

I bisogni formativi dichiarati dai corsisti del Master di II livello (UniMoRe) “Imparare a insegnare. Metodi e strumenti per l’insegnamento clinico della Medicina Generale nelle Cure Primarie”¹

Laura Cerrocchi¹, Maria Stella Padula², Michela Mescoli³

¹ Dipartimento di Educazione e Scienze Umane, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. E-mail: laura.cerrocchi@unimore.it

² Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

³ Corso di Laurea in Scienze dell'Educazione, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

ABSTRACT

Introduction. This paper reports an earliest analysis of the educational needs declared by the students of the II level postgraduate Master (UniMoRe) “Learn to teach: Methods and tools for the clinical teaching of General Practice within the frame of Primary Care”. This analysis has been realized during didactic works.

-
- I Laura Cerrocchi ha scritto *Le premesse e le finalità dell'analisi e L'analisi dei dati rilevati con il focus group*; Maria Stella Padula ha scritto *Il contesto dell'analisi e gli strumenti somministrati*; Michela Mescoli ha scritto *Il profilo socio-anagrafico, formativo e professionale e Bibliografia*. Per quanto riguarda gli strumenti utilizzati, la matrice della scheda socio-anagrafica, formativa e professionale è stata ideata e messa a punto da Laura Cerrocchi, con la collaborazione per alcuni items di Enrico Giliberti (Ricercatore in Tecnologie didattiche – UniMoRe); la matrice del *focus group* è stata ideata e messa a punto da Laura Cerrocchi e da Norma Sartori (Medico di Medicina Generale e Docente presso la Scuola di Formazione Specifica di Medicina Generale - Trento) che hanno anche rispettivamente svolto i ruoli di moderatore e di aiuto-moderatore nel *focus group*. Il *focus group* è stato proposto e condotto – ai fini formativi – nell'ambito di un seminario su “Il focus group: una tecnica d'indagine qualitativa” per il Master di II livello “Imparare a insegnare. Metodi e strumenti per l'insegnamento clinico della Medicina Generale nelle Cure Primarie”, della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia (UniMoRe), tenutosi nell'A.A.2012-2013 e coordinato dalla Dott.ssa Maria Stella Padula da cui è anche emersa l'idea di tradurre gli esiti ottenuti dall'uso didattico del *focus group* nell'analisi qui riferita.

Methods. These needs have been observed using a specific descriptive sheet – which permitted to define the social and professional conditions, along with the personal data, of the interviewees – followed by a focus group.

Results. By an exploratory point of view, the analysis allowed to define better the educational needs (real or ideal; aware or unaware; individual or related to groups; expressed by students, teachers and academic/social customers) of the doctors in their different fields of work and intervention.

Conclusions. The analysis could support – if enhanced and shared with all the students, teachers and academic/social customers – a planning perspective in the educational field. This feature could allow, on the one hand, to design the formative needs of individuals and groups and, on the other hand, to go back over the educational curriculum/didactic plan as well.

Keywords: General Medicine in Primary Care, Educational Needs, Teaching-Learning, Adult Education, Network Working

RIASSUNTO

Il contributo, dopo una ricostruzione del profilo socio-anagrafico, formativo e professionale degli intervistati, riferisce di una prima indagine esplorativa che si è posta l'obiettivo di rilevare i bisogni formativi dichiarati da corsisti del Master di II livello (UniMoRe) *“Imparare a insegnare. Metodi e strumenti per l'insegnamento clinico della Medicina Generale nelle Cure Primarie”* e rilevati durante l'attività didattica attraverso un *focus group*. L'analisi ha consentito di meglio circoscrivere i bisogni formativi (reali e ideali, consapevoli e inconsapevoli, individuali e di gruppo) dei discenti anche in funzione di una possibile revisione del curriculum formativo del Master.

Parole chiave: medicina generale nelle cure primarie, bisogni formativi, insegnamento-apprendimento, educazione degli adulti, lavoro di rete

1. LE PREMESSE E LE FINALITÀ DELL'ANALISI

Il contributo, a partire da una ricostruzione del profilo socio-anagrafico e professionale degli intervistati, riferisce una prima analisi dei bisogni formativi dichiarati da corsisti del Master di II livello (UniMoRe) *“Imparare a insegnare. Metodi e strumenti per l'insegnamento clinico della Medicina Generale nelle Cure Primarie”* e rilevati durante l'attività didattica attraverso un'intervista focalizzata di gruppo.

La definizione e la messa a punto del modello formativo applicato nel curriculum del Master in oggetto contempla la compresenza di medici formatori e di docenti di pedagogia e didattica, promuovendo una formazione in servizio di adulti esperti di medicina generale e pediatria di libera scelta secondo un approccio che persegue interdisciplinarietà e multiprofessionalità.

Il progetto formativo del Master ha fatto emergere –a più livelli– l'esigenza di porre in ricorsività la ricerca e l'azione, lavorando sui rispettivi nuclei concettuali e su strategie e strumenti d'intervento per favorire la ristrutturazione e la riorganizzazione costante dell'esperienza diretta e mediata, individuale e sociale.

Il *focus group* (completato anche da scheda socio-anagrafica, formativa e professionale) cui l'analisi si riferisce è nato dapprima come oggetto di esclusiva esemplificazione didattica durante il master (funzione formativa per i discenti), per poi mostrarsi significativo tanto da consentirne un uso dell'analisi dei dati emersi anche oltre l'esemplificazione (funzione revisionale per i discenti, i docenti e i soggetti a vario titolo testimoni o committenti).

Questa prima analisi, dunque, da un lato, sul piano della conoscenza, si è posta il fine di conseguire una

migliore circoscrizione dei bisogni formativi (reali e ideali, consapevoli e inconsapevoli, individuali e di gruppo, di discenti, ma poi potenzialmente – con eventuali sviluppi dell'analisi – anche di docenti e committenti accademici e/o del territorio) della figura professionale nei suoi differenti ambiti d'intervento; dall'altro, sul piano della progettazione, può –se sviluppata attraverso ulteriori strumenti e il confronto con testimoni privilegiati– consentire di rinegoziare i bisogni formativi dei singoli e del gruppo e di revisionare il curriculum formativo del Master in oggetto.

La ricorsività fra ricerca e azione nel curriculum ha valenza pedagogico-didattica e può permettere – anche sviluppando modalità di valutazione e di autovalutazione– di rilevare elementi significativi per la messa a punto di processi e pratiche che possano fornire chiavi interpretative e organizzative valide di contesti di formazione in età adulta, nonché per l'implementazione di una comunità di pratiche e per la territorializzazione storica e culturale di conoscenze e competenze.

2. IL CONTESTO DELL'ANALISI E GLI STRUMENTI SOMMINISTRATI

Il numero di partecipanti al *focus group* è stato di 10 medici. Il gruppo è stato reclutato su libera adesione tra coloro che avevano partecipato alle lezioni del Master di II livello "Imparare ad insegnare. Metodi e strategie per l'insegnamento clinico della Medicina Generale nelle Cure Primarie", secondo un criterio che garantisse eterogeneità tra medici di base e pediatri di libera scelta.

L'indagine esplorativa sul campo si è avvalsa dell'uso di: scheda socio-anagrafica, formativa e professionale e di *focus group*.

La scheda consente di ricostruire il profilo socio-anagrafico, formativo e professionale del gruppo indagato, fondamentale per correlare i dati e considerare meglio quanto emerge dalla somministrazione di altre tecniche e/o strumenti, nel caso specifico l'intervista focalizzata di gruppo.

Il *focus group* consente di meglio comprendere e, di conseguenza, operare nella realtà, tenuto conto che conoscere e capire differenti punti di vista permette di revisionare anche prospettive e azio-

ni. Lo strumento presenta "un potenziale conoscitivo e revisionale-formativo di opinioni e di idee, di disposizioni e di interazioni, di atteggiamenti e di comportamenti, di livello di consapevolezza e di valutazione, supportato da una significativa ricorsività fra dimensione cognitiva e affettiva, fra pensiero-linguaggio-azione, fra piano individuale e gruppale"[1]. Come tecnica, non può che venire formalizzata e interpretata "per essere insieme a) un'intervista (dunque segnata da asimmetria tra chi domanda e chi risponde), b) focalizzata (dunque circoscritta a uno specifico tema), c) di gruppo (dunque propria di un soggetto sovraindividuale, sistema dinamico in continua evoluzione che, contemporaneamente, obbliga alla perdita di una quota e garantisce un guadagno nella presenza dell'altro con più o diverso contributo necessario per assolvere alla consegna)."[2].

3. IL PROFILO SOCIO-ANAGRAFICO, FORMATIVO E PROFESSIONALE

I dati socio-anagrafici, formativi e professionali – riferiti e tenuti in considerazione in maniera sia aggregata, sia disaggregata – costituiscono una chiave di lettura fondamentale degli aspetti quantitativi e qualitativi emersi durante l'intervista focalizzata di gruppo.

Il gruppo è risultato composto da 7 soggetti di genere maschile e da 3 soggetti di genere femminile. Il maggior numero degli intervistati ha un'età compresa nella fascia 40/49 anni; per quanto nel gruppo siano presenti soggetti recentemente specializzati, di età poco superiore ai 30 anni, e soggetti con una significativa esperienza professionale, di età superiore ai 60 anni.

I luoghi di residenza sono situati in prevalenza fuori Regione (per 7 persone su 10)², mentre in 3 casi la provenienza è nel Comune o nella Provincia di Modena.

Le specializzazioni conseguite dai soggetti sono ete-

2 I luoghi di residenza sono risultati nello specifico Salerno, Pianezza (TO), Vigone (TO), Torino, Carbonia, Città di Castello, Cagliari e Modena, Carpi, Soliera.

rogenee. Soltanto 2 soggetti (18 e 12)³ su 10 hanno avuto accesso alla professione di Medico di Medicina Generale attraverso il conseguimento del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale (in essere dal 1994). Non a caso si tratta dei soggetti più giovani (30/39 e 40/49 anni), perché sino al 1994 per intraprendere la professione era sufficiente una qualsiasi specializzazione in Medicina. Diversi soggetti dichiarano, peraltro, il possesso di *Master e/o Perfezionamenti*.⁴

Sono state rivelate *carriere pregresse* che vanno dai 6 ai 37 anni.

Tutti i medici del gruppo, ad eccezione di uno (15 Pediatra di Libera Scelta), al tempo del *focus group* erano *in servizio* come medici di Medicina Generale; lo erano 5 come dipendenti delle ASL di provenienza, 3 come liberi professionisti convenzionati SSN (Servizio Sanitario Nazionale) e 2 in realtà di Medicina di Gruppo.

Si è poi ritenuto di rilevare informazioni su fattori che caratterizzano l'auto-educazione di questo gruppo di adulti, a livello teorico e pratico, sia per meglio comprendere le loro dichiarazioni nel *focus group*, sia per approfondire elementi che potrebbero consentire la revisione del loro curriculum formativo. Nell'esercitare la loro professione questi medici dichiarano di venire a *contatto* con molti altri *specialisti medici*: in soli due casi sono specificate le relative

3 La scelta di identificare gli intervistati con una sigla è legata all'intento di mettere in evidenza come, in alcuni casi, i bisogni formativi dichiarati siano anche riferibili alle caratteristiche socio-anagrafiche, formative e professionali dei singoli.

4 In particolare vengono indicati Corso di Perfezionamento in Agopuntura e Tecniche Complementari, Corso di Perfezionamento in Allergologia Pediatrica, Diploma Scuola Superiore di Ricerca in Medicina Generale, Corso di Epidemiologia clinica, Corso propeudeutico sul Counseling in Medicina Generale, Corso di formazione per Animatore di formazione nell'ambito sanitario, Corso per la funzione di "Tutor-valutatore", Corso di Formazione Tutori per la realizzazione dei Percorsi Professionalizzanti nelle Cure Primarie rivolto agli studenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

branche e solo in un caso (12) sono nominati esplicitamente i colleghi di Medicina Generale, per tutti gli altri non c'è indicazione precisa (Il "tutti, non c'è un profilo principale").

Le *altre figure professionali, sanitarie e non*, con le quali i soggetti verrebbero a *contatto* nello svolgimento della professione sono: infermieri (8 su 10), assistenti sociali (6 su 9), riabilitatori (2 su 9), psicologi, collaboratori di studio, fisioterapisti, volontari, personale scolastico, personale sportivo e medici di distretto. Il gruppo informa di aver già *svolto nella propria carriera attività riferibili alla didattica della medicina* in questo modo: solamente due soggetti (12 e 18, che risultano essere i più giovani) dichiarano di non avere avuto o non avere esperienze in tal senso; per il resto, dichiarano di avere esperienza 6 soggetti su 10 di docenza (in particolare come docenti in Corsi di Formazione nella Scuola di Formazione specifica in Medicina Generale o come docente per la Formazione Continua in Medicina Generale) e contestualmente di tutoraggio (tutor nelle Scuole di Specializzazione; istruttore PBLSD manovre di primo soccorso, rianimazione e defibrillazione pediatrica; tutor pre-laurea; tutor valutativo per l'esame di stato) e 3 soggetti su 10 di Animatori di formazione. Nessun medico del gruppo, tranne un intervistato (14) che è abbonato alla rivista "Tutor", dichiara *abbonamenti a riviste italiane o straniere di didattica della medicina*, mentre 4 soggetti su 10 dichiarano di *leggere libri o riviste inerenti temi di didattica della medicina*⁵. L'intero gruppo, ad eccezione di un soggetto (15), riferisce di essere iscritto ad *associazioni di categoria*⁶.

5 vengono esplicitati come esempi *Facilitare l'apprendere* di Marco Rotondi, *Manuale di educazione degli adulti* di Duccio Demetrio, *Quando l'adulto impara* di Malcolm Knowles, *La formazione del Medico di Medicina Generale* a cura della Simg, *Dimensioni dell'educare in età adulta* di Paolo Orefice e Antonia Cunti, volumi di Ventriglia e Vettore sulla formazione continua in Medicina, *Insegnare la Medicina Generale* della Collana Salute e Società, *Occhio Clinico* e *Ricerca e Pratica*.

6 Nello specifico vengono indicate come associazioni di categorie alle quali sono iscritti SIMG Società Italiana Medicina Generale da 7 soggetti; SNAMI Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani da 3 soggetti; FIMMG Federazione Italiana Medici di Medicina Gene-

Le associazioni in oggetto si interesserebbero di didattica della medicina e – dichiarano gli intervistati – lo farebbero nei seguenti modi: per 18 iscritto al Movimento Giotto “Organizzando workshop ed eventi sulle tematiche della formazione specifica in medicina generale, facilitando scambi internazionali con specializzandi e giovani MMG di altri stati europei, tramite il sostegno di Euract (Accademia Europea dei docenti di Medicina Generale)”; per 14 iscritto a SIMG “SIMG organizza iniziative di formazione per formatori”; per 16 iscritto a SIMG e a SNAMI “Favorendo l’aggiornamento e la formazione di Animatori e Tutor”; per 17 iscritto a SIMG “Solo la SIMG”; per 110 iscritto a SIMG e a SNAMI “Preparano corsi di formazione, fanno ricerca”; per 11 iscritto a SIMG e a FIMMG “Occupandosi di formazione specifica e permanente”; per 12 iscritto a SIMG “Dalla formazione del medico in ambito universitario alla sua formazione professionalizzante (formazione specifica post-universitaria) e alla formazione continua nel corso dell’attività professionale”; per 13 iscritto a CseRMEG “Seminari e corsi”; per 19 iscritto SIMG, FIMMG e SIO “Con corsi e congressi”.

Due soggetti affermano di aver partecipato a progetti di ricerca sulla didattica della medicina in collaborazione con l’università o con altri enti esterni, nello specifico: 13 nel progetto “E tu, come ti sei organizzato? La condivisione dell’esperienza in una comunità virtuale di medici di medicina generale” del 2006-2008, promosso da CseRMEG, e 18 “nell’ambito del questionario sulla soddisfazione degli specializzandi in Medicina del 2008-2011, promosso da Vasco de Gama Movement – Wonca Europe”.

L’intero gruppo ad eccezione di tre soggetti (14, 15 e 17) riferisce aspetti della precedente esperienza, teorica e pratica, utili per affrontare l’ambito della didattica della medicina rispettivamente nei seguenti modi: 13 “L’esperienza era calata in un contesto di MMG esperti, per i quali è stato fondamentale partire dall’esperienza vissuta, condividerla e discuterla tra pari. I feedback continui sono stati fondamentali

per non perdere nel corso dei mesi la continuità del percorso”; 18 “L’aver avuto la possibilità di avere come Tutor alcuni medici di Medicina Generale particolarmente impegnati nell’ambito della didattica. L’aver partecipato a workshop internazionali di confronto sulla formazione in MG. L’aver partecipato a congressi di società scientifiche (CseRMEG, SIMG) inerenti la didattica in MG”; 16 “L’esperienza dei Colleghi che mi sono stati docenti e hanno saputo trasmettermi. Il confronto con i Colleghi compagni del percorso formativo ed il loro entusiasmo. La conoscenza e la sperimentazione delle tecniche di comunicazione. L’esperienza sul campo per sperimentare nella pratica quanto appreso in teoria”; 110 “La possibilità di testare le proprie conoscenze con pari grado acquisendo la capacità di confrontarsi con loro cercando di far emergere aspetti di conoscenza comune utili ad migliorare le proprie e altrui capacità comunicative e organizzative del proprio lavoro”; 11 “Il confronto tra colleghi, l’interazione con gli studenti”; 12 “L’abilità e l’esperienza maturata sul campo per affrontare e risolvere responsabilmente i problemi, clinici e non, che quotidianamente un MMG è chiamato ad affrontare”.

Nell’analizzare le conoscenze e le competenze acquisite durante il Master utili per lavorare nell’ambito della didattica della medicina, 4 soggetti su 10 dichiarano “Tutte” (11, 17, 12 e 14). I rimanenti soggetti, ad eccezione di 15 che non risponde, riferiscono come esempi:

13 “Molto difficile sintetizzare in 3 righe! Ci provo! Ingredienti: conoscenze teoriche e tecniche, pragmatismo coniugato con flessibilità, comunicazione efficace e infinita pazienza, il tutto condito con una buona dose di entusiasmo e tenacia”; 110 “Briefing e debriefing, la costruzione di griglie di osservazione”; 16 “A percorso non ancora ultimato, credo che tutti i contenuti del Master saranno utili: quanto già conoscevo merita una rivalutazione, un approfondimento ed una “prova pratica” discussa insieme a chi è più esperto. Tutto ciò che non era mio patrimonio di conoscenza è benvenuto: utile nell’ambito della didattica, ma anche nella Professione e nella vita”; 18 “La conoscenza e sperimentazione di diversi strumenti e tecniche didattiche, saper formulare correttamente gli obiettivi formativi”; 19 “La metodologia didattica impiegata”.

rale da 4 soggetti; CseRMEG Centro Studi e Ricerche in Medicina Generale da 1 soggetto; Movimento Giotto da 1 soggetto; SIO Società Italiana di Implantologia Osteointegrata da 1 soggetto.

Dichiarano di voler maggiormente approfondire aspetti dell'esperienza teorica e pratica per migliorare le conoscenze e competenze nella didattica della medicina 7 soggetti su 10; riferiscono come esempi: I3 "Continua consapevolezza del ruolo di tutor (troppo facile slittare nel medico), gestione del conflitto, abilità nella gestione (non solo conoscenza) di tecniche di didattica avanzata"; I8 "La sperimentazione di tecniche didattiche innovative, la costruzione di un progetto formativo, la ricerca sulla didattica in medicina"; I6 "I principi della didattica fra pari. Le tecniche di comunicazione"; I10 "Un po' tutti i temi fino ad ora trattati"; I1 "L'informatica"; I2 "Tutti"; I9 "L'aspetto relazionale".

4. L'ANALISI DEI DATI RILEVATI CON IL FOCUS GROUP

Il *focus group* è stato realizzato nel Centro Servizi del Policlinico di Modena, sede del Master, in data 18 settembre 2012. Hanno partecipato 10 soggetti come *intervistati*, 10 soggetti come *osservatori*, il *moderatore* e l'*aiuto-moderatore*.

Soltanto due soggetti (I4, I8) avevano precedentemente partecipato a un *focus group*.

Cosa si intende per bisogni formativi di una figura professionale

I bisogni formativi di una figura professionale, secondo gli intervistati, possono essere:

- coscienti o non coscienti, poiché ritengono che se non si conoscono dei temi non si può nemmeno essere coscienti della necessità di una loro conoscenza;
- caratterizzati dal *gap* che intercorre tra quelli relativi a quanto si è chiamati a fare e a quanto si è effettivamente in grado di realizzare (nel caso della Medicina Generale compiti, *performances* e attese non sarebbero ancora ben e/o abbastanza delineati oppure le idee a riguardo sembrano apparire molto diverse);
- riferibili alle criticità emerse durante la propria attività e/o le interazioni con gli altri colleghi e verso i quali si avverte la necessità di trovare una risposta per migliorare;
- fattori che cambiano nel tempo sulla base di nuove e particolari conoscenze scientifiche e

mediche nonché di necessità sociali, quindi anche storicizzati nei contesti geografici;

- fattori che cambiano in relazione all'immagine di professionista o di discente che ciascuno si fa e delle aspettative che ciascuno si costruisce in merito a quanto andrà ad assolvere nella propria professione;
- fattori segnati o interferiti dalle richieste delle aziende sanitarie, aprendo, in questo senso, ad un livello successivo e ad una costruzione di necessità di formazione diversa;
- fattori difficili da definire perché la professione in oggetto non ha un ruolo ben definito, anche se il *corpus* fondamentale di conoscenze e capacità pratiche sarebbe ben codificato tanto in Italia quanto a livello internazionale.

Quanto emerge consente di affermare che occorre riflettere sui modi e sugli strumenti con cui rilevare e soddisfare i bisogni formativi, anche se non sarà mai possibile risolvere la questione in senso definitivo, proprio perché si tratta di bisogni dinamici e storici. In questo senso è necessario un lavoro di continuo adattamento della formazione al cambiamento che la realtà impone. La definizione dei bisogni conosciuti aiuterebbe a intercettare anche quelli latenti. La questione (intercettare i bisogni) dovrebbe essere trattata sul profilo sia dell'inquadramento normativo, sia dell'identità professionale e, soprattutto, mettendo in campo la rete. La rete non può essere messa in campo dal singolo soggetto, bensì da parte di chi ne ha responsabilità e competenza. La revisione dell'operato e del percorso (supportata da un'analisi delle criticità, dall'individuazione degli errori e dall'autoanalisi) dovrebbe essere garantita anche e proprio per individuare i bisogni formativi, con un equilibrio tra l'intervento esterno (ponendo attenzione però a non produrre imposizioni che non verrebbero accettate) e il coinvolgimento del soggetto (funzionale sul piano cognitivo e motivazionale).

Le differenze tra i bisogni formativi dei medici in sé e dei futuri docenti di Medicina Generale

I medici e i futuri docenti di Medicina Generale avrebbero bisogni formativi comuni, cioè quelli legati alla professione, ma anche specifici che, per i secondi, sono riferibili alle conoscenze e alle compe-

tenze di ordine metodologico e/o di didattica della Medicina Generale (con particolare attenzione agli strumenti, alle strategie e alla comunicazione nelle sue valenze relazionali e secondo un approccio di *counseling*). Per quanto riguarda la comunicazione, sarebbe necessario essere capaci di dar luogo a una relazione asimmetrica ma di tipo didattico, quindi diversa da quella medico-paziente.

Le tecniche didattiche di cui si è fatta esperienza – come docenti o discenti – considerate più significative sul piano formativo

Le tecniche didattiche di cui si è fatta esperienza – come docenti o discenti – considerate più significative sul piano formativo sono state il lavoro in équipe (che, viene lamentato da alcuni partecipanti, non è ancora diffuso in tutte le realtà); il tutoraggio uno ad uno; il paziente simulato (che spiegano sarebbe particolarmente utile sul piano degli obiettivi cognitivi e comunicativi, nonché delle abilità pragmatiche) considerato dagli intervistati una tecnica molto integrata e/o completa, difficile da realizzare ma emotivamente molto potente e coinvolgente anche per chi assiste; il *role playing*; la discussione in piccoli gruppi. Tuttavia, gli intervistati sottolineano che la preferenza delle tecniche riguarda sempre degli aspetti personali e si mostrano consapevoli che una tecnica può essere preferibile in relazione al bisogno che questa permette di assolvere. In generale, il gruppo segnala il valore aggiunto di un Master profondamente caratterizzato, sul piano didattico, da interattività, fattore piuttosto se non del tutto nuovo nella storia formativa degli intervistati e considerato, dopo l'esperienza in oggetto, di valore irrinunciabile nella formazione di settore.

Gli argomenti e/o le tecniche che gli intervistati sentono il bisogno e/o suggeriscono sul piano del curriculum formativo di completare lo meglio consolidare

Gli intervistati dapprima hanno dubitato di poter rispondere a una simile domanda prima della fine del corso, poi – considerando di poter rispondere sulla base sia del corso svolto fino al tempo del *focus group*, sia della loro precedente esperienza/formazione professionale – forniscono la loro risposta. Nello specifico vorrebbero completare e/o meglio consolidare gli argomenti e le tecniche riferibili alla

gestione del gruppo (con particolare riferimento al *role-playing*), alla comunicazione (tanto da poter meglio raccogliere i bisogni e motivare i discenti), alle attività seminariali, nonché all'autovalutazione delle proprie competenze didattiche.

Segnalano anche la necessità di avere più tempo a disposizione per approfondire gli argomenti: “Dare più tempo per i singoli argomenti, per affrontare, diciamo, le singole...ok.”

Strategie e strumenti, agenzie e/o attori di settore che sarebbe opportuno coinvolgere per creare una rete sulla didattica in medicina generale

I corsisti ritengono che la cultura sulla didattica in medicina generale maturata nel e con il corso dovrebbe avere un ritorno tale da sostenere una rete e/o una territorializzazione a partire, in primo luogo, dalle loro scuole di formazione “I1: Mah, sicuramente questo è un ritorno che deve avvenire attraverso le nostre scuole di formazione, che mi sembrano il destinatario più prossimo ed immediato, perché non si può pensare di tornare ai nostri territori avendo acquisito un bagaglio e poi star da sola come una monade. Cioè se questa roba non viene estesa in chi fa la stessa cosa che fai tu abbiamo fallito, e quindi la scuola, la scuola di formazione, chi si occupa ..., mi sembra il primo destinatario”.

Vivere in un villaggio globale⁷ impone e/o obbliga, a maggior ragione, a oltrepassare i confini locali, costruendo una rete di formazione ben più ampia, capace di coinvolgere sia università e società scientifiche della medicina generale, che avrebbero fornito un grande contributo negli ultimi trenta anni costruendo il *corpus* dottrinale (“I2. il corpus dottrinale”), sia interlocutori istituzionali (“I2. gli interlocutori istituzionali”) con cui, volenti o nolenti (“I2. volenti o nolenti”), occorre confrontarsi.

Gli elementi che emergono dovrebbero essere resi fruibili a una platea più ampia possibile, trasparenti,

7 Con il termine globale, introdotto dal sociologo Zygmunt Bauman, si intende una visione e/o una prospettiva capace di concentrarsi contemporaneamente sulla dimensione globale o planetaria e su quella locale. Il globale e il locale costituiscono i due lati di uno stesso fattore; quindi un fattore può essere meglio compreso analizzando la doppia natura della globalizzazione.

progressivamente migliorabili e messi in rete “12. che tutto questo sia fruibile, sia destinato a una platea la più vasta possibile, e ci sia la possibilità che questa cosa sia una casa trasparente, dove tutti possono metterci un mattoncino al giorno, e quindi...qual è lo strumento più potente se non la rete, bisogna metter..., la rete intesa come internet, la rete, la rete che ci mette in comunicazione con la possibilità di dialogare attraverso i forum (...)”.

L'opportunità di tenere insieme quanti hanno frequentato il master in una forma di associazionismo si profila come possibilità di dar luogo a una comunità di pratiche fortemente correlata a realtà come la SIMG⁸.

Da un lato emerge che il nucleo centrale del lavoro del medico di medicina generale viene ricondotto al rapporto concreto e diretto con il paziente “11: Va bene, però voglio dire quello che stiamo facendo lo diamo, dobbiamo a mio giudizio, scusate ma io ritengo forse perché sono un medico di medicina generale abituata al rapporto con il paziente, e il rapporto è fatto da quello che vedo in faccia, non quello che mi scrive attraverso la mail; il rapporto personale, il rapporto visivo, quello che io vedo, il colloquio così è fondamentale, e questo fondamentale è quello che noi dobbiamo continuare a mantenere, perché è questa la nostra capacità, con gli altri colleghi, prima di tutti fra quelli che appartengono, che ci sono più simili, no? Perché culturalmente la nostra sezione, la nostra scuola, eccetera. Poi farai tutto quello che vorrai, ma adesso per costruire un libro dei sogni che sia realizzabile devi fare i passi più ovvi, più vicini”.

Dall'altro lato l'esperienza del master ha sedimentato e/o aumentato la consapevolezza che l'azione professionale, anche quella di tipo didattico o riferibile ai rispettivi processi, debba essere supportata dalla ricerca, tanto da considerare prioritario la sperimentazione di modalità d'innovazione nella messa a punto di corsi e/o per-corsi che integrino ricerca e azione.

Tuttavia queste prospettive culturalmente segnate non possono che confrontarsi con le problematiche e/o le criticità della realtà di settore, dando luogo a

ricadute sia sulla formazione professionale, sia sulla rispettiva cultura di sistema “13: A me piace il tuo sogno, il tuo libro dei sogni. Ti faccio presente che condivido ma che in questa rete abbiamo il mondo politico in mobilità, un'ASL che cambia continuamente, quello che... faccio l'esempio della mia area: io appartengo a un distretto che negli ultimi quattro anni ha cambiato tre ASL, è passata a ... era un'ASL, è passata con un'altra, è ripassata con un'altra ASL ancora. Eravamo un distretto e probabilmente l'anno prossimo saremo accorpati ad un altro distretto ancora. Questo vuol dire che tutta la dirigenza, i punti di riferimento anche per quello che riguarda, faccio l'esempio della...della formazione per i colleghi, quella continua, sono cambiati completamente. Quello che è rimasto in questi vent'anni che io ..., sembra immobile, uguale, non si è mai mosso, è la medicina generale; cioè è cambiato tutto intorno ma noi abbiamo continuato a essere gli stessi e a continuare a lavorare...”.

Affermano ancora gli intervistati “17: (...) Che bel libro dei sogni! Ma la guardi la televisione? Ascolti il giornale? Da domani dovrai fare il medico 24 ore su 24, sette giorni su sette, come fa a trovare il tempo per fare queste cose?”.

In conclusione, gli intervistati si dichiarano consapevoli di aver preso forma come gruppo a cui è proposta la didattica per arrivare ad essere gruppo che propone la didattica; sebbene resti tutta la difficoltà – per fattori di macrosistema e di microsistema – di trovare soluzioni capaci di far conciliare l'attività del medico sul campo con quella della ricerca e dell'azione del medico in ambito didattico.

Quanto emerso suggerisce, tra l'altro e soprattutto, di riflettere intorno alla possibilità che i bisogni dei corsisti intervistati trovino risposta sia nel master in oggetto che in realtà analoghe. L'analisi ha confermato l'esigenza alla base del progetto formativo del Master, ossia quella di porre necessariamente in ricorsività la ricerca e l'azione per rilevare e soddisfare i bisogni formativi e, quindi, revisionare i curricoli culturali e professionali dei futuri esperti nell'insegnamento clinico della medicina generale. Tale consapevolezza si traduce, in particolare, nella necessità di: riflettere sui modi e sugli strumenti con cui rilevare i bisogni formativi, pur consapevoli di una loro costante declinazione storica e cultu-

8 Società Italiana di Medicina Generale.

rare; curare particolarmente quei bisogni formativi di cui il *target* è stato privato nella formazione precedente o diversa dal master in oggetto e legati alle competenze professionali e didattiche in ordine alla comunicazione, alla gestione dei gruppi adulti di insegnamento-apprendimento e/o alle metodologie interattive in genere, al lavoro di équipe, alla valutazione e all'autovalutazione; coinvolgere oltre i discenti anche docenti e committenti accademici e/o del territorio, scuole di formazione e associazionismo di settore, università e società scientifiche della Medicina Generale creando una cultura nel e di sistema; rivedere e creare congruenza fra normative, professioni e rete, tanto da evitare il federalismo delle risorse materiali e culturali e da implementare una comunità di pratiche funzionale alla territorializzazione storica e culturale di conoscenze e competenze.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Cerrocchi L. Il focus group. In: L. Cecconi (a cura di). *Le rappresentazioni degli insegnanti. Un'indagine sulla continuità nelle scuole di Reggio Emilia*. Milano: Franco Angeli, 2012: 45-47.
- [2] Cerrocchi L. Il focus group. In: L. Cecconi (a cura di). *Le rappresentazioni degli insegnanti. Un'indagine sulla continuità nelle scuole di Reggio Emilia*. Milano: Franco Angeli, 2012: 45-47.
- Ajello A.M. *La competenza*. Bologna: Il Mulino, 2002.
- Alberici A. *Imparare sempre nella società della conoscenza*. Milano: Mondadori, 2002.
- Alberici A. *L'educazione degli adulti*. Roma: Carocci, 2002.
- Angori S. (a cura di). *Formazione continua. Strumento di cittadinanza*. Milano: Franco Angeli, 2012.
- Baldacci M. *Metodologia della ricerca pedagogica*. Milano: Mondadori, 2002.
- Baldacci M. *Ripensare il curriculum. Principi educativi e strategie didattiche*. Roma: Carocci, 2010.
- Bateson G. *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi, 1977.
- Bocca G. *Pedagogia del lavoro*. Brescia: La Scuola, 1998.
- Capperucci D., *La valutazione delle competenze in età adulta*. Pisa: ETS, 2007.
- Demetrio D. *L'età adulta*. Roma: Carocci, 2003.
- Demetrio D. *Manuale di educazione degli adulti*. Roma-Bari: Laterza, 1997.
- Dozza L. (a cura di). *Vivere e crescere nella comunicazione. Educazione Permanente nei differenti contesti ed età della vita*. Milano: Franco Angeli, 2012.
- Fabrizi L. *Comunità di pratiche e apprendimento riflessivo*. Roma: Carocci 2007.
- Federighi P. *Liberare la domanda di formazione*. Roma: Edup, 2006.
- Frabboni F. *Manuale di didattica generale*. Roma-Bari: Laterza, 2007.
- Knowles M.S., Holton E.F., Swanson R.A. *Quando l'adulto impara*. Milano: Franco Angeli, 2008.
- Lipari D. *Progettazione e valutazione nei processi formativi*. Roma: Edizioni Lavoro, 2009.
- Quaglino G. *Fare formazione*. Milano: Raffaello Cortina, 2005.
- Schön D.A. *Formare il professionista riflessivo*. Milano: Franco Angeli, 2006.
- Tessaro F. *La valutazione dei processi formativi*. Roma: Armando, 1997.
- Tramma S. *Che cos'è l'educazione informale*. Roma: Carocci, 2009.