

***Slow Medicine e Clinical Governance:  
quale tutoring a sostegno dei nuovi paradigmi sanitari?***

**Slow Medicine and Clinical Governance:  
which kind of tutoring can support the new healthcare paradigms?**

STEFANO BENINI, CARLO DESCOVICH<sup>1</sup>

*The aim of this article is tutoring in healthcare. Starting from the crisis of the current healthcare system, new paradigms are introduced: in particular the Slow Medicine and the Clinical Governance. The article presents the main aims of healthcare education, in academic contexts and in continued education for Healthcare Professionals and analyzes the profile and the function of the tutorship with particular reference to a study of the Health Agency of Emilia Romagna. At the end, the article shows the principle pedagogical perspectives to support tutoring in healthcare in direction to the new paradigms.*

**KEYWORDS:** TUTORING IN HEALTHCARE, SLOW MEDICINE, CLINICAL GOVERNANCE, EXEMPLARITY

**Verso i nuovi paradigmi sanitari**

Il sistema delle cure sanitarie sta attraversando una crisi epocale: a livello politico, economico e culturale stiamo assistendo alla messa in discussione delle idee, dei valori e degli approcci che storicamente hanno sostenuto il modello sanitario.

Diversi settori della medicina oggi sono contaminati dal cosiddetto consumismo sanitario dove l'utilizzo di prestazioni senza chiare e precise indicazioni sta portando ad una eccessiva medicalizzazione della vita quotidiana. Forte è la tendenza a trasformare persone soggettivamente sane in pazienti bisognosi di cura.

Da più voci si sta levando una denuncia nei confronti di un sistema sanitario sempre più vittima dei progressi della scienza; la crescente disponibilità di tecnologie incrementa la spesa sanitaria, producendo benefici marginali o nulli e, talvolta, aumentando i rischi per i pazienti<sup>2 3 4</sup>.

È opinione comune che i problemi di salute non possano più essere governati sulla base delle sole conoscenze scientifiche e metodologiche tradizionali<sup>5</sup>; c'è bisogno di qualcosa di diverso. Lo si comprende osservando il massiccio esodo verso nuove forme di medicina e di cura da parte dei cittadini. La domanda di salute infatti, come

non mai, sta percorrendo traiettorie verso territori "alternativi" non sempre affidabili e sicuri.

L'approccio riduzionista che per secoli ha accompagnato la formazione e la pratica clinico-assistenziale, se da un lato ha permesso di raggiungere traguardi straordinari per la salute umana (si pensi all'allungamento della vita media, al debellamento delle malattie infettive, alla possibilità di effettuare trapianti d'organo che salvano e allungano la vita), dall'altro ha messo in ombra alcuni aspetti altrettanto importanti per la salute quali la storia, le emozioni, i progetti, i desideri e tutto ciò che entra a far parte dei vissuti delle persone curate.

È ormai chiaro a tutti che la cura sanitaria, accanto all'imprescindibile impronta dell'evidence based (ovvero dello scientificamente fondato) deve essere sostenuta e accompagnata da un approccio umanistico sostanziale; proprio perché è all'essere all'umano che le cure sono rivolte.

Per cercare di riportare i processi di cura nell'ambito dell'appropriatezza, ma all'interno di una relazione di ascolto, di dialogo e di condivisione tra medico e malato, nel 2011 nasce in Italia il movimento culturale della *Slow Medicine* volto a promuovere una medicina meno tecnologica, meno prona al mercato e più attenta alla persona<sup>6</sup>.

Definita da Richard Smith sul *British Medical Journal* come la migliore medicina del ventunesimo secolo<sup>7</sup>, la *Slow Medicine* adotta l'approccio sistemico che concepisce la salute e la malattia come fenomeni complessi e promuove il principio che la vita della persona curata debba essere considerata molto di più della somma delle alterazioni che si riproducono all'interno del suo corpo.

*Sobria, rispettosa e giusta* sono le parole chiave che sintetizzano la *Slow Medicine*<sup>8</sup>.

Più precisamente, la medicina deve tendere alla sobrietà per poter agire con moderazione e gradualità nel proporre le cure, limitando in questo modo gli sprechi e le spese inappropriate.

La medicina deve essere rispettosa dal momento che fonda la sua pratica sulla dignità della persona; e dunque i valori, le aspettative e le scelte di ciascun soggetto sono da ritenersi inviolabili.

La medicina, infine, deve essere orientata alla giustizia poiché per prima è chiamata a garantire a tutte le persone l'accesso a cure appropriate, combattendo ancora le tante disuguaglianze.

Contro la frammentazione delle cure, avvenuta per via delle iperspecializzazioni (vedasi la cardiologia, la cardiocirurgia, la cardiocirurgia pediatrica) e sorretta dalla parcellizzazione dei saperi (i singoli organi sono studiati da un numero crescente di discipline), la *Slow Medicine* si avvale anche di approcci e prospettive qualitative che tengono conto delle caratteristiche individuali del malato e ne valorizzano le diversità, siano esse di natura clinica e ancor più esistenziale.

In analogia a quanto avviato negli USA con il “*Choosing Wisely*” che propone l'approccio *less is more*<sup>9</sup>, la *Slow Medicine* promuove il progetto “Fare di più non significa fare meglio”<sup>10</sup> per migliorare l'appropriatezza clinica attraverso la riduzione del fenomeno dell'*overtreatment*, ovvero del sovra utilizzo di esami e trattamenti sanitari<sup>11</sup>.

In questa prospettiva le cure non possono più essere affidate al singolo specialista - propenso a lavorare in modo isolato in virtù della formazione precedentemente ricevuta, ma richiedono l'integrazione di saperi tra professionisti che interagiscano scambiandosi pratiche, opinioni e progetti e che si facciano carico dell'assistito nell'ottica del lavoro in team.

Questo implica che in un reparto di geriatria, ad esempio, il medico, l'infermiere e il fisioterapista lavorino a stretto contatto nel rispetto delle proprie competenze, impegnandosi in un coordinamento congiunto delle cure nell'ottica del miglioramento della qualità delle prestazioni, per il bene della singola persona assistita e della sua famiglia.

La filosofia *slow* a favore di una medicina più equa e rispettosa sta portando a rivedere anche i modelli organizzativi sanitari per dare risposte efficaci alle esigenze degli utenti e dei professionisti che vi lavorano.

La *Clinical Governance* affermatasi nel Regno Unito alla fine degli anni novanta, rappresenta una prospettiva validata per governare la complessità dei sistemi sanitari al fine di promuoverne la qualità delle cure e, contemporaneamente, sostenerne l'efficienza e la sostenibilità economica<sup>12</sup>.

Nel panorama italiano il governo clinico del sistema sanitario ha ricevuto una favorevole accoglienza; fin da subito è stato visto come occasione per governare la complessità delle aziende sanitarie per via del duplice obiettivo verso cui tende: la sostenibilità economica e la promozione della qualità delle cure<sup>13</sup>.

Alla base della *Clinical Governance* vi è la consapevolezza che qualsiasi intervento sanitario sia un atto complesso che richiede l'integrazione di differenti professionalità che operano all'interno di percorsi di cura articolati, complessi e sempre in divenire, poiché soggetti a rivisitazioni e a modifiche conseguenti la rapida evoluzione delle conoscenze e delle tecnologie.

Il governo della pratica clinica implica una forte ed esplicita responsabilizzazione degli operatori che, a diversi livelli, sono chiamati a collaborare alla realizzazione di questi cambiamenti attraverso la partecipazione e il monitoraggio delle prestazioni e alla stretta e collaborazione con gli utenti.

### **Orizzonti “slow” nella formazione sanitaria**

Esercitare oggi una professione sanitaria significa agire all'interno di un sistema complesso, aperto all'inedito e al continuo cambiamento.

L'introduzione di nuove tecnologie e di approcci terapeutico-assistenziali innovativi, unita alla necessità di produrre e gestire differentemente le conoscenze e le

pratiche sanitarie, rappresenta da un lato la chiave per rispondere a bisogni di cura e diventa dall'altro una sfida per i professionisti chiamati a governare tali cambiamenti. Oltre all'acquisizione e allo sviluppo delle *skills* professionali, la formazione sanitaria è chiamata ad offrire sostegno e strumenti affinché l'operatore possa accogliere e gestire le sfide che incontra lungo i differenti scenari di cura. La capacità di fronteggiare il cambiamento diventa, pertanto, una disposizione necessaria sia per coloro che decidono di intraprendere una professione sanitaria, ovvero gli studenti, sia per coloro che già la esercitano.

Nel corso della formazione universitaria, ad esempio, lo studente è chiamato ad acquisire una identità professionale che rappresenta l'espressione del raggiungimento certamente di una maturità intellettuale<sup>14</sup>, ma al tempo stesso emotiva e relazionale, per dare risposte coerenti ai nuovi modelli di cura.

Lo stesso vale per la formazione continua in sanità. Con l'intento di promuovere uno sviluppo professionale e culturale dei singoli operatori, l'Educazione Continua in medicina nasce per promuovere una sempre crescente qualità dell'assistenza integrando gli obiettivi formativi dei professionisti con quelli dell'organizzazione sanitaria. Per diventare infermiere, ostetrica o medico - quando studenti, oppure per poter sviluppare le competenze e le potenzialità professionali già in essere - quando operatori, non è più sufficiente ricorrere ad un approfondimento e/o aggiornamento dei soli saperi caratterizzanti le discipline che sorreggono la pratica clinico-assistenziale.

Oggi più che mai è necessario orientare e ri-orientare gli apprendenti verso i paradigmi epistemologici ed assiologici che fanno da sfondo alle pratiche sanitarie - come nel caso della *Slow Medicine* e della *Clinical Governance* - e, allo stesso tempo, porre l'attenzione alle dimensioni che connotano i così detti aspetti *immateriali della cura*<sup>15</sup>, come ci ricorda Patrizia de Mennato.

Significa in questo senso, aiutare lo studente e il professionista a volgere lo sguardo verso quei fenomeni che non includono soltanto i saperi scientificamente evidenti a sostegno di una prestazione sanitaria, come si penserebbe, per esempio, pianificando il miglior approccio per la gestione di una ferita cutanea.

Significa, per l'appunto, imparare a porre l'attenzione verso tutto ciò che non appare, ma che è sommerso e sostanzia il corso di quella pratica; è il caso delle

interazioni comunicative, delle emozioni e dei valori, ma anche dei pensieri, delle aspettative e dei processi di significazione di coloro - il curante e il curato - che fanno esperienza, seppur da posture differenti, della medesima prestazione.

Sul versante della formazione sanitaria accademica, da tempo si stanno avanzando riflessioni sull'ordinamento didattico dei corsi di studi per preparare laureati in grado di sviluppare una profonda comprensione delle problematiche di salute e, contemporaneamente, in grado di lavorare in contesti complessi sempre più incerti.

Animati da una forte spinta progressista, la conferenza permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e la conferenza permanente delle classi di laurea delle professioni sanitarie<sup>16</sup>, da diversi anni stanno promuovendo nel territorio nazionale gruppi di confronto interprofessionali volti ad integrare i saperi medico-sanitari con quelli pedagogici.

Con lo sviluppo della pedagogia medica in Italia<sup>17</sup>, parallelamente alla nascita della *Best Evidence Medical Education*<sup>18</sup>, vengono messe al centro della formazione accademica le buone pratiche educative e formative per diffondere nuove idee sulla programmazione didattica, sulle modalità di insegnamento e apprendimento, oltre alla riflessione sui modelli docimologici.

Anche sul piano della formazione continua si stanno cercando strategie e modelli educativi tesi a offrire eventi coerenti con il contesto in cui opera il singolo professionista o la specifica equipe. È il caso, ad esempio, della formazione sul campo che, coinvolgendo attivamente gli operatori in *workshop* interattivi, *audit* e *feedback*, può migliorare la pratica clinica e contribuire alla variazione di alcuni *outcome* clinici, come evidenziato da diversi studi presenti in letteratura<sup>19 20</sup>.

Pertanto i fenomeni formativi, sia per quanto concerne i contesti accademici che per quelli sanitari in riferimento alla formazione continua, diventano un elemento strategico del sistema sanitario, soprattutto in un periodo in cui, da più fonti, viene richiesta una rivisitazione dei suoi paradigmi.

Sul piano istituzionale l'impegno volge a favore di una formazione che accanto agli obiettivi tecnico-professionali promuova l'acquisizione di strumenti concettuali ed operativi per migliorare la qualità dell'assistenza in termini di sicurezza, efficacia,

appropriatezza ed efficienza in linea con gli obiettivi della *Clinical Governance* e della *Slow Medicine*.

Nel 2015 è stato pubblicato un articolo dal titolo *Slow Medical Education* i cui autori<sup>21</sup>, ispirandosi alla filosofia slow (prima fra tutti quella dello slow food), propongono un prospettiva complementare alla formazione sanitaria.

La *Slow Medical Education*, rifacendosi implicitamente ad alcuni paradigmi pedagogici già presenti nei contesti della formazione sanitaria universitaria enfatizza, in modo particolare, il valore della riflessione nel corso della formazione teorica e clinica degli studenti di medicina.

Proposta come alternativa al procedere caotico e incessante tipico della pratica clinica, gli autori che sostengono la *Slow Medical Education* presentano un “approccio lento” per aiutare lo studente, nel corso della sua formazione di base, a decodificare con pensiero critico le cure sanitarie rispetto a come gli si presentano.

Tra i diversi autori citati nel suddetto articolo viene presentato il pensiero di Victoria Sweet<sup>22 23</sup>. Medico e scrittrice statunitense, la Sweet approda alla filosofia slow attraverso la figura di Ildegarda di Bingen, monaca benedettina tedesca del XII sec. esperta in piante officinali e di cura. Nel pensiero della religiosa il malato non viene visto come una macchina da riparare, ma come una pianta da coltivare e, in linea con questa analogia, il medico diventa il giardiniere che si prende cura di tale pianta.

Rifacendosi a questa metafora la Sweet mette al centro dell’atto di cura la relazione del “medico-giardiniere” con la persona curata. L’osservazione, l’attenzione alle richieste, il rispetto nella capacità di cura che appartiene al paziente quanto al medico, sono gli elementi che permettono di dar vita ad una relazione capace di coltivare la salute e promuovere l’unicità della persona a cui è rivolta la cura.

Sappiamo però quanto sia complesso applicare questi concetti in un contesto di cura sanitaria.

Si pensi alla realtà di un pronto soccorso, ad esempio, dove medici e infermieri sono continuamente chiamati a rispondere ad una molteplicità di richieste e bisogni, alcuni dei quali di natura vitale, avendo a disposizione un tempo definito scandito da sequenze spesso standardizzate. Ed è proprio nel procedere frenetico di un ambulatorio di pronto soccorso, talvolta sostenuto dal clima di emergenza, che gli operatori sono chiamati a

decodificare i tanti dati clinici per dare risposte coerenti ai bisogni di salute cercando, allo stesso tempo, di limitare il più possibile distrazioni ed errori.

La *Slow Medical Education*, consapevole di tali complessità, non intende offrire soluzioni, ma dotare lo studente di competenze per fronteggiare tali scenari attraverso la messa in atto di posture intellettuali che gli consentano di orientarsi al paziente, di valorizzare il dialogo e di riflettere costantemente sugli eventi significativi a cui assiste.

Perché tutto ciò possa avvenire il tutoring sanitario si presenta, senza ombra di dubbio, una valida strategia pedagogica da promuovere e valorizzare.

### **La tutorship in sanità: la mappatura della Regione Emilia Romagna**

In Emilia Romagna la legge regionale 29/2004 riconosce al Servizio sanitario regionale un ruolo centrale in materia di formazione e di ricerca in sanità. Tale attribuzione è avvenuta nel corso del riordino che in quegli anni ha coinvolto sia i livelli della formazione universitaria dell’area medico-sanitaria, sia le comunità di pratica alle prese con l’avvio dei programmi di Educazione Continua in medicina.

Sono state portate avanti riflessioni che hanno avuto un forte impatto sulle relazioni tra il sistema sanitario regionale e quello universitario, favorendo scambi e collaborazioni che hanno permesso, proprio in Emilia Romagna, la nascita di due Osservatori regionali per la formazione medico-specialistica e per quella delle professioni sanitarie<sup>24</sup>.

Con lo scopo di promuovere e monitorare la qualità della formazione sono stati avviati gruppi di lavoro deputati a ragionare su modelli organizzativi e pedagogici strategici volti a fronteggiare i cambiamenti in atto. Ed è sulla scia di questi confronti che la funzione tutoriale viene identificata come elemento cardine per la formazione e l’esercizio sanitario<sup>25</sup>.

Il tutor, figura tradizionalmente nota nell’ambito delle istituzioni scolastiche per favorire i processi di apprendimento, prevenire la dispersione scolastica e rispondere alle domande di formazione<sup>26</sup>, viene valorizzato e riconosciuto ufficialmente anche all’interno della formazione sanitaria.



A dire il vero, la funzione tutoriale storicamente ha abitato i contesti sanitari, seppur nelle vesti di fenomeno poco visibile, raramente sostenuto da modelli pedagogicamente fondati e tanto meno disciplinato da norme specifiche.

Per regolamentare la figura del tutor l'Agenda sanitaria e sociale regionale ha coordinato un gruppo di lavoro composto da esperti della formazione afferenti al Servizio sanitario dell'Emilia Romagna per identificare: a) le tipologie di tutor operanti presso le Aziende sanitarie; b) le funzioni e le attività specifiche di guida e di facilitazione dell'apprendimento; c) una stima quantitativa della diffusione del fenomeno della tutorship sanitaria.

I risultati del lavoro sono stati presentati in un report<sup>27</sup> che riconosce la funzione tutoriale sulla base del livello di formazione e del contesto didattico.

Vengono identificati, nello specifico:

- Tutor deputati alla formazione di base, sia essa universitaria (laurea delle professioni sanitarie e medicina e chirurgia), che non universitaria (in riferimento ai corsi di formazione degli Operatori Socio Sanitari - OSS).
- Tutor coinvolti nella formazione post laurea (specialistica, master, perfezionamento, scuole di specializzazione, formazione specifica in medicina generale)
- Tutor addetti alla formazione continua.

Il report mette in evidenza come la funzione tutoriale sia svolta prevalentemente da professionisti appartenenti al medesimo profilo professionale dello studente soggetto della tutorship. Il tutor è chiamato a mettere in campo azioni, strategie e posture volte a facilitare gli apprendimenti, siano essi di natura teorica e/o pratica.

In relazione al contesto di riferimento è stato possibile procedere ad una ulteriore suddivisione del tutoring sanitario: quello didattico e quello di tirocinio e/o clinico.

Per quanto concerne i corsi di laurea delle professioni sanitarie troviamo nella legge 341/1990 (Riforma degli ordinamenti didattici universitari) e nella tabella XVIII ter/1996 un esplicito riferimento alla figura del tutor, la cui funzione consiste nel *facilitare e gestire l'intero percorso formativo dello studente*<sup>28</sup>.

Nello specifico, il tutor didattico orienta e sostiene gli studenti lungo tutto il corso degli studi cercando di renderli partecipi del loro processo formativo.

I tutor didattici dei Corsi di laurea appartengono al ruolo sanitario, sono infatti infermieri, fisioterapisti, ostetriche o tecnici di radiologia dipendenti delle strutture sanitarie nelle quali si sviluppa il Corso di studio.

La tutorship didattica è orientata a predisporre setting di apprendimento ad hoc per l'acquisizione delle competenze intellettive, relazionali e gestuali relative all'esercizio della professione sanitaria, attraverso l'organizzazione di attività svolte in aula, in contesti laboratoriali e nel corso del tirocinio.

In quest'ultimo caso è il tutor di tirocinio – detto anche tutor clinico o guida di tirocinio - a facilitare l'apprendimento delle competenze professionali che vengono sviluppate all'interno di contesti clinico-assistenziali.

Appartenente allo stesso profilo professionale dello studente, il tutor clinico guida l'apprendimento professionalizzante favorendo la connessione tra i saperi teorici e gli apprendimenti esperienziali, contemporaneamente sostiene lo studente nella comprensione del ruolo supportandolo nell'elaborazione delle "contraddizioni del sistema"<sup>29</sup>.

Il tutor di tirocinio si fa garante del raggiungimento degli obiettivi formativi, fornendo feedback sull'andamento dell'esperienza e contribuendo alla valutazione dell'apprendimento clinico dello studente.

Il tutor di tirocinio, inoltre, è chiamato a favorire spazi di rielaborazione dell'esperienza portando lo studente ad esercitare uno sguardo critico e riflessivo sull'attività di cura.

Per quanto concerne il Corso di laurea in Medicina e Chirurgia il Report dell'Agenda sanitaria e sociale dell'Emilia Romagna, riconosce che la funzione tutoriale possa essere svolto da: a) un docente del corso di studi a cui lo studente può rivolgersi per avere consigli riguardanti la carriera scolastica; b) un docente tutor - o tutor clinico, al quale è affidato lo studente o un piccolo gruppo di studenti in apprendimento clinico per acquisire conoscenze, abilità e modelli comportamentali utili all'esercizio della professione medica; c) uno studente-tutor, solitamente uno specializzando o un dottorando, che facilita l'inserimento degli studenti, fornendo

informazioni sugli strumenti didattici, sui servizi, sulle caratteristiche dei Corsi di laurea e sulle singole materie di insegnamento.

In merito alla competenza tutoriale a sostegno della formazione continua dei professionisti, il Report fa riferimento ad un'eterogeneità di figure la maggior parte delle quali con una spiccata rilevanza organizzativa.

### **Il tutoring in sanità: posture pedagogiche per la *Slow Medicine* e la *Clinical Governance***

Come strategia relazionale il tutoring raffigura metaforicamente quel ponte che permette il transito degli operatori sanitari verso i paradigmi epistemologici della *Slow Medicine* e degli assetti organizzativi della *Clinical Governance*.

La funzione tutoriale, infatti, non si limita a garantire l'integrazione e la continuità tra le conoscenze teoriche e quelle pratiche, con particolare riferimento ai contesti della formazione di base, ma diventa anche un elemento determinante per accompagnare e favorire i cambiamenti organizzativi<sup>30</sup>.

I cambiamenti significativi e duraturi nelle organizzazioni non accadono per un puro trasferimento di conoscenze, tanto meno quando vengono imposti dall'altro senza alcun coinvolgimento significativo e autentico da parte dei soggetti interessati.

Quando avvengono, i cambiamenti sono il risultato di processi lenti e progressivi, aperti e sempre in divenire che risentono della messa in campo di un apparato complesso di strategie, all'interno delle quali i sistemi formativi assumono un ruolo determinante.

Soltanto una formazione in grado di trasformarsi in intervento, capace di stimolare sinergicamente una profonda mutazione nei modi di pensare e di fare, sia degli individui che delle organizzazioni, può contribuire al cambiamento<sup>31</sup>.

Per produrre cambiamento ci vuole lentezza; poiché è nella lentezza che si genera apprendimento.

Il riferimento in questo caso non è ad una lentezza nell'apprendimento strumentale, ma alla lentezza intesa come dilatazione del tempo dedicato alla comprensione e all'apprendimento riflessivo; lentezza che se da un lato potrebbe penalizzare il tempo dedicato all'esercizio,

dall'altro produce maggior trasformazione mentale e miglior capacità di ragionamento<sup>32</sup>.

La pedagogia della lentezza, come scrive Luana Colacchioni è una pedagogia che se applicata nella scuola riconduce gli alunni su sentieri riflessivi, identitari, pensosi, funzionali alla crescita della persona in termini di pensiero e di pensiero libero. La pedagogia della lentezza accompagna gli alunni verso l'alfabetizzazione emozionale quando permette di fermarsi ad ascoltare ed ascoltarsi, a sentire e sentirsi, a capire e capirsi.

Su questa linea anche la formazione sanitaria dovrebbe procedere con maggiore convinzione in direzione di una pedagogia della lentezza, come sostenuto dagli autori della *Slow Medical Education*.

Per un professionista sanitario applicare la pedagogia della lentezza significa imparare a sostare e vigilare in modo critico sulla propria esperienza e sul proprio sentire per diventarne consapevole. Inoltre, L'azione intellettuale di ripensamento può anche ri-significare e/o trasformare l'evento posto a riflessione in direzione di un cambiamento nell'azione.

Per un medico, come per un logopedista, diventa importante disporsi a "pensare il proprio lavoro" per dar vita ad un di circolo virtuoso che metta in relazione quanto agito con le conoscenze possedute. In questa prospettiva il professionista diventa capace di agire un pensiero riflessivo che lo accompagna, lo guida e lo sostiene nelle scelte e negli agiti professionali, come auspicato da Donald Schön<sup>33</sup>.

L'esercizio riflessivo non si svolge soltanto quando, l'anestesista, ad esempio, attua un'attenzione vigile su quanto sta accadendo nel preciso momento dell'addormentando di un paziente, e neppure quando un fisioterapista riflette sulla prestazione svolta ricostruendone il processo, gli eventi che hanno condotto all'azione e ai suoi esiti.

La riflessività si compie anche quando ci si avvale del *pensiero sull'azione possibile*, citando Luigina Mortari<sup>34</sup>, procedendo ad una riflessione anticipatrice volta a ipotizzare situazioni possibili, elaborando ipotesi risolutive su una problematica a cui si è chiamati a dare risposta o verso la quale sono richiesti nuovi approcci.

Procedere riflettendo nella lentezza è un esercizio che richiede di essere appreso e mantenuto nel corso dell'esercizio professionale.

Il setting tutoriale può avere tale finalità. Un direttore di una unità operativa, un giovane collega mosso dalla passione e dall'entusiasmo per il lavoro, un esperto formato in tema di Clinical Governance possono assolvere senza ombra di dubbio ad una funzione tutoriale in direzione del cambiamento.

Ma per agire un cambiamento oltre alla cura educativa-formativa c'è bisogno di *esemplarità*.

Sull'importanza dell'esempio nei contesti educativi, Laura Cavana denuncia come sia proprio l'assenza di adulti-testimoni a influenzare la crisi delle giovani generazioni<sup>35</sup>. I giovani, ci ricorda Cavana, hanno bisogno di adulti virtuosi che con i loro comportamenti sappiano farsi esempio, in modo particolare, di progettualità riguardante il futuro. Seppur l'aprirsi ad un progetto e alla speranza comporta impegno e fatica, uniti al timore di aver compiuto la scelta sbagliata, agli adulti spetta il compito di testimoniare ai giovani che la fatica di una progettualità relativa al futuro è qualcosa che vale la pena sopportare.

Su questa linea, l'esemplarità si presta a diventare una sfida da muovere anche nei territori sanitari, soprattutto dove il "nuovo" diventa una necessità da perseguire per garantire un'assistenza competente e di qualità.

Sono le risorse personali degli operatori esperti che rimandano, in particolar modo, alla motivazione, all'orgoglio per il proprio ruolo professionale e al riconoscimento del valore insito del prestare servizio al prossimo, a svolgere una leva esemplare per coloro che si preparano ad esercitare, o che già esercitano, una professione sanitaria.

Esemplare allora sarà l'operatore che ascolta e rispetta il paziente e che empatizzando con la sua storia, si rende conto che il proprio esercizio non può esaurirsi con la mera applicazione di rigide linee guida; e ancora, l'esemplarità si esprime in quell'operatore che accoglie ed

elogia l'*etica dell'ignoranza*<sup>36</sup> accettando che il proprio sapere è incerto e limitato e per questo la collaborazione in equipe e un atto dovuto per fornire cure appropriate e sicure.

L'operatore che si impegna su queste direzioni, non solo sta mettendo in atto i postulati della *Slow Medicine* e della *Clinica Governance*, ma diventa un testimone per quegli studenti e colleghi che chiedono esemplarità per trovare/ritrovare la rotta del proprio agire sanitario.

Tutto questo rappresenta certamente una posizione inattuale che offre una chiave di lettura critica della cura sanitaria, ma se accolta, problematicizzata e intenzionata, può diventare una strategia di *tutoring* che consente di creare sinergie e circolarità per promuovere e supportare una crescita professionale continua.

STEFANO BENINI

Ausl of Bologna  
University of Bologna

CARLO DESCOVICH

Ausl of Bologna

<sup>1</sup> Il presente lavoro è frutto di una stretta collaborazione tra gli autori che ne hanno discusso ogni sua parte. Dovendo individuare, a fini concorsuali il contributo dei singoli autori, si segnala che il primo paragrafo è stato scritto congiuntamente da S. Benini e C. Descovich, i restanti paragrafi da S. Benini.

<sup>2</sup> M. Bobbio, *Troppa medicina*, Einaudi, Torino, 2017

<sup>3</sup> A. Cartabellotta, "*Lessi s more*": *migliorare la qualità dell'assistenza con meno risorse*, Quaderni acp 2013; 20(4): 147

<sup>4</sup> A. Cartabellotta et al, *3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*, Gimbe, 2018

<sup>5</sup> A. Bonaldi, S. Vernerio, *Slow Medicine: un nuovo paradigma in medicina*, [Recenti Prog Med](#), 2015 Feb;106(2):85-91

<sup>6</sup> Slow Medicine, *Le parole della medicina che cambia. Un dizionario critico*, Il Pensiero Scientifico editore, Roma, 2017

- <sup>7</sup> R. Smith. *The case for slow medicine*. 17 December 2012. <http://blogs.bmj.com/bmj/2012/12/17/richardsmith-the-case-for-slow-medicine>
- <sup>8</sup> Slow Medicine, 2017, *op.cit.*
- <sup>9</sup> C.K. Cassel, J.A. Guest, *Choosing wisely: helping physicians and patient make smart decision about their care*, JAMA 2012; 307:
- <sup>10</sup> Cfr: <http://www.slowmedicine.it>
- <sup>11</sup> S. Vernaro, *Italy's "Doing more does not mean doing better"* Campaign BMJ 2014;349:(Published 22July2014).
- <sup>12</sup> A. Capasso A, G. Pascarella, *L'Azienda sanitaria: innovazione tecnologica, evoluzione organizzativa e governo clinico*. Milano, Franco Angeli, 2011
- <sup>13</sup> F. Fontana, *Clinical Governance: una prospettiva organizzativa e gestionale*, Milano, Franco Angeli, 2005
- <sup>14</sup> N. Bobbo, *Il tutoring per la formazione in ambito sanitario: competenze e strategie per la formazione delle identità professionali mediante l'acquisizione di una maturità nel lavoro*, in *Studium Educationis* 1/2018
- <sup>15</sup> P. de Mennato P, C. Orefice, S. Branchi S, *Educarsi alla "cura"*, Lecce, Pensa Multimedia Editore, 2011
- <sup>16</sup> Cfr: I quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia, *Journal of Italian Medical Education*, ISSN: 2279-7068
- <sup>17</sup> Il riferimento va fatto in primo luogo alla Società Italiana di Pedagogia Medica (SIPeM) fondata nel 1984 per favorire lo sviluppo, il coordinamento e la valorizzazione delle conoscenze, delle ricerche e degli studi nell'ambito della pedagogia medica, nonché la diffusione dei principi di questa disciplina nella formazione del medico e del personale sanitario. In secondo luogo si rimanda ai lavori di coloro che nel panorama accademico pedagogico italiano si sono occupati del dialogo tra il pensiero pedagogico e quello sanitario avviando importanti riflessioni, forme di collaborazione interdisciplinare e strumenti. Tra questi ricordiamo: Anna Maria Di Giorgio (1981 e 1990), Francesco De Bartolomeis (1984), Silvia Kanisza (1992, 1994), Piero Bertolini (1995, 2005), Riccardo Massa et al (1997), Lucia Zannini (2001, 2004, 2008, 2015), Antonella Lotti (2003, 2006), Patrizia de Mennato (2006, 2011), Luigina Mortari (2013, 2015).
- <sup>18</sup> R. M. Harden, Janet Grant, Graham Buckley, I. R. Hart, *BEME Guide No. 1*, Best Evidence Medical Education, Medical Teacher, 1999, 21:6, 553-562
- <sup>19</sup> L. Forsetlund, A. Bjørndal, A. Rashidian, G. Jamtvedt, M.A. O'Brien, Wolf F.M, D. Davis, J. Odgaard-Jensen, A.D. Oxman, *Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes* (Review), The Cochrane Library, 2012, Issue 11.
- <sup>20</sup> D. Davis, M.A. O'Brien, N. Freemantle, F.M. Wolf, P. Mazmanian, A. Taylor-Vaisey, *Impact of formal continuing medical education: Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes?*, JAMA, 1999, 282(9):867-874.
- <sup>21</sup> D. Wear, J. Zarcon, A. Kumagai, and K. Cole-Kelly, *"Slow Medical Education"*, Academic Medicine 2015, 90 (3): 289-293
- <sup>22</sup> V. Sweet, *God's Hotel: A Doctor, a Hospital, and a Pilgrimage to the Heart of Medicine*, New York, NY Riverhead Books, 2012
- <sup>23</sup> V. Sweet, *Should a doctor be like a gardener?*, Wall Str J. April 25, 2012. <http://blogs.wsj.com/speakeasy/2012/04/25/should-a-doctor-be-like-a-gardener/?mod=e2tw>.
- <sup>24</sup> cfr: [Dgr. 340/2004: "Istituzione dell'Osservatorio regionale per la formazione medico specialistica"](#) e [Dgr. 733/2006: "Istituzione dell'Osservatorio delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione"](#)
- <sup>25</sup> M. Biocca, P. Coppielli, D. Pasquali, (a cura di), *I tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia Romagna. Rapporto preliminare*. Dossier - Volume 174, Regione Emilia Romagna, 2009
- <sup>26</sup> O. Scandella, *Interpretare la tutorship. Nuovi significati e pratiche nella scuola dell'autonomia*, Franco Angeli, Milano, 2007
- <sup>27</sup> M. Biocca, P. Coppielli, D. Pasquali, (a cura di), *op. cit.*, 2009
- <sup>28</sup> Legge 19 novembre 1990, n.341 "Riforma degli ordinamenti didattici universitari.", art. 13. Comma 1
- <sup>29</sup> L. Sasso, A. Lotti, L. Gamberoni, *Il tutor per le professioni sanitarie*, Carocci Faber, Roma, 2003
- <sup>30</sup> F. Terri, M.B Lelli, D. Priami, *Accompagnare le persone nei processi di cambiamento. Linee di indirizzo regionale per progettare e realizzare la formazione continua in sanità*. DOSSIER – Volume 262, Regione Emilia Romagna, 2017
- <sup>31</sup> G.P. Quaglinio, *Leadership e cambiamento. Scritti di formazione 4 (1976-2006)*, Franco Angeli, Milano 2007
- <sup>32</sup> L. Colacchioni, *Pedagogia della lentezza: recuperare sensorialità e riflessività per formare al pensiero critico e per rispondere ai bisogni educativi a scuola*, Formazione e Insegnamento, XIII – 1, 2015
- <sup>33</sup> D. A. Shonón, *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, Edizioni Dedalo, Bari, 1993
- <sup>34</sup> L. Mortari, *Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione*, Carocci, Roma, 2003
- <sup>35</sup> L. Cavana, *La sfida dell'esemplarità adulta: educarsi per educare*, in: *Ai confini dell'educazione degli adulti: i limiti, le possibilità, le sfide*, Mimesis, Milano 2015, pp. 67 - 82
- <sup>36</sup> R. Smith., *The ethic of ignorance*, *Journal of medical ethics*, 1992, 18, 117-118, 134