa_c_-rapport-interma_c_diaire-clerse-ccoms-2013-10-13.pdf.

Dumez V. (2012), The patient: A missing partner in the health system, TEDxUdeM, Université de Montréal et polytechnique Montréal, accessible en ligne à <http://www.youtube.com/watch?v=V2MGumDv384> [Dernière consultation le 1/02/2014].

Flora L. (2012), Le patient formateur : élaboration théorique et pratique d'un nouveau métier de la santé, Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Université Vincennes Saint-Denis Paris 8, Campus Condorcet, p. 87.

Flora L. (2013), "Des patients en formation avec des professionnels de santé en faculté de médecine : un nouveau paradigme à l'aube de la loi HPST ?" , Le bulletin juridique du praticien hospitalier, éditions Les études hospitalières, N° 154, janvier 2013, DOSSIER pp.1-4.

Girard V., Händlhuber H., Lefebvre C., Simonet E., Staes B. (2012), "Rencontres de rues : le développement d'un programme pilote de médiateurs/travailleurs-pairs en santé mentale à Marseille", in Greacen T., Jouet E. (2012), Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie, Toulouse, France, Erès, pp. 165-178.

Jouet E., Flora L. & Las Vergnas O., (2010), "Construction et Reconnaissance des savoirs expérientiels". Note de synthèse du N°, Pratique de formation : Analyses, N°58/59, Université Paris 8, pp.13-94.

Karazivan P. (2014), "Le virage patient-partenaire et les résistances d'une profession en mutation: regard d'un médecin de famille", (Coord. : Jouet E., Las Vergnas O., Noel-Hureauux E.), Nouvelles interventions réflexives dans la recherche en santé : du savoir expérientiel des malades aux interventions des professionnels de santé, Paris, Archives contemporaines, pp.10-14.

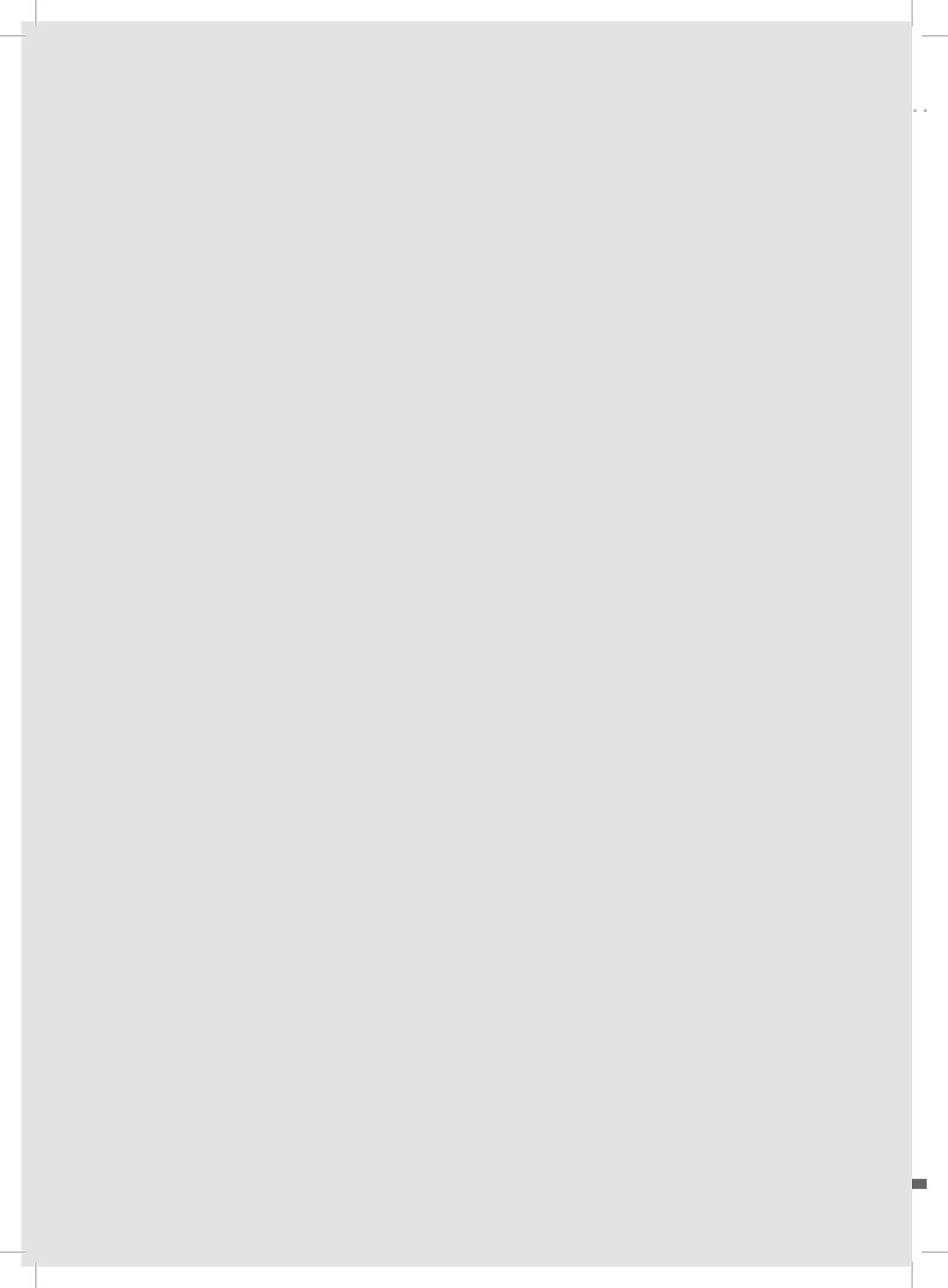
Lagueux N., Harvey D., Provencher H. (2010), "Quand le savoir expérientiel influence nos pratiques... L'embauche de pairs aidants à titre d'intervenants à l'intérieur des services de santé mentale", in (coord. Jouet E, Flora L.), Pratiques de formation : Analyses, N° 58/59, pp.155-174.

Las Vergnas O. (2013), "Apport de l'analyse des savoirs coproduits dans les sciences dites participatives à la description de l'acceptabilité académique des savoirs des maladies", communication au symposium 292 AREF Montpellier, 29 août 2013, AREF, accessible sur internet à l'adresse : <http://www.eref2013.univ-montp2.fr/cod6/?q=content/2927-apport-de-lanalyse-des-savoirs-coproduits-dans-les-sciences-dites-participatives-%C3%A1-la-d>, [dernière consultation le 1/02/2014], Article en cours de publication, à paraître en 2014 dans, (Coord. : Jouet E., Las Vergnas O., Noel-Hureaux E.), *Nouvelles interventions réflexives dans la recherche en santé : du savoir expérientiel des malades aux interventions des professionnels de santé*, Paris, Archives contemporaines, pp.91-114.

Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal (RUISM). Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. «Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient». Mai 2013. Online: http://www.ruis.uMontréal.ca/documents/Guide_implantation.pdf.

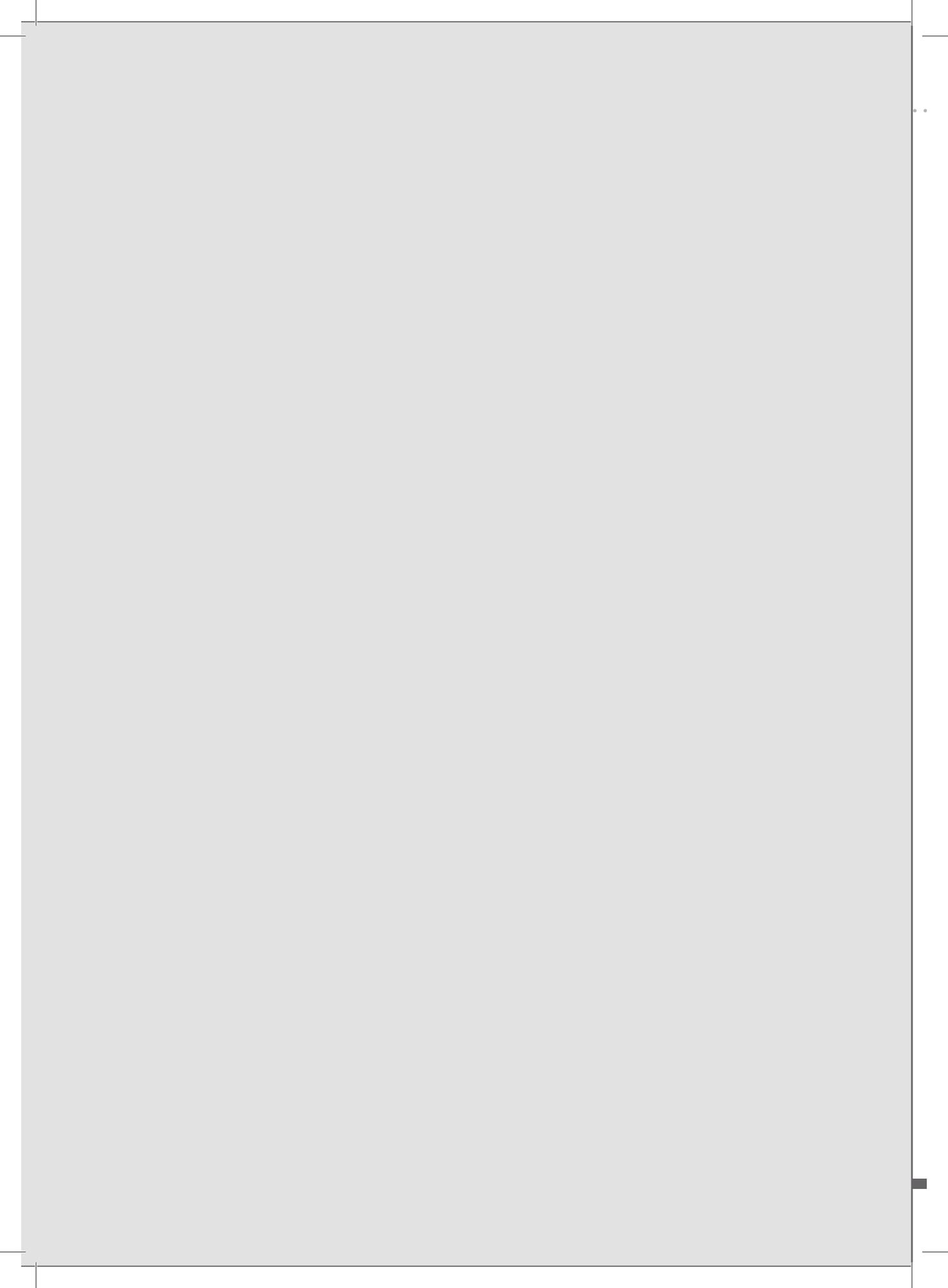
SFSP, (2008), *Analyse du rapport "Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient"*, accessible sur Internet à : <http://www.sfsp.fr/activites/file/noterapportETP.pdf>, [Dernière consultation le 1/02/2014].

Vanier M.C., Therriault P.Y., Lebel P., Nolin F., Lefebvre H., Brault I., Drouin E., Fernandez N. et coll. (2013), "Innovating in Teaching of Collaborative Practice with a Large Student Cohort at Université de Montréal", *J. Allied Health*, Winter 2013; 42(4):97E-106E.



PARTE III

La didattica Tutoriale



La didattica tutoriale

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

Luciano Vettore

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

Maria Stella Padula

è Medico di Famiglia e Docente in Medicina Generale, nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. SIMG, Modena

Daniela Mecugni

Ricercatore MED/45, Coordinatore CdL Infermieristica Università di Modena

Corrado Chiari

Medico di famiglia, è Docente al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

INTRODUZIONE

La Medicina Generale (MG) rappresenta una parte rilevante del SSN nella tutela della salute dei singoli e della collettività; è impegnata nelle azioni di prevenzione, diagnosi, prognosi, terapia e riabilitazione e si rivolge, pertanto, a soggetti sia sani che ammalati. Affianca in ciò la Medicina Ospedaliera (MO), che si rivolge peraltro pressoché esclusivamente a soggetti ammalati di patologie acute, o croniche riacutizzate, e quindi in situazioni occasionali per lo più di breve durata, mentre il Medico di Medicina Generale (MMG) si prende cura della persona sana o malata per tutto l'arco della vita.

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

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

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

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

DEFINIZIONI

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

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

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

TABELLA 1: OCCASIONI APPLICATIVE DELLA DIDATTICA TUTORIALE IN MG

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

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

TUTOR E SETTING EDUCATIVI

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

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

La funzione tutoriale, pur essendo essenzialmente maieutica nel suo significato più pieno, si declina anche con caratteristiche

differenti in risposta alle diverse necessità educative e quindi può essere più precisamente rappresentata con termini diversi, espressi per consuetudine in lingua inglese. La letteratura sulla formazione degli adulti riporta diverse figure (tabella n.2):

- Coach
- Tutor
- Mentor
- Counsellor

Strumenti dell’apprendimento riflessivo (metaconoscenza)

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

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

A) I “contratti di apprendimento”

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

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

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

Concretamente

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

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

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

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

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

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

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

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

B) La metodologia del briefing e debriefing

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

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

In questa ottica il briefing ha soprattutto il fine di preparare il discente all’osservazione, di incuriosirlo, ma anche di preparargli intorno una rete protettiva. Nella fase iniziale del briefing il tutore presenta e discute col discente il contesto in cui opererà e gli obiettivi didattici (cioè i saperi/abilità che si pensa di sviluppare), i risultati attesi e le aspettative della persona in formazione, con l’analisi dei timori/preoccupazioni in relazione alla situazione prefigurata, rendendo esplicito che eventuali errori o imprevisti critici hanno comunque valenza formativa; risulterà utile fornire una griglia condivisa di lettura dell’esperienza nella quale lo studente sarà immerso e rispondere a ulteriori domande e necessità di chiarimenti, in modo che l’attività riflessiva possa accompa-

TABELLA 3: SCHEMA TIPO DI DEFINIZIONE DI UN CONTRATTO FORMATIVO

Studente: _____ Tutore: _____

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

gnare tutta l'esperienza sul campo nel corso del suo svolgimento.

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

sa lo studente crede o ha effettivamente appreso; nella tabella n. 3 sono sintetizzate le tappe di un debriefing soddisfacente. Il debriefing non è quindi né una discussione libera, né una consulenza, né una sessione di approfondimento, bensì la riflessione dello studente sull'esperienza appena vissuta, perché con la sola esperienza, senza una rielaborazione riflessiva, non si verifica un vero apprendimento. È evidente che tutto ciò richiede tempi adeguati, che purtroppo non sono facilmente disponibili nelle condizioni operative concrete, ma bisogna anche essere consapevoli che in assenza delle condizioni opportune l'efficacia formativa è purtroppo frustrata. Un'abilità fondamentale che il tutore deve esercitare in tutta la sua attività didattica e in particolare nel briefing e debriefing durante l'analisi estemporanea di casi è quella del saper porre domande al discente. Infatti, fare domande è una strategia che aiuta gli studenti a fissare le loro conoscenze e a sviluppare un pensiero critico; il suo sviluppo è molto importante in particolare per le professioni sanitarie, perché nel loro esercizio è richiesta continuamente la capacità di applicare conoscenze in modo di-

TABELLA 4: LE TAPPE DEL DEBRIEFING

- Descrivere in modo generale come si è svolta l'esperienza
- Identificare se e come si sono modificate le finalità per le quali l'esperienza sul campo era stata progettata
- Esplorare eventuali criticità riscontrate
- Individuare le risorse (conoscenze teoriche e pratiche) utilizzate nel corso dell'esperienza, e in particolare nel corso di eventuali criticità
- Analizzare gli aspetti salienti di quanto è accaduto e le relative motivazioni per le quali si riconosce tale rilevanza
- Individuare gli elementi dell'esperienza che la persona non ha messo in evidenza e discutere se e perché sarebbe stato importante rilevarli
- Connettere l'esperienza con altre precedentemente vissute
- Formulare una valutazione complessiva dell'esperienza anche in relazione con gli obiettivi di apprendimento precedentemente individuati nel *briefing*
- Focalizzare nuovi apprendimenti acquisiti e le strategie per gli eventuali punti da approfondire

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

situazione e di assumere conseguentemente decisioni appropriate, o di prevedere, per esempio, le conseguenze di una decisione. Per tutte le domande, oltre alla risposta dovrebbe essere definita la motivazione della risposta stessa: la richiesta del "perché" dovrebbe essere la domanda più ricorrente per stimolare la riflessione. Si riportano di seguito, a titolo di esempio, alcune domande di elevato livello, utili nella formazione alla pratica clinica:

c) Il diario o giornale di bordo

Il diario di bordo è per i soggetti in appren-

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

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

Quale problema richiede di essere affrontato per primo? Perché?

Quale è più urgente? Quale è più grave?

Quale è più rilevante?

Quale è più fastidioso per il paziente?

Quale incide maggiormente sulla sua qualità di vita?

Quale è più suscettibile di terapia efficace?

Quale richiede di essere trattato per primo?

2. Per la gerarchizzazione delle ipotesi diagnostiche:

Quale delle condizioni ipotizzate è la più probabile? Perché?

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

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

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

È necessaria nel caso specifico qualche decisione urgente? Quale e perché?

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

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

Che risultati ci attendiamo dagli interventi effettuati?

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

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

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

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

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

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

Il diario di bordo può essere proposto in forma destrutturata, oppure con voci predefinite; in ogni caso dev’essere utilizzato non in modo rigido, bensì come strumento per monitorare il proprio lavoro in modo riflessivo. Nella forma destrutturata è sufficiente un foglio diviso in due colonne:

- la colonna sinistra con la narrazione degli eventi;
 - la colonna destra, contenente le considerazioni personali sul “vissuto” degli eventi.
- Nella forma strutturata il foglio è diviso in più colonne e righe, ciascuna con tipologie

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

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

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

PECULIARITÀ DELLA FUNZIONE TUTORIALE NELLA MEDICINA GENERALE

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

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

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

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

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

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

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

so più frequente nella visita a domicilio che non quella in ambulatorio, perché nel primo caso si incontrano più frequentemente condizioni di maggiore gravità, o comunque più problematiche. Tutto ciò diventerà opportunamente materiale di discussione e di chiarimenti tra medico-tutore e studente dopo il commiato dal paziente e dei suoi familiari (sedute di debriefing ad hoc, oppure durante il tragitto in auto, fra una visita e l'altra). Sia nelle visite ambulatoriali che in quelle domiciliari lo studente avrà molto da imparare dai comportamenti del suo tutore nella relazione col paziente e con i familiari, e dalle decisioni diagnostiche e terapeutiche del medico, che dopo la conclusione della consultazione dovranno essere spiegate nelle loro motivazioni allo studente ed eventualmente con questo discusse.

CARATTERISTICHE DEGLI OBIETTIVI EDUCATIVI NEL SETTING DELLA MEDICINA GENERALE

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

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

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

TAB 5: LIVELLI TASSONOMICI DEGLI OBIETTIVI EDUCATIVI

a) profondità della **CONOSCENZA**

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

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

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

b) tipo di **COMPETENZA**

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

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

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

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

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

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

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

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

come ciò può essere fatto?

è possibile osservare ciò che lo studente sta facendo?

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

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

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

Anche la tipologia degli obiettivi cogniti-

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

METODOLOGIE TUTORIALI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) Il conseguimento degli obiettivi educativi, nel quale deve peraltro rispettare i ritmi di apprendimento – non sempre uguali – di piccoli gruppi diversi; ciò richiede flessibilità in una visione prospettica: ciò che questo piccolo gruppo non è in grado di apprendere oggi con questo caso, potrà apprenderlo in tempi successivi con casi diversi, purché di ciò si tenga conto nella programmazione didattica.
- 2) La gestione delle dinamiche del piccolo gruppo, che presentano alcune caratteristiche meritevoli di attenzione. Innanzi tutto il tutore deve presidiare la creazione di un clima favorevole all'apprendimento nel lavoro di gruppo, che prevede abitualmente le seguenti fasi:
- presa di contatto formale: presentazione reciproca dei partecipanti;
 - periodo di incertezza: dubbi sulla validità del processo; irritazione e disagio;
 - conflittualità e strutturazione: la discussione si avvia, emergono i ruoli, nascono competizioni;
 - cooperazione: equilibrio dinamico, lavoro collaborativo e raggiungimento dello spirito di gruppo.

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

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

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

2) Metodologie tutoriali per l'apprendimento delle abilità gestuali

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La relazione tra i vari attori sopra citati è fi-

nalizzata alla raccolta dei dati anamnestici, non solo peraltro quelli relativi all'eventuale condizione morbosa in atto, ma anche quelli che riguardano la condizione esistenziale complessiva del paziente, essendo la MG – come abbiamo più volte sottolineato – Medicina della persona più che Medicina della malattia; dato peculiare dell'anamnesi nella visita del MMG è che questa ad ogni consultazione si arricchisce di nuovi dati e contemporaneamente dispone di una storia particolareggiata che riguarda tutto l'arco temporale del rapporto tra il medico e quel paziente; in un setting di questo tipo lo studente imparerà a porre domande pertinenti, centrate sulla situazione contingente, senza peraltro trascurare i suoi possibili agganci col passato, ma anche senza disperdere le sempre scarse risorse temporali nell'approfondimento di fatti al momento irrilevanti. Una cosa analoga si può dire per la raccolta dei segni obiettivi durante la visita del MMG: anche in questo caso lo studente potrà imparare a eseguire esami obiettivi mirati per raccogliere segni immediatamente utili – correlati ai sintomi anamnestici – per definire il problema di salute attuale; inoltre l'ambulatorio di MG può essere per lo studente una palestra dove esercitarsi nelle manovre semiologiche comuni sotto l'occhio vigile del tutore, naturalmente nel rispetto di tempi e di modi che non gravino sulle condizioni del paziente.

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

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

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

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

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

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

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

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

Bibliografia

Amoroso A. et al (2013), *Semeiotica pratica – Sussidio multimediale per l’apprendimento e la verifica delle principali manovre semeiologiche*. Delfino Editore, Roma.

Delvecchio G., Vettore L. (2013), *Decidere in terapia – Dialogo sul metodo nella cura*. Liberodiscrivere Edizioni, Genova.

Gamberoni L., Marmo G., et al. (2009), *Apprendimento clinico, riflessività e tutorato. Metodi e strumenti della didattica tutoriale per le professioni sanitarie*, EdiSES, Napoli.

Guilbert J.J. (2002), *Guida pedagogica per il personale sanitario*. Edizioni dal Sud, Bari.

Mortari L. (2007), *Apprendere dall’esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione*, Carocci Editore, Roma.

Padula M.S. (2003), *Diario di bordo dello Studente*, Athena Editore, Modena.

Padula M.S., Tomasi A. (2004), *Manuale del Tutor*, Athena Editore, Modena.

Sasso L., Lotti A., Gamberoni L.(2003), *Il tutor per le professioni sanitarie*. Carocci Editore, Roma.

Zanini L. (2005), *La tutorship nella formazione degli adulti. Uno sguardo pedagogico*. Guerini Scientifica, Milano.

GRIGLIA DI OSSERVAZIONE DEL PAZIENTE

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

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

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

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

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

OSSERVAZIONE DELLE AZIONI DEL MEDICO TUTOR (ASPETTO RELAZIONALE)

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

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

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

GRIGLIA PER L'OSSERVAZIONE DEL PAZIENTE (ASPETTI RELAZIONALI)

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

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

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

GRIGLIA DI OSSERVAZIONE NELLA VISITA DOMICILIARE

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

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

AUTOVALUTAZIONE DELL' EMOTIVITÀ

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

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

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

Preparazione del setting di tirocinio

Maria Stella Padula

Medico di Famiglia e Docente in Medicina Generale, nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. SIMG, Modena.

Il luogo dell'apprendimento non è più l'aula, né la corsia ospedaliera, ma l'ambulatorio del medico o la casa del paziente, oppure i locali delle strutture sanitarie del Territorio. Dovrà essere preparato e reso idoneo ad accogliere lo studente, per caratteristiche fisiche, l'adeguatezza degli spazi e degli arredi, la sua organizzazione e i suoi standard medici ed educativi. Gli indicatori da considerare sono:

1. il numero di pazienti sufficiente per un insegnamento delle varie problematiche, che non si potrebbero verificare in un mese se il numero fosse esiguo... ma neanche troppo ampio, perché il tempo del Tutor da dedicare ai pazienti e al tirocinante sarebbe ridotto. Sarebbe ideale il numero di 1000 pazienti.
2. Spazi e attrezzatura e arredi:
 - 2 locali-ambulatorio,
 - attigi e comunicanti, con possibilità di una parete a specchio (tratteggio nella figura 2), per la possibilità di visitare insieme nello stesso luogo (Medico e Tirocinante, fig. 2).
 - oppure 1 solo locale ampio, per visitare in parallelo; per potersi osservare a vicenda, mentre si opera; per facilitare sia l'apprendimento che la valutazione nel corso dell'azione.
 - Cartelle cliniche per problemi, possibilmente computerizzate;
 - PC nei due locali medici, ma anche in

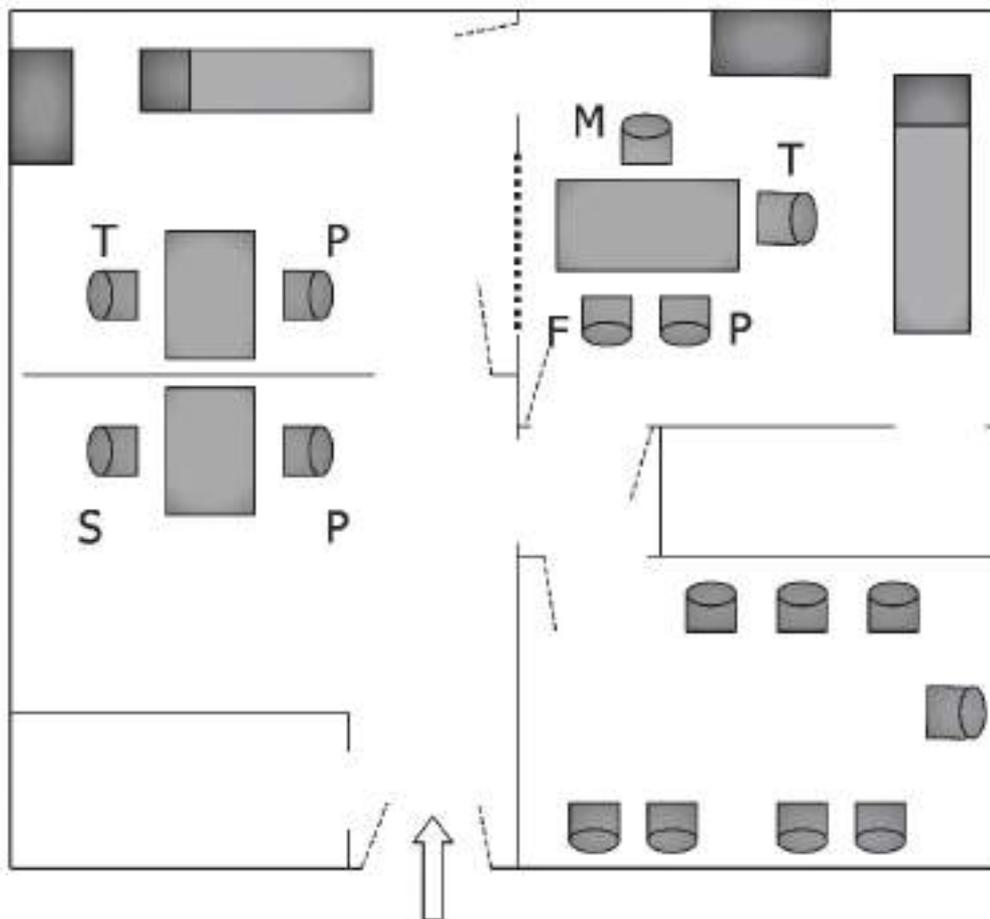
segreteria;

- Modulistica, con schede informative ed educative per i pazienti;
- Arredi semplici, con esposizione di cartelli per informare e rinforzare i messaggi di educazione e prevenzione, fondamentali per la gestione del paziente in MG;
- Esposizione in sala d'attesa di un cartello che informa il paziente della presenza dello studente, altrimenti rischia di essere considerato una violazione non solo della privacy, ma di quell'intimità fra Medico e paziente che tanto caratterizza la MG;
- Piccola biblioteca con libri e riviste di MG, come materiale di aggiornamento e autoapprendimento (per compiti da assegnare al Tirocinante);

Manuale del Medico Generale Tutor, a cura della S.I.M.G, Novembre 1993, ISBN, DOCUMENTO EDITORIALE srl

Il "comfort" del luogo della didattica è importante per l'apprendimento. Per questo deve essere preparato e attrezzato, come una sala operatoria per l'intervento chirurgico...nulla deve essere lasciato al caso e all'improvvisazione.

FIG 2 ARREDI



T Tirocinante
M MMG Tutor

F Familiare
P Paziente

S Segretaria

FIG 3 AVVISO PER I PAZIENTI

LOGO Università

AVVISO

Il suo Medico

Il dott. _____

È stato nominato TUTOR
(Docente di Attività didattica pratica)

dall'Università degli Studi di

per

L'INSEGNAMENTO DELLA MEDICINA GENERALE AGLI STUDENTI DI MEDICINA

sarà affiancato, in studio e a domicilio,
da uno studente del _____ anno di Medicina

Si tratta di un impegno importante per il suo medico

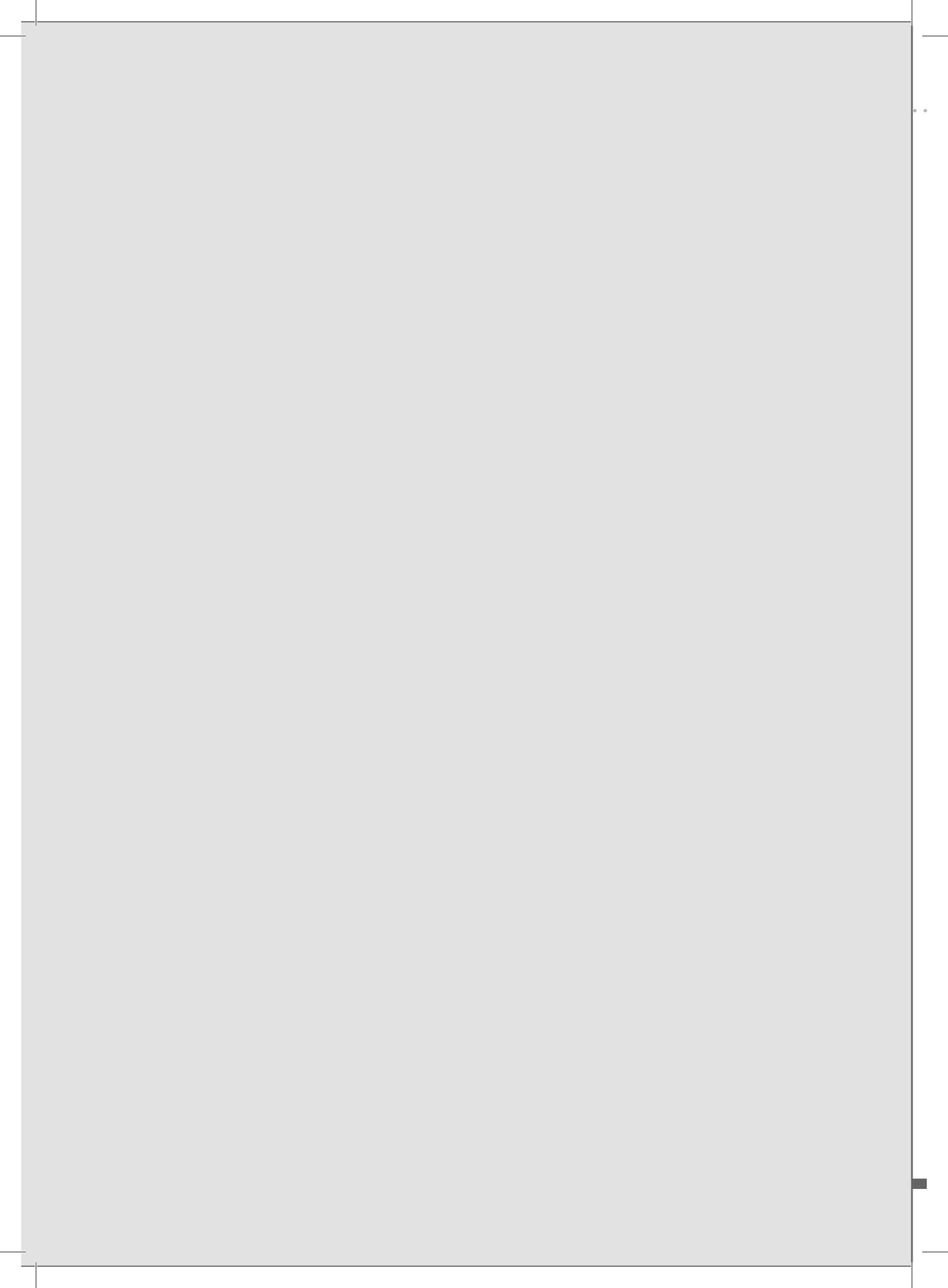
come riconoscimento ufficiale delle sue capacità professionali

che permetterà a tutti di avere, attraverso studenti universitari oggi
meglio preparati, Medici ancor più capaci in futuro.

Lo studente presente è tenuto al rispetto della Privacy e del segreto
professionale.

Qualora però lei lo desiderasse, può chiedere al suo medico di essere
ascoltato da solo.

Il presidente del Corso di Laurea



Strumenti per la didattica tutoriale per gli studenti di Medicina nei setting territoriali¹

Griglie di osservazione della visita nei percorsi delle Cure Primarie

Maria Stella Padula

è Medico di Famiglia e Docente in Medicina General e, nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. SI MG, Modena

Luciano Vettore

è professore emerito, Ordinario di Medicina Interna presso l'Università di Verona e Past President SI PeM

A Modena si svolge un'attività didattica tutoriale al di fuori delle corsie dell'ospedale, per la legge 270, che raccomanda l'insegnamento della Medicina nei setting extraospedalieri, per l'istituzione del Corso Integrato di MG e Cure Primarie, che è inserito formalmente nel Manifesto degli studi di Medicina (http://www.simg.it/documenti/aree_cliniche/universita/allegati/RAD_appr_CUN.pdf). I Setting formativi sono, oltre agli studi dei MMG e il domicilio dei pazienti, le residenze e semiresidenze, i centri diurni, il Consultorio, il SERT, la Pediatria. Per poter scoprire le attività dei vari setting (osservare e confrontarsi in aula nel debriefing con i compagni), le attività si svolgono con questa sequenza:

1. briefing,
2. tirocinio,
3. debriefing,

4. lezione interattiva, con discussione e apprendimento, per rielaborazione e sistematizzazione di quanto appreso nella pratica.

La sequenzialità dei luoghi di frequenza dei tirocini tiene conto dei contenuti didattici dei vari anni e della complessità delle strutture. Le attività didattiche sono distribuite nei 4 Moduli didattici del Corso Integrato di MG nelle Cure Primarie dal III al VI anno del corso di laurea, come si può vedere nella tab 1.

Per poter utilizzare al meglio per la breve durata del periodo previsto, abbiamo stu-

Al di fuori dell'Ospedale gli studenti incontrano i pazienti non solo dai Medici di Medicina Generale, ma anche negli altri setting: nei Consultori, negli studi dei Pediatri, nei Centri diurni per i pazienti anziani soli e non autosufficienti.

¹ griglie elaborate con la collaborazione di,, L.Bianconi, M.Pedroni, M.G. Bonesi, S.Casari, M.Vzzani, R.Andresini, S. Borsari N.Lugli

diato e costruito delle griglie di analisi per apprendere l'approccio metodologico della cura dei pazienti in questi setting.

I Setting formativi sono, oltre agli studi dei MMG e il domicilio dei pazienti, le residenze per anziani e i centri diurni, il Consultorio per la salute della donna, il SERT e i centri di prevenzioni, la Pediatria (tab. 1).

Griglie di osservazione della visita e i percorsi di diagnosi e cura nel setting delle Cure Primarie

Per poter scoprire le attività dei vari setting, osservare e confrontarsi in aula nel debriefing con i compagni, le attività si svolgono con la sequenza della seduta di briefing, ti-

rocino, debriefing, lezioni interattive alla fine del semestre, con discussione e apprendimento, per rielaborazione e sistematizzazione di quanto appreso nella pratica. La sequenzialità dei luoghi di frequenza dei tirocini tiene conto dei contenuti didattici dei vari anni e della complessità delle strutture. Riportiamo alcuni strumenti utilizzati nei vari setting:

1. Consultorio per la salute della donna (in integrazione per quanto appreso in Ostetricia e Ginecologia)

lo studente deve compilare le griglie descrivendo tutto ciò a cui ha assistito durante il turno di tirocinio in consultorio, paziente per paziente, e in ogni contesto specifico (accet-

TAB. 1

ANNO di corso	III	IV	V	VI
Briefing	2 ore	2 ore	2 ore	2 ore
Tirocini (sedi)				
Studi dei MMG e domicilio (ADI, ADP) Tutor/studente 1/1	12 ore			40 ore
Servizi Distrettuali e territoriali (Centri Diurni e Centri di prevenzione)		4 ore presso i Centro Diurno 4 ore presso i Laboratori di Prevenzione (in piccoli gruppi di 10 stud.)		
Consultori Salute Donna			4 ore in gruppi di 3-6 studenti	
Pediatria di base (Tutor/studente 1/1)			4 ore con il PLS	
Debriefing	2 ore	2 ore	2 ore	2 ore
lezioni interattive	8 ore	8 ore		16 sui pazienti complessi

1.1 ATTIVITÀ DI ACCETTAZIONE

aspetti da osservare	1° paziente	2° paziente	3° paziente
Motivo della visita			
Accoglienza della paziente			
Conduzione del colloquio			
Valutazione del problema			
Invio al ginecologo o all'ostetrica o alla rete dei servizi coinvolti (Per l'Accettazione)			

1.2 GRIGLIA PER OSSERVARE LE FASI OPERATIVE DELLA VISITA, PAZIENTE PER PAZIENTE

(evidenziare, se esistono, le differenze con quanto osservato in ospedale relativamente agli aspetti sia clinici che relazionali)

Paziente 1

attività del Tutor (Medico / Ostetrica)	cosa osservo in Consultorio	cosa ho osservato in corsia o amb. ginecologico in ospedale
Accoglienza della paziente		
Presentazione dello studente		
Motivo della visita		
Conduzione del colloquio		
Preparazione all'E.O.: atteggiamento del medico		
Esame obiettivo		
Valutazione del problema / ipotesi diagnostica		
Contrattazione / Decisione clinica		
Gestione delle interferenze (studente, telefono, segretaria, familiari, ...)		
Sintesi dell'incontro e congedo		

tazione, ambulatorio ginecologo, ambulatorio ostetrica) come spunto di riflessione per evidenziare gli aspetti peculiari dell'attività educativo-preventiva, clinica ed assistenziale svolta in Consultorio.

2. Griglia di osservazione del setting ambulatoriale del Pediatra di Libera scelta (in integrazione a per quanto osservato durante il tirocinio in Pediatria in ospedale)
Lo studente deve compilare la griglia l'at-

teggiamento del Pediatra tutor come spunto di riflessione per evidenziare gli aspetti peculiari dell'attività educativo-preventiva, clinica ed assistenziale, non solo al bambino, ma ai genitori e chi lo accompagna alla visita. In particolare, ha una grande importanza l'osservazione dell'aspetto relazionale e degli atteggiamenti verbali e non verbali.

1.3. GRIGLIA DI OSSERVAZIONE DELLA PAZIENTE

Paziente (Specificare se si tratta di paziente italiana o immigrata, con difficoltà nella conoscenza della lingua)	Paziente Italiana Paziente immigrata, con padronanza della lingua italiana difficoltà nella conoscenza della lingua italiana (v. griglia B3)
È accompagnata	
Si mostra imbarazzata dalla presenza dello studente o al contrario "si esibisce"	
Mostra di comprendere ciò che dice il medico/ostetrica	
Pone domande al medico/ostetrica	
Pone domande allo studente	
È in accordo con le proposte del medico/ostetrica	
È in disaccordo con le proposte del medico/ostetrica	
Ha reazioni adeguate alle notizie ricevute	
se è straniera, indicare la presenza del mediatore culturale	

GRIGLIA DI OSSERVAZIONE DEL SETTING AMBULATORIALE DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

osservare	si/no/note
<p>Come accoglie il bambino e i genitori alla porta porge o no la mano al genitore ,saluta il bambino li guarda in viso se e come si siede di fronte a loro ha in studio libri, giocattoli, fogli ecc. come gestisce la presenza dei fratelli,dei nonni,della baby-sitter come gestisce la presenza del computer</p>	
<p>Come conduce il colloquio</p> <ul style="list-style-type: none"> • è in grado di riconnettersi alle visite precedenti • spiega al genitore di che tipo di visita si tratta: bilancio di salute, visita prevaccinale, visita per acuzie, colloquio con i genitori • spiega al genitore la scaletta della visita • sa ascoltare in silenzio (quanti secondi) • si mostra interessato o svogliato • interrompe spesso il genitore • come gestisce il bambino durante il colloquio con il genitore; rivolge attenzione ad entrambi • è in grado di impostare il dialogo con il bambino in relazione alla fase di sviluppo • cerca di usare frasi di incoraggiamento • pone domande aperte • pone domande chiuse • Riesce a individuare piste di colloquio 	
<p>Riconosce e controlla i propri sentimenti Riconosce e manifesta al genitore i propri sentimenti</p>	
<p>Riconosce e comprende i sentimenti del genitore Riconosce e comprende i sentimenti del bambino Riconosce e differenzia i sentimenti della coppia genitoriale rispetto a quelli del singolo genitore È empatico</p>	
<p>Spiega al genitore le manovre che fa al bambino durante la visita Spiega al bambino le manovre che mette in atto durante la visita Mette a proprio agio il bambino e i genitori durante la visita</p>	
<p>La decisione avviene dopo contrattazione con i genitori La decisione avviene dopo contrattazione con il bambino La decisione tiene conto del livello maturativo del bambino</p>	
<p>Al momento del congedo fa un breve sunto del colloquio, facendo risaltare i punti principali dell'incontro, in relazione al tipo di visita,mostrando di aver ben compreso il problema del bambino e dei genitori</p>	

3. **Osservare e analizzare le tappe del percorso laboratoristico/strumentale/specialistico presso ASL o in ospedale.** Compito per lo studente: “Prendere nota”, con check list, delle tappe del percorso osser-

vate, per riflettere e valutare eventuali difficoltà burocratiche e relazionali con gli operatori e gli specialisti, per discutere con il tutor nei debriefing sull’attività svolta.

TAPPE

	si/no, note
1. Comunicazione della decisione di approfondimento	
2. Richiesta del medico (priorità segnalata sul modulo?)	
3. Autorizzazione CUP/ticket,	
4. scelta dello specialista,	
5. Rilevazione dei tempi d’attesa(può aspettare?)	
6. Visita privata(possibilità economiche del paziente?)	
7.consulenza specialistica,	
8. Referto e prescrizione di altre visite ed esami	
9. Nuova visita dal proprio medico	
10. Interpretazione del referto	
11. Discussione e negoziazione con il medico	
12. Decisione per la soluzione del problema	
13. Altro	

4. **Osservare e analizzare per conoscere le attività dell’équipe multiprofessionale delle Cure Primarie.**

diverse professionalità per rilevare i bisogni assistenziali del paziente e della sua famiglia e per costruire un piano assistenziale integrato.

4. 2 Griglia di osservazione per conoscere la tipologia di attività nell’integrazione delle

4.1. GRIGLIA PER CONOSCERE “CHI” OPERA NELLA RETE

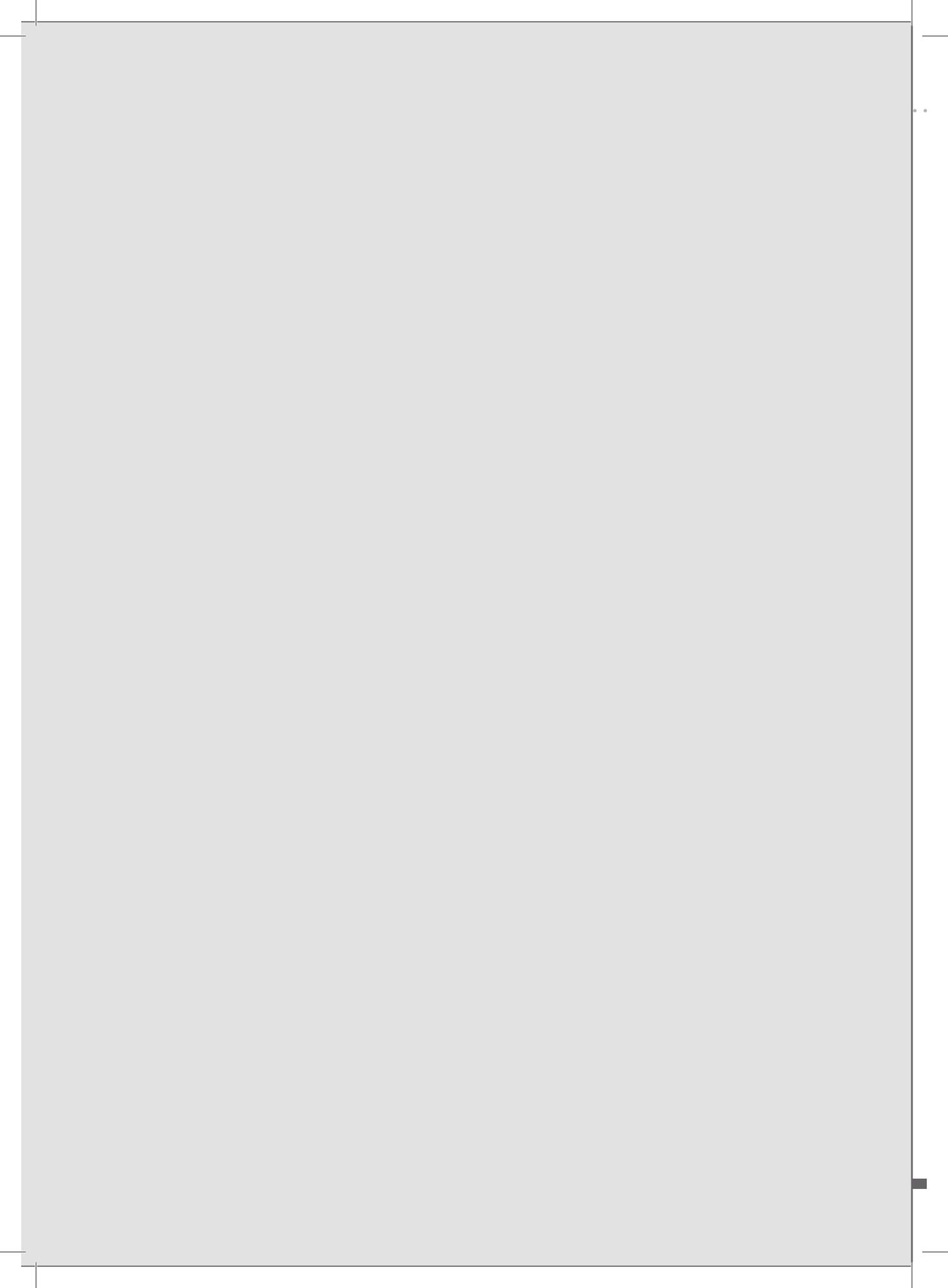
professionisti	compiti	osservazioni e quesiti
medico di famiglia		
infermiere territoriale		
assistente sociale		
personale socio-assistenziale		

4.2 GRIGLIA DI OSSERVAZIONE PER CONOSCERE LA TIPOLOGIA DI ATTIVITÀ NELL'INTEGRAZIONE DELLE DIVERSE PROFESSIONALITÀ

	cosa osservo	suggerimenti e quesiti
rilevare i bisogni assistenziali		
risorse del territorio		
piano assistenziale		
come verifico che le risposte siano adeguate		

4.3. GRIGLIA DI OSSERVAZIONE DELL'ATTIVITÀ DELLA RETE DI SERVIZI NEL TERRITORIO:IL CENTRO DIURNO COME SI INTEGRA CON IL RESTO DELLA RETE

	cosa osservo	suggerimenti e quesiti
mappa degli anziani fragili e rilevazione delle situazioni a rischio		
ruolo delle diverse professionalità e delle diverse attività		
integrazione socio-sanitaria e la rete del volontariato		
nome	cognome (studente)	data
tutor	firma	
équipe territoriale		



Valutazione dell'apprendimento nel setting tutoriale della MG

Maria Stella Padula

è Medico di Famiglia e Docente in Medicina Generale, nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. SIMG, Modena

Giulio Corgatelli

è MMG, Docente di metodologie della Valutazione al Master "metodi e strumenti per l'insegnamento clinico per la MG nelle Cure Primarie", Varese

Luciano Vettore

è professore emerito, Ordinario di Medicina Interna presso l'Università di Verona e Past President SIPeM

Non esiste educazione efficace senza valutazione, perché **ciò che non si valuta viene svalutato**; quando si parla di valutazione nella formazione si sottintende la valutazione dell'apprendimento del discente, ma in realtà dovrebbero essere sempre valutate anche la qualità dell'insegnamento dei docenti e l'efficacia didattica nella scelta e nella realizzazione dei programmi didattici. Qui ci soffermeremo solo sulla valutazione dell'apprendimento.

Una verifica "ottimale" dell'apprendimento dovrebbe facilitare e misurare l'acquisizione duratura di competenze, cioè la capacità di utilizzare le conoscenze in contesti vari e differenti.

Per ottenere i risultati sperati, le verifiche dell'apprendimento dovrebbero:

1. avere dimensioni sostenibili nei contenuti,
2. facilitare l'integrazione e la sintesi delle conoscenze,
3. misurare il raggiungimento di obiettivi formativi chiari e definiti (non solo la memoria di nozioni)
4. fornire risultati validi, cioè riproducibili, prevedibili, oggettivi e quindi equi.
5. avvalersi di punti di osservazione diversi e complementari
6. riguardare sia i risultati che il processo.

Purtroppo non esiste un test di valutazione "perfetto", e quindi ogni strumento valutativo va utilizzato per i suoi fini.

Anche la valutazione dell'apprendimento nella MG richiede la definizione puntuale degli obiettivi educativi specifici propri di questo ambito, che sono obiettivi di apprendimento corrispondenti a compiti professionali con stretta attinenza alle peculiarità della MG, e il cui conseguimento sia verificabile.

La valutazione dell'apprendimento conseguito grazie all'applicazione di metodi tutoriali richiede l'utilizzazione di strumenti valutativi:

coerenti con gli obiettivi specifici che possono essere conseguiti con l'applicazione di queste metodologie,

che riguardano anche in questo setting

- obiettivi cognitivi possibilmente di livello tassonomico medio ed elevato,
- obiettivi gestuali,
- relazionali e metacognitivi, cioè frutto della riflessione.

Nel setting della MG la **valutazione formativa** è altrettanto se non più importante della valutazione certificativa finale, cioè di quella che sancisce il grado di apprendimento effettivamente raggiunto. La valutazione formativa ha scopi numerosi e complessi, che si possono riassumere nei seguenti:

- informa il discente sul suo grado di apprendimento;
- valuta *in itinere*, senza conseguenze sul risultato finale, i progressi e il profitto;
- fa adattare le attività di apprendimento al progresso ottenuto o alla sua mancanza;
- aiuta il discente nello studio e nella richiesta di aiuto;
- fornisce al docente utili informazioni sull'efficacia della sua didattica e lo aiuta a modificarla;
- arricchisce la relazione tra docenti e discenti.

Per essere veramente formativa questa tipologia valutativa non dev'essere mai usata per sanzionare un risultato perché, in sintesi, il suo scopo è quello di stimolare le energie positive dei discenti e dei docenti: cioè la curiosità, che è il primo motore dell'ap-

prendimento, e la motivazione a migliorare se stessi e il proprio operato. Fanno parte della valutazione formativa anche:

- l'autovalutazione, che stimola e fa crescere il pensiero critico
- la valutazione tra pari, che è strumento efficace dell'apprendimento cooperativo

questa è accettata più volentieri dai discenti perché non comporta sanzioni per gli errori e può a sua volta facilitare l'autovalutazione.

Insomma, nella valutazione formativa

l'errore diventa a sua volta un potente strumento di apprendimento.

La valutazione formativa si propone anche come strumento prezioso di stimolo alla riflessione, che come abbiamo detto è il motore fondamentale dell'apprendimento dall'esperienza.

Dalla valutazione dei risultati della formazione si ricavano informazioni rilevanti sulla efficacia dell'azione formativa che stiamo intraprendendo

La valutazione è una specie di bussola che ci permette di guidare il processo di formazione

Non si può tuttavia sottovalutare l'importanza anche della valutazione certificativa perché l'apprendimento dipende molto dalle modalità della sua valutazione (assessment drives learning), in quanto ogni studente studia per apprendere ciò in cui sa che verrà valutato all'esame, ma a questo tema verrà dedicato un capitolo successivo. È importante ricordare il Modello di valutazione di Kirkpatrick (1994) (riadattato da Carrant and Fleet 2005).

- Soddisfazione dei partecipanti
- Cambiamenti nelle conoscenze e nelle abilità dei partecipanti valutate con strumenti validati
- Cambiamenti dei comportamenti dei partecipanti analizzati nel setting professionale
- Miglioramenti dello stato di salute dei pazienti

Cosa e quando Valutare nelle didattiche tutoriale?

Nell'ambito della Formazione Specifica in MG, si valuta **cosa** il tirocinante sa fare:

a) **se sa fare il MMG**, ovvero verificare:

- outcomes comportamentali, che richiedono applicazione di conoscenze a contesti concreti;
- il suo dominio, che è quello del saper fare, inteso come sapere esperienziale à cioè un sapere esperto che si misura con problemi concreti per risolverli con piena responsabilità;
- se sa applicare il Problem Based, Problem Solving, Decision Making.

b) **Quando: a che punto del percorso?**

- All'inizio del corso (per indagare sulle performance all'inizio del percorso formativo e anche sulle lacune da colmare, e fissare gli obiettivi realisticamente raggiungibili);
- Durante il corso (per avere un feed back continuo della ricaduta dell'attività che si sta svolgendo per adattare e rimodulare il processo formativo);
- A conclusione del corso (per valutare i risultati raggiunti sulla base degli obiettivi prefissati);

Infatti, come tutti i meccanismi che comportano impegno da parte di tutti Docente/

Tutor (D/T) e Discenti/Studenti (D/S) anche la valutazione deve avere una sua tempistica.

Si comincia con una valutazione iniziale (pre-esperienziale) che serve da punto di partenza delle attività didattiche. Serve al D/T per impostare il percorso didattico da seguire e poter raggiungere il risultato finale. Serve anche al D/S che evidenzia le proprie necessità formative permettendo al D/T di pianificare il progresso formativo. La valutazione è un processo continuo e riguarda tutto il periodo formativo dove il rapporto D/T e D/S è caratterizzato da un feed-back costante. Normalmente il giudizio finale non si esprime mai con un semplice voto ma con un giudizio che va a cogliere gli aspetti più autentici e profondi delle finalità educative del mestiere del medico di famiglia dimostrando la qualità didattica offerta e la relazione educativa che è stata utilizzata.

È importante che la valutazione venga sempre fornita in modo chiaro e significativo tanto da permettere al Discente di responsabilizzarsi e collaborare con il Docente. È quindi attraverso una valutazione costante e addirittura quotidiana che si ottengono i migliori risultati di apprendimento nei confronti dei Discenti e dei percorsi didattici dichiarati inizialmente. Questa valutazione è definita "in-itinere" e ha il grosso vantaggio di poter modulare l'apprendimento in funzione del Discente permettendo un adeguato risultato finale. Così facendo la valutazione potrà essere la più esaustiva dei risultati raggiunti dal Discente.

Quello a cui si dovrà prestare attenzione sono i possibili effetti soggettivi che possono influenzare il giudizio di un Docente e sono l'effetto ALONE, l'effetto PIGMALIONE e l'effetto STEREOTIPIA.

Effetto ALONE: si ottiene tale effetto quan-

do un valutatore apprezza una particolare caratteristica di un Discente e tale caratteristica ne influenza, anche inconsciamente, il giudizio su altri indicatori sopravvalutandoli complessivamente. Esempio: il Discente è molto premuroso nei confronti di pazienti anziani e ciò è gradito al Docente. Questo può essere un fattore che “getta un alone” di positività su tutti gli altri indicatori legati all'accoglienza dei pazienti in generale o addirittura l'alone cadrà anche sui prossimi Discenti che potrà avere. Chi non possiederà tali caratteristiche potrà avere un giudizio più negativo.

Effetto PIGMALIONE: si tratta dell'effetto forse più pericoloso perché riguarda i pregiudizi che un Docente può avere nei confronti del proprio Tirocinante e che influenzano in modo positivo o negativo i giudizi valutativi. Esempio: se il tirocinante si presenta a voi per la prima volta con un “piercing al naso, al sopracciglio destro e un tatuaggio su tutta la mano destra” e al Tutor non piacciono questi esteriorismi c'è il rischio che il giudizio complessivo sia viziato dall'aspetto esteriore e non dal vero valore del Discente. Chi non possiederà tali caratteristiche potrà avere un giudizio più negativo.

A tal proposito voglio ricordare una famosa frase di Goethe: *“Se tratti un uomo quale realmente è, egli rimarrà così com'è. Ma se lo tratti come se già fosse quello che dovrebbe essere quello lo diverrà.”* Lo stesso vale per il contrario: *“Se lo tratti come se già fosse quello che non dovrebbe essere, egli lo diverrà.”*

Effetto STEREOTIPIA: si tratta dell'effetto conosciuto anche come “irrigidire il giudizio”, escludendo dunque la possibilità di poter migliorare le proprie performance nonostante gli sforzi profusi per migliorare. L'at-

teggiamento del Docente è quello di negativizzare ogni sforzo anziché cercare di migliorare il proprio atteggiamento didattico maggiormente rivolto agli aspetti educativi e formativi, in modo tale da permettere al Discente di dimostrare il suo vero valore. Esempio: un D/S giudicato negativamente dal D/T su una qualsiasi attività può ricevere dal D/T, anziché correttivi, solo critiche negative al suo operato; inoltre, ancor peggio, il D/T potrebbe cercare di evitare di far esercitare il suo D/S sull'attività oggetto di critica.

La valutazione che si attua nell'attività tutoriale è una valutazione che si può definire come “trasparente” perché si tratta di una valutazione oggettiva, nel senso che si basa su dati evidenti e documentati, misurati con differente ponderazione, che nasce indipendentemente da chi sarà il valutatore ed è graduata e proporzionale al grado di performance raggiunto dal discente. Inoltre si tratta di una valutazione chiara e senza ambiguità in quanto il valutato conosce quali sono i livelli a cui deve tendere. Pertanto la valutazione diventa individuale ed assume così l'aggettivo di “trasparente”.

La valutazione così articolata deve servire al Docente per sfruttare le valenze motivazionali del Discente stimolandolo a fare del suo meglio nei confronti dell'obiettivo d'apprendimento da raggiungere e permette così di oggettivare i risultati ottenuti, stimolando le capacità individuali di correggere le imperfezioni. Un'ulteriore caratteristica della valutazione di un Discente, che il Docente deve considerare, è che *si integra un concetto numerico con un concetto descrittivo.*

Un esempio può essere un esame orale a cui viene assegnato un numero (4,7,10,...) ad un discorso. Nella valutazione di performance non vi è solo l'aspetto legato alle co-

GRIGLIA NUMERICA SUL COINVOLGIMENTO PERSONALE DEL D/S

D/S considera i pazienti come "casi" e non come persone e non dimostra coinvolgimento empatico	D/S considera i pazienti come persone contestualizzandole nel proprio ambiente lavorativo e familiare costruendo interesse per i problemi dei pazienti
--	--

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

sigle utilizzate D/S = Discente/Studente; P = paziente; CCI = cartella clinica informatizzata

noscenze ma anche alle capacità relazionali e alle capacità manuali (lo strumento valutativo deve essere adatto al "cosa" valutare: "non si possono piantare chiodi con una sega", ci vuole un martello!).

Quindi il Tutor deve saper integrare le conoscenze alle attività pratiche creando esperienze formative in grado di permettergli una valutazione più aderente alla realtà.

Un'esperienza o meglio più esperienze valutate sul campo permettono di far emergere le vere potenzialità del Tirocinante e permettono di esprimere anche qualità particolari non evidenziate in precedenza.

se il Docente è in grado di approntare esperienze di apprendimento differenti sarà in grado di formulare un giudizio finale molto più articolato e in grado di osservare i diversi momenti evolutivi del Discente/Studente.

Questo tipo di esperienze deve essere caratterizzato non solo da contenuti cognitivi ma soprattutto dalle capacità del Docente di creare tali esperienze, di sfruttare la quotidianità per far apprendere al Discente/Studente una professione particolare come quella del Medico di Famiglia, e di saper creare situazioni coerenti con l'obiettivo didattico di apprendimento che si vuole raggiungere. Per rendere applicabile questi concetti ciò che il D/T deve possedere è la capacità di costruire strumenti di valutazione idonei alla valutazione del Discente/Studente.

GRIGLIA DI OSSERVAZIONE/VALUTAZIONE SUL COINVOLGIMENTO PERSONALE DEL D/S

Il Discente/Studente	Mai	Occasin.	Abb. Spesso	Spesso	Abitualm.
Ha atteggiamenti autoritari.					
Rispetta le idee e le attitudini del paziente.					
È sempre pronto ad aiutare il Paziente in difficoltà.					
Dimostra interesse per il paziente.					

GRIGLIA NUMERICA SULL'UTILIZZO DELLA CCI DA PARTE DEL D/S

D/S non considera CCI del P, non registra i dati, la usa solo come diario		D/S usa regolarmente la CCI e ne registra i dati con appropriatezza. Utilizza la CCI per attività di revisione, di programmazione e di ricerca
---	--	--

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

sigle utilizzate D/S = Discente/Studente; P = paziente; CCI = cartella clinica informatizzata

GRIGLIA DI OSSERVAZIONE/VALUTAZIONE SULL'UTILIZZO DELLA CCI DA PARTE DEL D/S

Il Discente/Studente	Mai	Occasin.	Abb. Spesso	Spesso	Abitualm.
Inizialmente consulta la CCI per inquadrare il Paziente.					
Registra i dati e ne fa una sintesi secondo il modello SOVP.					
Evidenzia le terapie croniche.					
Registra i dati senza ostacolare il dialogo con il paziente.					
....					

sigle utilizzate D/S = Discente/Studente; P = paziente; CCI = cartella clinica informatizzata

dente da applicare ad ogni situazione. È funzionale ad una valutazione “coerente” la costruzione di strumenti adeguati quali le griglie di osservazione/valutazione che riguarderanno tutti gli aspetti della nostra

professione spaziando dall'accoglienza dei pazienti, all'anamnesi, fino ai rapporti con i Colleghi e il personale di studio. Ecco alcuni esempi di “griglie numeriche” e di “griglie di osservazione/valutazione”¹.

GRIGLIA NUMERICA SUI RAPPORTI CON I COLLEGHI E I COLLABORATORI.

D/S dimostra di non avere capito l'importanza del ruolo e della professionalità dei Colleghi e dei Collaboratori		D/S dimostra con un atteggiamento collaborativo, la comprensione del ruolo e delle differenti responsabilità professionali dei diversi attori coinvolti nella professione
--	--	---

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

sigle utilizzate D/S = Discente/Studente; P = paziente; CCI = cartella clinica informatizzata

GRIGLIA DI OSSERVAZIONE/VALUTAZIONE DEI RAPPORTI CON I COLLEGHI E I COLLABORATORI

Il Discente/Studente mantiene rapporti collaborativi con:	Mai	Occasin.	Abb. Spesso	Spesso	Abitualm.
Il proprio Tutor.					
Il personale di segreteria.					
L'infermiere di studio e del territorio.					
Con i Colleghi che incontra in Ospedale e sul territorio.					
....					

sigle utilizzate D/S = Discente/Studente; P = paziente; CCI = cartella clinica informatizzata

ALTRI ESEMPI DI STRUMENTI PER VALUTARE DURANTE IL TIROCINIO

tipologie
Valutazione della comprensione del caso attraverso la narrazione Osservazione diretta di abilità procedurali
Osservazione diretta di abilità nella consultazione
Discussione basata su casi
Questionari di soddisfazione dei pazienti
Valutazione strutturata da parte del tutor. Videoregistrazione

A - VALUTAZIONE DELLA COMPrensIONE DEL CASO ATTRAVERSO LA NARRAZIONE

GRIGLIA DI VALUTAZIONE DELLA COMPrensIONE DA PARTE DELLO STUDENTE

Per ognuna delle seguenti affermazioni indicare quanto si è d'accordo (5 massimo accordo) o disaccordo (1 completamente disaccordo).

PUNTEGGIO MASSIMO: 30/30 (ottenuto sommando i punteggi massimo per ogni item).

	1	2	3	4	5	commento
1. L'episodio prescelto è significativo dal punto di vista della azione formativa o dal punto di vista dell'apprendimento. Ne sono stati indicati i motivi.						
2. È stato descritto il contesto, i partecipanti, la situazione che si è verificata, l'evoluzione degli eventi e le conclusioni						
3. Sono state individuate ed analizzate le tattiche e le strategie di comunicazione, di relazione e di apprendimento che si sono sviluppate e che hanno promosso e sorretto						
4. Sono state nominate ed esplicitate le emozioni e i movimenti affettivi suscitati e negli altri partecipanti alla situazione						
5. È stata proposta una metafora, una immagine o una analogia che metta in luce l'idea di formazione – apprendimento implicata nell'episodio.						
6. È stato attribuito un titolo al racconto che condensi i nuclei di significato essenziali emersi dall'episodio						

Osservazioni aggiuntive

B - GRIGLIA DI OSSERVAZIONE DEL PAZIENTE DA PARTE DELLO STUDENTE DA FAR COMPILARE DURANTE LA VISITA PER VERIFICARE SE HA COMPRESO I PROBLEMI DEL PAZIENTE E SE HA SEGUITO ATTENTAMENTE LA VISITA

Griglia di osservazione del paziente da parte dello studente da far compilare durante la visita per verificare se ha compreso i problemi del paziente e se ha seguito attentamente la visita

ASPETTI TECNICI E RELAZIONALI DELLA VISTA	Osservazione del Paziente COMPILATA DAL TIROCINANTE	verifica e confronto del TUTOR
1 – Individua il motivo principale della visita		
2 – indica il problema principale del paziente		
3 - Indica eventuali altri problemi bio-psico-sociali e familiari		
4 - indica la priorità per il medico		
5 - indica la priorità del paziente e/o della famiglia		
6 - atteggiamento del medico		
7 - atteggiamento del paziente		
8 - indica eventuali "interferenze" in quel problema e nel caso specifico		
9 - Esprimi la tua ipotesi diagnostica sul problema principale preso in esame		
10– altre ipotesi		
11 – c'è "negoiazione" delle decisioni sul percorso diagnostico con il paziente?		
12 – c'è "negoiazione" delle decisioni operative del trattamento		
13 - Come si è conclusa la visita: prescrizione di esami, farmaci, consigli, rassicurazione		
14 - il percorso diagnostico terapeutico adottato è "appropriato"?		

C - GRIGLIA DI VALUTAZIONE NELLA MODALITÀ DI APPROCCIO DELLO STUDENTE, SOPRATTUTTO PER L'ASPETTO RELAZIONALE, GLI ATTEGGIAMENTI VERBALI E NON VERBALI 2

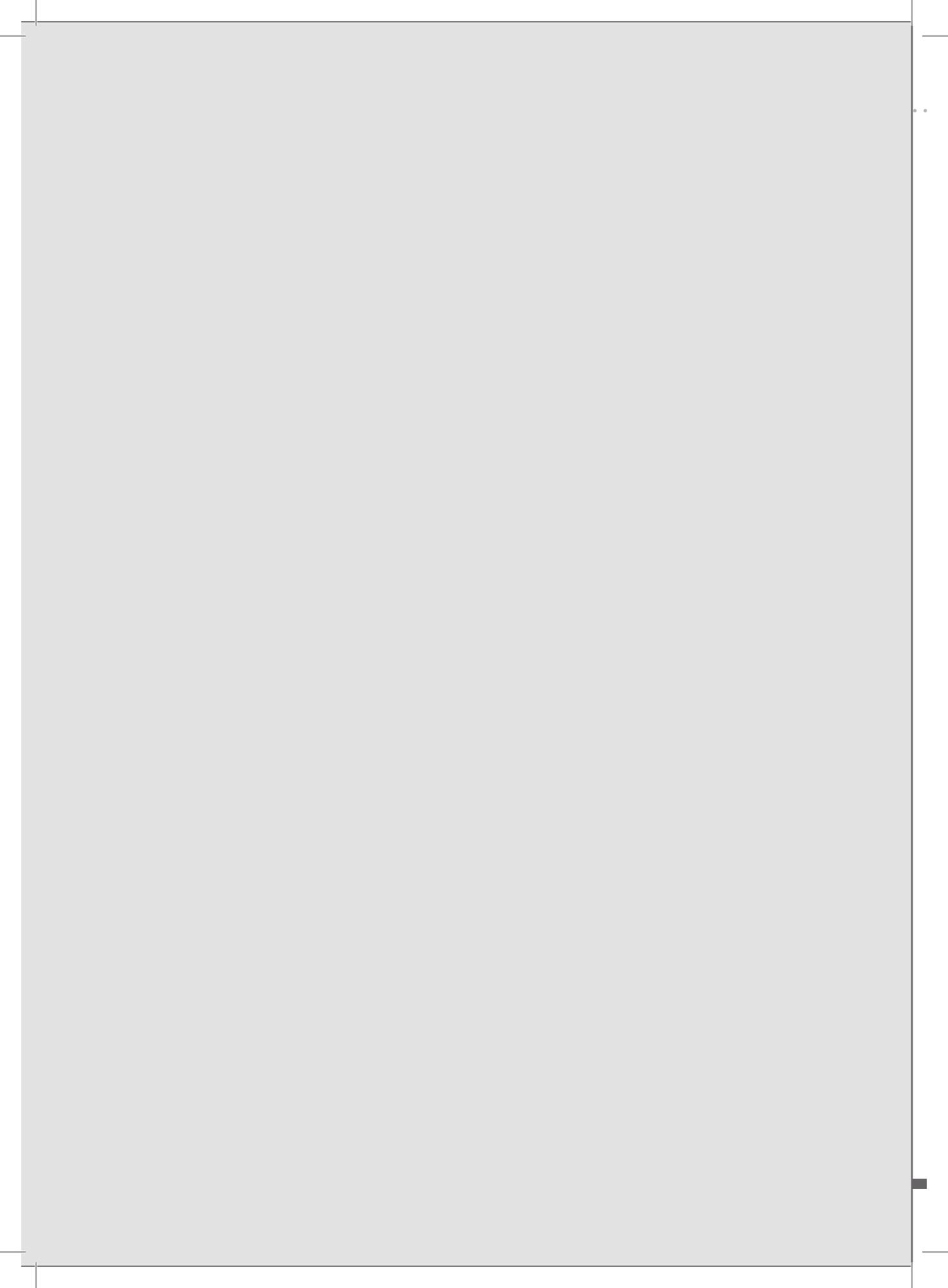
ASPETTI DA OSSERVARE	Si/no
Come accoglie il paziente alla porta gli porge o no la mano	
lo guarda in viso	
se e come si siede di fronte a lui	
gestisce la presenza del computer senza interferire negativamente sulla relazione Medico-Paziente	
sa gestire le interferenze (telefono, interruzioni della segretaria...)	
Come conduce il colloquio sa ascoltare in silenzio (quanti secondi)	
si mostra interessato o svogliato	
interrompe spesso il paziente	
cerca di usare frasi di incoraggiamento	
pone domande aperte	
pone domande chiuse	
Riesce a individuare piste di colloquio	
Riconosce e controlla i propri sentimenti	
Riconosce e manifesta al paziente i propri sentimenti	
Riconosce e comprende i sentimenti del paziente	
Spiega al paziente le manovre che fa durante la visita	
La decisione avviene dopo contrattazione col paziente	
Al momento del congedo fa un breve sunto del colloquio, facendo risaltare i punti principali dell'incontro, mostrando di aver ben compreso il problema del paziente	

D - ESEMPIO DI SCHEDA VALUTATIVA CONCLUSIVA FINE TIROCINIO PROFESSIONALIZZANTE STUDENTI DEL VI ANNO DI MEDICINA A MODENA, SULLA BASE DELL'OBIETTIVO EDUCATIVO DEL MODULO DIDATTICO

Obiettivi educativi del Modulo di MG degli studenti del VI anno di medicina: apprendere la sintesi clinica e l'arte della risposta del MMG nel paziente complesso, con multi patologia e multi trattamento farmacologico

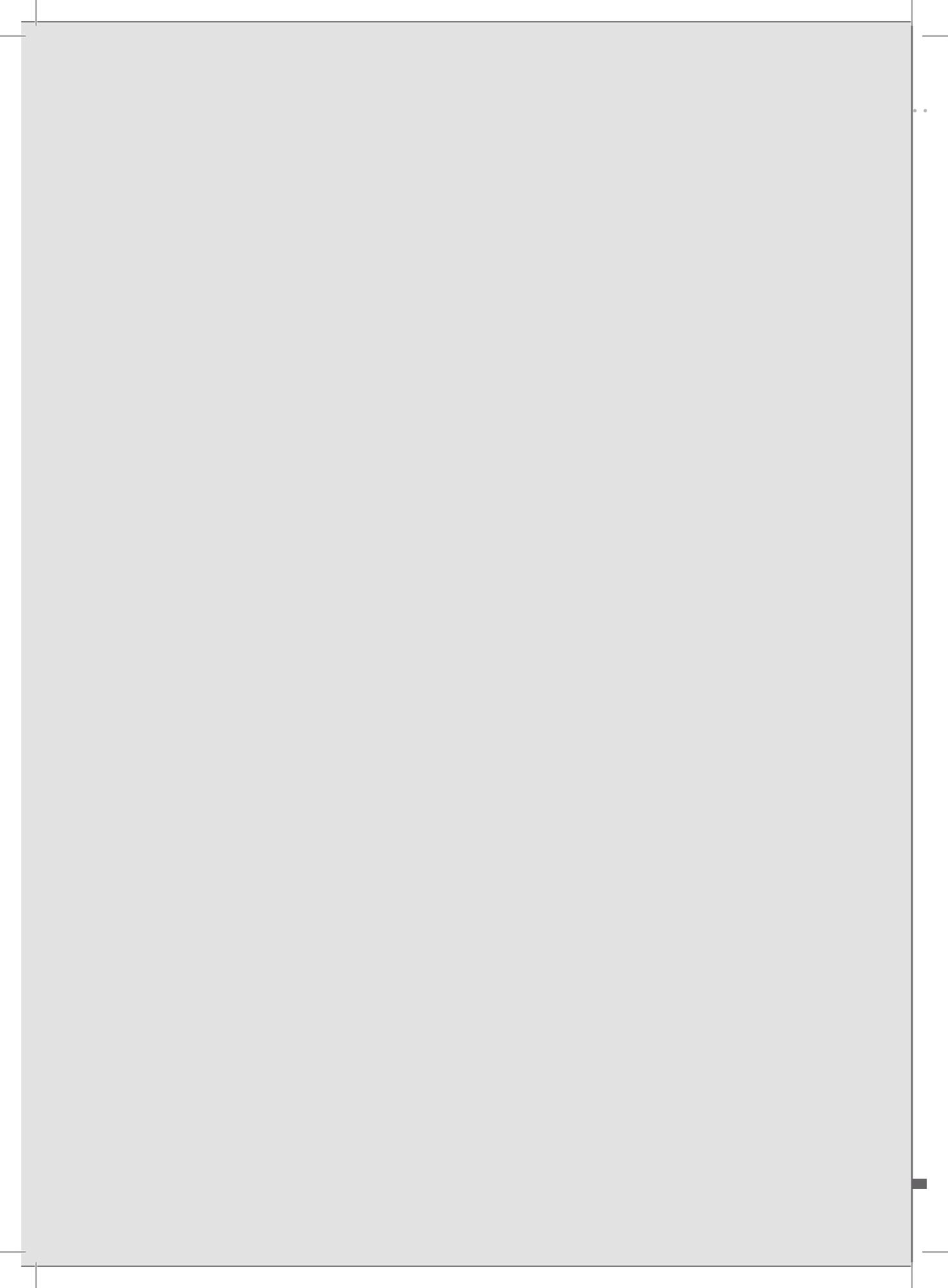
	CONTENUTI /ABILITÀ DA APPRENDERE	ha osservato	ha eseguito	ha approfondito (compilazione griglie e narrazioni)
1	Il problema clinico principale del paziente in studio			
2	Il problema clinico principale del paziente a domicilio			
3	eventuali problemi socio-economico-familiari che influenzano la salute del paziente			
4	L'esame clinico "mirato" al problema			
5	Percorsi diagnostici "mirati" al problema			
6	La comunicazione con la famiglia e gli altri "curanti" del paziente affetto da malattia cronica			
7	Le problematiche di appropriatezza, della prescrizione diagnostica e terapeutica.			
8	Implicazioni medico-legali delle certificazioni			
9	problematiche legate alla polipatologia, alla compliance al trattamento, all'interazioni fra farmaci, al rapporto costi-benefici			
10	problematiche dell'integrazione fra ospedale e territorio dei percorsi diagnostico terapeutici			
A CURA DEL TUTOR				
FREQUENZA TIROCINIO DAL AL				
firma				

Punteggio da 1 a 3 per ciascun item (1 se ha solo osservato, 2 se si è esercitato dimostrando abilità, 3 se ha approfondito scrivendo una narrazione su casi clinici).



PARTE V

La valutazione dell'apprendimento



Introduzione

Olivares Bermúdez B.A.

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.

La valutazione costituisce il capitolo più difficile, incompleto, contraddittorio, insoddisfacente ed incerto dei processi di insegnamento.

- *“Valutazione è l’unione sistematica di evidenze per determinare se in realtà si producono certi cambiamenti negli alunni e stabilire il grado di questi cambiamenti”*

Bloom Medaus

- *“Valutazione è giudizio del maestro rispetto alla attuazione dell’alunno”*

Harner

- *“La valutazione è un processo sistematico, continuo ed integrale destinato a determinare fino a dove sono stati raggiunti gli obiettivi educativi previamente determinati”*

Manuel Fermin.

- *“La valutazione è una delle parti più importanti del processo educativo, senza essa non sarebbe possibile aggiustare il valore del nostro lavoro”*

Paul Gorin

Lette solo queste quattro definizioni di valutazione, è più che evidente che la valutazione sia un giudizio che deve essere sistematico e indurre al cambiamento. Ma un giudizio universale o particolare? E’ una sistematizzazione perenne e dinamica, frequente, occasionale o sporadica? Sono cambiamenti teorici, nel disimpegno, nella personalità, nell’atteggiamento o nell’integralità? Integralità misurata attraverso ciò che si deside-

ra o ciò che si necessita? Queste ed altre domande renderebbero lunghissimi i punti su cui riflettere; ma, nonostante i dubbi, le contraddizioni e le incertezze, sul piano teorico è facile riconosce l’importanza della Valutazione Educativa e, quasi sempre, si riesce a disegnare modelli che permettono la certificazione dei soggetti del Processo-Docente (studente, professore, scuola) e la retro-alimentazione di tale processo. Sul piano pratico è difficile, invece, il concepimento, la pianificazione, l’applicazione, l’interpretazione giusta e il sensato utilizzo dei risultati. Talvolta non c’è niente di più parascientifico che una riunione di analisi di una Valutazione e l’intenzione di progettare un nuovo processo arricchito dei dati emersi.

L’apprezzamento della valutazione può non essere – e di fatto quasi sempre è così – uguale per i diversi soggetti del Processo-Docente.

- Lo studente centra il suo apprezzamento sul livello di ottenimento di un voto che gli permetta di andare avanti. Poche volte considera il raggiungimento di un determinato livello di conoscenze e preparazione più o meno integrale.

- Il docente centra l’apprezzamento sulla necessità di far emergere quanto hanno imparato gli studenti e a questo associa, talvolta, la quantità di insegnamenti impartiti. Ci sono casi nei quali il docente pretende fondamentalmente di far senti-

re la sua importanza, il suo “trono”. Poche volte considera la valutazione agli studenti come la propria valutazione di una fase conclusa e lo stimolo per programmare la fase successiva.

- La scuola centra il suo apprezzamento sugli aspetti burocratici, statistici, matematici, e non sempre sui derivati pedagogici necessari per l'evoluzione positiva e continua della sua missione.

La valutazione come componente del Processo-Docente è coesistente a questo, avendo la stessa natura di processo unitario. Se il Processo-Docente è considerato da un modello olistico configurazionale che prende a se stesso come uno spazio di costruzione di significato, allora la valutazione deve essere partecipativa e non direttiva. Tale partecipazione non è una pratica democratica o di interazione dogmatica o in apparenza cordiale tra valutando e valutatore, non è, o al meno non deve essere una partecipazione decisa e guidata da una direzione, da un ente con autorità per definire o imporre tipologie di “riunioni in tavola rettangolare” con il consueto capo tavola. La partecipazione deve essere intesa come accettazione del bisogno personale di essere valutato, come consapevolezza dell'importanza di valutare ogni fase, ogni tappa, ogni passo della formazione individuale attraverso:

- autovalutazione
- valutazione fatta dagli altri
- valutazione fatta agli altri

Così la valutazione potrebbe diventare generativa di significati e sensi, sinonimi di miglioramento dialettico del singolo individuo, benché sia nella singolarità che la valutazione acquisisce la sua essenza, ovvero quando la valutazione raggiunge l'individuo inteso come essere complesso ed unico.

A questo punto sorgono spontaneamente alcune domande: come fare e come eseguire un sistema che sia in grado almeno di sfiorare questa aspirazione? Come esprimere un risultato valutativo? Come quantificare, distinguere, certificare?

In realtà è questo uno dei nuclei che impedisce la precisa consonanza teorico-pratica della valutazione. Un avvicinamento del professore all'individuo e non allo studente, un professore spoglio di pregiudizi, di presunzioni, di paura di minimizzare il ruolo, di voglia di imitare quel professore tanto ammirato, oppure quello più disprezzato e temuto; un professore vestito con le armi pedagogiche, psicologiche, di conoscenza teorica, di buon senso professionale ed umano. Inoltre ricordare che la partecipazione non direttiva non entra in contraddizione con l'applicazione di strumenti con variabili quantificabili e “fredde”; l'importante è che l'individuo arrivi al momento di affrontare questi strumenti con una prognosi quasi certa dei risultati poiché ha partecipato sistematicamente e coscientemente alla valutazione propria ed altrui.

La Valutazione come elemento di congiunzione tra le diverse fasi del Processo Docente dovrebbe essere definita dall'inizio di tale processo: il riconoscere cosa si dovrà valutare permette un'articolazione organizzata di ciascuna fase, sapendo ciò che si dovrà insegnare e ciò che si dovrà imparare; in altre parole, concepire e accordare anticipatamente gli obiettivi valutativi consente di determinare il flusso, la quantità, le modalità, i mezzi e i metodi da impiegare. Allora la valutazione non dovrebbe essere il punto finale ma il punto iniziale, con un inserimento caratterizzato da una dinamicità che permetta un disegno ugualmente dinamico del Processo-Docente partendo dalla zona di minore sviluppo e arrivando alla zona desi-

derata di sviluppo superiore, con una chiara definizione di ogni passo preceduto e seguito da una valutazione.

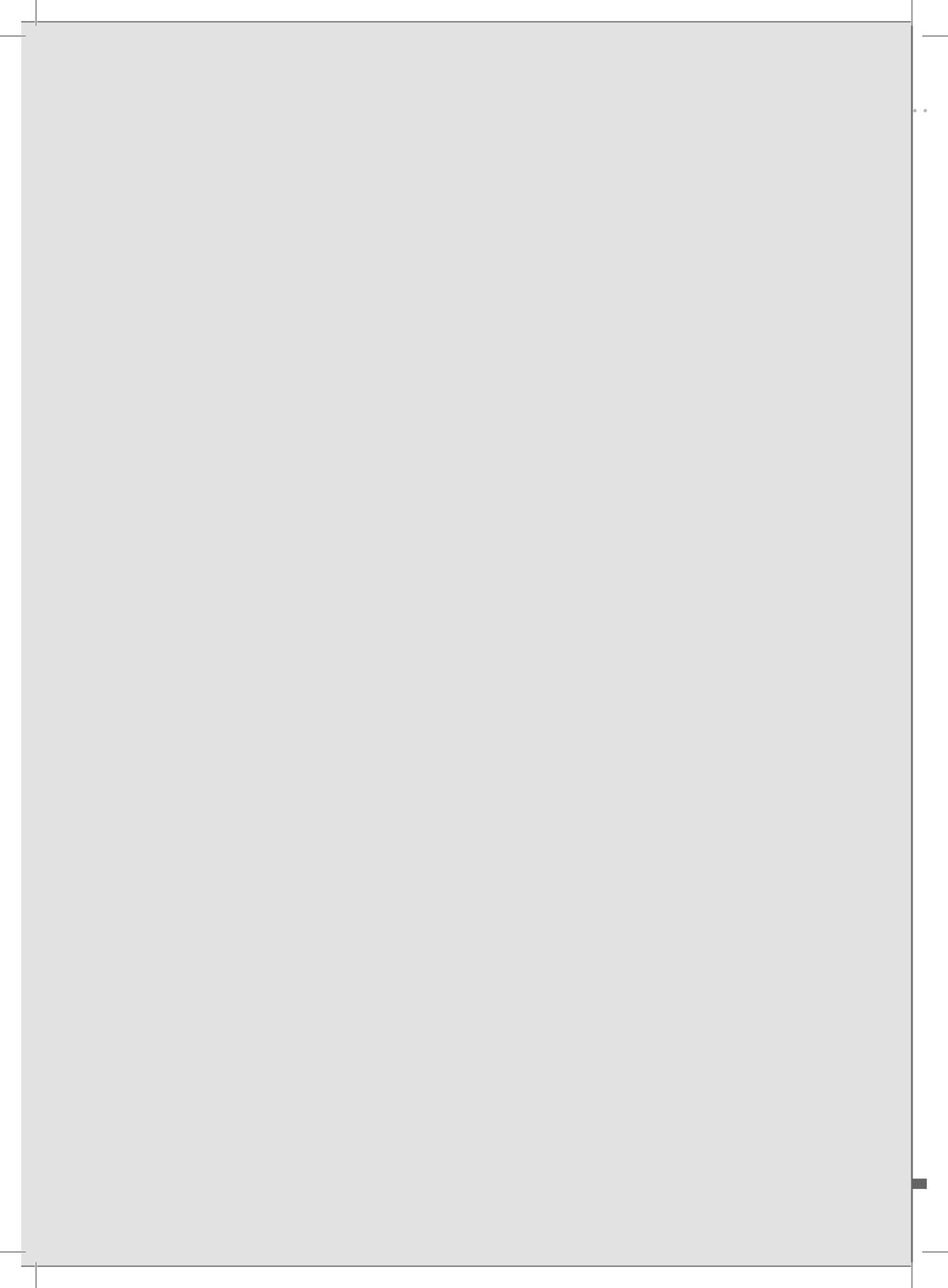
I presupposti teorici della Valutazione Educativa sono tantissimi: quasi tutti gli autori in tutto il mondo, nonostante la tipologia di scuola studiata, concordano, fra l'altro, sull'importanza della Valutazione, nel suo ruolo preponderante dentro al Processo-Docente, sulla necessità di utilizzare tutte le sue categorie. Ma tutti sappiamo che la Valutazione è un esempio eclatante di mancata corrispondenza tra teoria e pratica. Sappiamo quanto risulta difficile, tediosa e complessa l'elaborazione di semplici strumenti valutativi e quanto spesso abbandoniamo l'idea di dover creare sistemi di valutazione consoni con nostri apprezzamenti teorici. Sappiamo, parimenti, quanto i modelli che pretendono di includere elementi soggettivi puri imitano l'inapplicabile e quanto diventano vasti e talvolta incontrollabili i modelli oggettivi che quasi sempre si appellano alla matematica, raggiungendo il più delle volte solo classici modelli certificativi, freddi, pieni di forzature e con il rischio di riprodurre ingiustizie. Non ho una proposta concreta e non potrei averla almeno dal punto di vista dei modelli o degli strumenti utili per eseguire una valutazione. Accenno invece ad alcuni aspetti, dal mio punto di vista indispensabili:

- Concepire l'ente valutatore come un tutt'uno costituito dai classici "valutando" e "valutatore"; ovvero, un'unità discente/docente, ove il ruolo egemonico sia l'aspirazione costante alla costruzione di significati.

- Distinguere la vera funzione, i metodi e l'essenza della cosiddetta Valutazione Formativa, quasi sempre scambiata per la piccola, parziale e talvolta punitiva modalità certificativa.
- Vedere la costruzione di significati non come semplice orientamento per l'organizzazione di contenuti specifici, ma come:
 - il riconoscimento dell'incompletezza di un sistema meritevole, tuttavia, di un'analisi critica, per meglio comprendere ciò che è ben definito e ciò che è rimasto escluso o incompreso;
 - L'attivazione nel singolo individuo di un senso di appartenenza a un processo che lo deve far crescere senza poter separare la crescita tecnica dalla crescita umana;
 - la necessità dell'insegnante di misurare ogni parola, frase, concetto, la modalità con cui viene comunicato, quale reazione scatena, proseguendo quindi con nuovi stimoli attraverso contenuti ed azioni e proseguendo ancora con la valutazione fino a percepire l'aria minacciosa di un significato in arrivo.

Il capitolo che segue ha alcune basi teoriche e proposte pratiche per contribuire alla preparazione degli insegnanti di Medicina Generale nel vasto campo della Valutazione Educativa in questa branca indispensabile della formazione e della pratica medica. L'esperienza e la sensibilità dell'autore gli hanno anche consentito di formulare alcuni spunti di riflessione per affrontare la Bioetica della Valutazione Educativa.

L'ideale sarebbe una modalità di valutazione che riduca la distanza tra teoria e pratica.



Strumenti e tecniche per la valutazione dei contenuti teorici e della clinica

Giulio Corgatelli

MMG, Docente al Master “metodi e strumenti per l’insegnamento clinico della Medicina Generale e Cure Primarie”, SIMG, Varese

1.1 OBIETTIVI DELLA VALUTAZIONE:

- Finalità della valutazione
- Cosa (gli oggetti) valutare
- Definire i requisiti e gli strumenti della valutazione
- Definire gli indicatori e le loro caratteristiche
- Come misurare la valutazione
- Analisi didattica dei risultati della valutazione
- I tempi della valutazione

1.2 IL METODO E GLI STRUMENTI PER VALUTARE

“Senza un sistema di valutazione adeguato non si deve neanche pensare di voler insegnare qualcosa a qualcuno.”

Questa fu l’affermazione di J.J. Guilbert, noto pedagogista, con cui iniziò un corso sulle metodologie didattiche tenuto a Varese nel 1985 a cui ebbi il piacere di partecipare. Ciò sta a significare quanto sia importante avere le idee ben chiare su quali debbano essere i criteri di come costruire una attività didattica di insegnamento/apprendimento. La valutazione quindi è un elemento di fondamentale importanza per tale attività. È necessario ricordare che essa informa sia Discenti che Docenti sul livello di conoscen-

ze o competenze iniziali, sui progressi che si sono raggiunti, sulle lacune che si devono colmare, permettendo di raggiungere gli obiettivi che si sono proposti nell’attività didattica. È come fare una diagnosi di qualità dei fenomeni collegati agli obiettivi educativi. È ciò che permette di capire quale debba essere “l’intensità didattica” necessaria per proseguire il cammino formativo. Il medico durante lo svolgimento delle sue attività incontra sempre i bisogni o i problemi di salute dei suoi pazienti e la valutazione delle sue scelte diagnostiche o terapeutiche sono sempre soggette a valutazione di risultato.

Da un punto di vista pedagogico la valutazione si svolge fundamentalmente in 2 fasi: quella di preparazione e quella di esecuzione. Nella fase di preparazione bisogna prima di tutto stabilire quali devono esserne i criteri. Il Docente dopo aver formulato gli obiettivi educativi stabilisce i criteri di valutazione e costruisce di conseguenza le esercitazioni da proporre. Nella fase di esecuzione viene verificata, sulla base dei criteri stabiliti nella preparazione, il grado di competenza o di abilità che il Discente ha raggiunto fino a quel momento.

Si può facilmente comprendere che la fase “esecutiva” è da considerare un processo che si svolge lungo tutto il percorso formativo e pertanto si può definire come “valu-

tazione continua o in itinere” ed è collegata a tutto il tempo dell’attività d’insegnamento (giorni, mesi, anni). Questa valutazione serve a modulare l’insegnamento e a far modificare il programma didattico, che deve essere in funzione dell’apprendimento raggiunto dal Discente. Esiste anche una “valutazione complessiva o finale o certificativa” che ha più valore curriculare che è data dalla sommatoria delle conoscenze e delle capacità operative che il Discente dimostra di possedere alla fine del periodo di formazione (si pensi al corso triennale di formazione in M.G.). Nella valutazione devono essere valutate tutte le componenti operative del sapere quali le conoscenze (sapere), quelle delle capacità operative (saper fare) e quelle affettivo-relazionali (saper essere). Si sostiene inoltre che in Medicina Generale vi sia un’altra importante componente che sta a cavallo tra il saper fare e il saper essere che è applicativa di entrambe il “saper come fare”. È quindi importante adoperare un sistema di valutazione adeguato alla *componente operativa* da valutare.

Pertanto se sarà da valutare il saper cognitivo (conoscenze) si potranno proporre dei questionari che potranno ben valutare l’acquisizione di nozioni, potranno permettere di valutare il grado di interpretazione di dati proposti o addirittura di giungere alla soluzione di problemi per esempio su casi veri o simulati.

Se sarà da valutare un sapere operativo (manuale) si dovranno utilizzare esperienze re-

ali o simulate che dovranno essere valutare con griglie di osservazione/valutazione adeguate e costruite dal Docente. Anche in questo caso si potrà modulare il grado di raggiungimento dell’obiettivo attraverso la pura imitazione di un gesto, oppure oltre alla corretta imitazione anche il controllo del gesto stesso, o addirittura l’insieme di entrambe chiamato “automatismo della procedura”.

Se sarà da valutare una relazione (affettiva) allora potranno essere utili delle esperienze dirette sul campo associate ad una griglia di osservazione/valutazione o si potrà pensare fare un role-playing o una drammatizzazione oppure di videoregistrare una visita valutando così molto oggettivamente il risultato. In casi del genere si possono osservare la recettività o la disponibilità del Discente, la partecipazione del Discente e del paziente, l’atteggiamento empatico e/o simpatico che il Discente avrà nei confronti del paziente e viceversa. Riporto solo alla memoria le *componenti strutturali* di un obiettivo educativo che sono però indispensabili per la sua corretta costruzione e sono: il “soggetto” (MMG), “atto o compito” di solito un verbo d’azione (es: fare diagnosi, prescrivere terapia, eseguire una manovra), il “contenuto” che di fatto costituisce già un criterio valutativo (es: il problema clinico o un argomento come il dolore precordiale, la lettura in un ECG), il “criterio di valutazione” (un punteggio da ottenere riferito all’ottimo: 80%) inteso anche come livello accettabile di performance (LAP).

ESERCITAZIONE

“Stabilisci un obiettivo educativo d’insegnamento e costruiscilo secondo i criteri a te noti di soggetto, atto, contenuto, e dopo aver analizzato le componenti operative formula una possibile modalità di valutazione e fanne un esempio pratico.”

CONDIZIONE: 5 minuti per stabilire un obiettivo educativo specifico e poi inizia il lavoro.

Ti porto qualche esempio: lettura di un tracciato ECG; ipotesi diagnostiche su esami di funzionalità epatica alterati ... decidi tu.

Pertanto, come forse già detto nei capitoli precedenti, un obiettivo altro non è che la somma di un “compito più un criterio” o anche la somma di un “atto più un contenuto”. Un mezzo di valutazione, per essere efficace, deve possedere dei requisiti (o caratteristiche) detti “fondamentali”:

- Idonei cioè “**specifici**” in grado di misurare con precisione gli aspetti voluti in quella data performance per cui sono stati individuati
- Affidabili e costanti cioè “**fedeli**” essere indipendenti da variabili quali l’ambiente, l’osservatore, i tempi di svolgimento, i modi ...
- Interpretati da diversi osservatori nello stesso modo cioè “**oggettivi**”
- Attuabili in relazione al tempo a disposizione cioè “comodi”, tempo che non deve essere troppo lungo o inadeguato rispetto all’esperienza di formazione
- Conformi alle componenti operative cioè “**pertinenti**” ai compiti professionali
- Capaci di rilevare anche pur minime variazioni di performance cioè “**sensibili**”.

Per sintetizzare come dovrebbe essere fatta una valutazione si può vedere nella tabella riassuntiva dove sono indicate le varie fasi e i meccanismi. Praticamente il “lavoro” del Docente è proprio quello di predisporre le esercitazioni. Qualunque esse siano (questionari, casi, simulazioni, prove su pazienti o utilizzo di strumenti), vanno paragonate ad uno standard ottimale, la cosiddetta so-

luzione corretta e deve nascere da quello che la letteratura riporta su tale argomento o situazione. Nel caso che questo principio non sia rispettato è consigliabile eliminare o modificare il quesito. Quindi è importante stabilire il punteggio che deve essere applicato perché non è sufficiente indicare se “corretto/non corretto” ma dovrebbe essere capace di graduare il risultato positivo o negativo ottenuto dal Discente tanto da poter impostare la dovuta correzione. Questo è forse il punto più difficile soprattutto perché la valutazione deve essere formativa e non certificativa dove è invece sufficiente la regola del “presente o assente”.

Se si vuole costruire un questionario di valutazione adeguato andrebbero individuate almeno tre gruppi di domande:

- Essenziali: fatte per valutare se tali conoscenze fanno parte del patrimonio individuale del Discente
- Proprie di performance “magistrali”: di pertinenza forse più specialistica, difficili da acquisire, non alla portata di tutti
- Intermedie: un errore non è così grave ma una risposta corretta dimostra una discreta performance.

Quelle del gruppo A andrebbero premiate con un punteggio positivo modesto (es: +1) e punite con un punteggio forte (es: -2 o -3) se sbagliate o non date. Quelle del gruppo B stabilire un punteggio minimo per risposte sbagliate o non date (es:-1), un punteggio premiante (es: +3 o +4) per le risposte esat-

TABELLA 1 FASI COSTRUZIONE E MECCANISMO DI REALIZZAZIONE DI UNA VALUTAZIONE

1. definire l’oggetto da valutare	6. stabilire il punteggio
2. individuare le componenti da valutare	7. stabilire il l.a.p.
3. specificare il fenomeno indicatore	8. eseguire il confronto
4. predisporre la tecnica di rilevamento	9. applicare il punteggio (score)
5. definire il modello di riferimento	10. commisurare il punteggio ottenuto con il “LAP” (Livello Accettabile di Performans)

te, e per le risposte imprecise (es: 0). Quelle del gruppo C dovrebbero avere uno scostamento minimo rispetto alla corretta o non corretta soluzione (es: da +1, +0,5 a -0,5, -1).

BREVI “PILLOLE” PEDAGOGICHE

Cercherò di essere sintetico perché credo che altri avranno già trattato tale argomen-

to in altre lezioni e pertanto mi limiterò a fare dei piccoli box riassuntivi dei mezzi didattici che si adoperano per raggiungere gli obiettivi educativi di un tirocinio in MG.

1.2.1 - QUESTIONARI

Parliamo di “Questionari” e nel box 1 ho riassunto le funzioni e le finalità di questo mezzo didattico.

BOX 1. FUNZIONI E FINALITÀ DI UN QUESTIONARIO

COSTITUITO DA

- Le istruzioni per esprimere le risposte (a cappello della domanda)
- Contenuti legati all’obiettivo di apprendimento
- Domande (che cosa, quale, quanto, come, perché, quando)

STIMOLA

- Recupero e rinforzo di nozioni
- L’interpretazione dei dati
- La soluzione di problemi cognitivi (senza però risolvere problemi clinici)

PROVOCA

- Risposte immediate di cognizioni semplici
- Risposte cognitive più elaborate

CONSENTE

- Esercitazioni individuali o di gruppo
- Integrazione dell’apprendimento attivo
- Valutazione sia formativa che certificativa

BOX 2. TIPOLOGIE DEI QUESTIONARI

TIPOLOGIE DEI QUESTIONARI

- A scelta semplice o primaria (si/no; vero/falso)
- A completamento di frase
- A risposta aperta e breve
- A individuazione di elementi (errori, affermazioni, proprietà, ..)
- A scelta multipla (scelte singole [2 o 3]; a blocchi)
- Di associazione (associare una lettera ad un numero)
- Di dipendenza (causa/effetto)
- Casi – questionario

ESERCITAZIONE:

Scegli un argomento tra i seguenti e costruisci un questionario a risposta multipla.

Dolore toracico anteriore
Bronchite acuta broncospastica

1.2.2 - GRIGLIE

Altro mezzo didattico sono le GRIGLIE che

altro non sono che tabelle a “righe parallele” o a “righe e colonne” e si utilizzano per

BOX 3. GRIGLIA DI RACCOLTA DATI

GRIGLIA RACCOLTA DATI

- Tecnica induttiva e coinvolgente
- Non richiede elaborazione
- Scegliere bene indicatori (sia in numero che quantità)
- Evitare indicatori di valutazione troppo personali o troppo generici

Si deve illustrare lo scopo e i contenuti, bisogna concedere un breve tempo per la riflessione personale, utile per raccogliere ed aggregare dati individuali.

BOX 4. GRIGLIA A INQUADRAMENTO E CONFRONTO DI DATI

GRIGLIA INQUADRAMENTO E CONFRONTO

- Mezzo utile per una “lezione integrata” da una valutazione
- Mezzo di valutazione dell’apprendimento
- Tecnica didattica utile per la valutazione della componente cognitiva (memorizzazione)
- Promuove l’organizzazione dei dati cognitivi e la loro sistematizzazione

BOX 5. GRIGLIA DI OSSERVAZIONE-VALUTAZIONE

GRIGLIA DI OSSERVAZIONE – VALUTAZIONE

- Analizza manualità (manovre, atti), atteggiamenti (reazioni ed interazioni personali) o relazioni (comunicazione, comprensione)
- Se ben costruita rende i criteri di osservazione costanti, ripetibili e oggettivi
- Si costruisce su una check-list di tutte le parti che compongono l’azione.
- Solo i più importanti fanno parte della griglia ma dovranno saper valutare le modalità, lo stile, l’efficacia, l’abilità dell’operatore.

BOX 6. “ATTEGGIAMENTO DEL DISCENTE NELLA RACCOLTA ANAMNESTICA DURANTE

	Reattivo	Indifferente	Recettivo	Supportivo	Partecipativo
Durante l’anamnesi	Interrompe spesso	Non guarda in faccia	Sorride al paziente	Lo aiuta a ricordare	Mostra interesse per i problemi del paziente
Punteggio	-3	-2	0	+1	+2

ESERCITAZIONE:

Definisci una check-list degli elementi da dimostrare (contenuti della dimostrazione)
 Predisponi una griglia di osservazione-
 valutazione idonea a dimostrare i
 comportamenti professionali

Misurazione della pressione arteriosa
 Esame obiettivo del collo
 Esecuzione di una medicazione di una ferita
 lacero-contusa della gamba
 Esecuzione di una rianimazione cardio-
 respiratoria

raccogliere i dati di una esperienza vissuta (**raccolta dati**), oppure per memorizzare, inquadrare e confrontare elementi cognitivi già appresi (**inquadramento e confronto**),

oppure per osservare attraverso uno mezzo oggettivo l'esecuzione di una manovra o di un comportamento (**osservazione e valutazione**).

BOX 6. TIPI E CARATTERISTICHE DEI CASI

TIPOLOGIA DEI CASI

- caso clinico presente (in carne ed ossa)
- caso clinico descritto (carta e penna)
- caso reale in atto (paziente simulato)
- caso reale riferito (simulazione analogica utile per la soluzione dei problemi)
- casi esemplificativi (parabole) che facilitano la didattica mediante analogie
- casi emblematici perché presentano situazioni tipiche
- casi didattici "da risolvere" servono come esercizio razionale per la soluzione di problemi cognitivi. devono avere un preciso obiettivo e prevedono la presenza di "domande" (piste di riflessione o di discussione)
- casi recitati (role-playing) servono come esercizio adatto all'acquisizione di abilità relazionali e comportamentali
- casi vissuti nella pratica professionale che riportano alla realtà quotidiana.
- caso aperto perché non ha definito scelte d'intervento né percorsi di ragionamento, ha diverse interpretazioni, ed difficilmente valutabile, però stimola l'elaborazione del discente.
- caso chiuso (rigido) perché ha una sola possibilità interpretativa, ha ragionamento e scelte di intervento obbligate, ha una sola conclusione, è facilmente valutabile ma non stimola la capacità elaborativa.

BOX 7. DIMOSTRAZIONI CON ESPERIENZA GUIDATA (DEG): TIPOLOGIE

DIMOSTRAZIONE CON ESPERIENZA GUIDATA (DEG)

- deg didattica: far rivivere situazioni utili all'apprendimento attivo e alla valutazione oggettiva
- deg terapeutica: tecniche psichiatriche per l'analisi e il trattamento
- deg di spettacolo: tipo commedia dell'arte
- deg di società: improvvisazione e/o animazione a scopo di divertimento
- deg di manualità: combinazione del saper fare con il saper essere

ESERCITAZIONE:

Prendi il lavoro fatto in precedenza e cerca di costruire una dimostrazione con esperienza guidata.

Scrivi gli obiettivi educativi e immagina la parte. Scrivi quello che i tuoi attori (o i tuoi pazienti) dovrebbero fare, dire e quali atteggiamenti tenere.

Costruisci una griglia di osservazione-valutazione per ogni obiettivo didattico.

1.2.3 - CASO CLINICO

Ricordo per semplicità i vari passaggi utili per progettare e realizzare correttamente un caso. È fondamentale precisare gli obiettivi didattici cioè cosa si vuole far apprendere (nozioni, abilità, comportamenti, modelli cognitivi) e poi individuare i vettori dell'apprendimento (persone, situazioni, rapporti causa effetto). Questi sono necessari per scrivere la storia cercando di dargli una sequenza logica. A questo punto vanno inserite le "piste di dibattito" cioè i quesiti sugli obiettivi (cosa avresti fatto, come spieghi, come interpreti, cosa proporresti e perché).

Ultimi due passaggi sono la scelta del tipo di caso e definire i criteri di valutazione indicando i modelli di riferimento con il punteggio e il L.A.P.

1.2.4 - Dimostrazione con esperienza guidata

Un accenno anche ad una tecnica didattica molto utile per far apprendere manovre e comportamenti che richiedono un elevato controllo delle proprie prestazioni manuali e/o relazionali che è la dimostrazione con esperienza guidata (DEG). Questa tecnica permette al Docente di correggere gli erro-

TABELLA 2. – CALCOLO DEL LAP E DEL CUT POINT

Si calcola nel seguente modo:

- Sommare le unità totali di punteggio disponibile (il valore massimo dei punteggi positivi sommati ai punteggi massimi dei punteggi negativi in valore assoluto)
- Calcolare le unità di punteggio corrispondente alla % del LAP
- Sottrarre al punteggio del LAP il valore del punteggio minimo ottenibile
- Il valore che risultante è il Cut Point (o Cut off)

TABELLA 3. – ESEMPIO DI CALCOLO DEL LAP E CUT POINT O CUT OFF

Esempio:

MAX = +11; min = -12; somma = 23

LAP = 70% (23x70): 100 = 16,1 = 16

16 - 12 = +4 = CUT POINT o cut off

ESERCITAZIONE:

Si deve valutare se il nostro Discente è capace di:

- Distinguere un'anemia (D.D.)
- Diagnosticare un'insufficienza del circolo arterioso agli arti inferiori
- Leggere un tracciato ECG
- Comunicare una diagnosi di K mammario in una donna giovane e indirizzarla alla cura.

Scegli un argomento e ...

- Indica se l'oggetto da valutare ha componente solo cognitiva o comportamentale
- Indica quali componenti operative sono coinvolte e indicane il livello: cognitiva, pragmatica, affettivo-relazionale
- Scegli e specifica i fenomeni indicatori
- Per ciascun fenomeno indicatore scegli la tecnica di rilevamento adatta
- Stabilisci i punteggi premianti e penalizzanti
- Calcola il LAP ed il Cut point

ri e al Discente di recuperare. È una tecnica di apprendimento molto efficace per quanto riguarda il “saper essere” (gioco/interpretazione di ruoli simile al role-playing). Essa consente di acquisire, migliorare e mantenere abilità relative a atteggiamenti quali la consapevolezza del ruolo ricoperto, la comprensione delle problematiche e delle manifestazioni del paziente, il rapporto empatico. Permette inoltre di valutare i comportamenti quali: autocontrollo, comunicazione verbale e non verbale, risposte del paziente, attività di supporto e di guida svolta dal medico. Questa tecnica permette un confronto diretto ma salvaguardato, di condizioni reali e permette un’analisi dei fattori che emergono in una relazione vera. Permette inoltre (se registrata) una valutazione “oggettiva” delle capacità operative e permette la revisione e la correzione della stessa.

1.3 ANALISI DIDATTICA DEI RISULTATI DELLA VALUTAZIONE

Qual è il significato di “Livello Accettabile di Performance (LAP) e cosa indica il Cut Point (CP)”? Il LAP è la misura minima espressa in % che il Discente deve raggiungere per dimostrare di aver acquisito un livello di competenza o abilità sufficiente. In un processo formativo esso rappresenta il 70-80% (ma anche in alcune situazioni il 90, 99, o il 100%) dei punteggi delle esercitazioni

proposte dai Docenti. Ciò che è importante è avere ben presente quali sono le caratteristiche della valutazione indicate sopra che devono essere rispettate e attuate. Non si deve incorrere nell’errore di sopravvalutare uno strumento di valutazione usando solo il nostro “insindacabile” giudizio. Il Cut Point è il punto al di sotto del quale il LAP non si è raggiunto e pertanto l’attività formativa non ha avuto esito positivo.

2. LA SPIRALE DELLA VALUTAZIONE

È importante ricordare che un buon Tutor deve sapere sempre motivare i suoi Discendenti perché questo è l’inizio della spirale della valutazione.

La formazione e la valutazione sono strettamente correlate e una consegue e condiziona l’altra.

È un concetto nuovo che è parallelo alla spirale cibernetica della formazione e nasce dall’ottimismo, dalla fiducia, dalla valorizzazione, dall’incoraggiamento e dall’apprezzamento che un Docente riesce a trasmettere al proprio discente che si sente e si rende più partecipe e impegnato nelle attività che dovrà svolgere perché il Docente proporrà attività ben orientate agli obiettivi didattici. Un Docente motivato sarà più disponibile al coinvolgimento e all’interessamento del discente e la valutazione sarà uno strumento che servirà ad aumentare l’auto-stima del

ESERCITAZIONE:

Individua tra le seguenti caratteristiche della valutazione quelle proprie della “Certificativa” (C) da quelle della “Formativa” (F)

Finalizzata alla legalizzazione di qualcosa
Necessariamente quantitativa (voti o idoneità)
Globale
Spesso soggettiva e/o non ripetibile

Finalizzata all’apprendimento e miglioramento di performance
Spesso qualitativa e complessa
Diretta ad aspetti che s’intersecano o sono interdipendenti
Settoriale
Continua
Una tantum
Non revisionabile
Sempre ridiscussa

discente tanto da portarlo a essere più entusiasta e quindi ancora più motivato a proseguire l'apprendimento, concludendo così una spirale quella della valutazione.

Mi sembra adatta una frase di Goethe che dice: “Se tratti un uomo quale realmente è, egli rimarrà così come è; ma se lo tratti come se già fosse quello che dovrebbe essere, egli lo diventerà”.

3. VALUTAZIONE CERTIFICATIVA E FORMATIVA

Il concetto di valutare “tutto e tutti” permette di sapere se dovendo svolgere un'attività d'insegnamento, gli obiettivi che abbiamo condiviso, sono poi stati raggiunti dai nostri discenti.

È importante distinguere i due concetti. Altro punto da non sottovalutare è che la valutazione va comunicata perché favorisce la partecipazione, la responsabilizzazione e la collaborazione del discente. Migliora inoltre il rapporto Docente/tirocinante perché fornisce chiarezza sui giudizi espressi dal Docente. La valutazione può essere singola o collettiva cioè confrontata con altri Tutor offrendo così la possibilità di comprendere meglio sia le proprie attitudini valutative che i comportamenti dei discenti evitando possibili conflitti ma stabilendo un “clima didattico” collaborativo e sinergico.

4. LA VALUTAZIONE DEI DOCENTI

È una fase fondamentale nella spirale educativa perché il Docente viene valutato dal raggiungimento dell'obiettivo educativo del discente mediante lo svolgimento delle esperienze di apprendimento. Quindi tutta l'attività didattica viene continuamente valutata mediante feed-back diretto del Docente sui discenti, oppure attraverso test di gradimento nei confronti del Docente stesso. Il profilo del docente per la formazione

è duplice: quello di *Trainer* (T) e quello di *Formatore* (F).

Le competenze necessarie per essere docenti per la formazione (T+F) possono essere raggruppate in quattro categorie:

1. Competenze di “contenuto”:
2. prevalentemente teorico-scientifiche
3. prevalentemente tecnico-pratiche
4. Competenze “pedagogiche”:
5. Rilevare i bisogni di formazione
6. Definire gli obiettivi educativi
7. Scelta e gestione dei mezzi didattici
8. Conduzione dei discenti
9. Valutazione e verifica
10. Competenze “organizzative”:
11. Raccolta e utilizzo d'informazioni
12. Norme e procedure
13. Mediazione e integrazione fra i partecipanti
14. Competenze di “gestione”:
15. Pianificazione e progettazione
16. Gestione delle risorse
17. Controllo del “sistema” in generale.

Le competenze di gestione vanno considerate come se fosse un “mandato” al quale si conferisce un potere decisionale complessivo, cui vengono destinate e definite anche le risorse economiche.

Il *Trainer* (definito anche “istruttore, addestratore, allenatore”) è colui il quale fa sviluppare nel discente l'apprendimento di abilità pratiche e operative fino all'acquisizione e al mantenimento di performances ottimali. Nei confronti di un docente “scolastico” non si limita a insegnare cosa deve essere fatto, perché, quando e come, ma deve mettere gli allievi, in condizione di “saper fare in realtà” e verificarlo. Egli non può limitarsi a trasferire messaggi didattici per le sole conoscenze ma deve mostrare i comportamenti corretti sia pragmatici che relazionali, farli attuare, correggerli e verificarli. Inol-

tre deve possedere attitudine e preparazione alla conduzione dei discenti, rispettando i principi psico-pedagogici che caratterizzano l'apprendimento degli adulti, perciò applicare il metodo didattico tutoriale.

Per essere un formatore occorrono i seguenti requisiti:

- Attitudine: legata alla "personalità" individuale e il "talento" didattico
- Motivazione: legata ai "valori assoluti" e allo "spirito di servizio"
- Competenze: legate ai "contenuti" pedagogici e organizzativi
- Consenso: sia dei discenti che dei committenti.

5. CARATTERISTICHE DELLA VALUTAZIONE

I requisiti perché un metodo di valutazione sia efficace deve avere le seguenti caratteristiche:

- **SPECIFICO**: cioè misurare con precisione la performance o la competenza conosciuta che si vuol valutare
- **OGGETTIVO**: cioè non consentire rinvii e di valutazione legate all'osservazione
- **COMODO**: cioè non comportare difficoltà di rilevazione o di osservazione, non occupare troppo tempo a rilevarlo, non essere troppo costoso

ESERCITAZIONE 1: "CHE TIPO DI DOCENTE SONO?"

Inizia individuando con un numero da 1 a 10 a quale versante della tua personalità pensi di appartenere.

Versante Introverso

Versante Estroverso

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

ESERCITAZIONE 2: "CHE TIPO DI DOCENTE SONO?"

Prova ad analizzare te stesso completando la griglia sottostante e introducendo le parole che mancano nelle colonne laterali.

Alla fine, prova a sintetizzare con una sola parola (un aggettivo) come ti giudicheresti come docente. Avrai costruito così un profilo caratteriale di te stesso come Formatore.

	AGGETTIVO	
STABILITÀ		EMOTIVITÀ
		SOCIEVOLEZZA
ALTRUISMO		
		OTTIMISMO
		INSICUREZZA
REMISSIVITÀ		
FALSITÀ		
METICOLOSITÀ		
		RESISTENZA
		ABILITÀ

- **F E D E L E** : cioè pos s e de t a z i o n e d e i b i s o g n i . E s s i p o s s o n o e s s e r e n o c u i s i m i s u r a u n a d e t e r m i n a t a p r o f e s s i o n i s t a . S i o s s e r v a n o d i r e t t a m e n t e o i n d i r e t t a m e n t e d u r a n t e i l n o r m a l e s v o l g i m e n t o d e l l ' a t t i v i t à p r o f e s s i o n a d i v a l u t a z i o n e e a l l e c o m p e t e n z e . V e n g o n o u t i l i z a t e g r i g l i e d i r a c c o l t a d a t i v e d a v a l u t a r e o r e g i s t r a z i o n i d i f e n o m e n i l e g a t i a p r o c e s s i .
- **P E R T I N E N T E** : cioè e s t r a m e n t e o i n d i r e t t a m e n t e d u r a n t e i l n o r m a l e s v o l g i m e n t o d e l l ' a t t i v i t à p r o f e s s i o n a d i v a l u t a z i o n e e a l l e c o m p e t e n z e . V e n g o n o u t i l i z a t e g r i g l i e d i r a c c o l t a d a t i v e d a v a l u t a r e o r e g i s t r a z i o n i d i f e n o m e n i l e g a t i a p r o c e s s i .
- **S E N S I B I L E** : cioè a v e r s i . P r i m a d i d e f i n i r e i l p r o g r a m m a d i d a t t i z i o n e . E s s e r e i n g r a d o d i s v a l u t a n o d e r " c o m p e t e n z e d i b a s e " a t t r a v e r s o u n t e s t d i v a l u t a z i o n e p r e l i m i n a r e d e t t a t o a p r e t e s t p u n t e p r e c e d e i l p r o c e s s o f o r m a t i v o v e r o e p r o p r i o (E s : c o r s o , w o r k s h o p , t u t o r a g g i o , e c c .) .

Le fasi del procedimento di valutazione possono essere sintetizzate in un progetto valutativo che deve essere approntato ed eseguito secondo dei passaggi che ho sintetizzato nei punti sottostanti:

1. definire l'oggetto specifico da valutare
2. identificare le componenti operative da valutare
3. precisare il fenomeno da valutare
4. predisporre la tecnica di valutazione
5. definire il modello di riferimento
6. stabilire il punto di riferimento
7. stabilire il livello di accettabilità (la p)
8. eseguire il confronto
9. applicare il punto di riferimento
10. commisurare il punto di riferimento

6. TEMPISTICA DELLA VALUTAZIONE

Come tutte le cose anche la valutazione ha un percorso logico e una tempistica ben definita. È costituita da "oggetti" da valutare, "tempi e/o occasioni" della valutazione e "mezzi" di valutazione. Origina dalla valu-

Le competenze iniziali raggiunte dopo un'autoistruzione preliminare, si valutano con il "pre test" d'inizio corso. Le acquisizioni conseguite con le singole esperienze didattiche durante il corso sono valutate "in itinere" in maniera continua. Alla fine del corso si valuta con il "post test" il livello di conoscenze/competenze raggiunto, fornendo così una valutazione finale cumulativa. È buona norma a distanza di qualche mese (2 o 6) riuscire a valutare il mantenimento delle competenze acquisite attraverso un test a distanza di richiamo detto "post-post test". Meglio sarebbe poter "osservare direttamente sul campo" le performance oppure dedurle da esami di documenti relativi agli obiettivi educativi del corso.

Da qui si possono dedurre i "benefici sociali" di ciò che si è insegnato.

Nel processo della valutazione sono compresi anche i Docenti. Come si può ben comprendere sono valutati durante tutto lo svolgimento del processo formativo (Es: corso, workshop, tutoraggio, ecc.) attraverso il giudizio espresso in maniera implicita

ESERCITAZIONE 3

Avete in studio un soggetto diabetico che vi riferisce di avere la febbre, vostro assistito da pochi giorni, dovete raccogliere le informazioni su come si comporta (quanto pesa, cosa mangia, come e cosa assume come farmaci, ecc.) ed avete con voi un tirocinante di cui dovete valutare le sue capacità sia cognitive che relazionali. Seguendo lo schema precedente cosa dovrete valutare....

(feed-back diretto in aula o “sul campo”) da parte dei/del discenti/e.

Il discente in maniera esplicita esprime un giudizio sull'aderenza e chiarezza nella stesura degli obiettivi educativi proposti dal Docente, sulla scelta dei metodi e delle tecniche didattiche, sulla preparazione dei test e dalle lezioni tenute dal Docente. Inoltre fornisce un giudizio sulla gestione e sulla conduzione del tirocinante o del gruppo, sugli strumenti di valutazione e sui comportamenti del Docente stesso. Pertanto è utile ricordare che è necessario costruire uno strumento di valutazione adeguato “all'oggetto” che deve essere valutato.

7. LA VALUTAZIONE È ETICA?

Dare risposta a questa domanda non è semplice, ma si possono analizzare alcuni concetti e trarne le conseguenti considerazioni. Partiamo da una definizione di etica di S. Vanni Rovighi. Nel testo “Istituzioni di filosofia” a pag. 7 cita che *“L'etica è la giustificazione razionale delle valutazioni morali. È il tentativo di fornire le ragioni per cui esprimiamo una certa valutazione e quindi proponiamo una certa condotta.”*

Spesso l'atteggiamento di chi valuta non vuole accettare questo concetto, ma è inne-

gabibile che quando stabiliamo dei comportamenti accettabili e quindi valutabili oggettivamente, diamo delle regole che orientano il giudizio.

Le preferenze di ogni valutatore fanno usare metodi e tecniche diverse, che ognuno, però, ritiene adeguate.

Quali sono, però, i principi fondamentali dell'etica e a quali domande si devono dare risposte?

Cerchiamo di dare risposte concrete ai quattro principi etici.

Il principio di AUTONOMIA nella valutazione prevede di agire in modo da rispettare l'autonomia morale del “formando” e il diritto che a lui compete di *decidere responsabilmente* se accettare o rifiutare un percorso formativo proposto. Sul nostro discente non vengono esercitate influenze di nessun genere. Il Docente ha l'obbligo di informare adeguatamente il tirocinante e coinvolgerlo nel processo formativo.

Il principio di BENEFICENZA/NON MALEVOLENZA prevede di agire in modo che le conseguenze della formazione risultino a vantaggio del bene del formando nella sua globalità. Pertanto non recheranno danni ma solo ricadute positive. Questo pro-

BOX 8. PRINCIPI DELL'ETICA

Principio di AUTONOMIA
Principio di BENEFICENZA/NON MALAFICENZA
Principio di GIUSTIZIA
Principio di INTEGRITÀ MORALE DELLA PROFESSIONE

BOX 9. DOMANDE FONDAMENTALI

La valutazione rispetta i principi sopraindicati?
Esiste un principio prevalente?
Rispetta l'autonomia del Tutor/Docente e del Tirocinante/Discente?
Le azioni hanno beneficio sul Tutor/Docente e sul Tirocinante/Discente?
Sono presenti diritti d'imparzialità tra Tutor/Docente e Tirocinante/Discente?

muoverà il “bene professionale” del discente proponendogli soluzioni appropriate per raggiungere una competenza professionale adeguata alla situazione affrontata.

Il principio di GIUSTIZIA nella formazione prevede di agire in maniera tale da garantire sempre una valutazione equa e valida per tutti, considerando sempre le ricadute che il giudizio valutativo che un Tutore/Docente esprime nei confronti di un Tirocinante/Discente e questo giudizio ha nei confronti di altre persone e quindi sulla società.

Il principio di INTEGRITA' MORALE prevede che ogni valutatore non sia disponibile ad attuare valutazioni prive di fondamento, oppure basate su un compenso di varia natura. Tale principio prevede che sia il Tutore sia il Discente siano trattati come professionisti a cui debbano essere riconosciuti il rispetto delle opinioni sulla valutazione. Di fatto è il principio di autonomia ribaltato sul Tutore/Docente. È necessario quindi avere una dimensione etica della valutazio-

ne che è costituita da una sensibilità individuale capace di riconoscere situazioni a rischio prevenendole e rideterminando le regole e i comportamenti da tenere per poterli applicare nella valutazione.

Tornado però alla domanda del titolo del capitolo: “La valutazione è etica?” la risposta non può che essere positiva perché si tratta di un'attività pratica con regole stabilite, è molto “far eseguire” e poco “teorica”, è soprattutto discussa e dove i ragionamenti permettono le scelte a tutto vantaggio dell'apprendimento pratico.

Infine un buon valutatore interpreta il proprio lavoro come una “missione” spesso vestendo “panni differenti” a secondo del momento che possono essere quelli di un testimone, di un ricercatore, di un consulente, di un facilitatore, di un educatore a cui associare risorse cognitive, relazionali, culturali, tecniche, metodologiche che servano ad affrontare valutazioni che inevitabilmente hanno risvolti etici.

Bibliografia

Gallini R. (1991), Schola medici, Nuova Italia Scientifica, Roma.

Guilbert J.J. (1981), Guida Pedagogica, Armando Editore, Roma.

Scuola di formazione per Tutor – SIMG, Firenze.

Vanni Rovighi S. (1982), in Istituzioni di filosofia, La Scuola, Brescia, p.7.

Ventriglia G., Turbil E. (2003), Educazione continua in medicina, Masson, Milano.