

La Formazione

Il documento dell'Associazione Culturale Pediatri

Documento del 7 novembre 2019

Indice

Autori, revisori e dichiarazioni di conflitto d'interessi

Introduzione

1. Perché un documento Formazione ACP 2019?

Federica Zanetto

2. Cosa è cambiato nella Formazione Medica dalla nascita della ECM in Italia

Laura Reali

3. La formazione per competenze: background

Laura Reali, Michele Gangemi

4. Newsletter Pediatrica ACP 2019

Costantino Panza

5. Scenari Clinici

Maria Francesca Siracusano

6. Formazione a distanza

Michele Gangemi, Laura Reali

7. Formazione alla comunicazione - relazione

Michele Gangemi, Patrizia Elli, Claudio Mangialavori

8. La Ricerca sul campo

Maria Francesca Siracusano, Federica Zanetto

9. Metodologia della ricerca ed evidence-based medicine (EBM) come strumento formativo

Roberto Buzzetti

Autori

Hanno contribuito all'elaborazione di questo documento:

Roberto Buzzetti

Pediatra epidemiologo

Patrizia Elli

Pediatra, ACP

Michele Gangemi

Direttore, Quaderni ACP

Claudio Mangialavori

Pediatra, ACP

Costantino Panza

Pediatra, ACP

Laura Reali

Pediatra, referente Gruppo Formazione dell'ACP

Maria Francesca Siracusano

Pediatra, referente Gruppo Ricerca dell'ACP

Federica Zanetto

Pediatra, presidente dell'ACP

Tutti gli autori hanno firmato una dichiarazione in cui attestano di non avere avuto, né lo hanno avuto i componenti del loro nucleo familiare, alcun tipo di rapporto finanziario, economico o commerciale con l'industria della salute (farmaci, dispositivi medici, alimenti per l'infanzia) negli ultimi cinque anni.

Introduzione

Perché un documento Formazione ACP 2019?

Perché aggiornamento e formazione professionale continuano a essere tra le priorità di intervento dell'ACP, con un'attenzione costante a definizione degli obiettivi, a qualità della progettazione didattica e dei contenuti formativi, a strategie e metodologie innovative.

Per la storia che ACP ha nella promozione di una formazione pubblica, senza sponsor, di qualità, in ambito associativo e non solo.

Per offrire uno stato dell'arte sul progetto formativo complessivo che è seguito ai precedenti documenti di indirizzo:

- **La formazione permanente. Le proposte dell'Associazione Culturale Pediatri** (Quaderni acp 2000;2:26 - Medico&Bambino 2000;3:177-82);

- **Obiettivi formativi di interesse nazionale: la proposta dell'Associazione Culturale Pediatri** (2004) - <https://www.acp.it/2013/04/obiettivi-formativi-di-interesse-nazionale-la-proposta-dellassociazione-culturale-pediatri-3063.html>;

- **il Documento di indirizzo** (2005) - <https://www.acp.it/wp-content/uploads/docindirizzoforma.pdf> e il suo **aggiornamento** (2006) - https://www.acp.it/wp-content/uploads/Formazione_ACP_2006.pdf;

- **Formare per competenze: la FAD di Quaderni acp** (Formazione a distanza ravvicinata. L'esperienza di ACP. Forum Service Editore 2015, 13-8);

- **Revisione e innovazione nella formazione curriculare e post curricolare** (in: La salute dei bambini in Italia. Dove va la pediatria? Il punto di vista e le proposte dell'ACP. Giugno 2014. Quotidianosanità.it).

Per ribadire e perseguire il valore della competenza come "abitudine all'uso giudizioso di conoscenze, ragionamento clinico, abilità tecniche, capacità comunicative, emozioni e valori da ripensare continuamente nella pratica quotidiana per il beneficio dell'individuo e della comunità di cui ci si occupa" (Consorti F. Dai contenuti alle competenze. Recenti Progr Med 2015;106:69-71). Per riproporre e mantenere vivo il dibattito sulla qualità della formazione e sulle sue ricadute nella pratica professionale. Per sottolineare, accanto a quello della Formazione, il ruolo della Ricerca, quella "vera", metodologicamente appropriata, partecipata, indipendente, qualificante per la pediatria delle cure primarie e significativa per la produzione di dati raccolti sul campo e, come tali, di riferimento per lo sviluppo di strategie efficaci di prevenzione e di intervento per la salute dei bambini. La partecipazione attiva a progetti di ricerca così concepiti e condotti continua a essere uno strumento formativo potente, che obbliga a riflettere su ciò che si fa e a rendersi disponibili a un controllo esterno e a un confronto fra pari.

Newsletter ACP, Scenari Clinici, Formazione a distanza di Quaderni acp, Formazione alla comunicazione – relazione, Ricerca sul campo sono i percorsi formativi in atto in ambito ACP, illustrati in questo documento e sostenuti dal **gruppo di lavoro dedicato**, che ha stilato questo documento e che può anche offrire e costruire con i singoli gruppi locali pacchetti formativi specifici per ciascuna delle tipologie illustrate.

Il contributo conclusivo è un invito a collocare strumenti ed esperienze proposte nella cornice EBM, *quella "vera", quella che, "esercitata con umiltà, entusiasmo, ci avvicina alla verità (pur con*

la consapevolezza della sua mutabilità) attraverso la ricerca delle fonti, la lettura critica in profondità degli articoli, il ritorno ai pazienti con le decisioni che li riguardano". Oltre a sottolineare e a ricordarci l'inscindibilità del rapporto "tra una buona formazione, una buona ricerca e una buona pratica, in una sorta di circolo nel quale ognuna delle tre può promuovere e sostenere le altre due, e tutte sembrano fortemente compenstrate tra loro".

Un impegno e una sfida che vogliamo continuare a perseguire.

Federica Zanetto - Presidente ACP

Cosa è cambiato nella Formazione Medica dalla nascita della ECM in Italia

Laura Reali

Il Programma sperimentale ECM, avviato nel 2001, è passato a regime con l'accordo Stato-Regioni del 2007, ratificando l'ECM come strumento governativo per migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali del personale sanitario. Con la Finanziaria del 2008, la gestione dell'ECM è poi passata all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.na.s), con il progressivo accreditamento dei provider nel triennio 2008-2010. Durante la fase sperimentale si era aperto un dibattito di una qualche consistenza sui contenuti della formazione in medicina, in particolare su alcuni temi rilevanti come, per esempio, il rischio dell'ampliamento di una offerta formativa non sempre di qualità; il rischio di una offerta formativa regionale non omogenea su tutto il territorio nazionale; l'opportunità di sperimentare didattiche innovative come la formazione sul campo o l'e-learning; l'eticità della sponsorizzazione di attività formative ECM da parte di privati più o meno commerciali. Successivamente i provider sono stati gradualmente accreditati, la sponsorizzazione normata e l'ECM è diventata routine, mentre il dibattito sulla qualità della formazione e sulle sue ricadute nella pratica professionale si è presto spento.

L'Accordo sul Documento sulla Formazione Continua nel settore Salute, del Febbraio 2017 [1], nato dal lavoro di collaborazione tra Commissione nazionale per la formazione continua e tutti gli attori del sistema, ha ricomposto in 98 articoli tutte le preesistenti regole in materia, con l'obiettivo di elevare il livello di qualità della formazione erogata e di migliorare le performance del servizio sanitario: una summa di norme procedurali, un riassetto generale del "contenitore" ECM. In sintesi, dopo venti anni dalla introduzione del sistema di Educazione Continua in Medicina in Italia siamo arrivati a un fatto positivo: ormai la formazione continua in medicina è un obbligo riconosciuto e organizzato, che nessuna organizzazione sanitaria si sogna di eludere.

Una formazione di massa però non deve perdere di vista la qualità: il rischio è di ridurre il livello medio dei processi formativi e di arrivare alla omologazione e alla standardizzazione, più tipica della logica didatticistica che della pedagogia [2].

Nella ECM odierna la valutazione della qualità dei contenuti, degli outcome e delle performance resta alla discrezione dei provider accreditati. Il portfolio personale e il core-curriculum delle competenze sono concetti nuovi e ancora poco diffusi e utilizzati, la formazione basata sulle competenze inizia appena a diffondersi, ma resta poco applicata, soprattutto nelle cure primarie.

Riteniamo che oggi il dibattito sulla qualità della formazione e sulle sue ricadute nella pratica professionale dovrebbe riprendere soprattutto nelle cure primarie, con enfasi sulla progettazione educativa e, soprattutto, sui processi formativi, prima, durante e dopo il loro svolgimento. La domanda non è più soltanto “qual è l’approccio didattico più efficace da utilizzare?”, ma “quale medico vogliamo formare?”, “con quali competenze?”, “in quale contesto?”, “perché?” [3].

La risposta a nostro avviso sta nella realizzazione di una formazione per competenze per tutti gli operatori sanitari, intendendo sinteticamente come competenza la capacità di saper usare un insieme strutturato di conoscenze, abilità pratiche e attitudini in uno specifico contesto professionale [4].

1. La formazione continua nel settore salute.

2. Bertolini G. Per un medico nuovo: saper collaborare, saper apprendere, saper sapere. *Rec Prog Med* 2010;101:303-4
3. “Il professionista riflessivo” di Donald A. Schön. Dedalo Ed, 1993
4. Consorti F. Quale formazione per quale medico? *Quaderni acp* 2015;3:107

La formazione per competenze: background

Laura Reali, Michele Gangemi

La formazione medica basata sulle competenze (CBME) è nata negli Stati Uniti negli anni ‘50 del secolo scorso e ha rapidamente preso piede per la caratteristica di essere basata su outcome predefiniti e misurabili. Il suo successo nei paesi in cui è stata applicata [1,2], l’evoluzione scientifica e la globalizzazione ne hanno favorito la diffusione agli inizi del 21° secolo prima in Canada con l’introduzione del framework CanMEDS [3], poi negli USA col progetto ACGME [4].

La rivoluzione del sistema educativo in ambito sanitario che la CBME ha determinato in America è stata paragonata a quella del rapporto Flexner [5], che nel 1910 aveva già profondamente modificato l’educazione in medicina americana.

Il dibattito sulla CBME ha poi interessato tutto il resto del mondo e anche l’Europa, con un sostanziale accordo sul suo ruolo fondamentale nella formazione sanitaria del 21° secolo, proprio per l’attenzione che dedica alla relazione col paziente, al suo ambiente psico-sociale e alla collaborazione interprofessionale [6]. L’OMS nel 2013 ratifica con linee guida specifiche, accurate, realizzate col metodo GRADE, la necessità di realizzare una formazione per competenze per tutto il personale sanitario [7], con l’obiettivo di trasformare i sistemi sanitari tradizionalmente orientati verso una medicina specialistica centrata sull’ospedale e di favorire un loro maggiore impegno verso la medicina del territorio, con particolare attenzione, oltre che all’istruzione dei professionisti, anche alle competenze relazionali, alla collaboratività e alla pianificazione interdisciplinare. Le Linee Guida OMS individuano gli errori della attuale formazione del medico: esclusivamente nel setting ospedaliero, con prevalente orientamento alle cure specialistiche, all’approccio bio-medico, all’applicazione di competenze tecniche, senza valutare il contesto di vita del paziente. Scarse o nulle le competenze nel lavoro di gruppo, nell’approccio ai problemi e alla continuità assistenziale. Debole o nulla attenzione alla leadership del professionista.

Le **nuove competenze** che il medico dovrebbe avere sono: pri-

vilegiare un approccio bio-psico-sociale, in un team multi-professionale e inter-professionale, per la continuità di cura e di assistenza; promuovere la leadership del medico, per guidare e facilitare il cambiamento, per esempio, in attività professionali quali il lavoro in team.

Le competenze inoltre dovrebbero essere in linea con il contesto ambientale del paziente, con i suoi valori culturali e con i possibili stigmi che i nuovi bisogni comportano.

La World Confederation for Medical Education (WFME) nel 2015 acquisisce e riconosce il ruolo della formazione per competenze anche nella formazione post laurea e per tutta la vita professionale del medico, definendo gli standard professionali necessari [8].

Tutto questo dibattito sulla CBME ha avuto un seguito in Italia, anche in considerazione del fatto che secondo il rapporto OCSE 2015 sulla qualità dell’assistenza sanitaria [9] l’Italia deve migliorare gli standard nella formazione medica che, pur essendo di buon livello, si focalizzano principalmente sulla conoscenza medica e scientifica, piuttosto che sulle competenze pratiche necessarie; è richiesta solo una certificazione, non ripetuta nel tempo e il sistema ECM non prevede alcuna associazione con la qualità degli outcome o le performance dei providers. L’occasione del “Riordino delle scuole di specializzazione di area sanitaria” [10], con la riorganizzazione delle classi e tipologie di corsi di specializzazione medica, ha rappresentato in Italia una forte spinta alla riflessione sul modello di formazione dei medici, anche se riflessione e interventi spesso non sono stati basati su argomenti pedagogici e su una visione chiara e condivisa di quale medico si volesse formare, soprattutto nel settore delle cure primarie, con la particolare necessaria attenzione ai cambiamenti in atto nella nostra società (cronicità, dolore, migrazioni) [11,12]. Sarebbe invece molto importante avviare anche in Italia un’iniziativa di definizione formale dell’esito atteso della formazione. Incentrare la didattica e la valutazione non sul “conoscere” i contenuti ma sul “saperli usare in un contesto professionale”, che è la molla per qualsiasi evoluzione efficace del sistema formativo nei corsi di laurea, nelle specializzazioni, ma anche nell’educazione continua “all along life” [13].

In questo contesto, ACP, per la sua storia, per la sua produzione in materia di formazione e per le sue collaborazioni scientifiche, ritiene di poter esprimere il suo punto di vista in materia di Formazione Continua per competenze in particolare nelle Cure Primarie Pediatriche, anche in vista della realizzazione di uno standard Europeo per la formazione, per la sua valutazione e per il miglioramento della qualità dell’assistenza pediatrica [14].

In tale consapevolezza ACP, in quanto membro della ECPCP (European Confederation of Primary Care Pediatricians www.ecpcp.eu), ha anche collaborato alla redazione del Core curriculum delle competenze del Pediatra Europeo delle cure primarie, su richiesta del GPEC (Global Pediatric Education Consortium)[15,16].

1. Kulik CL, Kulik JA, Bangert-Drowns RL. Effectiveness of mastery learning programs: a meta-analysis. *Rev Educ Res* 1990;60:265-99
2. Frank JR, Mungroo R, Ahmad Y et al. Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions. *Med Teach* 2010;32:631-7
3. Frank JR. The CanMEDS 2005 physician competency framework: Better standards, better physicians, better care. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2005
4. Swing SR. The ACGME outcome project: retrospective and prospecti-

ve. Med Teach 2007;29:648-54

5. Flexner Abraham (1910), Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching (PDF), Bulletin No. 4., New York City: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, p. 346, OCLC 9795002)

6. Bhutta ZA, Chen L, Cohen J et al. Education of health professionals for the 21st century: a global independent Commission. Lancet. 2010;375:1137-8.

7. Transforming and scaling up health professionals' education and training: WHO Education Guidelines 2013

http://www.who.int/hrh/resources/transf_scaling_hpet/en/

8. Postgraduate Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement, 2015 Revision

<https://wfme.org/download/wfme-global-standards-for-quality-improvement-pgme-2015/>

9. Rapporto OCSE sulla qualità dell'assistenza sanitaria: Italia migliorare gli standard. Cp.3 Colombo F. Head OECD Health Division 15 January 2015

https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/studi-dell-ocse-sulla-qualita-dell-assistenza-sanitaria-italia-2014_9789264268128-it#page1

10. Riordino delle scuole di specializzazione di area sanitaria. Decreto interministeriale del 4 febbraio 2015 n. 68, G.U.R.I. n. 126 del 3.6.2015

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/06/03/15A04227/sg>

11. Rapporto FNOMCEO. Professione medica nel terzo millennio. Quale modello formativo

https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2017/11/La_Professione_2-2015.pdf. Appendice 1

12. La formazione continua post Laurea. Una risorsa per La sanità.

<https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2018/10/La-Professione-3.2017.pdf>

13. Consorti F. Quale formazione per quale medico? Quaderni acp 2015;3:107

14. Reali L. La salute dei bambini in Italia. Dove va la pediatria? Il punto di vista e le proposte dell'ACP. Commento alla Formazione. Pagine Elettroniche di Quaderni acp 2017;6:d.2 pag. 1 di 2

15. Fehr F, Weiß-Becker C, Becker H, Opladen T. Entrustable professional activities in post-licensure training in primary care pediatrics: Necessity, development and implementation of a competency-based post-graduate curriculum. GMS J Med Educ. 2017;5:Doc67

16. ECPCP Curriculum in Primary Care Pediatrics

https://www.ecpcp.eu/fileadmin/pdf_doc_ppt/Curriculum_in_Primary_Care_Paediatrics_4.12.2014.pdf

Newsletter Pediatrica ACP 2019

Costantino Panza

Che cosa è

La Newsletter pediatrica ACP (NP) è uno strumento di formazione e di aggiornamento professionale per il professionista della salute. La NP consiste in un una scheda commentata che valuta criticamente uno studio primario, uno studio secondario o una linea guida sottolineando la validità interna ed esterna dello studio in oggetto. La scheda è completata da una breve bibliografia commentata sull'argomento oggetto dello studio. La compilazione della NP è eseguita collegialmente da un gruppo di lettura di pediatri che si incontra periodicamente per leggere e commentare criticamente, secondo lo stile della medicina basata sulle prove di efficacia (EBM), articoli di recente pubblicazione sulle riviste internazionali di area pediatrica o generalista.

La storia

L'esperienza della NP ACP parte nel febbraio 2014 con una con-

venzione tra l'Associazione Culturale Pediatri e il Centro per la Salute del Bambino (CSB). Il primo gruppo attivo nel monitoraggio della letteratura scientifica e nella lettura critica degli studi selezionati è stato quello di Trieste, affiancato successivamente da gruppi di lettura sorti a Milano, Verona, Vicenza dopo un breve periodo di formazione dedicata. Dal febbraio 2005 ha partecipato a questa iniziativa di anche il Servizio di Epidemiologia e Biostatistica dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste che si impegnava a riordinare le schede prodotte dai gruppi di lettura e pubblicarle in un bollettino inviato periodicamente a cura del CSB tramite una mailing list ai soci ACP che ne facevano richiesta. Successivamente hanno aderito all' iniziativa i gruppi di lettura di Venezia e Asolo/Bassano. Dal 2009 la scheda di presentazione, descrizione e commento critico dello studio è stata strutturata dal Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell' Assistenza Sanitaria (CeVEAS), il Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva (SaPeRiDoc) e l'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, secondo un modello già sviluppato per la Newsletter Perinatale. Nel 2012 si è svolto un percorso di formazione ACP sulla epidemiologia, la pratica di lettura critica secondo la EBM, la ricerca delle evidenze sulle banche dati scientifiche che ha coinvolto i gruppi di lettura attivi a Milano, Vicenza, Verona e Asolo/Bassano e i formatori Roberto Buzzetti e Luca Ronfani. Da quello stesso anno la Newsletter Pediatrica ACP è stata pubblicata a cura di Quaderni ACP in un sito web accessibile dalla homepage di Quaderni ACP o dal sito dell'associazione, a cadenza quadrimestrale. Nell'occasione si è costituita una piccola redazione costituita da partecipanti ai diversi gruppi di lettura con il compito di controllare ed editare le schede pervenute dai gruppi prima della pubblicazione. Dall'ottobre 2015 la Newsletter Pediatrica ACP viene pubblicata come rubrica fissa nelle Pagine elettroniche di Quaderni ACP.

Nella primavera del 2016 un progetto formativo regionale ("Salute perinatale e pediatrica: ricerca, valutazione critica, diffusione delle informazioni disponibili in Internet") realizzato da ACP e Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e riproduttiva (SaPeRiDoc) ha permesso la formazione di 20 soci dei gruppi ACP della regione Emilia-Romagna. Questo evento formativo ha promosso la costituzione di gruppi di lettura emiliano-romagnoli (Parma, Modena, Ferrara, Forlì-Cesena, Ravenna e Rimini) che hanno aderito all'impegno a compilare le schede della NP. Dal 2014 ogni anno la redazione della Newsletter pediatrica organizza una giornata di approfondimento sull'epidemiologia sanitaria e su contenuti EBM utili nella valutazione critica della letteratura (formatori Roberto Bozzetti, Luca Ronfani e Simona Di Mario).

Il Presente

Attualmente sono attivi 11 gruppi di lettura (Milano, Verona, Asolo/Bassano, Reggio Emilia, Ferrara, Modena, Parma, Cesena/Forlì, Venezia, Roma, Vicenza) che, insieme al il gruppo ACP "Pediatri per un Mondo Possibile" (PUMP), pubblicano le schede NP nelle Pagine elettroniche di Quaderni ACP. Nei gruppi sono presenti diverse figure professionali (pediatri di famiglia, pediatri in formazione e pediatri ospedalieri) con un progetto formativo annuale riconosciuto all'interno del percorso ECM nazionale. Dopo lo studio e il confronto tra pari secondo i dettami della formazione interattiva sul campo propria di un journal club, i gruppi di lettura inviano le schede della NP a una redazione che ne controlla la correttezza prima della pubblicazione nelle Pagine elettroniche di Quaderni acp. La redazione invia infine al

gruppo un feedback sulla scheda segnalando le eventuali modificazioni intervenute in corso di editing.

Accanto a quelli tratti dalle riviste da sempre monitorate - The Lancet, British Medical Journal (BMJ), Journal of American Medical Association (JAMA), New England Journal of Medicine (NEJM), Archives of Diseases in Childhood (ADC), Pediatrics, Journal of Pediatrics, JAMA Pediatrics, BMC Pediatrics, BMJ Updates, Cochrane Database of Systematic Reviews - alcuni gruppi di lettura hanno successivamente selezionato studi provenienti da riviste specialistiche, quali The Annals of Family Medicine, International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, Gastroenterology, Clinical nutrition, Development and Psychopathology, Journal of Child and Family Studies, Scientific Reports. Questo ampliamento nel monitoraggio dei trial e delle ricerche pubblicate nella letteratura scientifica internazionale è un indicatore significativo di diversi cambiamenti avvenuti negli ultimi anni. Se da una parte siamo in presenza di una modificazione che sta avvenendo nel mondo delle pubblicazioni scientifiche, che ha visto il comparire di numerose nuove testate negli ultimi anni, dall'altra alcuni gruppi di lettura si sono posti l'obiettivo di monitorare un argomento invece di una rivista, controllando quindi le banche dati e non le singole testate ("Un gruppo, un indice" era il motto dei gruppi di lettura nei primi anni di attività della NP). Non ultimo, le modificazioni che avvengono nell'assistenza pediatrica hanno richiesto l'esplorazione di riviste una volta considerate ultraspecialistiche, oggi fonti di informazione pediatrica necessaria per la formazione del medico alle prese con nuove conoscenze e nuovi bisogni (es. salute mentale, sostegno alla genitorialità).

Le schede della newsletter pediatrica, pur rimanendo sostanzialmente immutate da quelle già definite dal CeVEAS insieme a SaPeRiDoc e l'IRCCS, hanno subito alcune modificazioni con l'aggiunta di una puntualizzazione sul conflitto di interesse; sono anche state approntate schede sulla serie di casi, sugli studi diagnostici e sulle linee guida. Nelle schede NP sono spesso presenti approfondimenti tramite Box o Glossari, accanto a un riassunto della scheda in italiano e inglese.

Il percorso di formazione/aggiornamento che ha caratterizzato e continua a caratterizzare la NP ACP ha avuto un'ulteriore tappa significativa a maggio 2019 con l'evento "I gruppi di lettura ACP: dai problemi alle soluzioni condivise". Nel corso di due giornate alcuni partecipanti dei gruppi di lettura ACP hanno fatto un punto sull'esperienza NP ACP, con una riflessione condivisa sulle criticità incontrate, sulle dinamiche di gruppo e sulle modalità di apprendimento in età adulta: una formazione sui processi e sul 'saper essere' oltre che sul 'saper' e sul 'saper fare', resasi necessaria per sostenere e mantenere vivo e vitale ogni singolo gruppo. Sono stati offerti ai partecipanti gli strumenti per leggere e gestire le dinamiche che si realizzano all'interno di un gruppo e per conoscere le strategie che possono farlo funzionare meglio e durare nel tempo. L'iniziativa, periodicamente ripetibile, offre anche uno spazio per ascoltarsi e confrontare i diversi percorsi, condividendo difficoltà comuni e ipotizzando nuove soluzioni.

Il Futuro

La costituzione di un Journal Club con lo scopo di qualificare la formazione del professionista è facilitata dall'offerta di un obiettivo concreto: la produzione delle schede NP e ausiliari formativi disponibili all'interno dell'ACP. E' dunque necessario continuare con incontri formativi nazionali o regionali a cadenza annuale o semestrale, invitando non solo i partecipanti ai gruppi di lettura

già attivi, ma anche i pediatri intenzionati a creare un journal club nella propria realtà lavorativa.

La diffusione di questo particolare tipo di conoscenza tramite una rivista pediatrica indicizzata è utile quindi anche per un pediatra che, pur non partecipando alle attività dei gruppi di lettura, desidera essere aggiornato in modo critico sulle più importanti e recenti ricerche cliniche in ambito pediatrico. Per diffondere le Pagine elettroniche ACP anche all'interno di banche dati scientifiche, è in corso il processo di accreditamento alla banca dati Scopus.

Scenari Clinici

Maria Francesca Siracusano

Non tutto ciò che può essere contato conta, e non tutto ciò che conta può essere contato. (Albert Einstein)

Gli scenari clinici utilizzano una metodologia di risoluzione del problema clinico che fa sì che il medico, sperimentando l'insufficienza delle sue informazioni cliniche (background) sulla patologia che il paziente presenta, attui una revisione delle sue conoscenze già acquisite e metta in atto una forma di "autoapprendimento" in cui diventare da "consciously incompetent" a "consciously competent" [1]. Con la metodologia degli scenari, il medico è in grado di trasformare il problema clinico in un quesito strutturato, grazie al quale reperire e analizzare le migliori evidenze possibili, valutarle criticamente e adattare al paziente, che è il fulcro di questo processo. Il paziente (quel paziente) richiede al medico l'aggiornamento necessario per risolvere il problema che gli ha presentato nel corso della pratica clinica quotidiana.

ACP e gli scenari

L'Associazione Culturale Pediatri (ACP) ha avviato questo modello di aggiornamento permanente dal 2002 sia con la rubrica "Leggere e fare" di Quaderni acp in cui Salvo Fedele, con il suo articolo "Scenari clinici, la consultazione di un esperto competente: la letteratura" [2], dà inizio alla formazione dei lettori, sia con i corsi di formazione, come racconta anche Roberto Buzzetti nel suo editoriale dedicato a David Sackett [3].

La serie di articoli pubblicata dai numeri 1 [2] e 2 del 2002 [4] da Salvo Fedele parte dalla necessità di porsi correttamente le domande davanti al quesito clinico e illustra la metodologia utilizzata per risolvere la domanda: trasformare il problema in domanda per i database di ricerca bibliografica, approfondire il background di conoscenze, consultare la letteratura esistente scegliendo quella di maggiore affidabilità, analizzare gli articoli scelti e restituire al paziente le conoscenze acquisite [2]. La metodologia illustrata viene esplicitata con gli scenari usati come esempi e un glossario dei termini fornisce le conoscenze EBM di base [2].

Nel 2005 l'ACP organizza e finanzia un corso di formazione residenziale dal titolo "La risoluzione di scenari clinici con il supporto della EBM come strumento di formazione continua per il pediatra" a Bologna, da settembre 2005 a maggio 2006, volto a formare al nuovo approccio metodologico un gruppo di pediatri provenienti da tutti i gruppi locali ACP. Altri corsi vengono organizzati da alcuni gruppi locali e si avvia anche la collaborazione con alcune scuole di specializzazione disegnando una forma-

zione comune tra pediatri di famiglia e specializzandi. Gli Scenari vengono pubblicati su Quaderni acp. Gli argomenti trattati consentono di dedurre quali sono i problemi clinici e i pazienti di fronte ai quali il pediatra sperimenta di essere “consciously incompetent”, e come questi problemi clinici pongono nel tempo di fronte a quesiti profondamente diversi rispetto ai bisogni formativi dei pediatri.

Possiamo dire che è tutto fatto? Per dirla con Sherlock Holmes, le risposte sono facili, difficile è farsi le domande giuste.

Lo sforzo culturale e organizzativo investito sugli scenari non ha sortito i risultati che ci si era prefissati e questo merita alcune considerazioni.

Prima considerazione. *“Ogni giorno il pediatra affronta una mole notevole di domande reali che provengono dai suoi pazienti sotto forma di enigmi clinici o di quesiti ragionevoli: il dubbio scientifico è (o dovrebbe essere) l'elemento fondamentale della nostra professione. In realtà così non è. Più di un articolo ha sottolineato bene uno dei problemi fondamentali che derivano dalla nostra “sicurezza di massa”: l'incapacità di farsi domande.”* [2]. Già nel primo articolo Salvo Fedele ha evidenziato nel porsi le domande la difficoltà a trasformare il percorso metodologico degli scenari in una pratica clinica quotidiana di lavoro. Quindi la prima competenza da sviluppare è saper porre le domande cliniche in modo corretto al fine di poter ottenere la migliore risposta in base ai dati della ricerca.

La seconda considerazione evidenzia un altro limite alla diffusione di questa metodologia. Quando il medico ha davanti un paziente, e affronta il problema clinico che quel paziente gli pone, utilizza un processo intuitivo basato per lo più sulle conoscenze acquisite durante le fasi di formazione (che dovrebbero quindi essere continue e appropriate) e sull'esperienza dei tanti casi simili visti durante il tempo, i cui segni e sintomi il medico riporta al paziente che al momento sta esaminando. Se i segni e i sintomi sono simili, il medico giunge alla sua decisione clinica rapidamente e senza commettere molti errori; ma se il paziente pone uno scenario clinico nuovo, il medico non può utilizzare il sistema intuitivo per prendere le proprie decisioni e deve riconoscere la propria dissonanza cognitiva, ossia il sapere di non sapere. Per potere affrontare la soluzione del quesito (nuova terapia, nuovi test di conferma diagnostica, ecc) deve ricercare in modo consapevole e razionale le informazioni utili per affrontare il caso clinico. Le nostre esigenze di sapere possono andare da piccole questioni cliniche fino ad arrivare a considerare aspetti complessi di una patologia. La ricerca di queste conoscenze è nelle prove di efficacia derivate dalla ricerca scientifica svolta secondo l'EBM. Questo approccio richiede una formazione.

La terza considerazione è che i pediatri hanno avuto un approccio alla metodologia degli scenari soprattutto come modello di formazione e di apprendimento, più che come processo di decisione clinica. Lo scenario clinico non è un semplice percorso formativo del sapere, ma un atto educativo del medico rivolto al cambiamento dell'approccio clinico che possa offrire al paziente il miglior percorso terapeutico secondo le prove EBM.

Una quarta considerazione è legata alla modalità di apprendimento attivo e al processo cognitivo di auto-efficacia. Il medico in questo approccio di formazione non è considerato il contenitore nel quale inserire la conoscenza. Non è presente alcun do-

cente che trasmette il sapere clinico in modo passivo, anche se il docente ha la funzione di facilitare l'apprendimento della *Critical appraisal*. È in realtà la disponibilità del medico ad approfondire e confrontare la propria pratica clinica con le nuove conoscenze al fine di modificare il proprio operato che sostiene il percorso di studio e migliora al contempo l'autostima e la convinzione di essere capaci di rispondere agli scenari sempre mutevoli che il lavoro clinico propone.

Ultima considerazione è che il medico si trova a confrontarsi con una ingente produzione di letteratura scientifica. A fronte di questa quasi infinita mole di dati, sono poche le informazioni corrette secondo l'EBM e utili per la soluzione del quesito clinico. Oggi al medico è richiesta la competenza di navigare tra le banche dati scientifiche e saper selezionare le informazioni rilevanti, così come la soluzione di uno scenario clinico presuppone. Questa necessità è ancor più viva oggi in quanto il medico nel suo corso di studi accademico non ha imparato a consultare la letteratura di qualità di sintesi delle evidenze prodotta nei vent'anni che sono seguiti al movimento dell'EBM (Cochrane Library, National Institute of Clinical Evidence, o, nel caso della nostra associazione, la newsletter prodotta dai gruppi di lettura ACP).

Gli scenari clinici hanno un futuro?

Abbiamo analizzato nei paragrafi precedenti le motivazioni che hanno determinato che l'attuazione di questo cambiamento culturale non è un obiettivo pienamente raggiunto.

Si può pensare che bisogna investire in formazione. Non è solo importante rinforzare il percorso della ricerca delle evidenze più affidabili, ma imparare anche a domandare alla letteratura se i percorsi diagnostici, le terapie, sono effettivamente in grado di modificare positivamente la qualità di vita e la malattia di quel paziente. Quindi sapere svolgere correttamente una ricerca bibliografica, ma soprattutto saper leggere criticamente i dati forniti da uno studio clinico riferendoli al proprio paziente. Possiamo ripensare a modalità formative più adeguate al modo in cui oggi si aggiornano i medici, utilizzando i percorsi di formazione e gli strumenti che l'ACP può fornire.

“The technique by which we make good decisions and produce good work is a nuanced and interwoven mental process involving bits of emotion, observation, intuition, and critical reasoning. The emotion and intuition are the easy, “automatic” parts, the observation and critical reasoning skills the more difficult, acquired parts. The essential background to all this is a solid base of knowledge. The broader the base, the more likely one is to have thought through and mastered difficult concepts, models and ways of interpreting the world” [5].

1. MeReC Bulletin Vol 22 No 1: Making decision better – Care Right Now

2. Fedele S. Scenari clinici, la consultazione di un esperto competente. Quaderni acp 2022;1:40-51

3. Buzzetti R. David Sackett. Quaderni acp 2015;5:213

4. Fedele S. A scuola di semplicità: una polemica “inglese”. Quaderni acp 2002;2:40-9

5. LeGault M. Think!: Why crucial decisions can't be made in the blink of an eye. Threshold Editions. New York.2006

Formazione a distanza

Michele Gangemi, Laura Reali

La FAD (Formazione a Distanza), che oggi sarebbe più corretto chiamare e-learning, anche se introdotta relativamente di recente nel sistema di Educazione Continua in Medicina, ha preso rapidamente piede nel mondo perché rappresenta l'approccio educativo più facilmente accessibile, a basso costo, con ridotta dipendenza dai confini geografici e con buon livello di qualità, per medici sempre più impegnati e pressati da richieste di cure molteplici, diverse e appropriate [1].

Inoltre l'impiego di metodologie miranti a valorizzare il saper risolvere i problemi e il saper interagire con gli altri, oltre all'utilizzo di tecnologie in grado di supportare il lavoro cooperativo e di favorire la creazione di una rete di esperti duratura nel tempo, fanno sì che l'esperienza di formazione possa non esaurirsi con la conclusione del corso, ma anche realizzarsi all'life-long [2]. In Italia e-learning per l'ECM (Educazione Continua in Medicina) è stato introdotto nel 2009.

Le prove che si tratti di una formazione di efficacia, se non uguale [3] comunque non inferiore [4] a quella residenziale, non mancano anche nell'ambito delle cure primarie, cioè per Medici di Medicina Generale (MMG) e per Pediatri di Famiglia (PDF) [5]. Soprattutto se si tratta di interventi educativi a multicomponenti, basati sul problem-solving learning e nel rispetto degli standard di qualità definiti [2].

Una recente revisione sistematica Cochrane [6], che rileva alcuni benefici dell'e-learning quali una maggiore accessibilità e flessibilità, nota che al momento non ci sono prove che questi vantaggi si traducano in maggiori conoscenze. La scelta di uno dei due approcci deve valutare sia l'efficacia relativa dei metodi (molto simile), ma anche di altre dimensioni quali accessibilità, accettabilità e costi.

I corsi blended a multicomponenti potrebbero bilanciare i benefici delle due strategie di apprendimento, anche se sono necessarie ricerche con campioni di maggiori dimensioni per poter dimostrare una qualche superiorità di un approccio rispetto all'altro. A parità di condizioni, i costi e la fattibilità potrebbero rappresentare il punto di forza dell'e-learning.

La FAD ACP su continuità Ospedale-Territorio

Considerato il mutamento epidemiologico in atto nella popolazione europea [7] e italiana [8], sempre più afflitta da patologie croniche anche in età pediatrica, il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 [9], finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema, prevedeva la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, una maggiore integrazione tra ospedale e territorio, con valorizzazione della sinergia inter-professionale e recupero della dimensione relazionale e di alleanza medico-paziente.

Da queste considerazioni di macrosistema, dalle prove scientifiche pubblicate in letteratura, dalla rilevanza che per le cure primarie ne deriva, dalla constatazione della insufficiente attenzione finora riservata alla qualità della formazione post-laurea specialmente nelle cure primarie, l'ACP ha individuato un bisogno formativo in questo ambito e ha deciso di realizzare una FAD sulla continuità ospedale-territorio.

Erogata da Quaderni acp, il percorso tratta argomenti clinici derivanti dalla pratica professionale quotidiana. Il salto di qualità sui contenuti, sui metodi e sulla capacità di conciliare questa modalità di rapido aggiornamento con una formazione di base

appropriata ha come presupposto la cura della progettazione didattica (centrata su contenuti e conoscenze da mobilitare e fare propri, per essere in grado di svolgere/trattare efficacemente compiti e situazioni complesse e quindi acquisire competenze) e della struttura dei materiali di apprendimento (definizione precisa degli obiettivi, aderenza alla letteratura, accuratezza nella stesura dei testi e delle loro sezioni di approfondimento, chiarezza e leggibilità).

Il progetto di formazione a distanza è stato reso possibile anche grazie all'accordo con un provider ECM (Accademia Nazionale di Medicina) che vanta una notevole esperienza nel campo della FAD e si avvale dell'utilizzo della piattaforma Moodle, dove gli iscritti trovano i casi clinici con le relative domande per la valutazione e un questionario per il gradimento.

I seguenti sono punti di forza della FAD di Quaderni acp:

- scelta degli argomenti in base ai bisogni formativi del target individuato (Pediatria e Medicina Generale nel territorio, Pediatria ospedaliera non superspecialistica): la costruzione di percorsi assistenziali nel contesto reale permette di vedere i problemi da vari punti di vista, compreso quello del bambino e della sua famiglia;
- pubblicazione di dossier monotematici scritti da Autori competenti e individuati non solo in ambito ACP, con revisione di contenuti e aspetti didattici da parte della redazione di Quaderni acp;
- valutazione dell'apprendimento condotta attraverso casi clinici orientati al problem solving e non risposte mnemoniche a questionari, in linea con l'intento di lavorare sulla riflessività del professionista;
- assenza di sponsor, resa possibile grazie alla quota di iscrizione dei partecipanti (peraltro contenuta per i soci ACP) e al lavoro gratuito degli Autori e di tutta la redazione di Quaderni acp;
- professionalità del provider ECM;
- raccolta del materiale FAD in e-book.

La possibilità, dopo la lettura del dossier, di risolvere casi clinici didattici [10-13] vicini alla vita del medico/pediatra delle cure primarie territoriale e ospedaliero, così da favorire un ragionamento clinico basato sul problem solving, mettendo subito in pratica le nozioni fornite dal dossier, ha avuto ottimi livelli di consenso da parte dei fruitori del progetto formativo [14].

La valutazione avviene attraverso la risoluzione dei casi e le risposte ai questionari, essendo quest'ultimo l'unico sistema finora consentito dal sistema ECM.

La FAD così progettata e messa in campo è uno degli impegni che ACP intende continuare a perseguire, a garanzia di una formazione continua di qualità e dell'acquisizione di un sapere corretto e metodologicamente appropriato. Anche come interessante occasione di confronto e condivisione fruibile in piccolo gruppo e dal pediatra in formazione.

1. Vaona A, Benzi R, Kwag KH et al. E-learning per professionisti sanitari. Quaderni acp www.quaderniacp.it 2 [2018]. Editoriale. 49

2. Gangemi M, Siani P. Formazione a distanza ravvicinata. L'esperienza di ACP. 2015 Forum Service Editore, Genova. www.forumservice.net

3. Wutoh R, et al. eLearning: a review of Internet-based continuing medical education. J Contin Educ Health Prof 2004;24:20-30,

4. Sinclair PM, Kable A, Levett-Jones T. The effectiveness of Internet-based e-learning on clinician behaviour and patient outcomes: A systematic review. Int J Nurs Stud 2016;57:70-81.

5. Cereda D et al. La formazione a distanza – e-learning – nelle cure pri-

marie: revisione sistematica e meta analisi in: Società Italiana di Igiene (SITI), Atti della XII Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica, 2011.

6. Vaona A, Benzi R, Kwag KH et al. E-learning for health professionals. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;1:CD011736;

7. Wolfe I et al. Health services for children in western Europe. *Lancet* 2013;381:1224-34.

8. Istat. Italia in cifre: edizione 2014. <http://www.istat.it/it/archivio/133297> il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016

9. Ministero della Salute, Patto per la Salute per gli anni 2014-2016. http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&p=dalministero&id=1654

10. Jenicek M. Casi clinici ed evidence-based medicine. Il Pensiero Scientifico Editore, 2001.

11. Godlee F. Applying research evidence to individual patient. Evidence based case reports will help. *BMJ* 1998;316:1621-2.

12. Bignall J. Three years of case reports. *Lancet* 1998;352:1570.

13. Bignall J, Horton R. Learning from stories: The Lancet's Case reports. *Lancet* 1995;346:1246.

14. Gangemi M. La FAd di Quaderni acp: quale ricaduta? *Quaderni acp* 2017;2:52

15. Schön DA. Il Professionista riflessivo: per una nuova epistemologia della pratica professionale. Dedalo, 1993

Formazione alla comunicazione - relazione

Michele Gangemi, Patrizia Elli, Claudio Mangialavori

Background

Nel 1992 si è costituito in ACP un gruppo di coordinamento per la formazione psicologica in pediatria ambulatoriale. Ne facevano parte i gruppi di Cesena, Firenze, Padova, Torino e Verona. Sempre nello stesso periodo si sono tenuti due workshop (Firenze 11/5/91 e Praglia (PD) 19/9/92) dedicati al confronto di queste esperienze. Nelle giornate Mediche Cesenati, svoltesi a Cesena il 19/11/94, sono stati presentati i risultati di una indagine atta a rilevare i bisogni di formazione in ambito relazionale da parte dei pediatri di famiglia veneti (158 risposte su 472 invii pari al 33,5%). I risultati, esposti in un articolo pubblicato su *Medico e Bambino* nella rubrica *Oltre lo Specchio* (MeB 1995;3:43-8), evidenziavano che i pediatri ambulatoriali mostravano idee confuse sulla propria formazione e sulle problematiche psicorelazionali nella loro attività. La formazione nei gruppi coinvolti si basava allora sulla metodologia dei gruppi Balint con possibili modifiche rispetto alla struttura originale.

Vi è stato poi un interesse diffuso alla formazione al counselling in ottica sistemica in collaborazione con l'Istituto Change di Torino che ha portato numerose Aziende Sanitarie e gruppi ACP alla richiesta di corsi di sensibilizzazione o di formazione al counselling sistemico. Dal 2003 al 2007 sono stati realizzati corsi ai Pediatri di famiglia di Marche, Emilia-Romagna, Piemonte, Puglia e Sicilia. La diffusione delle tecniche comunicative-relazionali in ottica sistemica ha visto un fiorire di applicazioni della medesima in diversi contesti come quello del sostegno all'allattamento, dell'educazione sanitaria, del sostegno alla genitorialità. Il counselling sistemico è stato usato anche come modalità nuova di didattica, con l'introduzione di lezioni non più frontali ma condotte in ottica sistemica e circolare.

ACP ha anche dato spazio alla medicina narrativa. Nel 2004 la rivista *Quaderni acp* accoglie una rubrica dedicata ("Medicina narrativa") che ospita sino al 2006 il racconto di casi clinici frutto di registrazione di colloqui ambulatoriali: la storia del medico riferita alle prove di efficacia e quella narrata del bambino e della

sua famiglia. L'esperienza è raccolta nel libro "Narrazione e prove di efficacia. Come integrare evidence-based medicine e medicina narrativa nella pratica clinica", pubblicato nel 2006 da Pensiero Scientifico. Nel 2011 il percorso continua su *Quaderni acp* con la rubrica "Narrative e dintorni" che ospita storie di malattia, commentate, e contributi di *Medical Humanities*.

Tutta questa formazione ha avuto come target in prevalenza il pediatra di famiglia, pur con qualche eccezione.

Riflessioni e criticità

L'analisi dell'intensa e diffusa attività formativa svoltasi in ACP dal 2003, rivolta prevalentemente ai pediatri sulla comunicazione-relazione in ottica sistemica in ambito professionale, evidenzia alcuni punti critici:

- si è trattato sempre di formazione volta non a medici in formazione, ma in attività da molti anni con frequenti, molteplici resistenze al cambiamento e quindi poco motivati ad apprendere e a trasferire nella pratica quanto sperimentato nei corsi;
- il tempo di formazione, che mediamente era di due giornate per corso, proprio per i motivi su esposti, non è stato sufficiente per permettere una acquisizione stabile di comportamenti comunicativi efficaci;

- sebbene le lezioni fossero condotte in modo molto interattivo e con tecniche che prevedevano simulazioni con la messa in gioco di emozioni, tuttavia sono state troppo limitate nel tempo;

- in nessun caso è stato possibile prevedere e organizzare momenti successivi al corso in cui verificare con i discenti quanto appreso e quanto trasferito nella propria realtà lavorativa. Questi momenti avrebbero anche permesso ai discenti di esporre i propri dubbi e le proprie difficoltà analizzando contesti più personalizzati;

- non a caso al termine dei corsi erano spesso richiesti successivi momenti di integrazione e perfezionamento.

Questi potrebbero essere i motivi per cui di fatto culturalmente poco appare cambiato nella pratica. Si assiste peraltro a una ripresa dell'interesse a quanto avviene nella relazione medico-paziente sia a livello individuale che di società civile con il proliferare di documenti che sottolineano la necessità di una maggiore umanizzazione nel rapporto di cura.

Proposte formative

Per poter formulare delle proposte occorre partire dai bisogni formativi ma soprattutto da una definizione dell'obiettivo della formazione: che caratteristiche si vuole abbia il futuro medico e, in particolare, il futuro pediatra?

Dovrà essere un professionista della salute con una buona competenza teorica e tecnica ma deve anche essere una persona in grado di entrare facilmente in relazione con il paziente, in grado di vedere la persona malata oltre la malattia. Deve capire le possibili implicazioni che la malattia ha per quella particolare persona/bambino e metterle in relazione con il contesto familiare, sociale e culturale di appartenenza. Oltre a riconoscere le emozioni del paziente, deve riconoscere e modulare le proprie emozioni davanti alla malattia, sofferenza, dolore, morte.

Nella storia dell'Ordinamento didattico del Corso di Laurea in Medicina e chirurgia, a partire dal 1986 troviamo già riferimenti all'importanza della comunicazione "Lo studente in medicina deve (...) essere in grado di comunicare con chiarezza e umanità con paziente e familiari (...) saper rispettare gli aspetti etici della medicina". Nel 1996 si specifica che "la formazione deve caratterizzarsi per un approccio olistico ai problemi della persona sana o

malata anche in relazione all'ambiente fisico e sociale che la circonda ... Lo studente deve inoltre acquisire la capacità (...) di collaborare con le diverse figure professionali nelle attività sanitarie di gruppo".

Nel decreto del 2000 e anche del 2015 (Riordino delle scuole di specializzazione di area sanitaria. Decreto interministeriale del 4 febbraio 2015 n. 68, G.U.R.I. n. 126 del 3.6.2015:

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/06/03/15A04227/sg>)

la dimensione relazionale del rapporto medico-paziente è ancora più enfatizzata: *"un percorso formativo caratterizzato da un approccio olistico ai problemi di salute ... dedicando una particolare attenzione agli aspetti relazionali, educativi, sociali ed etici"*. Nel core curriculum vengono definite nello specifico tutte le competenze comunicative-relazionali che lo studente deve aver acquisito al termine del percorso universitario.

Nonostante tutte queste indicazioni a tutt'oggi solo poche realtà universitarie hanno applicato quanto indicato e, spesso, in modo frammentario ed episodico.

Occorre differenziare la formazione nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, nella specialità in pediatria e la formazione post-laurea.

La formazione alla comunicazione-relazione deve essere distribuita nei sei anni di formazione del futuro medico, prevedendo un'alternanza di lezioni frontali che affrontino le tematiche del dolore, della malattia, della morte affrontate dai vari punti di vista: psicologico, antropologico, filosofico, etico, comunicativo. Trattandosi di argomenti che suscitano potenti emozioni, la parte teorica non può dissociarsi da una fase interattiva di lavoro in piccoli gruppi che permetta una analisi e un contenimento delle emozioni oltre a una loro contestualizzazione nel lavoro del medico.

Per superare la dicotomia tra clinica e cura dell'aspetto comunicativo relazionale bisognerebbe prevedere un insegnamento congiunto di entrambi e, in particolare, le esercitazioni e la discussione dei casi clinici non solo nelle loro dimensioni biologiche ma come storia di una esperienza di malattia. Solo in questo modo la comunicazione mantiene tutta l'importanza e il peso che ha nella relazione con il paziente e può andare oltre l'applicazione astratta di tecniche o la percezione che si tratti di un aspetto discrezionale della professione medica e non, come è, strutturale.

Come anche indicato nei decreti dell'Ordinamento didattico universitario, uno spazio della formazione deve essere dedicato alla comunicazione tra colleghi, in équipe e interprofessionale con particolare attenzione alla gestione delle dinamiche di gruppo e delle situazioni conflittuali.

Nella scuola di Specialità in Pediatria, il medico dovrebbe apprendere come comunicare con il bambino nelle diverse età, come renderlo partecipe del processo di cura, come costruire un rapporto di fiducia tale per cui il bambino si senta legittimato a esprimere il proprio parere.

Parallelamente, in un'ottica sistemica, il pediatra in formazione dovrà apprendere le modalità comunicative più adatte all'ascolto dei genitori e di tutti coloro che fanno parte del sistema di riferimento del bambino.

Per attuare quanto detto, bisogna prevedere una particolare cura nella formazione dei tutor: nei contenuti; nel saper essere esempio nella relazione con i pazienti; nella conduzione dei gruppi; nella gestione delle emozioni proprie, del singolo e del gruppo; nel formare al lavoro in équipe.

Per quanto riguarda l'insegnamento occorre avvalersi della collaborazione di figure professionali differenti: medici con formazione al counselling sistemico e psicologi. Auspicando una diffusione delle Humanities nell'insegnamento medico, per favorire l'introduzione della medicina narrativa come metodo di intervento clinico-assistenziale, potrebbe essere utile avvalersi anche della collaborazione di filosofi, antropologi, storici dell'arte, storici della letteratura.

Corsi di formazione alla comunicazione-relazione possono e devono essere previsti anche nell'aggiornamento post-laurea.

Dall'analisi delle criticità emerse in merito alla formazione fatta in ambito ACP degli anni passati, occorre pensare a pacchetti formativi rivolti sempre a gruppi poco numerosi (max 40 persone) che prevedano un numero adeguato di ore da ripetersi nel tempo per una continua verifica dell'apprendimento e dell'avvenuto cambiamento. Utile e necessaria la copresenza di due formatori preferibilmente con competenze diversamente distribuite in ambito comunicativo e in ambito relazionale.

Tra le competenze professionali oggi necessarie al futuro pediatra la capacità di lavorare in team riveste un ruolo essenziale. Il lavoro in équipe trova differenti paradigmi applicativi a seconda del contesto in cui esso si realizza e necessita di competenze relazionali, comunicative e di gestione delle dinamiche di gruppo specifiche per ogni realtà; competenze queste che possono essere considerate basilari premesse alla realizzazione di obiettivi di organizzazione sanitaria, di governo clinico e di pratica ambulatoriale. I contesti in cui si realizzano attività in team possono essere, dal punto di vista delle dinamiche comunicativo-relazionali, di tipo formale - cliniche universitarie, reparti ospedalieri, pediatrie di comunità (luoghi nei quali la relazione tra diverse professionalità è mediata da un rapporto contrattuale, inserita quindi in un modello organizzativo di tipo piramidale con modalità comunicative asimmetriche) - e di tipo informale: nelle esperienze delle Reflecting Team e nei modelli organizzativi territoriali nella Pediatria di Famiglia la relazione interprofessionale e multiprofessionale si esplica in un setting orizzontale nel quale le dinamiche di gruppo avvengono tra pari, con continue ridefinizioni degli obiettivi comuni e dei ruoli.

Esistono infine contesti complessi in cui aspetti formali e informali coesistono in equilibri dinamici: ne sono un esempio le Case della Salute, nuovi modelli organizzativi delle Cure primarie territoriali, in cui medici convenzionati, medici strutturati e personale sanitario dipendente o libero professionista convenzionato si interfacciano con professionisti dell'ambito sociale con l'obiettivo di creare una rete di servizi per la cura della salute dei cittadini.

1. Gangemi M, Zanetto F, Elli P. Narrazione e prove di efficacia. Il Pensiero Scientifico Editore 2006

2. Schon DA. Formare il professionista riflessivo. Franco Angeli Editore 2006

3. Zanini L. Medical Humanities e medicina narrativa. Raffaello Cortina Editore 2008

4. Garrino L. La medicina narrativa nei luoghi di cura. ed. Ermes Centro Scientifico Editore 2010

5. Charon R. Narrative Medicine. Honoring the stories of illness. Oxford university Press 2006

6. Launer J. Narrative-based Primary care. A practical guide. Radcliffe

Medical Press 2002

7. Bongiovanni M, Travagliante P. La medicina narrativa strumento trasversale di azione, compliance e empowerment. Franco Angeli 2017

8. Balint M. Medico, paziente e malattia. Feltrinelli 1961

9. Favretto AR, Fucci S, Zaltron F. Con gli occhi dei bambini. Come l'infanzia affronta la malattia. Il Mulino 2017

10. Israel G. Per una medicina umanistica. Apologia di una medicina che curi i malati come persone. Lindau ed 2010

11. Curi U. Le parole della cura. Medicina e filosofia. Raffaello Cortina Editore 2017

12. Bion WR. Esperienze nei gruppi. Armando Editore 2001

13. Quadrino S. Il bello del gruppo. Edizioni Change 2005

La Ricerca sul campo

Maria Francesca Siracusano, Federica Zanetto

La ricerca, intesa come parte fondamentale dell'attività clinico-assistenziale di ognuno di noi, è da sempre uno degli ambiti di interesse di ACP (<https://www.acp.it/gruppi-di-lavoro/ricerca>), che vi ha dedicato non poche energie, anche se non sempre coordinate tra loro e non costanti nel tempo. Modalità di aggiornamento attivo, partecipato, collaborativo che sollecita a precise responsabilità e alla disponibilità al controllo esterno e tra pari, la ricerca implica responsabilità e consapevolezza in ambito associativo nazionale e locale nell'investimento in progetti rilevanti, coordinati e condivisi, rivolti a produrre informazione scientifica affidabile sui bisogni veri della salute del bambino. ACP deve farne garante in tal senso, avvalendosi di collegamenti e collaborazione con istituti che si occupano istituzionalmente di ricerca, per la valutazione e definizione appropriata di iniziative e proposte ma anche per il coordinamento e la supervisione nel corso del loro svolgimento.

Alla diffusione e discussione dei risultati, anzitutto in ambito associativo, va dedicato un impegno particolare, costante e partecipato.

L'ambito assistenziale delle cure primarie è un contesto privilegiato per identificare i reali bisogni di salute e per rispondere alle domande ancora inevase attraverso progetti di ricerca rilevanti e interessanti per la salute del bambino e per ritorno culturale. Progettazione appropriata e condivisa del disegno dello studio, controllo di qualità del percorso, stabile rete di sostegno e coordinamento negli aspetti organizzativi hanno caratterizzato in particolare due studi, condotti in ambito nazionale con i pediatri delle cure primarie:

- lo studio "Efficacy of nebulised beclometasone versus placebo in preventing viral wheezing in pre-school children" (ENBe), promosso dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS in collaborazione con l'Associazione Culturale Pediatri e il Centro di Economia Sanitaria Angelo e Angela Valenti e finanziato dall'Agenzia Italiana del Farmaco, primo trial in doppio cieco e con finanziamenti pubblici condotto in pediatria di famiglia (2010-2012);

- lo studio di coorte NASCITA ("Nascere e creSCere in Italia"), avviatosi ad aprile 2019, promosso dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS in collaborazione con ACP.

La ricerca nelle cure primarie. ENBe: che cosa abbiamo imparato

(Zanetto F. Quaderni acp 2012;5:194)

Lo studio "Efficacy of nebulised beclometasone versus placebo in preventing viral wheezing in pre-school children" (ENBe), promosso dall'Istituto Mario Negri in collaborazione con l'Associazione Culturale Pediatri e il Centro di Economia Sanitaria Angelo e Angela Valenti e finanziato dall'Agenzia Italiana del Farmaco è stato il primo trial in doppio cieco e con finanziamenti pubblici condotto in pediatria di famiglia. Lo studio si proponeva di verificare l'efficacia del beclometasone come profilassi del wheezing in corso di infezioni delle vie aeree superiori nei bambini in età prescolare con precedenti episodi di wheezing virale. Sono stati coinvolti 40 pediatri di famiglia iscritti al registro ASL della sperimentazione e operanti in 9 ASL distribuite sul territorio nazionale. A ciascuno è stato chiesto di arruolare, in un periodo predefinito, 16 bambini randomizzati a ricevere beclometasone o placebo. I pediatri sperimentatori hanno avuto l'opportunità di partecipare a una ricerca che, per dimensioni e modalità, ha rappresentato la prima sperimentazione clinica formale, indipendente, randomizzata e in doppio cieco nella pratica pediatrica extraospedaliera italiana; che ha visto il coinvolgimento della famiglia non limitato al momento formale del "consenso informato"; che ha chiesto ai pediatri partecipanti di "guardarsi allo specchio" rispetto a prassi spesso consolidate e non sempre appropriate; che è stata occasione di aggiornamento attivo, partecipato, collaborativo (il gruppo, i coordinatori, la newsletter); che ha sollecitato a precise responsabilità e alla disponibilità al controllo esterno e tra pari; che ha anche rappresentato una modalità privilegiata per l'acquisizione di crediti ECM. I coordinatori e la segreteria dello studio ENBe hanno assicurato ai pediatri sperimentatori un costante "controllo di qualità" nel percorso, hanno garantito una stabile rete di sostegno, hanno supportato con efficienza e tempestività negli aspetti organizzativi: una regia discreta, ma preziosa e assolutamente indispensabile in tutte le fasi dello studio, e che può essere garantita solo da chi ne ha competenze e strumenti. Alcune criticità che hanno caratterizzato la fase dell'arruolamento hanno fatto toccare con mano le difficoltà nel fare ricerca nell'ambito delle cure primarie: il "non consenso", spesso inatteso (pur con genitori già a conoscenza, la maggior parte delle volte, della possibilità di inserimento nello studio) e in alcuni casi condizionato da situazioni di setting non ottimali (ambulatorio affollato, con tempi e modalità comunicative non adeguati); la necessità di forzare prassi in alcuni contesti consolidate; alcuni aspetti di interpretazione non univoca del protocollo, già condivisi "sulla carta", ma non ancora sul campo; le patologie "altre" o le prescrizioni intempestive (per es. in Pronto Soccorso) che in alcuni arruolabili hanno interferito o ritardato l'inserimento nello studio; le differenze individuali di attitudine e di approccio, anche all'interno del gruppo degli sperimentatori di una stessa ASL; la differente morbilità in ASL sparse su tutto il territorio nazionale. Anche queste difficoltà e "fatiche" rimandano al ruolo della Società Scientifica nell'investimento in progetti di ricerca rilevanti e interessanti per la salute del bambino e per ritorno culturale, aggiornamento e cambiamento delle pratiche nelle cure primarie.

NASCITA (Nascere e creSCere in ITALIA)

(A. Clavenna, M. Bonati, F. Zanetto. Quaderni acp 2019;1:10)

Lo sviluppo in salute dei bambini nei primi anni di vita dipende dalla “*nurturing care*” che garantisce un buono stato di salute, un’alimentazione adeguata, un atteggiamento genitoriale “responsivo”, protezione e sicurezza e opportunità di apprendimento precoce. I primi anni di vita sono caratterizzati da uno sviluppo fisico, motorio, cognitivo e relazionale estremamente rapido, che influenza in gran parte lo stato di salute e di benessere nel corso della vita. L’individuazione dei fattori di rischio modificabili e di fattori prognostici in periodi critici dell’esistenza può contribuire allo sviluppo di strategie efficaci di prevenzione e di intervento. A questo riguardo, gli studi longitudinali sulle coorti di nascita (*birth cohort studies*) rappresentano lo strumento metodologico più appropriato per valutare l’impatto di determinanti pre/peri/post-natali sullo sviluppo e la salute dei bambini. Le esperienze condotte fino a oggi in Italia riguardano campioni di numerosità limitata, in specifici contesti geografici o per specifiche condizioni sanitarie. Manca, invece, un’iniziativa multiosservazionale e rappresentativa della realtà italiana. NASCITA (*NAscere e creSCere in ITALIA*) è una risposta per far fronte a questa mancanza: costituire una miniera (database) di informazioni sullo stato di salute nel tempo, sin dalla nascita, di molti bambini. Lo scopo è monitorare, con un approccio osservazionale prospettico, lo sviluppo fisico/cognitivo/psicologico, lo stato di salute e benessere di una coorte di nuovi nati nel corso dei primi 6 anni di età e di valutare i potenziali fattori (determinanti) che possono influenzarli. L’obiettivo atteso è di coinvolgere una coorte di almeno 13.000 nuovi nati (e le loro famiglie) a partire dal marzo 2019, in 23 cluster geografici rappresentativi della realtà italiana (nord/centro/sud, urbano/rurale, montagna/pianura/mare, metropoli), con il supporto di almeno 230 pediatri di famiglia (ma confidiamo in molti di più). L’arruolamento dei bambini avviene nel corso della prima visita effettuata dal pediatra di famiglia entro i primi 45 giorni di vita. I dati raccolti nel corso delle 7 visite dei bilanci di salute previste nei primi 6 anni di vita dai pediatri di famiglia partecipanti saranno inseriti in una scheda di raccolta dati elettronica (web-based). Inoltre, saranno raccolti i dati riguardanti tutti i contatti tra il pediatra e il bambino/la famiglia (per es. visite in ambulatorio e domiciliari, consulto telefonici, trasmissioni di informazioni relative a visite specialistiche, ospedalizzazioni). Si tratta, quindi, prevalentemente di “dati correnti” che (in questo caso in modo sistematico omogeneo per tutti i partecipanti: a livello nazionale) il pediatra di famiglia raccoglie nella sua attività clinica, di advocacy e presa in carico del bambino. Tra gli altri, saranno valutati la crescita staturale-ponderale, lo sviluppo psicomotorio, i percorsi educativi/di socializzazione, l’alimentazione (p.es. durata dell’allattamento al seno, età e modalità di svezzamento...), le vaccinazioni effettuate, eventuali malattie (in particolare le condizioni di cronicità), la prescrizione di farmaci, visite specialistiche ed esami diagnostici, gli accessi in Pronto Soccorso e i ricoveri ospedalieri. L’analisi dei dati valuterà eventuali associazioni tra determinanti prenatali, contesto di vita (ambiente), alimentazione, buone pratiche genitoriali, opportunità di apprendimento precoce e di socializzazione e l’incidenza di eventi avversi intesi come malattie croniche, sovrappeso/obesità, disturbi dello sviluppo cognitivo/psicomotorio. Lo studio è coordinato dal Laboratorio per la Salute Materno Infantile dell’Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano, in collaborazione

con l’Associazione Culturale Pediatri (ACP) e monitorato da un comitato scientifico indipendente e multidisciplinare, rappresentativo di differenti competenze e professionalità e con il coinvolgimento di cittadini e genitori. Ai fini organizzativi, sono stati individuati 23 referenti allo scopo di fungere da coordinatori locali e da tramite fra i pediatri partecipanti e il centro di coordinamento. La raccolta e l’analisi dei dati da parte dei ricercatori dell’Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS avverrà in forma codificata (ogni bambino sarà identificato da un codice alfanumerico anonimo) e i ricercatori non avranno accesso all’identità dei bambini e dei genitori partecipanti. Ai genitori è richiesto il consenso a che i dati raccolti dal pediatra di famiglia confluiscono in forma codificata (non risalibile all’identificazione del proprio figlio) in un contenitore (database) nazionale per consentire l’analisi e lo studio dello stato di salute dei bambini in Italia. (Sito web del progetto: <https://coortenascita.marionegri.it/>)

Metodologia della ricerca ed evidence-based medicine (EBM) come strumento formativo

Roberto Buzzetti

Sembra incredibile ritrovarsi, più di 25 anni dopo la nascita ufficiale dell’EBM, a chiedersi che utilità essa possa avere in generale per la pratica clinico-assistenziale e più in particolare per la formazione. Ci chiediamo in che misura il medico sia interessato ad apprendere “l’utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori prove disponibili nel processo decisionale riguardante l’assistenza al malato” [1] e la “integrazione delle prove derivanti dalla migliore ricerca clinica con l’esperienza clinica e i valori dei pazienti” [2].

Appare inevitabile, seppur banale a dirsi, premettere che è necessario decidere da un lato tra la “vera” EBM, quella che, esercitata con umiltà, entusiasmo, impegno (quante ore sottratte al riposo e alla famiglia per leggere articoli e partecipare a gruppi di lavoro...), ci avvicina alla verità (pur con la consapevolezza della sua mutabilità) attraverso la ricerca delle fonti, la lettura critica in profondità degli articoli, il ritorno ai pazienti con le decisioni che li riguardano; e dall’altro lato l’EBM di facciata, spesso utilizzata come una clava nei confronti di chi non la pensa come noi, l’EBM ipocrita e superficiale che mette a posto la coscienza e che coltiva la semplificazione riduzionistica invece di scavare nella complessità dei fenomeni clinici e umani. E’ quest’ultima l’EBM che Sackett certo non voleva, una sorta di “Cookbook medicine” senza riflessione critica.

EBM e cure primarie

Nelle cure primarie è particolarmente forte il rischio che venga meno la collegialità, più facilmente presente nelle divisioni ospedaliere, anche se la medicina e la pediatria di gruppo sembrano oggi poter superare il problema. Crediamo di poter dire che la maggior parte dei pediatri delle cure primarie siano “coscienziosi” (lo scrupolo e il senso critico), “espliciti” (la ricerca di comportamenti chiari guidati da buone prove, o, al contrario, la consapevolezza di operare nell’incertezza) e “giudiziosi” (il buon senso e la prudenza). Queste caratteristiche sono le stesse che, applicate alle “migliori conoscenze disponibili”, permettono di guidare il “processo decisionale” “nell’assistenza al malato”. L’assistenza primaria poi, oltre al mo-

mento clinico e assistenziale, prevede ampi margini di azione nell'ambito della promozione della salute e della prevenzione. Interventi educativi, screening, vaccini e altro ancora sono il suo pane quotidiano. Anche la "integrazione delle prove derivanti dalla migliore ricerca con l'esperienza clinica e i valori dei pazienti" rappresenta un banco di prova quotidiano per medici e pediatri delle cure primarie: chi meglio di loro deve saper tenere conto dell'esperienza e dei valori/preferenze delle persone?

Insegnare EBM e metodologia della ricerca; chi, dove, come, quando

L'esperienza in ambito didattico insegna come sia molto importante poter contare sull'appoggio di persone esperte nella metodologia della ricerca, nell'analisi critica di articoli, nell'implementazione di nuovi comportamenti, nella valutazione dei risultati; ma anche come sia indispensabile il formarsi di gruppi di auto-apprendimento, nei quali si sperimenta la reciproca formazione tra pari. In questo modello l'esperto-docente tradizionale deve sapersi trasformare in facilitatore di apprendimento, catalizzatore di discussione, suscitando le domande giuste e fornendo risposte oneste in linea con le conoscenze derivanti dalla letteratura scientifica. La quale come sappiamo va incontro alle tante incertezze legate alla natura intrinseca della "scienza medica", in cui domina l'ampia variabilità della risposta clinica dei diversi pazienti agli interventi cui essi sono sottoposti, sia negli studi clinici che nella pratica quotidiana. Ricordiamo in sintesi obiettivi e contenuti di una didattica sulla metodologia della ricerca e sull'EBM.

I partecipanti devono apprendere a:

- formulare un quesito clinico in termini chiari;
- eseguire una ricerca sistematica ed esaustiva delle prove nella letteratura medica, utilizzando le banche dati;
- interpretare criticamente gli articoli, con attenta valutazione in termini sia di validità (aderenza alla verità), che di utilità (rilevanza e applicabilità ai pazienti concreti);
- integrare le evidenze nelle decisioni cliniche;
- esplicitare le motivazioni che orientano le decisioni;
- valutare in modo formale i risultati delle decisioni prese;
- promuovere o comunque partecipare a ricerche in grado di fornire risposte più precise ai vari quesiti;
- avere una buona padronanza dell'inglese scritto.

Tutte queste competenze, che potrebbero tradursi in altrettante potenziali barriere, lungi dallo scoraggiare possono essere superate più agevolmente se affrontate in gruppo, con colleghi altrettanto motivati, magari inizialmente sotto la guida di chi ha già superato questo training e dunque può facilitare il percorso. Dal punto di vista della metodologia didattica, appare importante l'accento sul "problem based learning": la formazione va finalizzata alla soluzione di problemi clinici a partenza dall'analisi critica della letteratura. Andrà particolarmente incoraggiata la formazione decisa dai partecipanti (nella scelta degli obiettivi e dei contenuti), gestita dagli stessi con una forte componente di interattività e di lavori in piccoli gruppi e discussioni. Come già espresso in precedenti documenti ACP, "tale modello favorisce l'incontro tra pari, il coinvolgimento attivo di tutti i partecipanti, il processo di auto-apprendimento, il cambiamento del modello di trasferimento delle informazioni, l'acquisizione di capacità di analisi critica della letteratura secondo la metodologia EBM" (v. il percorso di lettura ragionata di "Scenari Clinici" - Quaderni acp: www.quaderniacp.it).

Ricerca, Pratica e Formazione

Anche all'interno del mondo scientifico si notano purtroppo difficoltà di dialogo tra coloro che direttamente si occupano di ricerca e coloro che sono chiamati ad applicare i risultati della ricerca nella pratica clinica e assistenziale. I problemi comunicativi sembrano collocarsi a tutti i livelli, dalla pianificazione (decidere di quale ricerca abbiamo bisogno) fino al reporting dei risultati. E' oggi sempre più importante che i professionisti della salute siano in grado di conoscere e valutare gli studi pubblicati nella letteratura scientifica, soppesandone gli aspetti metodologici e dando il giusto rilievo ai risultati, in vista del trasferimento delle conoscenze alla realtà clinico-assistenziale quotidiana. Quanto detto fin qui a proposito dell'EBM è agevolmente trasferibile alla metodologia della ricerca: non si tratta di due aspetti distanti tra loro ma piuttosto di due visioni facilmente integrabili. L'EBM dovrebbe spianare la strada alla ricerca seria, fin dalla definizione del quesito e soprattutto dalla valutazione di che cosa si sa già e che cosa non si conosce ancora. A sua volta la ricerca seria fornirà materia prima all'EBM. I casi in cui quotidianamente ci si imbatte dovrebbero generare dei quesiti, ai quali si dà risposta con buone ricerche, eseguite da altri o talvolta progettate ed eseguite in proprio, e tutto questo ha una enorme valenza formativa. Sembra dunque inscindibile il rapporto tra una buona formazione, una buona ricerca e una buona pratica, in una sorta di circolo nel quale ognuna delle tre può promuovere e sostenere le altre due, e tutte sembrano fortemente compenstrate tra loro. La figura della pagina che segue tenta di tradurre visivamente questi concetti.

A. Il percorso nasce dalla comprensione dei problemi dei pazienti. Capacità importanti in questa fase sono da un lato il saper ascoltare e dialogare con le persone; dall'altro possedere le minime armi formali dell'analisi dei problemi (saper classificare, modellare, affrontare i problemi).

B. Dai problemi dei pazienti si passa alla loro declinazione in quesiti clinici o organizzativi affrontabili logicamente, nei quali siano chiari gli elementi base del quesito (la popolazione, l'intervento, il confronto, l'esito).

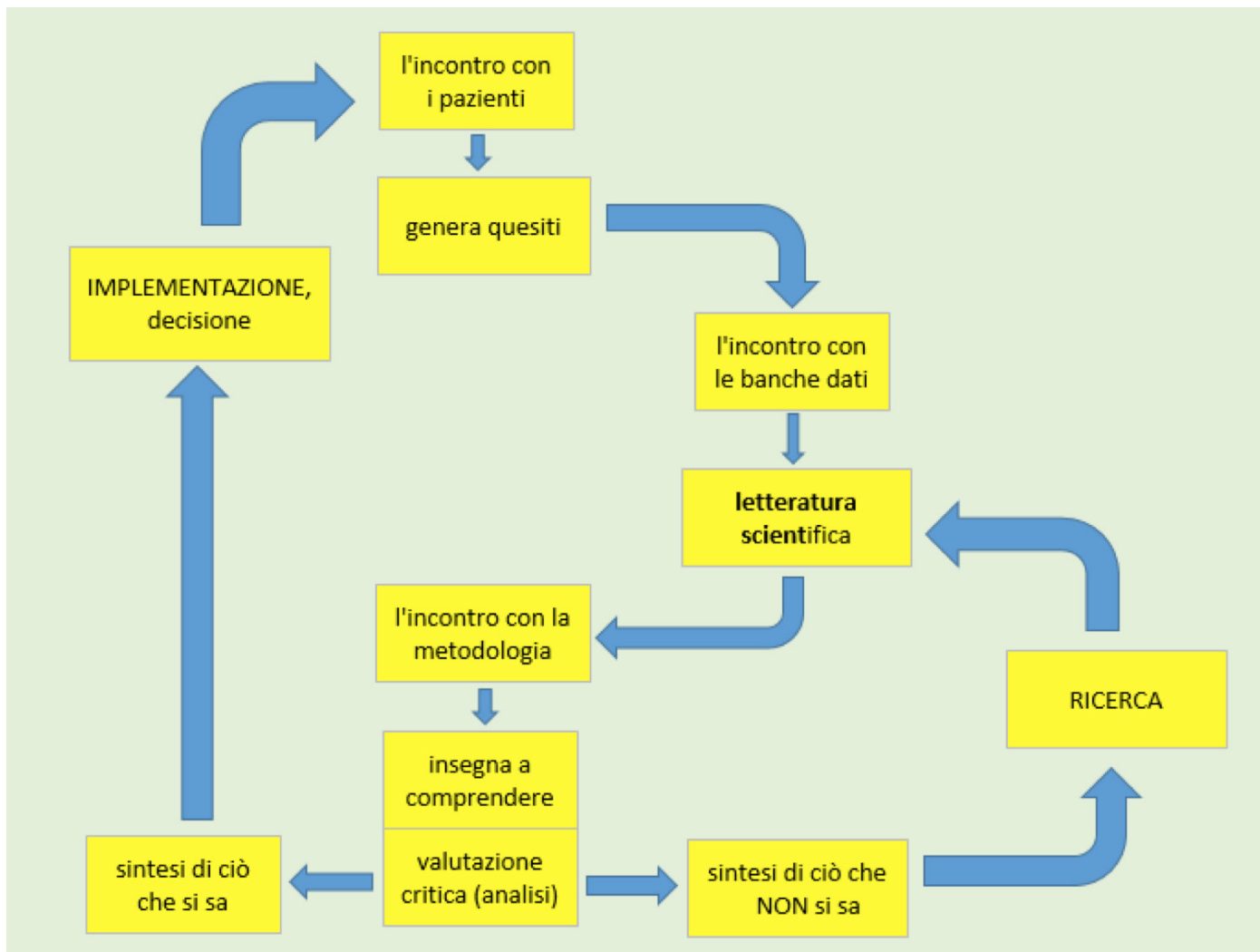
C) La fase successiva è quella della ricerca delle soluzioni, attraverso l'applicazione al caso-problema della propria esperienza, ma anche del parere di esperti, e, finalmente, attraverso la ricerca delle fonti bibliografiche: è questa la fase della consultazione metodica delle banche dati, della ricerca manuale di letteratura grigia, ecc.

D. Segue la lettura critica degli studi trovati: come leggere uno studio scientifico, sia nelle sue componenti metodologiche che nei suoi risultati. Si dovrebbe essere in grado a questo punto, con opportuni mezzi di sintesi come le revisioni sistematiche, di distinguere per ogni problema che cosa già si conosce (da non sottoporre più a ricerca, ma da implementare!) e che cosa ancora ha bisogno di essere meglio conosciuto (necessaria la ricerca, astenersi dall'implementare!).

E. Alla fine del processo, la decisione finale e la restituzione ai pazienti sotto forma di azione e implementazione di interventi efficaci.

Le fasi B, C, D, E compongono il classico percorso dell'Evidence-based medicine.

F. Infine, la fase più complessa: il follow-up. Si segue il problema nel tempo, avendo cura di monitorarne l'andamento. Questo significa per i singoli pazienti per esempio la presa in cura di malattie croniche; per la comunità l'implementazione di raccomandazioni derivanti dalla letteratura scientifica. In questa fase



l'analisi organizzativa assume importanza capitale: dall'analisi del contesto, all'analisi delle barriere e dei fattori favorevoli, alla valutazione dei risultati attraverso la messa a punto di indicatori adeguati. Questa fase in particolare appare peculiare delle cure primarie. Tutto questo faticoso percorso fa comprendere l'importanza di non scindere in nessun modo il trinomio "ricerca - pratica - formazione".

Conclusione

E' estremamente rilevante poter armonizzare tutto quanto detto in un percorso che, a partire dai principali problemi dei pazienti, ma anche dell'organizzazione, si proponga di:

- diffondere una cultura della salute orientata alla riflessione critica delle pratiche professionali e all'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici basati sulle prove di efficacia;
- individuare e analizzare problemi, obiettivi e interventi legati a raccomandazioni basate sulle conoscenze più aggiornate e corrette;
- disegnare e condurre ricerche che affrontino quesiti rilevanti per i pazienti, possibilmente condivise con loro anche nella scelta di "patient-centered outcomes", in nome dell'empowerment e della partecipazione della comunità alle decisioni sulla salute.

In particolare sono costantemente da sviluppare le competenze di base necessarie per la comprensione dei presupposti metodologici e delle implicazioni etiche e pratiche della medicina basata sull'attenta analisi della letteratura scientifica, e per orientare e supportare sia le decisioni concrete quotidiane sia progetti di

ricerca clinico-epidemiologica in campo sanitario. Promuovendo dunque da un lato lo sviluppo di ricerche adeguate, dall'altro l'implementazione di interventi efficaci e appropriati nella pratica assistenziale quotidiana.

1. Sackett D et al, 1996. <https://www.bmj.com/content/312/7023/71.full>
2. Sackett D, et al. 2000 Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM
3. Ridsdale L. Evidence-based learning for general practice. Br J Gen Pract. 1996;46:503-4
4. Edirne T. Is Evidence-Based Medicine Appropriate in Primary Care? Primary Health Care 2:e108. doi:10.4172/2167-1079.1000e108
5. Davies K. Evidence-based medicine: is the evidence out there for primary care clinicians? Health Info Libr J 6. 2011;28:285-93
6. Slowther A, Ford S, Schofield T. Ethics of evidence based medicine in the primary care setting. J Med Ethics 2004;30:151-5
7. Vause J. Adherence to evidence-based guidelines is the key to improved health outcomes for general practice patients: YES. J Prim Health Care 2012;4:156-8
8. Mangin D. Adherence to evidence-based guidelines is the key to improved health outcomes for general practice patients: NO. J Prim Health Care 2012; 4:158-60
9. Parsonson BS. The case for practice-based evidence to support evidence-based practice. J Prim Health Care 2012;4:98-9
10. Goodyear-Smith F. What is evidence-based practice and how do we get there? J Prim Health Care 2012;4:90-1

