

Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui i professionisti dovrebbero parlare

Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPeM)

1	<p>Non usare la lezione frontale non interattiva come strumento didattico principale. Privilegiare invece modalità interattive.</p> <p>La lezione <i>ex cathedra</i> rimane lo strumento più utilizzato nella formazione medica, dai corsi di laurea alla formazione continua, spesso nella più completa ignoranza dei principi elementari della comunicazione e della gestione d'aula e tipicamente con l'ausilio di diapositive confuse, troppo ricche di testo, poco leggibili, sulle quali, invece che sull'uditorio, si concentra l'attenzione del docente (il "karaoke didattico"). Queste modalità di didattica sono associate a scarsa attenzione da parte della maggior parte dei discenti e scarsa ritenzione dei contenuti.</p>
2	<p>Non trattare argomenti di clinica o organizzazione senza considerarne anche le implicazioni etiche, sociali, economiche, inter-professionali, le aspettative ed i valori dei pazienti ed il setting didattico più appropriato (ospedaliero e cure primarie).</p> <p>La relazione è essenziale nelle cure mediche: escludere dalla discussione, durante la formazione dei professionisti della salute, la relazione tra le varie componenti del processo di cura ed i contesti naturali in cui il processo di cura si svolge li rende impreparati alle sfide della complessità delle cure mediche e della relazione interpersonale.</p>
3	<p>Non utilizzare l'esame orale non strutturato e non valutare le abilità pratiche unicamente con strumenti di tipo cognitivo e con esclusiva attenzione alle competenze tecniche.</p> <p>Nonostante esista una notevole letteratura sulla sua inaffidabilità, l'esame orale non strutturato è utilizzato ancora largamente nei nostri corsi di laurea (spesso come unico momento interattivo del corso) perfino nella valutazione dell'apprendimento di attività pratiche. Per queste ultime, anche gli altri test cognitivi sono comunque insufficienti: questo vale per gran parte della formazione ECM, che generalmente ha finalità pratiche e, se va bene, viene valutata con "test a crocette" (non di rado fasulli), ma ancora di più per moltissimi tirocini ed "attività professionalizzanti" nei corsi di laurea, in Medicina più di altri. Vi sono valide alternative sia per valutare gli aspetti cognitivi che quelli pratici tramite strumenti di valutazione strutturata.</p>
4	<p>Non far apprendere le procedure direttamente sul paziente senza preparazione in appropriato modello di simulazione e senza adeguato supporto tutoriale.</p> <p>Il sistema "vedi uno, fai uno, insegna uno" è ancora largamente utilizzato (per lo più solo i primi due passi), tuttavia numerosi studi ne hanno messo in dubbio la validità e soprattutto la sicurezza per i pazienti, se confrontato con i modelli di simulazione oggi disponibili. La motivazione è quindi etica: "mai per la prima volta sui pazienti!".</p>
5	<p>Non utilizzare unicamente test di tipo cognitivo ed a prevalente indirizzo biologico per la selezione all'accesso ai corsi di laurea o specializzazione.</p> <p>Una selezione all'accesso basata unicamente sulla valutazione di conoscenze introduce distorsioni di tipo socio-economico e geografico che finiscono per ripercuotersi sulla equità delle cure. Inoltre questo tipo di test, legati unicamente al modello biomedico, non considera fattori di tipo attitudinale, vocazionale e capacità attinenti alla sfera bio-psico-sociale che non sono meno rilevanti nella pratica delle professioni mediche. Esiste una vasta e crescente letteratura internazionale sugli strumenti alternativi disponibili.</p>

Come si è giunti alla creazione della lista

Contributi sono stati richiesti ai soci tramite la newsletter e la pagina su Facebook della società e con annunci e un tavolo di ascolto al congresso annuale. I membri del Consiglio Direttivo, riuniti per un incontro ad hoc, hanno vagliato le proposte giunte, ne hanno formulate di nuove ed hanno selezionato per consenso le 5 riportate da una lista di 66 possibili pratiche inappropriate identificate. Erano presenti Fabrizio Consorti (presidente), Mariapaola Bacchielli, Giacomo Delvecchio, Davide Festi, Michele Gangemi, Lorenza Garrino, Silvia Joy Gesuiti (segretaria), Antonella Lotti, Carlo Maganza, Giuseppe Masera, Licia Montagna, Silvia Oldani, Giuseppe Palasciano, Giovanni Renga, Piersante Sestini, Giuseppe Ventriglia, Luciano Vettore.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Miller, G. A. The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information. <i>Psychological Review</i> 1956; 63: 81-97. 2. Reynolds, G. <i>Presentation Zen: Simple Ideas on Presentation Design and Delivery</i>. New Riders, Berkeley (CA), 2012 3. Davis D; Thomson O'Brien MA; Freemantle N; Wolf FM; Mazmanian P; Taylor-Vaisey A. Impact of Formal Continuing Medical Education. Do Conferences, Workshops, Rounds, and Other Traditional Continuing Education Activities Change Physician Behavior or Health Care Outcomes? <i>JAMA</i> 1999; 282:867-74 4. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, Davis D, Odgaard-Jensen J, Oxman AD. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. <i>The Cochrane Database of Systematic Reviews</i> 2009; 2:CD003030 5. Marinopoulos SS et al. Effectiveness of Continuing Medical Education. Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services. 2007 6. Prober CG, Heath C. Lecture halls without lectures—a proposal for medical education. <i>N Engl J Med</i>. 2012; 366:1657-9.
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Low JR. Learning biomedical ethics in the clinical context. <i>Clin Teach</i>. 2012;9:54-5 2. G Delvecchio L Vettore. <i>Decidere in Terapia Dialogo sul Metodo nella Cura</i>. Liberidiscrivere 2013. 3. Schwartz A, Weiner SJ, Harris IB, Binns-Calvey A. An educational intervention for contextualizing patient care and medical students' abilities to probe for contextual issues in simulated patients. <i>JAMA</i> 2010;304:1191-7 4. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. <i>Lancet</i>. 2010; 376(9756):1923-58.
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Holloway PJ, Hardwick JL, Morris J, Start KB. The validity of essay and viva voce examining technique. <i>Br Dent J</i>. 1967;123:227-32 2. Thomas CS, Mellisop G, Callender J, Crawshaw J, Ellis PM, Hall A, et al. The oral examination: a study of academic and non-academic factors. <i>Med. Educ.</i> 1993; 27:433-39. 3. Yang JC, Laube DW. Improvement of reliability of an oral examination by a structured evaluation instrument. <i>J Med Educ</i>. 1983; 58:864-72. 4. Jayawickramarajah PT. Oral examinations in medical education. <i>Med Educ</i>. 1985; 19:290-3. 5. Anastakis DJ, Cohen R, Reznick RK. The structured oral examination as a method for assessing surgical residents. <i>Am J Surg</i>. 1991; 162:67-70. 6. Van der Vleuten C, Verhoeven B. In-training assessment developments in postgraduate education in Europe. <i>ANZ J Surg</i>. 2013; 83:454-9
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Granry JC, Moll MC. État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins. Rapport de Mission HAS du 10 janvier 2012 (www.has-sante.fr). 2. Cook DA, Hamstra SJ, Brydges R, Zendejas B, Szostek JH, Wang AT, Erwin PJ, Hatala R. Comparative effectiveness of instructional design features in simulation-based education: systematic review and meta-analysis. <i>Med Teach</i>. 2013;35:e867-98
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stegers-Jager KM, Steyerberg EW, Lucieer SM, Themmen AP. Ethnic and social disparities in performance on medical school selection criteria. <i>Med Educ</i>. 2015; 49:124-33. 2. Southgate E, Kelly BJ, Symonds IM. Disadvantage and the 'capacity to aspire' to medical school. <i>Med Educ</i>. 2015; 49:73-83. 3. Razack S, Hodges B, Steinert Y, Maguire M. Seeking inclusion in an exclusive process: discourses of medical school student selection. <i>Med Educ</i>. 2015;49:36-47. 4. Lievens F. Diversity in medical school admission: insights from personnel recruitment and selection. <i>Med Educ</i>. 2015;49:11-4 5. Familiari G, Baldini R, Lanzone, et al. Studio osservazionale comparativo su un campione di studenti del Nord, del Centro e del Sud con valutazione della Maturità, del Test di accesso e delle scelte di sede effettuate al concorso con graduatoria nazionale 2013-2014. Osservazioni preliminari. <i>Med. Chir</i>. 2014; 62:2794-2796. 6. Lia C, Cavaggioni G. L'iter di selezione nella Facoltà di Medicina: l'utilità di una valutazione psicoattitudinale. <i>La Clinica Terapeutica</i>, 2013; 164:39-42

Slow Medicine, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto **"Fare di più non significa fare meglio"**, in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Società Scientifiche e Associazioni professionali sono invitate a individuare ognuna una lista di 5 esami diagnostici o trattamenti, di uso corrente nella pratica clinica, che secondo le conoscenze scientifiche disponibili non apportano benefici significativi ai pazienti ma possono, al contrario, esporli a rischi. Promuovono il progetto anche: FNOM-CeO, IPASVI, SIQuAS-VRQ, Istituto Change di Torino, PartecipaSalute, Inversa Onlus, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano e Slow Food Italia. Per ulteriori dettagli: www.slowmedicine.it

La **SIPeM, Società Italiana di Pedagogia medica**, è dal 1984 la società scientifica di riferimento per la comunità della formazione medica in Italia, senza confini di appartenenza professionale o istituzionale.

Pubblica la rivista Tutor, la principale rivista di Medical Education italiana <http://www.fupress.com/riviste/tutor/70>

Ha rapporti di collaborazione con la Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e con l'Association for Medical Education in Europe (AMEE)

Aderisce alle campagne "Salviamo il nostro Sistema Sanitario Nazionale" e "Fare di più non vuol dire fare meglio"