

Health Learning 2.0

Gruppo di lavoro:

- **Gian Franco Gensini – Presidente Fondazione Smith Kline – Università di Firenze**
- **Marco Trabucchi – Fondazione Smith Kline – Università Tor Vergata, Roma**
- **Mauro Ceruti – Università di Bergamo**
- **Walter Ricciardi – Università Cattolica - Roma**
- **Guido Bertolini – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri - Milano**
- **Alberto Pupi – Università di Firenze**

Maurizio Bassi – Fondazione Smith Kline

Maddalena Simonetti – Università di Firenze

La formazione in campo medico e sanitario viene oggi svolta secondo un modello tradizionale, essenzialmente consistente nello sviluppo sistematico dei diversi settori.

Nel tempo è cresciuta peraltro l'utilizzazione della formazione per problemi, ed è forte la percezione della opportunità che la formazione sia post-curriculare, nel campo dell'ECM, sia curriculare abbia precisa attenzione ai processi che stanno alla base della cura delle patologie acute e di quelle croniche e della prevenzione, con valorizzazione in particolare delle aree ad alta densità di decisioni e di quelle ad alto rischio di errori.

Anche se l'applicazione di questo approccio innovativo alla formazione medico-sanitaria è da pensare, almeno nelle fasi pilota e nelle applicazioni iniziali, per moduli limitati, essenzialmente nell'ambito della formazione post-curriculare, appare appropriato tentare di descrivere una metodologia generale applicabile al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia per individuarne al meglio in modo organico le criticità e la fattibilità.

Questa ipotesi di lavoro è volta a ripensare e riorganizzare il percorso formativo della Facoltà di Medicina e Chirurgia, in vista di promuovere una riforma dell'insegnamento, pur restando all'interno dell'attuale struttura complessiva

dell'ordinamento (questo al fine di raggiungere ipotesi di cambiamento a breve termine, rinviando eventuali modificazioni di leggi e regolamenti a tempi futuri).

Si prospetta anche la possibilità di una sperimentazione concreta del progetto elaborato dal gruppo di lavoro in un ambiente ospedaliero aperto all'innovazione.

Affidando ad una rappresentazione schematica l'attuale sistema formativo del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, articolato in sei anni (vd. grafico 1), si può ipotizzare una sua divisione verticale in tre macroaree che abbracciano trasversalmente l'intero sistema dei crediti vigenti (vd. grafico 2).

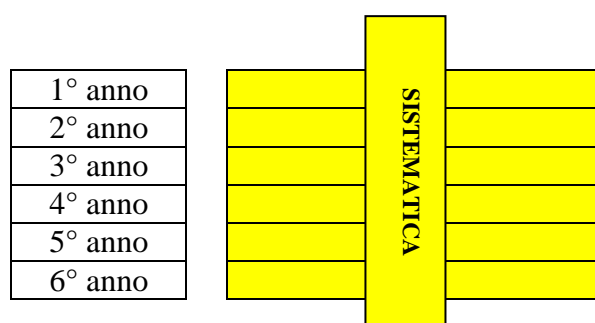


Grafico 1

SETTORE INNOVATIVO

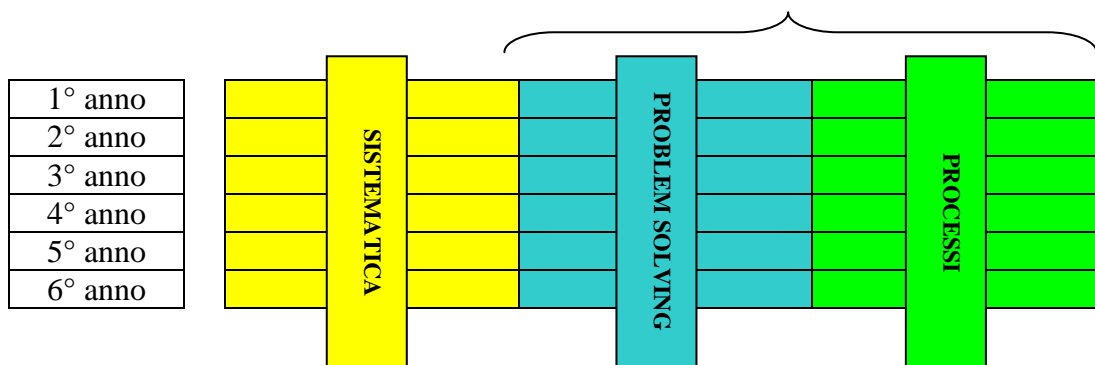


Grafico 2

La prima macroarea, che potrebbe corrispondere orientativamente ad un terzo dell'impianto complessivo, è costituita dalla formazione "sistematica", ridotta ad un core curriculum per ciascun settore. La parte restante, invece, dovrebbe essere ulteriormente differenziata in un approccio di tipo "Problem Solving" ed in un altro per "Processi".

Scendendo in dettaglio, un insegnamento che attualmente corrisponde ad un preciso numero di crediti potrebbe essere articolato in:

- una quota cd. "sistematica" e che costituirà il nucleo centrale dell'insegnamento gestita con modalità "classiche", in cui un terzo dei crediti saranno equivalenti ad un terzo delle ore di lezione frontale complessivamente previste nell'impianto tradizionale, mantenendo così inalterato il rapporto "ore di lezione" - "tot numero di crediti per materia";
- una quota cd. "Problem Solving", secondo l'impostazione data da Maastricht, Harvard ed Oxford;
- una quota basata su un insegnamento per "Processi", in quanto oggi gli atti clinici il più delle volte sono complessi, in particolare quelli di maggior rilevanza, vedono la partecipazione di più professionisti e sono centrati sul valore del Paziente (es. Stroke Team).

Lo schema appena proposto può essere oggetto di specifiche modulazioni, alcune delle quali sono esemplificate nei grafici seguenti.

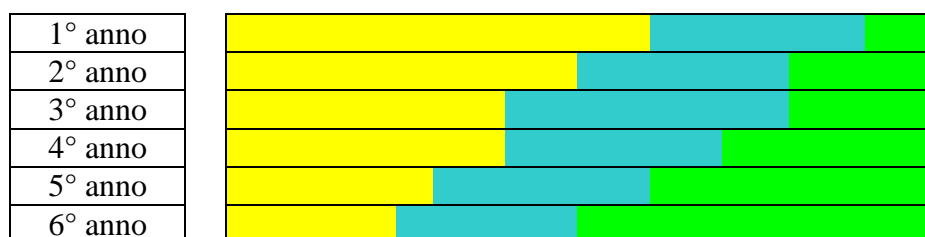


Grafico 3 a)

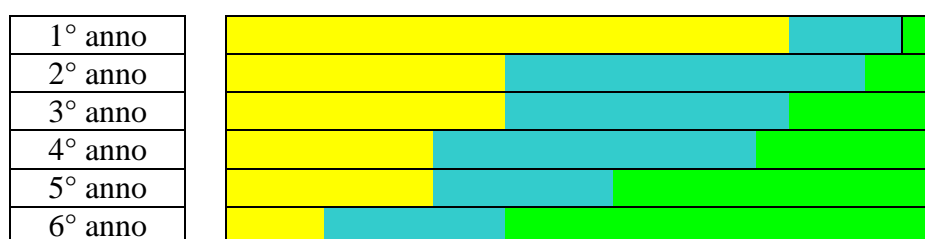


Grafico 3 b)

Una fase prioritaria di lavoro sarà rappresentata dallo studio e dall'analisi dei processi, per mappare la densità di competenze e di snodi decisionali coinvolti negli atti clinici. Fino ad oggi non risulta che questo percorso sia stato svolto organicamente in altre Facoltà. Sui risultati di questo andranno definiti e calibrati gli specifici obiettivi formativi del nuovo modello di insegnamento della medicina. In mancanza di dati in

letteratura, questo aspetto sarà una parte rilevante del lavoro di coordinamento per realizzare l'ipotesi di lavoro.

E' necessario pensare ad una reale possibilità di sperimentazione concreta del progetto elaborato in un ambiente ospedaliero aperto all'innovazione, eventualmente "sganciato" dalla presenza di una Facoltà di Medicina. Si ritiene di valutare l'ipotesi di procedere ad una doppia sperimentazione.

Altro punto cruciale è la riflessione sulla composizione del gruppo di lavoro, che necessita di ulteriori apporti, espressione sia della voce del paziente/cittadino che di altre realtà scientifiche. Si concorda dunque nell'opportunità di cooptare un politico, con funzione di programmatore e di interprete dei bisogni, ed un docente di materie biologiche. In un secondo tempo il gruppo potrà essere integrato per rispondere a quesiti specifici o per stendere documenti analitici, ma il nucleo di programmazione deve restare inalterato.

Prima di passare a discutere la proposta così formulata, si suggeriscono alcune linee metodologiche di fondamento al processo di cambiamento, che parte dalla constatazione della resistenza della cultura medica ad accettare innovazioni. Quindi è necessario dedicare tempo ed attenzioni alla creazione di "isole di consenso", in modo da evitare un rifiuto globale di quanto proposto sul versante innovativo. Su questo stesso tema si deve tenere presente la scarsa propensione delle giovani generazioni (gli studenti) ad aderire a modelli critici di insegnamento, per loro molto meno affascinanti di quelli tecnologico-nozionistici che ricevono anche da internet.

Alla base del pensiero medico in epoca postmoderna vi è il concetto di complessità. Però, pur essendo stata accettata a livello teorico come condizione strutturale, mancano concrete indicazioni di come gestirla nel lavoro clinico. Quindi si può dire che la medicina pratica è andata avanti senza il supporto teorico, per cui l'intero impianto della medicina basata sull'evidenza viene messo in discussione dalla realtà umana e clinica del singolo paziente, caratterizzata da eventi tra loro altamente interagenti, che evolvono in modo non lineare e sotto la forte influenza di condizioni anche non direttamente somatiche. La formazione deve tener conto di questa criticità, perché non può dimenticare che solo parte del sapere formale è direttamente applicabile nella concretezza della cura, e che una più larga ampia porzione è affidata alle scelte individuali o di gruppo di fronte ad uno specifico problema clinico. In questa

prospettiva è ovvio che l'insegnamento subirà profonde modificazioni, come indicato nell'introduzione, perché deve necessariamente comprendere al suo interno (fondandole teoricamente e praticamente) le diverse modalità di esercizio della medicina.

Infine è necessario constatare che molte organizzazioni sanitarie attualmente non si prestano a funzioni di insegnamento, perché incapaci di autoanalisi, di attenzione agli errori (in sostanza incapaci di memoria) e profondamente autoreferenziali. In questi ambienti qualsiasi insegnamento critico è impossibile e vi è l'altra probabilità che la formazione produca operatori privi di senso critico, di autonomia e di capacità di miglioramento in itinere delle proprie capacità professionali. Resta l'interrogativo di come sia possibile immettere all'interno di queste organizzazioni dei criteri di funzionamento utili per facilitare sia la formazione delle giovani generazioni sia la formazione continua di chi già presta un lavoro.

Riprendendo lo schema articolato in tre quote ("Sistematica", "Problem Solving", "Processi") si sviluppa nel gruppo una vivace discussione che può essere così schematizzata nei suoi risultati più significativi:

- Inserire un sottotitolo alla denominazione del gruppo: "Insegnare la medicina come si fa, dove serve e quando serve". Questo titolo contiene già il senso del rapporto tra pensiero medico e prassi, il concetto di medicina non puntiforme (ma che si preoccupa della continuità terapeutico-assistenziale), il concetto di appropriatezza e quindi di controllo dei risultati, anche per evitare gli sprechi.

- Definire nell'ambito delle materie classiche dell'insegnamento medico quelle che si prestano per struttura e contenuti ad una revisione nel senso sopra indicato. Opportunità di estendere l'analisi non solo al curriculum dei medici, ma anche a quello degli infermieri e di altre lauree di area sanitaria.

- Definizione del core curriculum per ogni settore scientifico-disciplinare. E' necessario organizzare dei sottogruppi in grado di definire i contenuti irrinunciabili per la quota sistematica di ciascun insegnamento, prevedendo di poter dedicare ad essi un tempo proporzionalmente diverso a seconda della materia

- Definizione dell'insegnamento per processi, partendo dalla constatazione che è l'aspetto più critico tra quelli da introdurre in un nuovo modello. Il processo da analizzare è sia quello rappresentato da un caso clinico sia quello di un servizio per il quale siano stati raccolti dati qualitativi e quantitativi. In questo modo si misurano il livello di errore (quelli compiuti e quelli per i quali vi sono rischi elevati - *quota di*

nearly missed accident), il livello di successo (tenendo conto che in uno scenario dominato dalle malattie croniche il livello di successo si parametrizza in modo diverso rispetto alla medicina dell'acuzie) e si pongono le basi per una formazione individuale e di gruppo adeguata ad affrontare processi di elevata complessità.

La formazione per "errori", invece che per "successi", sarà infatti in grado di rendere lo studente più preparato a gestire oltre alla pratica corrente anche l'eccezionalità clinica.

All'interno dell'insegnamento per processi dovrà essere sviluppata l'esperienza/insegnamento della ricerca, in particolare della ricerca clinica, offrendo così l'opportunità di applicare le conoscenze epidemiologico-statistiche, di valutare i processi e di trasmettere allo studente la ricerca clinica come atto medico dovuto.

Una simile impostazione, che si basa sull'analisi dell'interazione fra molteplici Discipline Mediche nel processo clinico, potrebbe trovare iniziale ostacolo nelle "recinzioni di sicurezza" (Khun) innalzate dai docenti tradizionali intorno al proprio sapere. Pertanto il percorso verso questa nuova modalità potrebbe dover prevedere un' iniziale opera di convincimento-formazione dei docenti prima ancora di affrontare il problema della maturità critica degli studenti destinatari dei nuovi contenuti.