

# LA DIDATTICA D'AULA PER LA FORMAZIONE COMPLEMENTARE DEI MEDICI GENERALI. UNA VALUTAZIONE FORMATIVA DAI SEMINARI SVOLTI NEL TIROCINIO

RENZO GALLINI  
Firenze

La formazione complementare è così chiamata non soltanto perché deve avere le finalità e le qualità proprie dei processi educativi a dimensione formativa (Box 1), ma principalmente perché si pone in continuità della laurea come "complemento logico e funzionale" degli studi universitari: questi danno il "sapere" che però necessita di un'ulteriore didattica specifica e soprattutto di un buon *training* applicativo per essere in grado di articolarsi e comporsi in programmi, moduli e strategie capaci di dare origine a comportamenti idonei alle reali prestazioni operative.

La capacità di tradurre le conoscenze in competenze e *performance*, cioè la loro gestione (*knowledges management*) e la loro utilizzazione per "sapere cosa e come fare" (*knowledges in action*) nonché di mettere in atto realmente interventi e prestazioni adeguate è ciò che trasforma il neolaureato in vero operatore professionale, perché porta a compimento e rende praticamente attuabile la sua preparazione universitaria<sup>1</sup>. Ed è questo, in effetti, il lavoro proprio della formazione complementare, alla quale dovrà far seguito a permanenza la formazione medica continua per il mantenimento, l'aggiornamento, il rimodellamento, il progressivo e continuo adeguarsi della preparazione professionale all'evoluzione scientifico-tecnologica e alle necessità socio ambientali.

La formazione complementare comporta una pedagogia del giovane medico neolaureato assai diversa, più attiva e più pratica, rispetto all'abituale insegnamento universitario, perché composta da due componenti che devono integrarsi: una particolare "formazione d'aula" per gli aspetti cognitivi (nuove informazioni specifiche, esercizi preoperazionali per la soluzione di problemi), e una attività di *training* formativo "sul campo" (esperienze e tirocinio in ambienti clinici) per le abilità comportamentali del "saper fare" e del "saper essere"<sup>2,3</sup>.

La progettazione, l'attuazione e la valutazione delle tec-

niche pedagogiche necessarie alla formazione complementare sono particolarmente complesse e impegnative per la Medicina Generale. Come disciplina tecnico-scientifica, infatti, fa riferimento a tutte le materie di insegnamento universitario e comprende, come estensione, tutti i sistemi organo-funzionali e tutti i settori della fisiologia e della patologia umana. Tanto che sarebbe logico in assoluto considerare la Medicina Generale (MG) del tutto inadatta ad un inquadramento ed insegnamento specialistico. Ma una prospettiva diversa si apre se consideriamo la figura e il ruolo professionale del Medico di Medicina Generale (MMG) e le sostanziali modificazioni che hanno avuto ad opera dell'evoluzione sociale e tecnologica.

Il progresso scientifico ed i nuovi modelli assistenziali hanno portato al MMG pesanti impegni burocratici, vincoli normativi, responsabilità legali e nuove difficoltà professionali ed etico-deontologiche, ma hanno anche moltiplicato i problemi da affrontare e le competenze da saper gestire. In particolare l'attuale modello biopsicosociale, pluridisciplinare e tecnico-informatico della sua attività professionale stanno chiedendo al MMG di sviluppare competenze e abilità in aree cognitive ed operative per le quali non ha ricevuto, e in realtà tuttora non riceve, una preparazione adeguata<sup>4</sup>. Lo studio "General practice: time for a new definition"<sup>5</sup> delinea in sintesi l'attuale identità e le specifiche caratteristiche del MMG: "specialista preparato a lavorare sulla linea del fronte nel sistema di assistenza per la salute e fa i passi iniziali per dare assistenza ('care') in ogni problema che i pazienti possono avere indipendentemente dal tipo di malattia e dalle loro caratteristiche personali e sociali, organizzando tutte le risorse disponibili, impegnandosi nel campo della prevenzione, della diagnosi, della terapia e della assistenza, dalle situazioni di emergenza alle cure palliative, utilizzando e integrando le scienze del-

## Box 1

Un processo formativo avente "durata formativa":

- È finalizzato ai miglioramenti delle *performance* degli operatori per ottenere miglioramenti della salute e qualità di vita dei cittadini.
- Procede per obiettivi formativi comportamentali (il medico in formazione sarà in grado di fare ...).
- Formula obiettivi pertinenti ai compiti e coerenti con i bisogni e le domande di formazione dei discenti.
- Si svolge mediante una didattica attiva e "preoperazionale".
- Comporta necessariamente la valutazione di tutto e di tutti.
- È centrata sui discenti e sulla loro facilitazione.
- Possiede due valenze integrate: tecnico-scientifica e psicosociale.

la medicina, della psicologia medica, della sociologia". Emerge dunque che la preparazione professionale a questo genere di lavoro risulta particolarmente impegnativa ed assai debordante dai limiti dell'insegnamento universitario. L'introduzione in Italia di un corso post-laurea di formazione complementare in MG è recente, e non sono molti finora i riferimenti bibliografici specifici<sup>6</sup>. Per questi motivi ci è sembrato non inutile, dopo vari anni di partecipazione attiva all'organizzazione e valutazione di seminari per la formazione complementare in MG, raccogliere e analizzare alcuni rilievi sulla nostra esperienza, allo scopo di stimolare confronti e riflessioni finalizzati a migliorare la metodologia formativa. A questo scopo abbiamo scelto, come primo e centrale elemento di esame e di discussione, la didattica d'aula per i nostri seminari.

## METODO

Sono stati esaminati tutti i seminari svolti in otto mesi presso la sede SEMG di Firenze ed analizzata la *performance* dei 48 docenti impegnati (universitari, ospedalieri e MMG di comprovata esperienza) cioè l'insieme delle loro lezioni (contenuti ed esposizione), del materiale didattico, delle discussioni in plenaria, dei lavori di gruppo e individuali, delle modalità di conduzione che i docenti hanno attuato e gestito.

A tali docenti fu assegnato un particolare argomento didattico, nei termini previsti dalle norme vigenti (all. C, G.U. 10/3/1998, 16-17), da sviluppare in modo interattivo e pratico-professionale, focalizzati a futuri MMG. Nessuno di essi si oppose alla registrazione della lezione ed alla presenza in aula di un osservatore per la valutazione formativa.

I discenti erano giovani medici tirocinanti, 25-45 per ogni seminario. L'ambiente era idoneo alla didattica sia in grande gruppo (lezioni, filmati, sondaggi d'aula, plenaria), sia in piccoli gruppi interattivi, e corredato di tutti gli strumenti didattici necessari, compresi vari manichini per le esercitazioni di simulazione analogica.

Lo strumento utilizzato per questo lavoro è stata una "griglia di analisi per l'osservazione-valutazione della performance del docente in una lezione integrata per la formazione continua del medico", con alcune modifiche per adattarla alla situazione specifica<sup>7,8</sup>.

È composta da 40 indicatori immediati di *performance* rappresentati da atteggiamenti, comportamenti, espressioni, azioni ed altri aspetti e fenomeni prontamente rilevabili in aula e significativi di modalità e tipologie diverse e variabili della performance didattica (per l'identificazione e specificazione in dettaglio dei singoli indicatori si rimanda a una prossima nota sulle "griglie di analisi per la valutazione di processo delle esperienze di FCM").

Sono raggruppati in quattro categorie che corrispondono alle principali componenti operative, dalle quali può considerarsi risultante l'abilità del docente nel progettare, preparare e gestire l'esperienza didattica:

- La capacità di determinare nei discenti coinvolgimento, interesse, partecipazione. Chiameremo CIP questa variabile che è composta da sei indicatori immediati.
- La quantità e qualità, la presentazione, composizione e sequenza delle informazioni: DIP, cioè didattica informativo-preoperazionale (variabile composta da 14 indicatori immediati).

- L'applicazione di tecniche d'aula per l'apprendimento attivo e il *feedback*, la strutturazione per obiettivi formativi specifici, la valutazione formativa (variabile FOR, composta da sette indicatori immediati).
- La capacità di condurre l'esperienza (comunicazione, stile ecc.) in modo da facilitare i processi emotivo affettivi e il vissuto dei discenti (variabile CON:13 indicatori immediati).

Nella valutazione singola, ciascun indicatore immediato prevede un punteggio da 0 (assenza o forte insufficienza o pessima qualità) a 5 (ottimalità), saltando la misura intermedia 3 per accentuare la discriminazione fra i livelli superiori dell'indicatore e quelli che invece segnalano aspetti specifici della didattica e comportamenti del docente non soddisfacenti, non accettabili e comunque bisognosi di cambiamenti migliorativi.

Nella valutazione complessiva degli indicatori in tutti i seminari e in quella delle loro quattro categorie sopra elencate, la somma dei punteggi viene espressa come percentuale del massimo ottenibile.

L'applicazione della griglia è stata affidata ad un solo valutatore, che ha osservato direttamente e interamente tutti i seminari. Non è stata utilizzata alcuna registrazione strumentale.

## RISULTATI

Poiché si tratta di una valutazione formativa che ha l'unico scopo di rilevare se e come le esperienze didattiche dei seminari possono essere migliorate rispetto a quelle attuate, saranno prese in considerazione soltanto alcune osservazioni di particolare evidenza e interesse pratico professionale, come motivi di riflessione e di possibili interventi. Il livello medio delle *performance* complessive di tutti i docenti è risultato pari al 58% del massimo punteggio ottenibile.

Un livello elevato, superiore a 75%, è stato raggiunto da 15 docenti, 7 dei quali sono MMG animatori SIMG.

Nell'area intermedia, tra 75 e 55%, si pongono 11 docenti, mentre i punteggi degli altri 22 sono distribuiti fra 28 e 48%.

Fra le quattro componenti qualificanti della *performance* didattica che sono state considerate in queste osservazioni, la meno forte nell'insieme di docenti è stata proprio quella FOR, costituita dall'applicazione delle metodologie innovative attive caratteristiche della pedagogia formativa per gli adulti (valore medio 42%).

Decisamente basso, 35%, è il punteggio dell'indicatore relativo alla strutturazione per obiettivi educativi, che rappresenta l'elemento più importante nella didattica formativa, ma che pochi dei nostri docenti hanno rispettato. La maggioranza, infatti, ha continuato a progettare e sviluppare la prestazione didattica secondo il modello scolastico della lezione frontale, con la tradizionale sequenza dalla definizione nosologica alla terapia.

Tuttavia, in tali lezioni è stata generalmente rilevabile l'attenzione ad individuare e focalizzare gli aspetti più impegnativi e pratici dell'argomento trattato, sì che l'indicatore della cosiddetta didattica per problemi raggiunge il 53%. Appare evidente in queste osservazioni la scarsa propensione di molti docenti a integrare le loro lezioni con tecniche di attivazione. I questionari impiegati sono poco stimolanti per l'apprendimento, e la tecnica dei casi è applicata più in versione emblematica che come ginnastica

razionale per la soluzione di problemi. In effetti, gli indicatori per la didattica attiva totalizzano il 43%.

Nell'ambito della componente FOR c'è tuttavia un elemento essenziale della didattica formativa che risulta ben presente (61%) in gran parte dei seminari osservati. Si tratta dell'interazione didattica di *feed-back*, in verità più spontanea che strutturata perché rappresentata da brevi ma precisi e pertinenti interventi didattici di ritorno che i docenti fanno in risposta alle domande dei discenti nelle plenarie o nelle conversazioni didattiche.

L'insieme dei numerosi indicatori immediati che nella nostra griglia riguardano il numero, la qualità, le modalità di trasmissione, di associazione, e il potenziale preoperazionale delle informazioni date dal docente (DIP: "didattica informativo preoperazionale") fornisce in queste osservazioni una somma media pari al 60% del massimo ottenibile.

Sono considerevolmente elevati (intorno al 70%) i livelli degli indicatori di pertinenza, di qualità, di *update* delle informazioni, del *coupling* teoria-pratica, come pure di quelli che valutano la capacità del docente di facilitare ai discenti la percezione, l'elaborazione e l'utilizzazione delle informazioni (terminologia, ancoraggi e collegamenti, iter logico, modelli cognitivi, linee guida, criteri di applicazione).

Punteggi minori, intorno al 50% del massimo ottenibile, sono invece raggiunti dagli indicatori relativi alla presentazione e discussione dei dati di EBM, ai problemi psico-sociali, ed anche alla cosiddetta didattica per immagini, che è stata generalmente poco curata e solo di rado ha utilizzato filmati e *videotapes* per la dimostrazione e l'analisi dei comportamenti. Peraltro, in alcuni seminari una didattica attiva per le manualità e le manovre è stata correttamente attuata mediante esercitazioni su manichini, e in altri gli aspetti psicoemotivi e relazionali della vita professionale sono stati espressi e discussi in esperienze tipo gruppi Balint.

Il coinvolgimento positivo dei discenti, l'avvertire che l'esperienza in corso ha realmente senso e interesse, il desiderio di partecipare attivamente dipendono in buona misura dalla personale motivazione e disposizione d'animo dei discenti, ma possono essere più o meno facilitati nel loro sviluppo e mantenimento per effetto della particolare capacità del docente. Ed è per l'appunto a rilevare e valutare la presenza e il livello di questa capacità di *arousal* e di *captatio* che sono rivolti alcuni indicatori della griglia, la cui somma, nell'insieme dei seminari osservati, fornisce una media di 53 punti. Va detto peraltro che questa è influenzata non poco dal basso punteggio (26) relativo allo scarso impiego che i nostri docenti hanno fatto di tecniche specifiche e strutturate allo scopo, quali ad esempio i questionari di introduzione e stimolazione, i "bersagli" preliminari e i cosiddetti *flash* di entrata.

L'abilità nella conduzione dei discenti e dei gruppi, che è in realtà complementare e intimamente collegata a quella di insegnamento e di gestione delle tecniche formative, tanto da essere considerata il "saper essere" del docente, viene valutata dalla nostra griglia mediante una serie di indicatori mirati sugli atteggiamenti e comportamenti espressivi dello stato d'animo dei partecipanti, sullo stile di comunicazione verbale e non verbale del docente, nonché su alcuni aspetti dello svolgimento e dell'ambiente dell'esperienza formativa passibili di facilitare o meno la partecipazione e il gradimento. La valuta-

zione di insieme dell'intera serie di questi indicatori in tutti quanti i seminari osservati esprime una media complessiva pari al 65% del punteggio massimo ottenibile.

Inferiore alla cifra media risulta (59) il punteggio relativo alla gestione delle proiezioni ("lucidi" fatti male, diapositive illeggibili, spesso induzione di sonnolenza), e ancora più basso (44) quello relativo ai tempi di lavoro, penalizzato dall'eccessiva durata di molte lezioni.

Al contrario, sono elevati, intorno a 80 punti percentuali, i livelli degli indicatori che valutano il comportamento dei docenti per quanto riguarda gli aspetti umani e professionali della relazione e interazione con i discenti (accoglienza, rispetto, simpatia ecc.).

## DISCUSSIONE E PROPOSTE

I risultati che abbiamo sinteticamente esposto sono indubbiamente criticabili per l'insufficiente oggettività del metodo di rilevamento, e anche mal discutibili perché non disponiamo di riferimenti specifici e di confronti comparabili. Il loro significato come valutazione di processo è limitato dal non essere integrati con una valutazione di apprendimento e di gradimento alla fine di ciascun seminario.

In effetti, l'oggetto vero e proprio di queste valutazioni non è l'intero processo del seminario, ma unicamente la *performance* dei docenti, e soltanto come maggiore o minore corrispondenza agli *standard* ottimali stabiliti dagli indicatori della griglia, senza alcun possibile giudizio sui suoi prodotti in termini di apprendimento e di gradimento dei discenti. Non possiamo infatti escludere con sicurezza che il docente la cui *performance* ha riportato la minima valutazione di 28 punti percentuali sia stato capace di determinare nei discenti più apprendimento e gradimento di quello con 95 punti!

Perciò è logico e onesto, al di là di qualsiasi pretesa di valore assoluto e di correttezza docimologica, considerare tutto ciò che in queste osservazioni abbiamo rilevato soltanto come una serie di segnali di attenzione e di motivi di riflessione per chi sia interessato alla didattica formativa e alla pedagogia medica a proposito di un fattore indubbiamente importante qual è la *performance* dei docenti formatori nei seminari per i tirocinanti in Medicina Generale. Il più evidente e immediato motivo di riflessione è rappresentato dal fatto che quasi la metà delle prestazioni didattiche dei docenti è stata collocata dalla nostra griglia e dal nostro valutatore al di sotto del livello di sufficienza, e che ciò risulta principalmente attribuibile, in base agli indicatori e ai criteri impiegati, alla non strutturazione dei seminari per obiettivi educativi, alla scarsità delle tecniche di attivazione, all'imperfezione della didattica per immagini, all'eccessiva durata delle lezioni.

Ma allora, se le cose stanno veramente così, perché non proporre che i docenti, per la formazione medica complementare (e anche per quella continua), frequentino brevi corsi-workshop di metodologia formativa similmente a quanto è richiesto per i *tutor* e per gli animatori di formazione? A noi pare davvero illogico che il grande potenziale scientifico e tecnico-pratico di molti clinici, ricercatori, studiosi, esperti non possa essere interamente e correttamente utilizzato per la didattica medica a causa di banali e superabilissime carenze di metodologia formativa! Alcuni deficit rilevati da specifici indicatori, come ad

esempio l'inadeguata concertazione dei progetti didattici tra docenti e responsabili, l'inconsistente valutazione formativa dei singoli seminari, l'abituale omissione da parte dei docenti di formulare con chiarezza gli elementi pratici conclusivi del seminario da consegnare ai discenti come *take home* per una pronta utilizzazione pratica, potranno essere eliminati mediante un attento ed efficace lavoro di *team teaching*. Anche una sola riunione preliminare fra docenti e responsabili può bastare per stabilire insieme che e come questi elementi importanti e certamente non troppo impegnativi devono entrare a far parte di ogni seminario di formazione.

Nell'ambito della didattica informativa preoperazionale sarà opportuno porre maggiore attenzione all'esposizione completa e critica dei risultati degli studi e delle ricerche più recenti e accreditati, cioè delle cosiddette evidenze (EBM), come elemento fondamentale, ma certamente non unico e non inappellabile, per le scelte operative. Altrettanto opportuno sarà ricordare ai docenti formatori di non trascurare gli aspetti psicologici e sociali degli argomenti dei seminari. Queste due aree tematiche richiedono invero qualche competenza e preparazione in campo statistico-epidemiologico e rispettivamente psicologico-sociologico che non tutti i clinici hanno e sanno applicare.

Ma, soprattutto, sarà opportuno insistere perché gli obiettivi e i metodi didattici dei seminari per la formazione complementare siano realmente appropriati ai particolari bisogni formativi dei giovani medici in tirocinio. Non è certo inutile richiamare alla loro mente le nozioni che hanno ricevuto all'università, che peraltro possono sempre leggere nei testi, ma il vero scopo dei seminari per la formazione complementare è quello di fare acquisire ai tirocinanti gli elementi cognitivi specifici della Medicina Generale che non hanno avuto o non hanno sviluppato durante gli studi universitari. Più che nuove informazioni servono loro presentazioni e discussioni realistiche dei problemi propri della Medicina Generale, modelli razionali euristici e pratici di analisi e di intervento, schemi operativi e linee guida per metterli in grado di saper scegliere e programmare ciò che va fatto e come va fatto per i particolari e complessi problemi dei pazienti.

Le lezioni dei seminari saranno perciò assai diverse da quelle universitarie perché più brevi, non sistematiche e non esaustive dell'intero argomento, centrate più sui problemi che sulla scienza, e soprattutto "preoperazionali" e integrate con tecniche di apprendimento attivo.

Non dovrebbe essere difficile ottenere dai docenti scelti per i seminari di formazione complementare questo tipo di didattica, perché offre loro il vantaggio di ridurre notevolmente il lavoro e il tempo di preparazione. Anziché una lezione tradizionale, che richiede comunque una progettazione accurata dei contenuti, della scaletta, dell'iter logico di svolgimento, i docenti formatori attueranno una didattica a *feed-back*, più snella e vivace, fatta di interventi brevi e informali sulle domande e sui bisogni formativi espressi in aula dai discenti. I docenti favoriranno questa maieutica dei problemi e degli interessi dei discenti mediante griglie di raccolta dati o questionari appropriati, meglio se elaborati da piccoli gruppi, e su ciò che emerge centeranno la loro didattica "di ritorno", alla quale non potrà mancare la pertinenza né l'interesse da parte dei discenti perché direttamente da essi richiesta.

Il docente formatore nei seminari dei tirocini ha come obiettivo didattico principale quello di mettere in grado i giovani medici neolaureati di saper applicare le loro conoscenze tecnico-scientifiche alla reale pratica professionale, di sviluppare in essi la capacità di programmare razionalmente i comportamenti operativi, le scelte, le strategie per risolvere i problemi clinici, psico-sociali e assistenziali dei pazienti. E poiché per questo obiettivo la formazione di aula non può offrire di meglio che lo studio e la discussione di casi "carta e penna" di tipo problematico, il docente formatore proporrà ai discenti, preferibilmente a piccoli gruppi, alcuni casi relativi a pazienti della sua casistica. La plenaria sui casi gli offrirà spunti e occasioni per ulteriori interventi didattici centrati proprio sull'interpretazione dei dati, sull'individuazione dei problemi, sulle scelte e le strategie per risolverli.

A conclusione del seminario e dell'interazione dialogica in esso svolta con i tirocinanti, il docente formatore avrà modo di sintetizzare con brevi e sintetiche proposizioni i messaggi *take home* da consegnare ai discenti perché li utilizzino "sul campo" della loro futura attività professionale. Ogni docente formatore che abbia veramente compreso quali devono essere gli obiettivi formativi e le metodologie didattiche dei seminari per i tirocinanti in Medicina Generale potrà progettarli e gestirli nel modo che ritiene migliore, magari ispirandosi alle considerazioni che sono state espone in queste pagine e ad un modello schematico di strutturazione simile a quello che presentiamo nel Box 2.

La valutazione formativa finale, seppur breve e anonima, non dovrebbe essere omessa. Più che un post test sui con-

### **Box 2 - Modello schematico di un seminario di formazione complementare per MG**

- (15'-20') Lavoro individuale: tecniche di coinvolgimento (questionari anonimi di introduzione-stimolazione, pre-test, *flash* di entrata ecc.).
- (30') Lavoro a piccoli gruppi: griglie di raccolta dei "bisogni/domande di formazione" relativi ai problemi professionali nell'area della materia del seminario.
- (45'-60') Risposte e brevi lezioni del docente formatore sulle domande e i problemi segnalati dai formandi.
- (15') Intervallo.
- (45') Lavoro a PG su casi "carta e penna" di tipo problematico proposti dal docente formatore.
- (60') Plenaria per la presentazione, discussione e commento didattico dei lavori sui casi.
- (18-20') Messaggi conclusivi (*take home*) e valutazione formativa del seminario (post-test e "gradimento")

### Box 3 - Due esempi di "casi vignette" con scelta multipla

#### Caso A: M. Giovanna, anni 72

È in cura da 15 anni con sulfoniluree (attualmente glibenclamide 5 mg\*3). Non si rilevano indizi di complicanze. Da tre mesi il controllo metabolico è peggiorato e la paziente perde peso e forze. Dagli abituali 62 Kg (è alta 168 cm) è scesa a 60,5. La glicemia a digiuno è 235 mg/dl - Hb glicosilata 10,8% - Insulinemia a digiuno 2,2 mU/ml (v.n. 6-26)

- Iniziare terapia insulinica con 2 iniezioni/die di lenta + pronta (*split dose*).
- Associare metformina alle sulfoniluree.
- Ridurre la dieta e prescrivere acarbosio.
- Iniziare terapia insulinica con 3 iniz/die di pronta.
- Aumentare la dose attuale di glibenclamide.
- Mantenere il trattamento attuale aggiungendo una iniezione/die di ultralenta.

Quale ritenete sia la scelta preferibile in questa paziente? .....

Quale ritenete sia la scelta meno appropriata? .....

#### Caso B:

Un vostro paziente con AIDS, attualmente non ricoverato e in condizioni che gli consentono di uscire e di condurre una vita apparentemente normale, vi confida di sapere quale è la persona che lo contagiò. Con freddezza e decisione vi dice anche che si vendicherà, non solo su quella persona ma anche sui suoi familiari. Non vi fa alcun nome preciso ma, in base ad alcuni particolari del discorso, voi avete qualche sospetto.

Considerando i principi etici, deontologici e legali impliciti in questa situazione, esprimete la vostra preferenza (+) o negazione (-) per le seguenti decisioni:

- Avvertire la polizia perché sorvegli il paziente.
- Avvertire la polizia perché sorvegli le persone che voi sospettate essere i possibili bersagli della vendetta del paziente.
- Avvertire direttamente queste persone.
- Iniziare un *counselling* col paziente.
- Far intervenire uno psichiatra.

tenuti, che in realtà può valere solo come indice di memorizzazione e come richiamo di ciò che è stato trattato e discusso del seminario, è importante l'autovalutazione che i discenti fanno, per così dire a caldo, delle loro acquisizioni e del loro vissuto in relazione all'esperienza che sta per concludersi. Infatti, questa può essere utilizzata anche come un'eterovalutazione, da parte dei discenti, del seminario, dei docenti, dei metodi applicati, della conduzione.

Ma il corso dei seminari, che si protrae per vari mesi, può offrire anche l'opportunità per una valutazione ancor più significativa, quella cosiddetta di "impatto", non per le *performance* ma per la verifica delle competenze preoperatoriali dopo uno-due mesi dallo svolgimento del seminario. Questa valutazione può essere attuata mediante una seconda e più breve prestazione didattica del docente formatore, che preparerà e somministrerà agli stessi discenti, sui contenuti del precedente seminario, un post test fatto di casi "vignette" con scelte multiple di soluzione (Box 3). Mediante tre o quattro di tali casi è possibile impegnare i discenti sui principali problemi dell'argomento trattato nel seminario e valutare la loro capacità di applicazione delle conoscenze nelle scelte cliniche di diagnosi e terapia nonché nelle strategie di comportamento per la soluzione razionale dei problemi. A test concluso, sulla base dei risultati, di ciò che è stato fatto correttamente e ancor più degli errori o imperfezioni, il docente potrà anche fare, oltre la valutazione, un breve richiamo didattico e un'ulteriore discussione formativa con i discenti.

L'ultima proposta che ci sembra tanto logica da meritare di essere presa in considerazione, è quella di non disperdere tutto il lavoro dei seminari per la formazione complementare perché, specialmente quelli migliori, possono essere perfezionati, riconfezionati con opportune modifiche, ed elaborati in modo da servire come esperienze per la formazione continua dei medici di medicina generale. Essi infatti possono costituire la traccia o addirittura l'intero copione di una sessione di un corso workshop di FCM e, opportunamente adattati, il materiale didattico per esperienze di auto-istruzione formativa a distanza accreditabili per esperienze individuali mediante PC o *peer groups*.

#### Bibliografia

- Fox RD, Bennet NL. *Learning and change: implication for continuing medical education*. BMJ 1998;316:466-8.
- Bennett NL, Davis DA. *CME: a new vision of the professional development of physicians*. Acad Med 2000;75:1167-72.
- Gallini R. "Schola Medici": basi e tecniche dell'apprendimento formativo. Roma: Ed. N.I.S. 1991.
- Parisi G, Valcanover F. *L'organizzazione in medicina generale*. Sviluppo e Organizzazione 1995;148:87-107.
- Olsen F, Diekinson J, Hjortdahl P. *General Practice - time for a new definition*. BMJ 2000;230:354-57.
- Bellino L (a cura di). *Argomenti in Medicina Generale*. Roma: Carocci 1999.
- Smits PBA, Verbeek JHAM, De Bursinje CD. *Problem based learning in CME, a review of controlled evolution studies*. Brit Med J 2002;324:153-6.
- Gallini R. *Dispense Corso SIMeL per animatori di FCM - 2° livello*. Montecatini, febbraio 2002.