

Daniela Mugnai Carrara

25. Cfr. MONTANI J. B., nota 9, cc. 13r-13v. MUGNAI CARRARA D., *Problemi di metodo... op. cit.* nota 1, pp.106-108.

Correspondence should be addressed to:
Daniela Mugnai Carrara, Via Scipione Ammirato 69, Firenze, I.

Articoli/Articles

LA DIMENSIONE TUTORIALE DELLA FORMAZIONE IN
MEDICINA: MODERNE PROSPETTIVE DELLA FIGURA DEL
MAESTRO

PAOLA BINETTI
Università Campus Bio Medico, Roma, I

SUMMARY

THE FIGURE OF TUTOR: NEW PERSPECTIVES IN MEDICAL EDUCATION

Education in the history of medicine is a crucial issue in constructing a complete medical curriculum. Tutorage in medicine helps the student by building a warm and emotionally full relationship between the tutor and the pupil.

Premessa: Complessità ed unitarietà della formazione del medico
Il Progetto formativo della Facoltà di Medicina nei diversi Ordinamenti, che si sono succeduti negli ultimi dieci anni, è stato concepito con una anima tutoriale per offrire ad ogni studente una formazione personalizzata. Il concetto di formazione personalizzata prevede due sfaccettature: da un lato una formazione di tutta la persona, requisito essenziale per esprimere sul piano professionale la giusta apertura ad una relazione interpersonale -con pazienti e colleghi- di alto profilo umano; dall'altro una formazione *ad personam*, per permettere ad ogni studente di realizzare un progetto professionale coerente con le proprie aspettative e i propri talenti. La capillarità del sistema tutoriale, sfruttando le potenzialità della didattica per problemi reali e virtuali, permette allo studente di lavorare su obiettivi di apprendimento specifico insieme ai suoi colleghi, stimolando l'acquisizione di competenze cognitive di largo

Key Words: Tutorage – Medical Training – Medical pedagogy

respiro, integrate con quelle relazionali e con il proprio assetto valoriale. Il riferimento alle competenze cognitive di medio e lungo termine va inteso come sviluppo di quelle capacità di ragionamento di carattere procedurale, che permettono di ricavare conclusioni plausibili in condizioni di probabilità, più o meno alta. È evidente il riferimento alla centralità del metodo: metodo di studio, metodo di lavoro, metodo clinico, e alla capacità di operare anche in situazioni di incertezza, assumendosene rischi e responsabilità.

Emerge infatti sempre più chiaramente come alla intelligenza medica si richieda una peculiare complessità di sfaccettature, che includono accanto ad una vera e propria intelligenza delle emozioni¹ una capacità scientifica, fatta di rigore e di creatività, di pensiero anticipatorio e di lucidità argomentativa. La relazione tutoriale può essere considerata analoga sia al rapporto con un allenatore (*coaching*), sia alla relazione di cura (*caring*) che lega medico e paziente, entrambe caratterizzate da una asimmetria di competenze espresse da reciproca responsabilità. Nel suo significato etimologico tutore viene infatti dal latino *tutus*, sicuro, che definisce l'aspetto dinamico, proprio di chi rassicura, rendendo sicuri. E al tutore si richiede in modo significativo la capacità di contribuire alla formazione dello studente, trasferendogli quella sicurezza in se stesso, nel metodo che utilizza e nella relazione che li lega, di cui più tardi avrà bisogno nel rapporto con il malato per aiutarlo ad affrontare la propria situazione.

Il sistema tutoriale: Valore della relazione interpersonale

La riflessione organica sul sistema tutoriale vede nel dialogo con lo studente, oltre alla consueta facilitazione dell'apprendimento, una fonte di esperienza relazionale diretta. Il racconto autobiografico, con cui generalmente inizia la relazione con il tutore, offre allo studente la possibilità di ricostruire la propria storia, ricapitolando le sue motivazioni, le sue possibili difficoltà e le sue aspirazioni. Una apertura che acquisisce ancor più forza se anche il tutore si racconta, condividendo con il collega più giovane le sue motivazioni, le sue difficoltà, le sue aspirazioni. Sul piano clinico il tutore aiuta lo studente a confrontarsi direttamente con il malato come persona e

con la malattia come problema da inquadrare e possibilmente da risolvere. Le esperienze virtuali, acquisite attraverso l'aula di simulazione in tutte le forme possibili, non sostituiscono la necessità di contatto diretto con la realtà e il tutore è un importante fattore di mediazione e di negoziazione tra l'esperienza didattica-formativa e quella reale. La dimensione relazionale del tutorato sollecita la responsabilità del tutore e dello studente in una dinamica di ascolto e di reciproca apertura caratterizzata da una comunicazione di tipo empatico. L'empatia infatti permette di cogliere e di comprendere l'esperienza vissuta dall'altro, superando sia il rischio della auto-referenzialità che altre possibili forme di conflitto intersoggettivo. Il tutore offre allo studente la possibilità di riflettere e di condividere con lui l'esperienza del suo rapporto con lo studio, con i colleghi e con i pazienti, per vivere in prima persona un impegno, con cui realizza un progetto professionale di alta tensione etica.

Obiettivo essenziale di un Progetto tutorato così inteso è lo sviluppo delle competenze specifiche sia dei tutori che dei tutorati. Paradossalmente, se da un lato è possibile evidenziare con una certa facilità quali siano le competenze specifiche da sollecitare negli studenti, per aiutarli a divenire buoni professionisti, dall'altro appare meno ovvio mettere a fuoco quali siano le competenze proprie dei tutori, come tutori. Quando questo progetto funziona, entrambi, attraverso la reciproca relazione, possono attivare un potenziale di capacità sommerso da cui ricavare reciproca sicurezza e soddisfazione², anche sotto il profilo del confronto intellettuale. La naturale curiosità di un giovane medico in formazione, unita ad una logica capace di cogliere contraddizioni anche in ragionamenti diventati routinari, può arrivare a porre quesiti imbarazzanti per chi si muove invece in un circuito logico di tipo prevalentemente conservativo.

La relazione tutoriale infatti funziona bene quando tutore e studente si impegnano a mettersi in gioco con un approccio trasformazionale. Il nodo fondamentale del rapporto sta nella disponibilità di tutti e due ad un cambiamento di prospettiva attraverso il quale verificare i propri atteggiamenti, le proprie decisioni, le proprie azioni³. La memoria storica nel loro rapporto dà la misura del cambiamento avvenuto e delle nuove prospettive che si sono aperte. Ora se è

vero che il cambiamento è il punto nodale del tutorato, ne deriva che saper generare un cambiamento dinamico e significativo è qualità essenziale in un tutore, che può trovarsi a fronteggiare innumerevoli resistenze al cambiamento o la possibile deriva di un cambiamento che non si traduca in un miglioramento. Per motivare al cambiamento, come strategia formativa, all'interno di un servizio, di un gruppo o di un'area, è fondamentale stimolare un senso di appartenenza, tale per cui il soggetto si senta riconosciuto e accettato nella sua identità specifica, con un conseguente aumento dei livelli di autostima e di sicurezza personale⁴. La disponibilità al cambiamento aumenta se lo studente può esprimere liberamente la sua opinione, se partecipa ai processi decisionali, se il feedback che riceve tiene conto dei suoi sforzi e dei suoi contributi e trasforma limiti ed errori in altrettante sfide formative accessibili e condivise. E poiché misurarsi con il cambiamento esige una grande capacità di lavoro in équipe, una solidarietà fondata sulla stima e sul reciproco rispetto dei ruoli e delle competenze, un buon tutore non può non essere un buon organizzatore, capace di coinvolgere gli studenti con un positivo senso dell'avventura⁵.

Il tutore si trova quindi a svolgere un duplice ruolo che definisce la tensione strutturale del suo compito, perché da un lato gli si richiede di essere *student oriented*, dall'altro *study oriented*. In un caso prevale il rispetto per i tempi e per i ritmi dello studente, per i suoi interessi specifici e per la sua personale ricerca di senso e di significato, nell'altro sono gli aspetti strutturali dell'Università, dei corsi, degli aspetti professionalizzanti, dei servizi specifici, che impongono ritmi e criteri e pretendono un comportamento orientato in senso fortemente adattativo. Per il tutore non è facile rendere compatibili queste due logiche, ma soltanto quando riesce a trovare un giusto equilibrio che consenta una integrazione efficace di obiettivi, tempi e modalità, può soddisfare le richieste che gli vengono poste a livello personale da parte dello studente e a livello istituzionale da parte delle diverse aree accademiche⁶.

La formazione al cambiamento personale, inteso come acquisizione e sviluppo di competenze, si trasferisce a livello istituzionale sia in una forte pressione all'aggiornamento e all'adeguamento a nuovi

standard professionali, sia nella creazione di nuovi modelli operativi. Ed è proprio nella stretta interazione di questi processi di cambiamento personali ed istituzionali che l'intera facoltà evolve verso nuove forme di sviluppo.

Per creare in questo spirito una giusta alleanza tutoriale occorre avere la consapevolezza di muoversi all'interno di un sistema complesso, in cui il rapporto tutore-studente è solo uno degli elementi qualificanti del processo, a cui concorrono anche i rapporti che i tutori mantengono tra di loro e la natura dei rapporti esistenti tra gli studenti (*Peer tutoring*). Si tratta di una dinamica complessa di rapporti interpersonali, con vasta e profonda ricaduta a livello di rapporti istituzionali. La cultura sul tutorato sta cominciando a definirsi solo in questi ultimi anni, dopo circa un ventennio di tentativi che hanno condotto a risultati ancora insoddisfacenti sia per i docenti che per i tutori, ma soprattutto per gli studenti, davanti ai quali si fa balenare una struttura di servizi, che però non si riesce ad attivare nei modi e nei tempi giusti⁷.

Perché il sistema tutoriale funzioni ognuno deve fare la sua parte, riconoscendo il proprio bisogno di aiuto e disponendosi a dare all'altro ciò di cui necessita, senza attendere una esplicita e formale richiesta, per quanto ritiene di sua competenza. Non a caso si può parlare di atmosfera tutoriale, in quanto la rete collaborativa intersoggettiva fa circolare informazioni, affetti, valori ed ognuno vi attinge in misura proporzionale alle sue esigenze. La tutorialità può infatti essere considerata come un valore aggiunto nelle *learning organization*, in cui si apprende a livello personale in modo proporzionale all'investimento collegiale che permette di condividere e potenziare i propri saperi, anche in virtù della disponibilità reciproca. È il concetto classico di Scuola, in cui il bisogno di appartenenza si sostanzia nell'esigenza di contribuire ad accrescere il patrimonio comune, sia sotto il profilo culturale che affettivo e valoriale. Il tutore è in questi casi il custode di questo clima e il principale responsabile, anche se non unico, del suo mantenimento e del suo sviluppo.

Il modello tutoriale come analogia per una educazione terapeutica
Fin dall'inizio della loro vita accademica, l'alleanza tutoriale va presentata agli studenti come un possibile prototipo di alleanza terapeutica

tica, così come l'educazione medica ha una sua analogia con l'educazione terapeutica. In questo senso si può dire che, perché si possa dare una alleanza tutoriale pienamente orientata allo sviluppo delle competenze dello studente, è fondamentale che ogni tutore conosca la storia personale degli studenti, non solo la loro storia accademica. Così come non basta la storia della malattia per prendersi cura di un paziente e occorre ricostruire la sua storia personale per attivare un processo di educazione terapeutica. Alla medicina narrativa non può corrispondere una pedagogia narrativa; in entrambi i casi la narrazione permette di sottolineare le differenze specifiche, senza perdere nulla di quel valore analogico di ogni esperienza che tanto contribuisce a farne un fattore di apprendimento efficace.

Una storia fatta di eventi, di valori, di sentimenti, di progetti, è anche una storia in cui si riflette la costruzione dei modelli mentali che presidiano la condotta di ogni studente e stigmatizzano in un certo modo il suo stile di apprendimento. Senza una conoscenza dinamica dello stile di apprendimento di uno studente è praticamente impossibile intervenire efficacemente sul piano del suo orientamento, anche in rapporto alla scelta della scuola di specializzazione. Uno dei primi compiti del tutore è proprio quello di far emergere il modello mentale che ogni studente, più o meno consapevolmente, si sta plasmando. Tocca al tutore aiutare lo studente a renderla trasparente, perché si conosca e si comprenda meglio, per potersi accettare di più, ma anche per potersi programmare più efficacemente rispetto ai suoi piani futuri.

Non è facile far lavorare lo studente contemporaneamente su tre piani: la memoria dei fatti, passati e presenti, i modelli mentali con cui li rielabora continuamente, alla luce del proprio assetto valoriale e della sua piccola epistemologia; la progettualità complessiva che assegna alla sua esistenza, sia sul piano professionale che su quello affettivo. Spesso gli insuccessi sperimentati, e non elaborati adeguatamente, mettono in crisi i modelli mentali sottesi, perché si configurano come limiti che non consentono di esprimere le proprie potenzialità e quindi condizionano la realizzazione del proprio progetto personale e professionale, rappresentando una sorta di malattia dell'anima. Ridefinire la relazione e la concatenazione di senso

tra questi tre elementi è parte integrante della quotidianità del rapporto studente-tutore⁸. Un tutore con una certa esperienza ha ben chiaro come davanti a richieste, sfoghi, tempeste emotive di uno studente, al di là dell'evento singolo, sono in gioco i suoi modelli mentali specifici e probabilmente un certo sviluppo del suo futuro umano e professionale. Per questo la storia dello studente non va riletta solo in termini fattuali, ma soprattutto in termini di modelli mentali strutturati e di significati collegati, di chiavi interpretative, di immagini di sé, degli altri e del mondo.

Ma un tutore che si concentri solo sui modelli mentali sottesi alla reazione dello studente, ignorando gli elementi di contesto e quelli di progetto, può creare un circolo vizioso in cui lo studente cerca solo ragioni per capire, ma non ragioni per reagire. Al tutore può toccare di fare da memoria attiva per lo studente, stimolandolo a mettere in rapporto tra di loro le diverse esperienze⁹. In altri termini può aiutare lo studente a dilatare gli orizzonti osservativi per prendere decisioni più mature e consapevoli, disinnescando alcune routine difensive, che lo condannerebbero a ripetere sempre gli stessi errori, senza trasformarli in esperienza di apprendimento.

Questa riflessione è un punto cruciale anche nell'educazione terapeutica, in cui il paziente va aiutato a prendere coscienza dell'aspetto disfunzionale di certi comportamenti, che nuocciono alla sua salute, per sostituirli con altri che possono contribuire a migliorare la sua qualità di vita. Cambiare non è mai indolore e occorre avere e saper dare un motivo valido per accingersi a questa avventura. Lo studente, lavorando su di sé e sui suoi modelli mentali, deve essere consapevole che sta apprendendo a riconoscere gli schemi mentali che presidiano certi comportamenti dei suoi futuri pazienti e sta imparando come insegnargli a gestirli, partendo da una esperienza diretta fatta su se stesso.

Ogni studente ha bisogno di elaborare le sue esperienze sia attraverso un processo di riflessione personale - intrapsichico - che attraverso il dialogo con un'altra persona, per verificare le sue ipotesi interpretative e confrontare non tanto i dati dell'esperienza in sé, quanto le sue interpretazioni. Deve imparare ad aprire la sua soggettività all'alterità. In questo senso il colloquio con il tutore rap-

presenta una esperienza che non sostituisce l'esperienza diretta del fare, ma neppure può essere sostituita da questa, perché si colloca su un altro piano dell'esperienza umana altrettanto essenziale: quello della comunicazione e della condivisione. Il tutore è egli stesso fonte di esperienza oltre che mediatore interpretativo delle altre esperienze, dal momento che il colloquio tutoriale rappresenta un'esperienza di apprendimento metacognitivo, sia rispetto ai contenuti culturali che si affrontano sia alle dinamiche di gruppo che si vivono. La capacità di trasferire un apprendimento da un contesto all'altro costituisce una delle nuove sfide della Società della conoscenza, un enigma misterioso che sembra sottrarsi a quanti cercano di definirla in modo esaustivo.

Apprendere dall'esperienza

La cifra della capacità tutoriale è rappresentata dalla capacità di promuovere negli studenti quel *learning in action*, che struttura la possibilità di riflettere, criticare ed imparare da una determinata azione, finalizzata ad un più vasto progetto di lavoro. Per questo si richiede anche una solida competenza organizzativa, poiché la riflessione va legata alla azione a cui lo studente sta prendendo parte. È sulla qualità di questa azione, sulla sua valenza formativa, che il tutore deve concentrare la sua attenzione e la sua responsabilità di formatore, contestualmente legato all'organizzazione.

Se lo studente farà cose banali, la sua osservazione riflessiva partirà comunque da fatti scarsamente rilevanti. Troppo spesso si vede una dispersione del coefficiente formativo di una istituzione, perché lo studente viene mantenuto ai livelli minimi della complessità operativa, per cui la sua riflessione nasce potenzialmente viziata e bloccata. La povertà di capacità strategiche e concettuali di uno studente è legata spesso al fatto che rimane troppo tempo confinato in azioni meramente ripetitive, si pensi ad esempio a dei tirocini puramente esecutivi. L'abilità nella banalità non fa vera competenza, né sul piano operativo né su quello concettuale. Annoia e demotiva. Il tutore, posto come cerniera tra il sistema assistenziale e quello formativo, deve saper individuare le opportunità formative legate ad un livello di complessità stimolante e innovativa, in cui non ci si

limiti a trovare una soluzione, scegliendola tra le molte disponibili, ma si provi ad inventare una soluzione, creandola tra quelle finora ritenute impossibili.

Un buon tutore è capace di fare di ogni studente il leader di se stesso, realizzando quell'operazione che gli anglosassoni definiscono di *self-leadership*. Il nuovo modello di leader che si vuole proporre agli studenti ha le caratteristiche di colui che è capace di gestire positivamente una rete di scambi relazionali, partendo da una prospettiva di valori condivisi, in cui ognuno si sente riconosciuto per il proprio contributo specifico al lavoro fatto¹⁰. La didattica per obiettivi, centrata sul lavoro di piccolo gruppo rappresenta una palestra eccellente in questo senso. Di volta in volta occorre identificare un problema, mettere in comune delle risorse, dividersi i compiti, realizzarli con una costante attenzione alla mentalità di team, confrontarsi con i colleghi per valorizzare non solo i contributi individuali, ma anche la possibilità di inquadrali nel progetto comune, e infine decidere cosa fare, come farla, quando farla, come valutarla, ecc...

Il lavoro di gruppo diventa scuola di leadership, perché è lì che emergono le qualità di ognuno, declinate nella prospettiva della collaborazione e della collegialità. Ma sta al tutore ottenere che ogni studente, oltre a lavorare alla soluzione del problema assegnato, lavori contestualmente su di sé, riconosca quali sono i suoi atteggiamenti più funzionali o disfunzionali alla vita del gruppo, e decida consapevolmente cosa fare. Non si tratta solo di stimolare comportamenti di tipo adattativo per ridurre stress e tensioni nel gruppo e aumentarne l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni, ma di aumentare il senso di appartenenza al gruppo, motivando ognuno a mettere in gioco il più liberamente possibile le proprie risorse. Ogni studente sperimenta come solo se si sente parte attiva di un gruppo, condividendone gli obiettivi, riesce a mettere in gioco adeguatamente i suoi talenti, assumendosi rischi e responsabilità¹¹. Per questo è necessario stimolare processi di auto-osservazione e di auto-valutazione finalizzati alla comprensione delle dinamiche di gruppo e delle proprie azioni-reazioni, in modo da stimolare positivamente dinamiche di comunicazione persuasiva. Lo studente può lavorare meglio su di sé se ha ben presente che la compliance è spesso frutto di un tipo di comunicazio-

ne con i pazienti che ha un aspetto di tipo persuasivo, sia pure nel pieno rispetto delle sue prerogative. Trasmettere sicurezza al paziente, motivarlo ad accettare una terapia, un intervento, sostenerlo quando è impaurito, tutto ciò richiede al medico la capacità di gestire una comunicazione persuasiva efficace. E anche questo va imparato nei tempi e nei modi opportuni.

In un gruppo la presenza di una pluralità di leader non è conflittiva, se scaturisce da un profondo senso di appartenenza, al punto che ognuno possa sentirsi responsabile dell'intero lavoro del gruppo, pur avendo materialmente fatto fronte solo ad una parte - a volte ad una parte assai limitata - del lavoro che concretamente si è reso necessario per il raggiungimento degli obiettivi. Quando i medici di una determinata area si sentono medici del policlinico e partecipano in prima persona al raggiungimento degli obiettivi generali, allora si può dire che in quell'ambiente è presente una leadership distribuita in modo armonico e responsabile, funzionale agli obiettivi formativi degli studenti.

Approccio tutoriale tra Problem solving e Decision Making

Un aspetto interessante della dinamica tutoriale è lo sforzo di ricomporre nel soggetto che apprende gli aspetti cognitivi e quelli emotivi; tenendo presente che l'emotività agisce contestualmente da stimolo e da fattore frenante¹². L'approccio tutoriale nella didattica parte dalla provocazione emotiva per creare il clima di "suspence" indispensabile per attivare attenzione e concentrazione. Il "caso", reale o simulato, viene usato come "trigger", per destare l'interesse degli studenti e motivarli a comprometersi intellettualmente nel fare domande, avanzare ipotesi, mettere in discussione conoscenze preve, ricorrere ad una biblioteca, ecc. Il ruolo del Docente-tutore in questi casi è quello di trasformare una spinta emotiva in uno sforzo di analisi dei problemi il più possibile rigoroso e significativo sotto il profilo scientifico.

Due fattori frenanti in cui possono imbattersi i tutori-docenti sono il senso di noia dello studente, spesso frutto della incapacità di immaginare una applicazione pratica di quanto gli viene proposto, e la frammentarietà delle conoscenze, che lo studente spesso non sa

riorganizzare in una visione sistemica, che le contenga e le renda più facilmente memorizzabili ed utilizzabili¹³. Un buon tutore dedica almeno una parte delle proprie energie a trasformare la propria attività didattica in attività di ricerca, per venire a capo di quesiti essenziali come quelli che riguardano l'ottimizzazione delle capacità di apprendimento degli studenti, la costante ri-alimentazione delle loro motivazioni, lo sviluppo del senso critico come incentivo ad un effettivo progresso delle conoscenze.

Un indicatore di competenza per il tutore che si muove nell'ottica PBL è la capacità di individuare problemi capaci di mobilitare sia l'interesse degli studenti che la loro motivazione a lavorare in gruppo. Scegliere i problemi è cosa tutt'altro che scontata e richiede competenza didattico-pedagogica, oltre che clinica¹⁴. Il tutore esperto sa alternare diverse tipologie di problemi, in modo da dosare opportunamente stimoli diversi¹⁵ ed è in grado di crearne dei nuovi, coinvolgendo gli studenti, perché è consapevole che si tratta di un esercizio molto efficace per stimolare la loro riflessione sui problemi clinici¹⁶. In questo modo gli studenti, accanto ai tutori clinici, sviluppano le *professional skills*: indispensabili nell'esercizio professionale. Tra gli obiettivi essenziali previsti dall'attuale ordinamento per le lauree specialistiche ce ne sono quattro che occupano infatti un ruolo strategico:

- saper fare un ragionamento clinico, in cui alla corretta raccolta dei dati segue un processo di analitiche, consente di fare ipotesi plausibili, da verificare prima di prendere decisioni (*Reasoning skills & decision making skills*);

- saper comunicare con il paziente, utilizzando tutta la gamma dei registri, inclusi quelli non verbali, per fare attraverso i processi di comunicazione una vera e propria educazione terapeutica (*Communication skills*);

- saper compiere direttamente o con l'aiuto di mezzi tecnici, tutte le manovre necessarie, sul piano diagnostico e su quello terapeutico, per risolvere o migliorare i problemi di salute del malato (*Technical skills*);

- saper formulare giudizi eticamente corretti, sapendo individuare di volta in volta il problema che esige approfondimenti di natura etica per assumersi - e sollecitare altri ad assumersi - tutte le responsabilità che la situazione richiede (*ethical skills*).

L'obiettivo principale del tirocinio clinico, interamente a carico del tutore, è il consolidamento della relazione tra teoria e pratica, con il pieno superamento dell'atteggiamento di chi considera il contesto relazionale più come un sistema di controllo e di verifica degli obiettivi pre-fissati, che come un sistema di insegnamento-apprendimento. Una priorità del tutore clinico è lo sviluppo della curiosità nell'ottica di un apprendimento per scoperta (*discovery learning*)¹⁷, facendo passare lo studente da un apprendimento di tipo adattativo ad un apprendimento di tipo generativo, anticipatorio. Anche se quest'ultimo per il suo carattere innovativo comporta spesso tensioni nel contesto in cui si studia, si vive e si lavora. Il sapere adattativo, per altro necessario, ma non sufficiente, permette di rispondere alle situazioni contingenti utilizzando le migliori conoscenze consolidate fino a quel momento. Ma è con un apprendimento di tipo generativo che lo studente acquista un nuovo sguardo sulle cose, una maggiore penetranza del senso degli eventi, una diversa capacità di fare ipotesi non solo interpretative, ma anche attuative¹⁸.

Per raggiungere un buon livello di apprendimento di tipo creativo è necessario avere una visione integrata dei processi, coglierne le relazioni interne, le possibili sinergie e le eventuali frizioni. Per questo un tutore deve aiutare lo studente ad avere visione d'insieme non solo dei processi clinici, ma anche del suo stesso processo di apprendimento e di formazione. Un buon tutore sa che il gradiente di libertà formativa intrinseca ad un apprendimento di tipo creativo è decisamente superiore a quello che caratterizza un apprendimento di tipo adattativo, per cui fa di tutto per stimolare il primo tipo di apprendimento senza cedere alla lusinga che prima si deve imparare a fare e poi si può cercare di pensare¹⁹.

L'inserimento delle *Medical Humanities* nei piani di studio della facoltà di Medicina ha molto a che vedere con tutto ciò. Riflette

l'insopprimibile bisogno che malati e curanti hanno di uscire dal circuito ad alta tecnologia che caratterizza ormai tutti i processi di diagnosi e cura, se questo approccio si ostina a ignorare che il malato è qualcosa di più e di diverso da un raffinatissimo ingranaggio che si è inceppato. Il malato grave, quello davanti al quale la scienza e la tecnica medica tendono a fuggire perché mette in evidenza la loro impotenza, rappresenta oggi la più importante sollecitazione per riappropriarsi di una riflessione critica che, partendo dal senso del limite della scienza, intraveda nuovi bisogni nella formazione dei futuri professionisti.

Conclusione

La storia della Medicina, intesa come storia del pensiero medico nelle sue diverse forme e nelle sue svariate applicazioni rappresenta oggi un punto di riferimento forte anche all'interno della pedagogia medica, perché riconduce la formazione del medico in quella dinamica relazionale allievo-maestro così ben descritta da Ippocrate, ma costantemente ripresa dai grandi maestri che dall'antichità si sono succeduti fino ai nostri giorni. La storia delle idee è storia delle persone, una teoria scientifica non è mai un costrutto rigido di dati e di fatti, ma un modello interpretativo all'interno del quale si collocano le nostre osservazioni²⁰. Il cambiamento epistemologico introdotto da Popper sottolinea come le verità parziali che ogni teoria esprime sono state ribaltate dall'intelligenza critica di chi si è mosso in modo meno conformista, sapendo cogliere le contraddizioni e i limiti di spiegazioni offerte in omaggio a tradizioni consolidate²¹. In questo senso la storia della medicina insegnata negli anni della formazione di base deve prestare una particolare attenzione alle criticità e alle contraddizioni di ogni epoca, per evidenziarne il superamento. Non è tanto la fattualità cronologica che interessa, quanto il momento in cui il cambiamento di una prospettiva ha innestato in modo prepotente il cambiamento di un modello operativo. La formazione tutoriale, quando è ben fatta, offre al futuro medico il supporto di una relazione intellettuale ed affettiva, calda e rigorosa, in cui più che cercare risposte si pongono domande e si accettano risposte sapendo che alle nuove generazioni tocca di trovarne di più complete ed efficaci.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. NUSSBAUM MC., *L'intelligenza delle emozioni*. Bologna, Il Mulino, 2004.
2. DOIG K. & WERNER E., *The marriage of a traditional lecture-based curriculum and problem-based learning: are the offspring vigorous?* Medical Teacher 2000; 22, 2: 173-179
3. MENNIN SP. & COLE MCGREW M., *Scholarship in teaching and best evidence medical education: synergy for teaching and learning*. Medical Teacher 2000; 22, 5: 468-472.
4. ANDRE J., *Learning to see: moral growth during medical education*. J Medical Ethics 1992; 18: 148-152.
5. ROSPENDA KM., HALPERT JA., RICHMAN JA., *Effects of social support on medical students' performances*. Acad. Med. 1994; 69:496-500.
6. REMES V., HELENIUS I., SINISAARI I., *Research and medical students*. Medical Teacher 2000; 22, 2: 164-168.
7. FRIEDMAN BEN DAVID M., *The role of assessment in expanding professional horizons*. Medical Teacher 2000; 22, 5:472-478.
8. LEE J. & GRAHAM AV., *Students' perception of medical school stress and their evaluation of a wellness elective*. Med Education 2001; 35: 652-659.
9. BINETTI P., ALLONI R., *Modi e modelli del tutorato*. Roma, Magi, 2004.
10. GLICK SHIMON M., *Selection for entry to medicine and specialist training*. Medical teacher 2000; 22, 5:443-447
11. Van SUSTEREN T.J., SUTER E., ROMRELL L.J., LANIER L. & HATCH R.L., *Do interviews play an important role in medical school selection decision?* Teaching and Learning in Medicine 1999; 11: 66-74.
12. MANCINI F., SEMERARI A., *Emozioni e sistemi cognitivi: le teorie cognitive della sofferenza emotiva*. In: MANCINI F. & SEMERARI A., *Le teorie cognitive dei disturbi emotivi*. Roma, NIS, 1990.
13. MALLON W.T., JONES R.F., *How do medical schools use measurement system to track faculty activity and productivity in teaching?* Acad Med 2002; 77:115-123.
14. Van BERKEL H.J.M., SCHMIDT H.G., *Motivations to commit as a determinant of achievement in problem based learning*. Higher education 2000; 40:231-241.
15. NORMAN GR., SCHMIDT HG., *Effectiveness of problem-based curricula: theory, practice and paper dart*. Med Educ 2000; 34:721-728.
16. BARROWS H., *A taxonomy of problem based learning methods*. Med Educ 1986; 20: 480-486.
17. HAPSHIRE AJ. & AVERY AJ., *What can students learn from studying medicine in literature?* Medical Education 2001; 35, 7: 687-691.
18. BINETTI P., *Dove sta andando la Formazione medica? Where are you going Medical education?* Clin Ter 2000, 151.

19. BLIGH J., *Students and student life*. Medical Education 2001; 35, 7:616-617.
20. ANTISERI D., *Il problema fondamentale della EBM: ma i fatti da chi e da cosa vengono fatti?* Clin Ter 1999; 150:347-350.
21. Cfr. European Society for Philosophy of Medicine and Health Care (Maastricht).

Correspondence should be addressed to:

Paola Binetti, Campus Biomedico, Via Longoni 83- 00155 Roma, I.