

# Crisis Resource Management, dall'aviazione alla Medicina di Emergenza: un'esperienza Genovese

Calandrino Andrea<sup>a, b, c</sup>, Riitano Alessio<sup>a, b, c</sup>

- A. Centro di servizi di Ateneo di Simulazione e formazione Avanzata
- B. Segretariato Italiano Studenti Medicina
- C. Università degli Studi di Genova

Il Crisis Resource Management (CRM) è una tecnica nata presso l'Università di Stanford, mutuata dall'aviazione e applicabile alla formazione in Medicina di Emergenza (Salas et al. 1998). Si compone di 3 fasi: Presentazione del problema; Simulazione "high-fidelity"; Debriefing. CRM enfatizza fattori comportamentali nella gestione di eventi critici, grazie a scenari che sono visionati ed analizzati nella fase di Debriefing per discutere di gestione e leadership. I punti chiave della tecnica sono: comunicazione, gestione dei ruoli, individuazione delle priorità. L'Emergency Medicine Simulation Seminary è un corso di 5 giorni organizzato nel mese di Gennaio 2018 presso il Centro di Simulazione della Scuola di Medicina nel quale 12 ore sono state dedicate al CRM applicato a scenari ACLS. 15 dei 26 partecipanti al Seminario erano stranieri, tutti studenti in Medicina agli ultimi anni, provenienti da 10 paesi. Abbiamo richiesto ai partecipanti le pregresse esperienze in ambito di Medicina di Emergenza e di simulazione didattica. Al termine del seminario è stato sottoposto un questionario anonimo relativo alla didattica CRM. I dati ottenuti sono stati analizzati secondo il modello Maasrict con rilevazione dei commenti spontanei. Dall'analisi dei commenti emerge come i punti di forza siano l'impiego di un docente con diretta esperienza sul campo, una tempistica adeguata e un setting idoneo. La totalità dei partecipanti italiani ha dichiarato di non aver mai svolto simulazioni high-fidelity; tra gli stranieri solo 3. La maggior criticità è stata il diverso livello iniziale degli studenti. Le diverse esperienze dei partecipanti hanno permesso di ottenere una visione sfaccettata della sessione formativa: se generalmente il feedback è positivo emerge chiaramente come gli studenti italiani manchino quasi totalmente di esperienze di simulazione rispetto agli stranieri. I feedback confermano le esercitazioni in ambiente high-fidelity, l'analisi dello scenario e il debriefing come utili strumenti, graditi allo studente, che permettono in maniera rapida di migliorare l'approccio ai casi critici. La disponibilità di un centro di simulazione avanzato e la cultura della simulazione costituiscono un punto di forza dell'offerta formativa genovese.

## INTRODUZIONE E BACKGROUND

Il Crisis Resource Management è una tecnica di addestramento che nasce negli Stati Uniti durante gli anni Ottanta del novecento da una collaborazione tra la NASA e l'Aeronautica Militare (Jensen & Biegelski, 1989; Lauber, 1986; Wiener, Kanki & Helmerich, 1993). Essa nasce con lo scopo di addestrare i piloti delle nascenti compagnie aeree a fronteggiare le situazioni di emergenza e pericolo che raramente si presentano nel quotidiano ma che richiedono grande esperienza e capacità decisionale, da cui il nome originale "Cockpit Resource Management". Già all'inizio degli anni Novanta risultava chiaro come questo tipo di addestramento al simulatore avesse migliorato le performance degli equipaggi delle linee aeree commerciali nel fronteggiare le situazioni di emergenza prevenendo il verificarsi di alcuni disastri dalle potenzialità devastanti (Billings & Reinard, 1984).

## Ma quali sono le caratteristiche di questa tecnica?

Il CRM è una modalità di formazione volta principalmente ad enfatizzare il fattore umano nella gestione di una situazione critica. Attraverso l'uso di uno scenario simulato vengono ricreate realisticamente situazioni di Emergenza che l'equipaggio deve fronteggiare ricorrendo alle conoscenze possedute e alle abilità maturate. Al termine della simulazione le abilità di gestione vengono discusse in una sessione di debriefing utilizzando la registrazione video dello scenario simulato. Il debriefing enfatizza gli elementi relativi alla gestione dell'emergenza da parte del team: comunicazione, distribuzione dei ruoli, individuazione delle priorità.

## Dall'Aeronautica alla Medicina di Emergenza

Le ricerche effettuate sull'efficacia della simulazione nell'educazione medica hanno sottolineato come il realismo sia fondamentale per la piena efficacia del processo formativo e l'acquisizione delle skills previste dal progetto pedagogico (Gunz et al., 1994). Pertanto l'utilizzo del CRM e del concetto di "Simulazione ad altissima fedeltà" mutuati dall'addestramento aeronautico ben si applicano per soddisfare questa esigenza (Salas et al., 1998). Per valutare ciò si ricorre facilmente a rilevare quella che è la percezione degli studenti di quanto appreso durante le sessioni formative, specialmente se comparate alle modalità di studio e insegnamento tradizionali; il risultato esprime una prima attendibile valutazione che facilmente si conferma con l'osservazione delle skills che lo studente applica nei contesti di reale pratica clinica (Adobor & Daneshfar, 2006; Arias-Aranda, 2007; Miller, 2007) e, in ultima analisi l'osservazione di un miglioramento dell'outcome di cura del paziente.

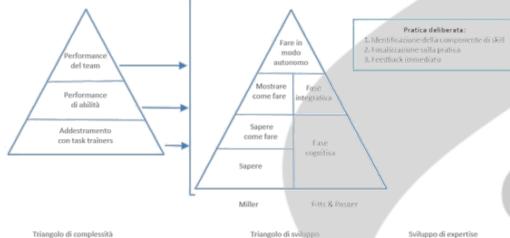


Figura 1: Il triangolo delle abilità. Miller, 2007

Il diagramma schematizza le relazioni intercorrenti tra i livelli di abilità a complessità crescente che devono essere raggiunti (triangolo a sinistra) e il processo di acquisizione che si verifica in ciascun livello di sviluppo delle abilità (triangolo a destra). Il triangolo di sviluppo delle abilità esprime la concettualizzazione di Miller (Miller G.E., 1990), (con i suoi termini elencati a sinistra) e le modificazioni introdotte da Fitts e Posner (Fitts PM, Posner MI., 1979) (con i loro termini elencati a destra).

Quando poi si entra nel livello più alto di sviluppo delle competenze (Expertise), il raggiungimento della "performance esperta" si ottiene grazie all'uso della cosiddetta "pratica deliberata" ("Deliberate practice" is a highly structured activity engaged in with the specific goal of improving performance") descritta da Ericsson (Ericsson KA., 2004). Per "pratica deliberata" si intende la decisione consapevole e motivata di eseguire e ripetere con costanza una data attività, al fine di raggiungere il livello di performance di un esperto. La mera ripetizione di una attività non è di per sé sufficiente a conseguire il livello di competenza di un esperto. Per ottenere una performance di alto livello è invece indispensabile che l'esecutore sia sostenuto da una forte motivazione, che l'azione da compiere sia commisurata al suo background di competenza, sia ripetuta frequentemente con tenacia e attenzione e venga accompagnata dal feedback di un esperto. Dunque, per apprendere correttamente l'esecuzione di una procedura medica il modo più efficace è di effettuarla ripetutamente e di ricevere un feedback costruttivo al termine di ogni esecuzione. Questo approccio è valido non soltanto nell'apprendimento delle technical skills (effettuare un prelievo di sangue, suturare una ferita, etc.), ma anche nella acquisizione di capacità non manuali, come ad esempio la comunicazione con il paziente o all'interno di un team di emergenza.

## Il concetto di "Natural Decision Making" in Medicina di Emergenza

All'interno dello studio di Gaba et al. del 1998 "The future vision of simulation in health care", l'osservazione del lavoro di un team di anestesisti durante la simulazione di un scenario operatorio ha mostrato alcune lacune relativamente al lavoro di gruppo e alla formazione individuale, in particolare i "gap" individuati sono riassunti dalla seguente tabella:

Gap	Ragioni del Gap
Mancanza di Procedure di Emergenza Sistematizzate	<ul style="list-style-type: none"> <li>Approccio troppo aderente ai manuali di studio, senza capacità di contestualizzare</li> <li>Variabilità inter-individuale tra i pazienti</li> </ul>
Mancanza di un training efficace sulle "Non Technical Skills" per affrontare le situazioni critiche	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mancanza di una teoria sistematizzata sull'approccio all'emergenza in Medicina</li> <li>Schema di apprendimento basato solo sull'osservazione di modelli precostituiti</li> </ul>
Incapacità ad integrare efficacemente le abilità tecniche e le "Non Technical Skills" nell'approccio ad una situazione critica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Imprevedibilità delle crisi</li> <li>La salute del paziente deve essere sempre tutelata durante l'attività medica reale</li> <li>Ogni situazione è diversa</li> <li>Mancanza di debriefing e di recording di quanto emerso durante la crisi</li> </ul>

Tabella 1: Gaps in Training of Anesthesiologists (estratto), Gaba et al.

In particolare l'analisi del "Decision Making" durante la situazione critica ha evidenziato come questo differisca moltissimo da quello ordinario della medicina classica, basato su diagnosi e riconoscimento di pattern semeiologico-laboratoristici (Groen & Patel, 1985; V.L. Patel, Evans & Kaufman, 1990; V.L. Patel, Groen & Arocha, 1990). Si parla infatti di "Naturalistic Decision Making" per definire quel modello di decisione dinamico e rapido che ben si applica alla situazione di emergenza che, per sua intrinseca natura, è mutevole e rapidamente complesso (Klein, Orasanu & Calderwood, 1993; Orasanu & Connolly, 1993).



## La Necessità di un Nuovo Modello di Formazione nell'Emergenza

Appare chiaro come la natura intrinseca dell'Area Critica richieda una formazione diversa e adeguata che rispetchi le caratteristiche del contesto a cui si propone di preparare il personale. Il primo esempio di applicazione del CRM alla medicina di Emergenza lo abbiamo all'Università di Stanford in California da parte del Professor David Gaba con la nascita dell'"Anesthesia Crisis Resource Management Curriculum (ACRM)" (Howard, Gaba, Fish, Yang & Sarnquist, 1992).

- I problemi sono "ill-structured"
- L'ambiente dinamico e pieno di incertezze
- Si lavora sotto forte stress
- Gli obiettivi sono "ill-defined" e si concatenano uno con l'altro
- Il cerchio azione/effetto è stretto
- Ci sono numerosi operatori
- Si lavora sotto strette regole organizzative e culturali

## Il Risultato: Lo Scenario Simulato

L'Applicazione del CRM alla formazione medica necessita della costruzione dello "Scenario Clinico", in particolare questo deve essere dotato di particolari caratteristiche per rispondere alle esigenze che questo tipo di simulazione presenta. Tradizionalmente dividiamo lo scenario in tre fasi

- Presentazione del Problema
- Bibliografia
- Casi Clinici
- Familiarizzazione con i simulatori
- Simulazione "high-fidelity"
- Scenari di Simulazione (23-45 min.)
- De-briefing dopo ogni scenario

Per quanto riguarda l'ambiente ad alta fedeltà risulta fondamentale ricreare esattamente quello che è l'ambiente di lavoro che realisticamente si incontra nel praticare la disciplina, in particolare l'attrezzatura deve essere in buono stato e le figure professionali presenti (rispettivamente i partecipanti) condividono il proprio punto di vista, analizzano errori e pregi delle proprie e altrui azioni, riportano esperienze della vita reale e le discutono sotto la guida del docente (McDonnell, Jobe & Dimickes, 1997). Questa attività di "active learning" permette di ottimizzare il gesto clinico, comprendere il proprio ruolo nel team e quello dei colleghi di lavoro, in ultima analisi permette un miglioramento dell'outcome clinico nella gestione reale di situazioni di forte pressione psicologica ed emotiva.

Infine la componente più importante di tutto il processo è quella del debriefing, senza questo processo infatti il discente non può apprendere dalle proprie azioni e tutto lo scenario risulta vano o di poca utilità rispetto alle potenzialità. Con l'aiuto della videoregistrazione i partecipanti condividono il proprio punto di vista, analizzano errori e pregi delle proprie e altrui azioni, riportano esperienze della vita reale e le discutono sotto la guida del docente (McDonnell, Jobe & Dimickes, 1997). Questa attività di "active learning" permette di ottimizzare il gesto clinico, comprendere il proprio ruolo nel team e quello dei colleghi di lavoro, in ultima analisi permette un miglioramento dell'outcome clinico nella gestione reale di situazioni di forte pressione psicologica ed emotiva.

## L'esperienza Genovese: L'Emergency Medicine Simulation Seminary

Il Centro di Simulazione Avanzata dell'Università di Genova (SimAv) ha ospitato il corso dal titolo "Emergency Medicine Simulation Seminary", organizzato dal Segretariato Italiano Studenti in Medicina - Sede Locale di Genova, che si è tenuto dal 22 al 26 Gennaio 2018. I partecipanti al seminario, 26 studenti di Medicina afferenti agli ultimi tre anni del corso di Laurea, di cui 15 provenienti da Università estere (in particolare da U.K., U.S.A., Honduras, Slovacchia, Ungheria, Siria, India, Turchia, Bulgaria), si sono confrontati con una didattica interamente incentrata sulla simulazione di tecniche e situazioni con una particolare attenzione al caso del CRM, al quale sono state dedicate 12 ore. In particolare le attività si sono svolte all'interno della sala "high-fidelity" del Centro, dotata di una sala regia collegata tramite un vetro unidirezionale al locale in cui si svolgono gli scenari clinici, tale locale riproduce fedelmente una sala di terapia intensiva, dotata della tecnologia dedicata all'utilizzo in situazioni di emergenza (es. respiratore automatico, impianto di gas medicali, letto operatorio, lampada scalticcia, defibrillatore, pompa da infusione, strumentazione per l'intubazione, ecc.). Prima della creazione degli scenari abbiamo preparato una sessione di didattica ACLS preparatoria e di teoria sul CRM, mostrando quali fossero i punti chiave di un efficace lavoro di squadra e quale l'ordine delle procedure da eseguire, come mostrato dall'immagine.

## CRISIS RESOURCE MANAGEMENT

<b>Call for Help Early</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Call for help early enough to make a difference</li> <li>Get on the side of genuine help</li> <li>Mobilize early personnel with special skills if they may be needed</li> </ul>	<b>Designate Leadership</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Establish clear leadership</li> <li>Inform team members who is in charge</li> <li>Followers should be active in asking who is leading</li> </ul>	<b>Anticipate and Plan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Plan &amp; prepare for high workload periods during low workload periods</li> <li>Know where you are likely headed during the crisis and make backup plans early</li> </ul>
<b>Establish Role Clarity</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determine who will do what</li> <li>Assign areas of responsibility appropriate to knowledge, skills, and training</li> <li>Active followers may offer specific roles</li> </ul>	<b>Know the Environment</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Maintain situational awareness</li> <li>Know how things work and where things are</li> <li>Be aware of strengths and vulnerabilities of environment</li> </ul>	<b>Use All Available Information</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitor multiple streams of data and information</li> <li>Check and cross check information</li> </ul>
<b>Distribute the Workload</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assign specific tasks to team members according to their abilities</li> <li>Revise the distribution if there is task overload or failure</li> </ul>	<b>Allocate Attention Wisely</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eliminate or reduce distractions</li> <li>Monitor for task saturation &amp; data overload</li> <li>Avoid getting fixated</li> <li>Recruit others to help w/ monitoring</li> </ul>	<b>Mobilize Resources</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Activate all helpful resources including equipment and additional personnel</li> </ul>
<b>Communicate Effectively</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Command and request clearly</li> <li>Seek confirmation of request (close the loop)</li> <li>Avoid "thin air" statements</li> <li>Foster input and atmosphere of open information exchange among all personnel</li> </ul>	<b>Use Cognitive Aids</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Be familiar with content, format, and location</li> <li>Support the effective use of cognitive aids</li> </ul>	

Figura 2: Crisis Resource Management workflow. Bouhabel et al, 2016

Le attività svolte dai partecipanti nel locale "operativo" sono state registrate attraverso l'impianto audio/video in dotazione, in modo da rispettare il "patto di verosimiglianza" e permettere al formatore di condurre efficacemente la fase di debriefing. Per ottimizzare la qualità degli scenari e la condivisione di competenze pre e post fase didattica, abbiamo scelto come formatore un Medico operante nel sistema di Soccorso del 118 Liguria con esperienza decennale.

## MATERIALI E METODI

Nella fase di selezione degli studenti da ammettere al seminario ampio spazio è stato dedicato alle pregresse esperienze avute sia in ambito di Area Critica che in ambito di simulazione in medicina, queste venivano dedotte dalle Motivation Letters richieste dal modulo di iscrizione e da noi valutate secondo i criteri citati. I dati così raccolti sono stati utilizzati per stratificare i partecipanti in base al livello e ci ha permesso di rendere omogenei i 4 gruppi didattici che abbiamo creato.

Nella fase di feedback, per valutare propriamente l'outcome del CRM all'interno del corso, ci siamo riferiti ad una delle scale di gradimento più utilizzate in ambito educativo, fgà in uso da svariati anni per la valutazione della didattica percepita in tutti gli Atenei d'Italia.

Questa scala di gradimento prende il nome dall'Università di Maastricht in cui è stata validata nel 1975 con il nome di "Skillslab", in particolare riferendoci ai lavori di Adobor & Daneshfar, Arias-Aranda e Miller (già citati) ci siamo riferiti al gradimento espresso dai partecipanti per poter ottenere risultati sull'incisività dell'iniziativa e su come sistematizzare ed estendere alle scuole di medicina italiane l'esperienza CRM maturata durante la nostra esperienza al SimAV.

Abbiamo analizzato i seguenti aspetti:

- A) The objectives of the course were clearly defined
- B) The simulations were explained clearly by the instructor
- C) The ratio between theoretical and practical parts was adequate
- D) The length of practical parts was adequate
- E) The instructors were clear and communicative
- F) The instructors has answered the proposed questions
- G) The instructors were kind and ready to satisfy any request
- H) The instructors were collaborative with students
- I) I want to participate to other clinical skill lab like this
- J) Video and audio facilities were adequate
- K) Instruments and materials were adequate
- L) mannequins and box trainers were in good conditions

La scala analizza vari aspetti relativi non solo alla didattica ma anche all'ambiente ed ai materiali su cui si è svolto il corso, e richiede al partecipante quanto sia stato raggiunto il risultato aspettato, sulla scala: Very few, Few, Enough, Very much, Definitely. Ad ogni elemento della scala è stato attribuito un valore da 1 a 5 per rendere possibile l'elaborazione dei risultati.

All'interno del questionario è stata, infine, data possibilità ai partecipanti di esprimere liberamente un feedback a risposta aperta relativo agli aspetti più graditi e/o meno riusciti della sessione formativa.

## RISULTATI

I partecipanti all'Emergency Medicine Simulation Seminary presentavano le seguenti caratteristiche iniziali:

	N°	Esperienze di simulazione	Esperienze di Medicina d'urgenza
Stranieri	15	6	3
Italiani	11	2	5

Tabella 2: Esperienze dei partecipanti ad EMSS

In particolare tra gli stranieri abbiamo avuto un paramedico NHS attualmente studente presso l'Università di Plovdiv, una teaching assistant in Anestesiologia presso l'Università di Sofia e un membro del Disaster Medical Team of the Appalachian Region, USA. Tra gli italiani due praticavano soccorso nel sistema 118 della loro regione, uno era interno di Terapia Intensiva e uno aveva avuto un'esperienza di cooperazione medica in Etiopia al St. Luke Catholic Hospital di Wolisso, South West Shewa.

L'overall delle valutazioni ottenute dalla somministrazione del questionario di feedback per l'intero seminario è mostrata nella seguente tabella, suddivisa per provenienza dei partecipanti:

	Media Valutazione (Scala da 1 a 5)
Stranieri	4,6
Italiani	4,9

Tabella 3: Overall delle valutazioni dei partecipanti

Analizzando invece le occorrenze delle valutazioni ottenute allo Skillslab si è ottenuto quanto mostrato nella seguente tabella:

Valutazione	Peso	N° occorrenze
Very few	1	3
Few	2	15
Enough	3	24
Very much	4	35
Definitely	5	235
<b>TOT</b>		<b>312</b>

Tabella 4: Occorrenze dei voti dei partecipanti allo Skillslab.

Un dato molto interessante che emerge dai questionari è che tra gli stranieri con esperienza in simulazione medica, 3 su 6 avevano ricevuto didattica CRM al contrario tra gli italiani 0 su 2 hanno dichiarato di aver mai preso parte a scenari di simulazione ad alta fedeltà, tuttavia in generale tutti gli studenti italiani hanno espresso frasi di apprezzamento relative alla disponibilità di un ambiente di simulazione come quello offerto dal SimAv affermando di non aver mai vissuto esperienze didattiche hands-on di tale portata.

Tra i commenti liberi dei partecipanti, interessante è stata l'eterogeneità dei gruppi formati, vissuta dai più esperti come un fattore limitante mentre al contrario dai meno esperti è stata vissuta come un'ottima occasione di crescita personale. Infine è stato molto apprezzato il fatto di aver scelto un istruttore con vasta esperienza sul campo in particolare per la ricchezza di esempi pratici forniti e per la qualità degli scenari costruiti.

## DISCUSSIONE

Dall'analisi dei risultati ottenuti di ottenere un valore di gradimento molto alto, in accordo con le aspettative e le esperienze mostrate dai partecipanti in fase di candidatura. Risulta notevole come all'Emergency Medicine Simulation Seminary abbiano partecipato studenti provenienti da background medici e sociali profondamente differenti, la costruzione dei gruppi si è basata molto sulla commissione di esperienze a diversi livelli per ottenere un'esperienza il più completa possibile, una condivisione quanto più variegata ed in ultima analisi un miglioramento delle future performances dei discenti che hanno partecipato al corso.

Osservando i dati e i commenti riportati risulta evidente come tra i 15 stranieri partecipanti il 40% aveva avuto esperienze di simulazione, tra i quali il 50% diretta esperienza di CRM, mentre tra i partecipanti italiani il 38% aveva avuto esperienze simili ma nessuno in CRM. Questo dato ci permette di approfondire un fattore che emerge potente dalla lettura dei questionari: ovvero la quasi totale mancanza di esperienze di didattica simulata negli studenti provenienti dagli atenei italiani, in particolare dai commenti emerge come, nonostante la preparazione iniziale, molti di loro si siano trovati in estrema difficoltà nell'applicare le nozioni apprese durante i rispettivi corsi di Medicina di Emergenza ad uno scenario reale sotto la pressione dei monitor e dello scorrere inesorabile del tempo.

## CONCLUSIONI

I dati ottenuti da questo minuto ed eterogeneo gruppo di partecipanti dimostrano l'importanza di una didattica pratica simulata che prepari alla realtà clinica prima che questa si presenti al giovane medico in tutta la sua complessità. Rimanendo in linea con la letteratura analizzata abbiamo ottenuto alti livelli di gradimento ed efficacia, con l'emergere delle criticità relative alla poca esperienza che ci aspettavamo a priori.

Dallo studio che abbiamo effettuato risulta evidente come la formazione di un medico professionalmente competente sia un processo multidimensionale molto complesso e di come la simulazione costituisca uno strumento didattico di enorme potenza formativa.

Alla luce di quanto emerso riteniamo estremamente virtuoso da parte dell'Università di Genova aver investito risorse nella creazione di un centro di simulazione di alto livello che permetta di migliorare di gran lunga l'offerta formativa per i propri studenti e, ci auspichiamo, la performance clinica dei futuri medici che qui si laureeranno.



Lettera degli studenti al Rettore dell'Università di Padova (1997)

"Pochi di noi sono venuti fin qui attirati soltanto dalle lezioni, e tutti noi siamo venuti per imparare la pratica. Non ci mancano le lezioni nel nostro paese di origine, o altrare e a casa nostra abbiamo libri che possiamo ben leggere stando lì come facciamo qua. È lo studio della pratica che ci ha portato ad attraversare tante montagne con così tante spese."

## BIBLIOGRAFIA

- Gaba DM et al. Simulation-based training in anesthesia crisis resource management (ACRM): A decade of experience, 2001
- Torre GC et al. L'Organizzazione di un centro di simulazione: l'esperienza dell'Università degli Studi di Genova
- Bouhabel S et al. Error Detection-Based Model to Assess Educational Outcomes in Crisis Resource Management Training: A Pilot Study, 2016
- Shapiro MJ et al. Simulation based teamwork training for emergency department staff: does it improve clinical team performance when added to an existing didactic teamwork curriculum?
- Riley W et al. A model for developing high-reliability teams
- AAVV Quaderni della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, Gruppo di Lavoro "Simulazione didattica e altre attività professionalizzanti e di tirocinio"