

WP2 – Metodologie didattiche in Salute Globale

Workshop formatori, Bologna 12.03.10 + revisioni

a cura del Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Università di Bologna; www.csiunibo.org

“Un attivista della salute ha bisogno di una conoscenza del proprio campo di lavoro, locale e settoriale, ha bisogno della teoria per guidare la sua pratica, ma anche per orientare la sua capacità decisionale. Egli necessita di capacità comunicative per lavorare con professionalità nel suo settore, ma anche per comunicare con le comunità, con la gente comune. Ma il suo lavoro è molto più di questo, effettiva collaborazione richiede rispetto e reciprocità, un’apertura a trovare diverse e plurime vie per decifrare la complessità del mondo, nulla di compatibile, né comparabile, con il privilegiato approccio “a senso unico” della scienza singola. Un attivista della salute ha bisogno inoltre di fare sue pratiche che lo proteggano dalle seduzioni e dalla scelta di opzioni più semplici che potrebbero incrociare il suo percorso”.

Legge D, IPHU Convenor 26 aprile 2009, <http://www.phmovement.org/iphu/en/node/25> visitato il 5 marzo 2010.

Introduzione

Parlare di metodologie didattiche per l'insegnamento della salute globale significa addentrarsi in un ambito particolarmente pionieristico, poiché alla novità dei contenuti si sommano l'inesperienza e la refrattarietà dell'accademia italiana nei confronti di metodi di insegnamento alternativi al tradizionale modello della lezione frontale, centrato sulla figura del docente.

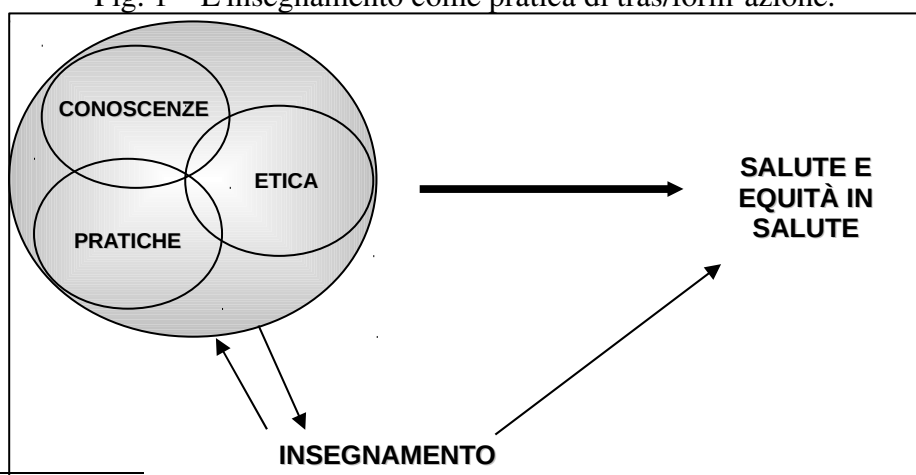
Vie didattiche complementari, tagliate su obiettivi formativi definiti, sembrano invece necessarie affinché la salute globale non resti un mero ambito accademico, ma divenga efficace nel promuovere e rendere concreti i principi che enuncia.

Se infatti la finalità dichiarata dell'insegnamento della salute globale è promuovere un cambiamento nella formazione medica e nel rapporto tra accademia e società, con il fine ultimo di una trasformazione sociale verso una maggiore equità, oltre alla trasmissione del **sapere** è fondamentale riuscire ad incidere sul **saper essere** e sul **saper fare** dei futuri medici (e non solo)¹.

Inoltre, occuparsi di salute come tema complesso, e cercare di insegnarlo, significa uscire dalla neutralità intrinsecamente connotata alla biomedicina, e più in generale all'approccio scientifico. Secondo Paulo Freire (1970), l'educazione non è mai neutrale²: il docente infatti o indirizza gli studenti verso la reificazione dello status quo, o viceversa incoraggia un approccio critico che metta in discussione la realtà con il fine di favorire una trasformazione³.

Questo secondo approccio (che possiamo chiamare di tras/form-azione), maggiormente in linea con la finalità dichiarata della salute globale, implica un chiaro **posizionamento etico a favore del bisogno di salute** e a discapito di qualsiasi altro interesse chiamato in causa. Tale posizionamento deve essere giustificato dalle teorie e reificato nelle pratiche, di cui l'insegnamento stesso è parte.

Fig. 1 – L'insegnamento come pratica di tras/form-azione.



¹ Cresson E. *Insegnare ad apprendere. Verso la società conoscitiva, Libro bianco su istruzione e formazione*. 1995. Commissione Europea, Lussemburgo.

² Freire, 1970; Shor & Freire, 1986

³ Hanson L. Global Citizenship, Global Health, and the Internationalization of Curriculum. A Study of Transformative Potential. *Journal of Studies in International Education*. 2010. 14(1):70-88.

Nelle esperienze internazionali, rese note tramite la letteratura, la necessità di maggiore formazione in ambito di salute globale nasce spesso **dal bisogno degli studenti** di avere accesso ad una forma-azione più rispondente alle esigenze reali della società⁴. Tenendo sempre presente che l'Università dovrebbe servire principalmente le necessità della società, piuttosto che quelle del mercato, la formazione deve fornire capacità tecniche così come capacità e attitudini per poter svolgere al meglio una professione e il ruolo che le compete⁵. Una forma-azione, intesa in questo senso come **“empowerment”**, va costruita a partire da un radicale cambiamento nella logica stessa della didattica tradizionale.

La relazione docente/discente non può dunque continuare ad essere concepita classicamente, ovvero in modo verticale. Al contrario lo studente, assumendo un ruolo primario e necessariamente attivo, ne diventa il centro. Un **approccio “studente-centrico”** sfida la tradizionale visione del docente come soggetto che determina cosa, quando e come gli studenti impareranno. Un approccio frontale e “docente-centrico”, che privilegia un apprendimento estensivo ma superficiale di contenuti, risulta infatti inefficace nell'apprendimento in profondità di pratiche e dinamiche complesse. Al contrario, un insegnamento “studente-centrico”, condotto a piccoli gruppi e centrato sulle modalità e tempistiche di apprendimento individuali (self directed learning, SDL), favorisce un apprendimento in profondità e una concettualizzazione chiara delle definizioni, promuove un approccio critico alle fonti, abitua al confronto e all'argomentazione, predispone al lifelong learning e rende il soggetto capace di adattarsi alla mutevolezza delle problematiche⁵. Altro aspetto fondamentale delle azioni della salute globale è la co-costruzione di strategie attraverso un processo costante di condivisione di valori e obiettivi tra operatori della salute e comunità, e tra le diverse professionalità rappresentate. Specularmente, la didattica deve prevedere una negoziazione continua tra docente e studente e promuovere un **approccio interdisciplinare**. Sarebbe del tutto fallimentare infatti circoscrivere la salute globale all'ambito sanitario, affidandone l'insegnamento ai soli medici e l'apprendimento ai soli studenti di medicina. La interdisciplinarietà non deve tuttavia essere ridotta ad una mera multidisciplinarietà, che prevedrebbe l'esposizione dei discenti alle diverse discipline. L'integrazione va ricercata attraverso la partecipazione delle figure coinvolte a tutti i livelli decisionali e formativi, e soprattutto nella co-costruzione di definizioni e significati⁶.

Il panorama italiano

Nell'analisi del quadro italiano, è di riferimento la revisione prodotta dal progetto *“Equal Opportunities for Health: Action for Development”*, promosso dall'Organizzazione Non Governativa (ONG) Medici con l'Africa CUAMM in associazione e partenariato con diverse istituzioni nazionali e internazionali.

La mappatura dei corsi universitari in salute globale nelle 40 facoltà di medicina italiane, realizzata all'interno di questo progetto nell'anno 2007, ha portato all'individuazione di **27 corsi attivi in 11 facoltà**. Si tratta di attività didattiche opzionali (ADE), ovvero corsi organizzati al di fuori del core curriculum ma riconosciuti dalle facoltà mediante l'attribuzione di crediti formativi. La durata media dei corsi è di 11 ore (range compreso tra 6 e 20 ore). Nella metà dei casi si tratta di corsi a numero aperto (con una media di 59 studenti a corso), e nell'altra metà di corsi a numero chiuso (con una media di circa 35 studenti).

Dall'analisi è possibile ottenere un quadro generale delle metodologie didattiche impiegate, tenendo in considerazione però che i dati rilevati non forniscono una panoramica aggiornata ed esaustiva: informazioni complete rispetto alle metodologie vengono infatti riportate solo per 10 corsi. I dati che emergono rilevano che la principale modalità didattica impiegata è quella delle **lezioni frontali**, intervallate o sostituite in alcuni casi da seminari, moduli di didattica tutoriale e lavori di gruppo.

Si può ipotizzare che la **numerosità degli studenti** ammessi e la **breve durata** dei corsi siano due elementi che influenzano la scelta della metodologia didattica, portando a privilegiare la lezione frontale che, pur limitando l'interazione e il coinvolgimento attivo degli studenti, risulta essere più efficace nel veicolare i contenuti di fronte a un uditorio vasto. Un altro verosimile limite all'impiego di metodologie alternative o complementari è la **scarsità delle risorse umane** per l'insegnamento: spesso questi corsi sono organizzati grazie all'iniziativa e alla volontà di singoli docenti, in qualche modo “incastrati” tra preesistenti obblighi

⁴ Nucleo de Estudos em Educacao Popular e Saude, <http://www.nesp.unb.br/eps/index.htm> visitato il 5 marzo 2010.

⁵ Santos, Boaventura de Sousa. Cuadernos pedagógicos de la Escuela 6: La Universidad en el siglo XXI. Para una reforma democrática y emancipadora de la Universidad. 2004. Ed. Viva la Ciudadanía, Colombia.
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/bolivia/cides/umbrales/15/Umbrales15s.pdf#page=14> visitato il 5 marzo 2010.

⁶ Duncan M, Alperstein M, Mayers P, Olckers L, Gibbs T. Not just another multi-professional course! Part 1. Rationale for a transformative curriculum. *Medical Teacher*. 2006. 28(1):59-63.

didattici istituzionali. Infine, il già ricordato **atteggiamento conservativo e verticale** dell'accademia italiana non rappresenta un terreno particolarmente fertile per la sperimentazione pedagogica.

Principi fondamentali e l'esperienza del CSI

Il superamento del modello formativo biomedico, verso un approccio che sia in grado di formare professionisti con un "potenziale trasformante" su una società iniqua, richiede dunque un ripensamento non solo dei contenuti, ma anche delle metodologie che sono funzionali al raggiungimento di obiettivi formativi incentrati su **conoscenze, atteggiamenti e pratiche**.

Coerentemente con gli elementi che caratterizzano la disciplina della salute globale, il suo insegnamento dovrebbe:

- essere offerto nell'ambito di percorsi formativi universitari e post-universitari di molteplici discipline, quanto meno di quelle sanitarie, sociali, economiche, giuridiche e politiche;
- educare ad un sapere articolato, **inter- e trans-disciplinare**, che utilizzi strumenti di analisi multi-metodologici e prepari a descrivere la realtà dei processi salute-malattia attraverso multi-linguaggi;
- favorire una democratizzazione dell'insegnamento e del sapere, attraverso l'attenzione per l'accessibilità dei corsi (costi, logistica, supporti didattici inclusa formazione a distanza...), la formazione di formatori e la promozione della educazione tra pari;
- contestualizzare la prospettiva globale nella realtà locale, per facilitare la comprensione dell'interdipendenza dei fenomeni e il coinvolgimento di attori diversi (approccio bottom up);
- adottare **metodologie didattiche** che rispecchino i principi cui la salute globale si ispira: **partecipazione, cooperazione, orizzontalità, inclusione e giustizia sociale**;
- interrogare gli studenti sul **piano etico** e favorire l'**analisi critica, il rigore scientifico, l'innovazione metodologica a partire dall'esperienza**.

Presso il CSI, da tempo è in atto un percorso di riflessione attiva e partecipata su queste tematiche. Negli anni, l'approccio didattico è stato oggetto di continua revisione, sperimentazione e affinamento, tenendo come "linee guida" i principi sopra enunciati. In particolare, per quanto riguarda le metodologie di insegnamento, vengono impiegate:

Lezioni frontali – pur nei limiti di questo approccio, soprattutto in termini di coinvolgimento degli studenti e di impatto su saper fare e saper essere, le lezioni frontali restano lo strumento maggiormente impiegato nei nostri corsi. Tuttavia, abbiamo nel tempo consolidato alcune "buone pratiche", che nascono da una particolare attenzione per gli aspetti relazionali e comunicativi dello stare in aula, e da un monitoraggio in corso d'opera delle percezioni degli studenti rispetto ai corsi. In particolare:

- spazio dedicato ad apertura e chiusura del corso, per introdurre obiettivi formativi, contenuti didattici, metodologia, valutazione, e per riassumere alla fine gli elementi fondamentali e discuterli con gli studenti;
- ad ogni lezione, momento introduttivo di "collegamento" con le lezioni precedenti;
- presenza costante di tutor in aula;
- adeguato spazio per domande e discussione in ogni lezione (anche a scapito di qualche contenuto);
- supporti didattici adeguati (diapositive in power point), resi disponibili agli studenti tramite sito internet; materiale didattico integrativo e indicazioni bibliografiche;
- utilizzo di materiale audiovisivo a supporto della didattica;
- testimonianze dal campo e tavole rotonde per aggiornati collegamenti all'attualità, con possibilità di discussione tra gli studenti e i vari attori coinvolti;
- corpo docente multidisciplinare, presentazione di visioni diverse, stimolo allo scambio orizzontale tra gli studenti;
- coinvolgimento e formazione di studenti per educazione tra pari;
- attenzione all'atteggiamento in aula e fuori dall'aula, improntato all'orizzontalità, alla disponibilità all'ascolto e alla relazione.

Tutto questo favorisce un clima informale, in cui spesso discussioni iniziate in aula proseguono fuori dall'istituto.

Giochi – in alcuni corsi sono stati sperimentati dei giochi interattivi (“*La ruota della sfortuna*”; “*Diversi o disuguali*”) volti a coinvolgere direttamente gli studenti in ruoli che mettessero in luce aspetti legati alle disuguaglianze e ai determinanti sociali di salute. Le attività sono state accolte con curiosità ma non sempre con entusiasmo: alcuni studenti hanno giudicato i giochi eccessivamente semplicistici e poco seri, altri hanno sottolineato il fatto che pochi studenti di fatto partecipano e i molti che restano ad osservare sono scarsamente coinvolti. A questo proposito, va rilevato che la sperimentazione di questo tipo di didattica è per noi solo agli inizi, e anche che gli studenti nella maggior parte dei casi conoscono solo la didattica frontale e guardano con diffidenza ad approcci non ortodossi.

Role play – questa metodologia è stata impiegata al termine del corso di Salute e Migrazione, per simulare situazioni di incontro tra operatori sanitari e pazienti immigrati in diversi contesti (pronto soccorso, ambulatorio per immigrati irregolari, consultorio, ecc.). L'attività è stata realizzata dopo divisione degli studenti in gruppi da circa 10 persone, e seguita da una restituzione in plenaria. Questo approccio didattico è stato in generale molto apprezzato sia dagli studenti che dai tutor.

Autoapprendimento guidato – si tratta di una metodologia che impieghiamo da due anni per la realizzazione del corso “Cultura, Salute e Malattia”. Il corso è a numero chiuso (20 studenti). All'inizio vengono presentati dei materiali didattici (articoli, capitoli di libri, saggi brevi), che vengono suddivisi tra gli studenti (singoli o a piccoli gruppi). In ogni lezione, lo studente incaricato espone il testo che ha letto e tutti insieme se ne discute. Si tratta di una metodologia certamente impegnativa per il docente, che deve selezionare e conoscere attentamente i materiali didattici ed essere in grado di facilitare la discussione. E' però in genere un corso apprezzato, in cui il basso numero di studenti favorisce l'instaurarsi di proficue relazioni di scambio. Le discussioni sono maggiormente interessanti se vengono coinvolti studenti provenienti da ambiti disciplinari differenti.

Gruppi partecipativi – più che una metodologia didattica, i gruppi partecipativi sono i “moduli di funzionamento” del CSI. L'esperienza nel campo è ormai vasta, e consente di facilitare il lavoro di autoapprendimento di gruppi di studenti su temi spesso individuati a partire dalle loro esigenze (conflitto d'interessi, cooperazione internazionale, peer education...). Tipicamente, questi gruppi nascono in seguito a un corso elettivo o a una lezione, spesso intorno a un argomento che ha suscitato particolare interesse. Anche qui, l'investimento di tempo ed energie richiesto al docente è gravoso, ma l'opera di capacitazione porta in ultima analisi a formare persone dotate di autonomia critica, di capacità di lavoro in gruppo, e di abilità formative nei confronti dei loro pari. A titolo di esempio, il gruppo partecipativo sul conflitto d'interessi, che dopo l'autoformazione guidata ha organizzato diversi eventi sul tema rivolti al mondo scientifico e sanitario, è ora impegnato nella realizzazione di un corso elettivo per gli studenti di medicina. Nell'ottica di partecipazione e orizzontalità del CSI, particolare attenzione e cura viene rivolta, al di fuori dei corsi e dei gruppi partecipativi, anche ai singoli studenti. Il CSI si configura infatti come uno spazio aperto in cui gli studenti di tutte le facoltà trovano supporto didattico e organizzativo sia per sviluppare proprie idee e progetti (tesi, periodi di studio all'estero), che per discutere e approfondire tematiche di interesse, anche avvalendosi della rete di contatti che il CSI mette a disposizione.

Proposte

Gli spunti di riflessione fin qui proposti ci consentono di suggerire alcuni passaggi su cui cercare consenso e da affrontare insieme:

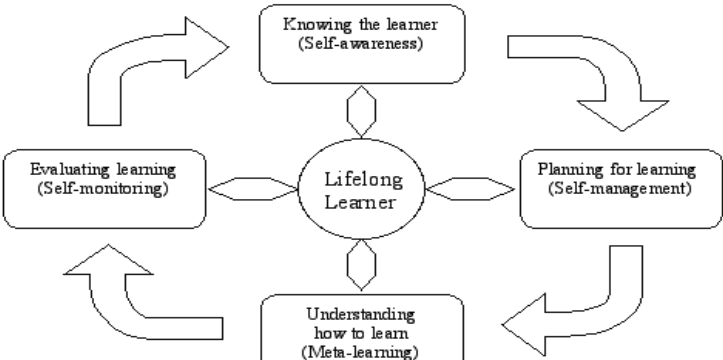
1. promuovere un **cambiamento di atteggiamento** che valorizzi la figura dello studente ponendolo al centro del processo educativo;
2. iniziare a considerare gli **aspetti metodologici della didattica** come uno degli ambiti centrali dell'insegnamento, al pari dei contenuti e della valutazione;
3. conoscere e confrontarsi con altre **esperienze sul piano internazionale**;
4. aprire un serio dibattito e confronto sugli aspetti metodologici e pedagogici dell'apprendimento, che porti ad una **sperimentazione adeguatamente monitorizzata** di approcci innovativi (Allegato 2),

- complementari alla tradizionale didattica frontale;
5. elaborare e proporre un curriculum in salute globale articolato per **obiettivi formativi** (Allegato 1), ciascuno declinato in **contenuti e metodologie**;
 6. investire nella **formazione dei formatori**, compatibilmente con le proprie risorse, impiegando metodologie “learner-centred” volte a una reale capacitazione;
 7. valorizzare e condividere le singole esperienze positive all'interno della rete italiana attraverso la creazione di un **archivio, accessibile online**, in cui inserire i materiali dei moduli didattici.

Allegato 1 – Obiettivi formativi (bozza)

SAPERE	Riconoscere che la salute è un concetto complesso, elaborato e costruito all'interno delle interazioni tra individuo, società e ambiente, e che può essere compreso e analizzato solo intrecciando le prospettive di diverse discipline e metodologie.
	Riconoscere che la salute è uno dei diritti fondamentali dell'uomo, che può essere garantito solo attraverso il godimento di tutti gli altri diritti.
	Definire il concetto di salute globale.
	Appropriarsi dell'approccio teorico dei determinanti sociali di salute, in modo da saperlo utilizzare come chiave di lettura delle diverse situazioni sanitarie.
	Conoscere i principali strumenti e fonti informative rispetto ai temi trattati.
	Tracciare un quadro epidemiologico globale, soffermandosi sull'influenza che esercitano i determinanti sociali sullo stato di salute della popolazione mondiale ed enfatizzando le interconnessioni tra globalizzazione e salute e la necessità di politiche intersettoriali.
	Descrivere il concetto di disuguaglianze in salute soffermandosi sulle conseguenze e sui meccanismi che le generano.
	Conoscere i principali attori (istituzioni, organizzazioni internazionali, ONG, privati...) che interagiscono nel campo della salute globale e della cooperazione internazionale , mettendo in luce l'impatto sulla salute dei processi e delle dinamiche in atto.
	Saper analizzare e interpretare criticamente la storia, gli obiettivi e i limiti delle politiche di cooperazione internazionale.
	Saper illustrare alcuni approcci efficaci per promuovere il diritto alla salute in contesti a risorse limitate.
	Conoscere i diversi approcci teorici alla base dei sistemi sanitari e riconoscere il ruolo delle politiche sanitarie sulla salute della popolazione.
	Comprendere la processualità e le interconnessioni tra i diversi livelli di fattori che influenzano la salute, dando particolare rilievo ai determinanti distali (ambiente, mercato, guerra e politica...).
	Saper ricollocare il fenomeno migratorio all'interno dei più ampi processi di globalizzazione; saper tracciare il profilo di salute del migrante; comprendere la genesi politico-sociale della sua condizione e la possibile risposta della società ospitante in termini di tutela della salute.
SAPER ESSERE	Acquisire una sensibilità per i fenomeni di marginalizzazione ed esclusione, per l'attenzione alle fasce di popolazione più vulnerabili che necessitano di interventi mirati.
	Ripensare criticamente al proprio mandato, operato e ruolo di futuri professionisti nella promozione della salute nella sua concezione più ampia (declinata non soltanto in termini di assistenza tecnica al corpo biologico).
	Sperimentare approcci di analisi critica rispetto alle tematiche e ai fenomeni proposti.
	Comprendere il valore e il ruolo delle altre discipline, sanitarie e non sanitarie, nella promozione della salute di individui, popolazioni e comunità.
	Saper inquadrare il proprio operato in una cornice etica attraverso l'autoriflessività, la consapevolezza della responsabilità del proprio ruolo e l'importanza della coerenza nelle proprie azioni.
	Essere consapevoli di quali sono le abilità e le competenze necessarie per lavorare nell'ambito della cooperazione sanitaria internazionale.
SAPER FARE	Saper lavorare in modo interattivo e di gruppo che porti a interagire con diverse figure professionali.
	Saper ricercare e interpretare criticamente le informazioni.
	Saper analizzare le situazioni cliniche e sanitarie alla luce delle competenze apprese.

Allegato 2 – Tabella sulle principali metodologie “learner-centred”

Method	Features
<p>PBL</p>	<p>Problem-based learning (PBL) is a student-centered instructional strategy in which students collaboratively solve problems and reflect on their experiences. Characteristics of PBL are:</p> <ul style="list-style-type: none"> • learning is driven by challenging, open-ended problems • students work in small collaborative groups. • teachers take on the role as "facilitators" of learning. <p>Accordingly, students are encouraged to take responsibility for their group and organize and direct the learning process with support from a tutor. Advocates of PBL claim it can be used to enhance content knowledge and foster the development of communication, problem-solving, and self-directed learning skill.</p>
<p>SDL</p>	<p>Self-Directed Learning (SDL) is any increase in knowledge, skill or performance pursued by any individual for personal reasons employing any means, in any place at any time at any age. Training on this method empowers the learner to direct himself and makes him able to tackle with the lifelong-learning.</p> 
<p>CBE</p>	<p>A Competency-Based Educational system is learner-centred and it aims to reach a proficiency in knowledge, skill or competency related to a specific educational objective. CBE provides approaches to assessing competency outcomes, at the end of an educational unit, to demonstrate that learners are able to actually do what is expected/required. It is to be considered a good method for developing specific skills⁷.</p>
<p>EBL</p>	<p>Through an Experience-Based Learning approach learners analyze their experience by reflecting, evaluating and reconstructing it (sometimes individually, sometimes collectively, sometimes both) in order to draw meaning from it in the light of prior experience. It includes include simulations, games, role play, visualisations, focus group discussions, sociodrama and hypotheticals.</p> <p>EBL is based on assumptions identified by Boud, Cohen and Walker ('93) as:</p> <ul style="list-style-type: none"> • experience is the foundation of, and the stimulus for, learning • learners actively construct their own experience • learning is a holistic process • learning is socially and culturally constructed. <p>Features which characterise and distinguish it from other approaches:</p> <ul style="list-style-type: none"> • involvement of the whole person (intellect, feelings and senses) • recognition and active use of all the learner's relevant life experiences in order to obtain a more effective integration into the learner's values and understanding • continued reflection upon earlier experiences in order to add to and transform them into deeper understanding⁸.

⁷ Voorhees RA. Competency-Based Learning Models: A Necessary Future. *New Directions for Institutional Research*. 2001. No 110:5-13.

⁸ Andersen L, Boud D, Cohen R. Experience-based learning. 1995. Chapter published in Foley G (Ed.). *Understanding Adult Education and Training*. Second Edition. 2000. Ed. Allen & Unwin, Sydney. Pp. 225-239.