



MEDICINA E CHIRURGIA

Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia

MEDICINA E CHIRURGIA

Quaderni delle Conferenze Permanenti
delle Facoltà di Medicina e Chirurgia

Comitato Editoriale

Giorgio Blasi, Gian Franco Gensini, Alessandro Lechi,
Angelo Mastrillo, Luisa Saiani, Giuseppe Scotti,
Enrico Vasquez

Direttore Editoriale, Luigi Frati

Redazione, Istituto di Clinica Medica Generale,
Ematologia ed Immunologia Clinica dell'Università
60020 Torrette di Ancona
Tel. 071 2206101 - Telefax 071 2206103
E-mail: istclinmedan@univpm.it

Amministrazione e stampa, Errebi Falconara

Segretaria di Redazione, Daniela Pianosi

Direttore Responsabile, Giovanni Danieli

Sommario

- 935 *Presentazione*, Luigi Frati e Giovanni Danieli
- 936 *Editoriale*
L'insegnamento della Medicina Generale nella formazione universitaria del Medico-Chirurgo in Italia
Eugenio Gaudio
- CONFERENZA CONGIUNTA PRESIDI DI FACOLTÀ/PRESIDENTI DI CLS IN MEDICINA E CHIRURGIA
- 937 L'insegnamento della Medicina di Famiglia nel corso di laurea specialistica in medicina e chirurgia
Giuseppe Delitala, Paolo Tomasi, Giovanni Delrio
- IRNERIO LUMEN IURIS
- 941 Anagrafe nazionale degli studenti e dei laureati delle università
Maria Paola Landini e Paolo De Angelis
- CORSO DI LAUREA SPECIALISTICA IN MEDICINA E CHIRURGIA
- 943 Indagine nazionale su "ingresso a medicina e risultati del primo e secondo anno". Dati preliminari sulla correlazione tra maturità, test di ingresso ministeriale e media degli esami del primo e secondo anno
Giuseppe Familiari et al.
- 948 Valutazione comparativa del risultato di un campione di esami di profitto in sedici diversi corso di laurea
Pietro Gallo, Eugenio Gaudio, Giuseppe Familiari, Carlo Della Rocca, Andrea Lenzi
- 953 Opportunità e sfide per la piattaforma *e-learning* nella prima Facoltà di Medicina e Chirurgia,
Sabrina Luccarini, Andrea Lenzi, Huon Snelgrove
- CLASSI DEI CORSI DI LAUREA DELLE PROFESSIONI SANITARIE
- 959 La formazione alla competenza relazionale in Medicina. Riflessioni e proposte per la valutazione
Giorgio Giorgi, Carlo Maganza
- 964 Il laboratorio di formazione personale nei corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie
Donatella Valente



Nel Trecento, con il sorgere e lo svilupparsi delle Università, nacquero anche l'esigenza e la tradizione di conservare e tramandare la memoria dei grandi Maestri, che avevano illuminato la sede universitaria, conservandone le spoglie in tombe di elevata qualità artistica e nelle quali più spesso la figura del Dottore, circondato dai propri Allievi, appariva nell'atto di insegnare.

Alcuni pregevoli esemplari dell'architettura e della scultura accademica sono custoditi nel *Museo Civico Medievale di Bologna*; tra questi, riportato in copertina, il *Monumento funebre di Giovanni da Legnano* (m. 1383), opera dello scultore veneziano Pier Paolo dalle Masegne, che operò a Bologna negli ultimi anni del XIV secolo.

Le illustrazioni riprodotte nell'interno sono invece tratte dall'opera *Pedanii Dioscoridis de Materia medica Libri sex* (1544, collezione Prof. Italo D'Angelo, Ancona) spesso indicata come *Commentarii a Dioscoride*, di Pierandrea Mattioli, Medico e Naturalista (Siena 1500 - Trento 1577) che riunì e coordinò tutte le conoscenze di botanica medica del suo tempo, descrivendo cento nuove specie di piante.

Finito di stampare
il 27 Settembre 2004
per i tipi della Litografia Errebi
di Falconara - Ancona

Presentazione

Luigi Frati e Giovanni Danieli

L'insegnamento della Medicina Generale nel corso di laurea specialistica in Medicina e Chirurgia è stato uno dei due temi in discussione nella conferenza congiunta Presidi di Facoltà/Presidenti di CLS svoltasi ad Alghero nello scorso maggio.

Il primo argomento – Medicine alternative e complementari – era stato oggetto di una accurata presentazione di Alessandro Lechi e di Italo Vantini pubblicata nel numero di luglio, che riportava fedelmente il pensiero della Conferenza sul tema. In questo fascicolo Giuseppe Delitala introduce, con piena competenza e chiarezza propositiva, il dibattito su un altro tema di grande attualità, l'insegnamento della Medicina Generale; lo scritto è preceduto dall'editoriale, essenziale e determinato, di Eugenio Gaudio, che rappresenta un punto fermo nel dibattito.

E' vivo desiderio di chi scrive che su questi fogli possa aprirsi un dibattito sulle due relazioni presentate, Medicine alternative e Medicina Generale, per cui invitiamo tutti coloro che sono interessati ad esprimere la loro opinione che, se sarà concisa, potrà essere ospitata nel prossimo fascicolo.

Maria Paola Landini e Paolo De Angelis riservano lo spazio della loro rubrica alla presentazione e descrizione dell'anagrafe nazionale degli studenti, in questo momento in via di realizzazione in tutta Italia, anagrafe che ha per obiettivi essenziali quelli di valutare il percorso formativo degli studenti attraverso il tempestivo monitoraggio delle carriere e di identificare i crediti acquisiti, così da facilitare le procedure connesse ai cambiamenti di sede o di corso di studio.

Di seguito riportiamo i primi risultati di tre ricerche promosse dalla Conferenza dei Presidenti di CLS in Medicina e Chirurgia; nella prima Giuseppe Familiari e il suo gruppo analizzano, in un campione adeguato, i rapporti esistenti tra voto di maturità, risultato dell'esame di ammissione e rendimento nei primi due anni di corso: i dati sembrano confermare l'opinione che il rendimento scolastico sia correlato al voto di maturità e al risultato delle domande di logica, ma non a quelle di chimica, fisica-matematica, biologia; questi ed altri dati raccolti indicano la necessità di apportare cambiamenti all'attuale prova di selezione, che già la Conferenza congiunta aveva fortemente richiesto.

In sedici Corsi di laurea in Medicina e Chirurgia del nostro paese, Pietro Gallo ed un gruppo di Presidenti di CLS hanno condotto un'inchiesta volta a conoscere la valutazione media, minima e massima, che gli studenti ricevono in quindici esami scelti tra quelli più tipici del percorso curricolare. L'inchiesta, oltre a confermare l'esistenza, in ogni sede, di docenti killer e di docenti troppo generosi, evidenzia, considerata l'estrema variabilità delle valutazioni, la necessità di introdurre nuovi strumenti obiettivi di verifica (prova scritta a risposta multipla o risposta breve aperta, prove pratiche con griglia di valutazione predeterminata).

L'e-learning ricorda da vicino l'araba fenice che, come si sa, "che ci sia ciascun lo dice, dove sia nessun lo sa": dopo forse venti anni che si parla di insegnamento a distanza, di formazione on line, di preparazione di educatori specifici, di testi e di ipertesti, fatte salve alcune eccezioni l'e-learning è al palo nel nostro paese. Tra le eccezioni vanno annoverati Andrea Lenzi e il suo Gruppo dell'Università di Roma La Sapienza che hanno realizzato un esperimento pilota nel quale la metodologia didattica tradizionale si è integrata con le nuove tecniche di informazione e comunicazione, offrendo agli studenti una forma di apprendimento attivo, basato sulla soluzione di problemi, sulla ricerca accurata delle evidenze e sulla loro applicazione, in un modello di continua interattività e di progressivo aggiustamento delle conclusioni.

La Conferenza permanente delle Professioni sanitarie ha rivolto invece la sua attenzione all'insegnamento e all'apprendimento della competenza relazionale e alla necessità di educare i futuri professionisti della sanità alla relazione di cura. Questo richiede specifici programmi di preparazione - per la realizzazione dei quali Donatella Valente propone adeguati laboratori di formazione personale - e criteri e modalità di valutazione che Giorgio Giorgi e Carlo Maganza espongono dopo una approfondita disamina dei sistemi più adeguati per realizzarla.

Con questi contributi, Medicina e Chirurgia si conferma strumento irrinunciabile di informazione e comunicazione e sede preferenziale del dibattito accademico.



L'insegnamento della Medicina Generale nella formazione universitaria del Medico-Chirurgo in Italia

La riforma dell'Esame di Stato per l'abilitazione alla professione di Medico-Chirurgo in Italia, con la innovazione della introduzione del tirocinio valutativo che prevede un periodo di un mese presso lo studio di un Medico di Medicina Generale, ha riproposto in maniera ineludibile il problema dell'insegnamento della Medicina Generale nella formazione dei Laureati Specialisti in Medicina e Chirurgia.

E', infatti, non più pensabile che un laureato affronti un periodo di valutazione, da cui dipende poi l'accesso alla prova finale a quiz e quindi il conseguimento dell'abilitazione all'esercizio professionale, senza aver ricevuto a tal fine, durante il Corso degli studi, una adeguata formazione. Il percorso di approfondimento di questa importante problematica da parte della Comunità Accademica italiana affonda le sue radici più recenti nel Convegno di Varese del 1990 e si è snodato, con appuntamenti significativi quali il Workshop di Modena del 2003, fino alla recente riunione congiunta delle Conferenze dei Presidi e dei Presidenti di Corso di Laurea di Alghero nel Maggio 2004.

Appare ormai di comune acquisizione il fatto che l'insegnamento dei contenuti della Medicina Generale debba trovare piena cittadinanza nel Curriculum formativo del Medico-Chirurgo italiano (e quindi europeo): perché i metodi ed i contenuti della Medicina Generale sono un riferimento imprescindibile per tutti i professionisti sanitari; perché una gran parte dei laureati in Medicina e Chirurgia eserciterà la Medicina Generale nel suo futuro professionale; perché le direttive Comunitarie Europee prevedono l'insegnamento clinico sul territorio; perché gli obiettivi formativi del Nuovo Ordinamento della Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia (Classe 46/S) includono, fra gli altri, *una adeguata conoscenza della medicina della famiglia e del territorio*. In ultimo, ma non per questo con minore importanza, perché il Sistema Sanitario Nazionale (e Regionale) trova nel ruolo del Medico di Medicina Generale il suo primo, più diretto e più importante snodo di approccio al cittadino sano o malato ed al suo successivo indirizzo nell'iter diagnostico/terapeutico, condizionando così il funzionamento di tutto il Sistema Sanitario del nostro Paese.

Se, quindi, è acquisita la necessità di una simile tipologia di formazione, è attualmente sul tappeto la discussione sulle modalità concrete di erogazione della stessa. Su questo punto, le possibilità sono molteplici: dalla organizzazione di veri e propri Corsi Integrati obbligatori, alla possibile offerta di Attività Didattiche Elettive quale primo approccio formativo di scelta libera dello studente; dalla prefigurazione di veri e propri Professori dedicati allo scopo, all'inserimento dei Medici di Medicina generale quali Tutor degli studenti del primo o del secondo triennio di Corso.

Su questo aspetto, le varie Sedi Universitarie, nell'ambito della Autonomia didattica garantita dalla legge, stanno sviluppando diverse modalità organizzative e penso che, nel prossimo triennio, saremo in grado di raccogliere i primi risultati e di poter formulare le prime valutazioni su dati di fatto, per sviluppare una riflessione critica che ci porti a proporre un modello teoricamente corretto ed adeguato ai presupposti e, nello stesso tempo, concretamente realizzabile nell'ambito delle nostre Facoltà.

Infine, una ulteriore sfida che il nostro sistema universitario deve poter raccogliere ed adeguatamente risolvere è quella della formazione post-laurea: dalla possibilità della assunzione di responsabilità accademica nella proposta di istituzione di un Corso di Specializzazione in Medicina Generale (anche in stretta collaborazione con le Regioni e l'Ordine dei Medici) alla Formazione Continua, vero banco di prova per un Paese che voglia rimanere al passo con i tempi e con l'incalzare sempre più impetuoso della innovazione culturale e tecnologica.

* Presidente di Consiglio di Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia I Facoltà di Medicina e Chirurgia-Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
Segretario della Conferenza Permanente dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia

L'insegnamento della Medicina di Famiglia nel corso di laurea specialistica in medicina e chirurgia

Giuseppe Delitala* (Sassari), Paolo Tomasi (Sassari), Giovanni Delrio** (Napoli)

Introduzione

La Medicina Generale, meglio detta a nostro avviso "Medicina di Famiglia" (MdF), costituisce non tanto una branca specialistica della medicina e chirurgia, ma piuttosto il principale nodo diagnostico operativo intorno a cui ruota il cittadino nel suo rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale. In altri termini, la MdF si occupa dell'interazione con l'individuo, considerato nel contesto biomedico, psicologico e sociale, piuttosto che delle malattie, e deve basarsi su solide fondamenta epidemiologiche. A livello di rapporto con il paziente, la MdF implica decisioni "olistiche", assunte in accordo tra il medico ed il paziente tenendo conto del significato individuale della malattia oltre che delle informazioni cliniche disponibili; a livello gestionale, la MdF non può ormai prescindere da considerazioni microeconomiche e di rapporto costo/beneficio, volte a massimizzare l'efficienza delle risorse disponibili. Caratteristiche della MdF sono gli aspetti relazionali, di sostegno al paziente, e decisionali, in situazioni complesse, incerte e difficili.

Proprio perché la MdF non costituisce una branca specialistica a sé, ma comprende peculiari aspetti diagnostici e soprattutto comportamentali e normativi, è stato a suo tempo costituito il Corso di Formazione in Medicina Generale, organizzato dalla Regione e volto a formare i futuri Medici di Medicina Generale, o Medici di Famiglia.

Scopo di questo articolo è sostenere l'importanza dell'insegnamento della MdF nella formazione culturale del medico, e rivendicarne di conseguenza l'assegnazione all'istituzione universitaria della competenza all'organizzazione ed al coordinamento della didattica relativa, nell'ambito del corso di laurea specialistica ma anche per quanto riguarda la formazione post-laurea. Del resto, la recente legislazione ha confermato l'attribuzione di questo ruolo dell'Università, sia per quanto riguarda la formazione post-laurea (scuole di specializzazione e dottorati), sia per quanto riguarda i corsi di laurea (c.d. brevi) delle professioni sanitarie, spostando la formazione di queste figure professionali dalle ASL e dalle Regioni all'istituzione universitaria.

Presupposti normativi

Non vi è dubbio che la MdF rientri a pieno titolo negli obiettivi formativi del laureando in Medicina e Chirurgia; infatti, nelle Norme generali e di programmazione del Corso di Laurea Specialistica 46/S in Medicina e Chirurgia (CDL-MC), di cui alla G.U. n. 255 del 30-10-1996, vengono inclusi i seguenti obiettivi:

- La capacità di rilevare e valutare criticamente, *in una visione unitaria estesa anche alla dimensione socioculturale*, i dati relativi allo stato di salute e di malattia.....
- La capacità di affrontare e risolvere i problemi sanitari *prioritari* dal punto di vista preventivo, diagnostico terapeutico e riabilitativo.
- Capacità di *collaborare con le diverse figure professionali*, applicando anche i principi della economia sanitaria.
- Capacità di riconoscere i *problemi sanitari della comunità*.

Tutti questi obiettivi rientrano chiaramente nei compiti che sono caratteristici della MdF. Ancora, nei Decreti d'Area contenenti l'Ordinamento Didattico del CDL-MC è specificato che il percorso formativo dello studente in medicina è caratterizzato da:

- un approccio olistico ai problemi di salute..., anche in relazione all'ambiente chimico-fisico, biologico e sociale;
- una particolare attenzione agli aspetti relazionali, sociali ed etici coinvolti nella prevenzione, diagnosi e terapia..., nonché nella riabilitazione e nel recupero del benessere psicofisico.
- una adeguata *conoscenza della medicina della famiglia e del territorio*, acquisita anche mediante esperienze sul campo.

Di particolare importanza appare l'ultimo punto, in cui si esplicita l'opportunità della conoscenza della MdF, anche di tipo pratico (sul campo), vale a dire prevedendo specifici periodi di "internato" dello studente in ambulatori di Medici di Medicina Generale convenzionati con il SSN (d'ora in poi: MMG).

Opportunità della formazione in Medicina di Famiglia

L'opportunità della formazione in Medicina di Famiglia nel CDL-MC discende anche dal fatto che una formazione esclusivamente "ospedaliera"

*Presidente CLS Medicina e Chirurgia, Università di Sassari

**Presidente CLS Medicina e Chirurgia, Napoli II Ateneo

ra" del discendente può portare ad una concezione della medicina settoriale e rivolta esclusivamente alla diagnostica intensiva ed al trattamento ospedaliero dei pazienti più gravi e/o acuti, che sono i tipici assistiti dalle strutture universitarie ed ospedaliere, ma non sono rappresentativi dell'intera popolazione di assistiti. Lo studente viene perciò esposto ad un modello biomedico che vede il corpo umano principalmente come una macchina, composta di organi ed apparati soggetti a guasti, e vede il medico principalmente come il riparatore della macchina stessa (Engel 1977).

La formazione in MdF dello studente consentirebbe l'attribuzione di una giusta importanza all'interazione dell'ambiente del malato (nucleo familiare, lavoro, vita di relazione) con la patologia e la progressione della stessa; inoltre, può più facilmente far comprendere quale sia la reale prevalenza di determinate patologie nel territorio e la storia naturale "extraospedaliera" della malattia.

Data la frequenza con cui i pazienti si presentano con problemi indifferenziati sull'intero spettro patologico, la MdF offre particolari opportunità per lo sviluppo di abilità e manualità cliniche. In una parola, tale formazione faciliterebbe l'apprendimento delle tecniche utili alla diagnostica ed alla gestione globale del paziente. Vi sono infatti studi che dimostrano come l'acquisizione delle capacità cliniche di base possa essere effettuata in studi di MdF altrettanto bene che in un ospedale per acuti (Murray et al., 1995; Johnston e Boohan, 2000).

L'importanza fondamentale della formazione in MdF è stata del resto affermata già da quasi due decenni (Howie et al., 1986; Fraser e Preston-Whyte, 1988).

E' da ricordare che il 30-40% dei laureati in Medicina e Chirurgia sarà successivamente impegnato sul territorio, quindi una percentuale piuttosto consistente di futuri non-specialisti, per i quali una formazione più mirata costituisce un obiettivo altamente desiderabile.

Infine, non bisogna dimenticare che il nuovo Esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo sostituisce al vecchio "tirocinio pratico post-laurea" un più breve "tirocinio valutativo", da svolgersi per un mese su tre in un ambulatorio di medicina di base. In questo periodo, il MMG deve valutare le competenze pratiche e relazionali del laureato:

1. nella gestione di eventi e fenomeni riguardanti il paziente al di fuori dell'ospedale (prima e dopo il ricovero, prima che la malattia sia diagnosticata, nel paziente con malessere indefini-

to, nel paziente cronico, politrattato, inguaribile, nel paziente a domicilio);

2. nell'approccio alla persona per la prevenzione ed educazione;

3. nell'approccio alla famiglia;

4. nella relazione medico-paziente, medico-paziente-famiglia ed altri operatori sanitari;

5. nell'organizzazione dell'SSN e dell'SSR.

Da tutti questi dati appare quindi improcrastinabile e doveroso l'inserimento della Medicina di Famiglia tra le attività formative pratiche che lo studente in medicina e chirurgia deve svolgere prima di essere ammesso all'esame finale di laurea.

Formazione in Medicina di Famiglia in altre realtà sanitarie

Per una opportuna comparazione, è utile accennare alla situazione dell'insegnamento della Medicina di Famiglia come viene effettuato in una realtà socioassistenziale diversa dalla nostra, ma che presenta alcune analogie per quanto riguarda il sistema di Servizio Sanitario Nazionale, e cioè il Regno Unito (UK).

In UK nel 2001 (Dowrick *et al.*, 2002) vi erano 31 dipartimenti di *General Practice and Primary Care* (Medicina di Famiglia e cure primarie), di cui 27 associati a Facoltà di Medicina, con 66 professori ordinari (*full professor*) e 128 altri medici universitari (*Readers, Senior Lecturers e Lecturers*, corrispondenti più o meno ad associato, ricercatore e ricercatore non confermato). Questi dipartimenti fornivano mediamente il 9% dell'insegnamento globale del corso di laurea in Medicina e Chirurgia, che di solito è quinquennale in UK, con un minore accento sulle materie precliniche rispetto al nostro ordinamento.

Circa 3900 studi di *General Practice* (e cioè un terzo del totale) sono coinvolti nel tutorato per l'insegnamento della medicina di famiglia in UK; vi è peraltro da tener presente che in UK la maggior parte degli studi di *General Practice* è costituita da studi associati in cui operano da 3 a 5 MMG, per cui il numero totale di studi di Medicina di Famiglia è senz'altro inferiore a quello italiano.

Compiti della formazione in Medicina di Famiglia

Di che cosa dovrebbe occuparsi la formazione in MdF nell'ambito del CDL-MC, oltre ovviamente all'approccio ambulatoriale al paziente? Per esempio, del raccordo tra assistenza ospedaliera e nel territorio; della programmazione del *follow-up* del paziente con coinvolgimento, nel percorso gestionale, di competenze specifi-

che ospedaliere ed extraospedaliere; ma anche della gestione di situazioni difficili quali il paziente terminale, il paziente anziano polipatologico, il paziente con disturbi psichici, la comunicazione del paziente con la famiglia e viceversa.

E' anche necessario che il laureato abbia esperienza diretta dell'organizzazione delle strutture ed istituzioni sanitarie extraospedaliere, quali ambulatori e laboratori di base, la specialistica ambulatoriale territoriale, i consultori materno-infantili, i servizi per le tossicodipendenze, i Centri di Igiene Mentale, i servizi di Igiene Pubblica ed il Dipartimento di Prevenzione, l'assistenza domiciliare.

Modalità attuative

Stabilita quindi l'opportunità e la necessità della formazione in MdF nel CDL-MC, occorre definire come, quando e da chi essa debba essere svolta. Non vi è dubbio, a parere degli scriventi, che il modo migliore per farlo consista nello svolgimento di un Corso realmente integrato, affidato alla responsabilità di un Docente universitario di ruolo delle discipline di seguito elencate (non essendo la Medicina di Famiglia un SSD a sé stante nell'ordinamento attuale), ma svolto con la collaborazione di diversi settori disciplinari e con l'indispensabile coinvolgimento di Medici di Famiglia ed altri operatori sanitari in veste di tutori degli studenti. Tale corso dovrebbe naturalmente prevedere una valutazione finale.

Quando va fatta la formazione in MdF? Sebbene ovviamente sia sicuramente da prevedersi un periodo formativo nel secondo triennio del CDL-MC, quando lo studente ha le basi biologiche e fisiopatologiche per poter comprendere appieno le condizioni patologiche che incontra, nulla vieta però che un primo periodo formativo possa essere previsto anche molto più precocemente nel corso di laurea, nel primo o secondo anno. Un periodo di tirocinio pratico del genere potrebbe essere molto utile per introdurre lo studente ad attività di tipo assistenziale fin dall'inizio del corso di laurea, aspetto al quale la struttura attuale del Corso di Laurea forse non dedica la necessaria importanza.

La formazione dovrà necessariamente essere gestita da docenti del CDL-MC, sebbene in questo caso il loro ruolo dovrà ovviamente essere meno improntato alla didattica frontale e più indirizzato al coordinamento ed alla cooperazione con le varie figure tutoriali. Non si può infatti prescindere da un'attività eminentemente pratica, sul campo, e affinché la formazione

funzioni è necessario prevedere che lo studente svolga effettivamente dei periodi di tirocinio presso gli ambulatori dei medici di famiglia, oltretutto presso le strutture territoriali precedentemente menzionate. I medici di famiglia dovranno quindi essere coinvolti formalmente, quali "cultori della materia", nelle commissioni d'esame che valuteranno il profitto finale dello studente. Questi periodi di tutorato ed attività formative pratiche possono prevedersi, ad esempio, secondo il modello già in vigore per il tirocinio valutativo per l'esame di abilitazione professionale, e possono essere quantificati in un mese (6 CFU) nel primo triennio, ed un mese nel secondo triennio, all'interno del tirocinio professionalizzante.

I settori disciplinari più affini alla MdF appaiono suddivisibili in due categorie: il gruppo Medicina Generale e di Comunità: settori MED/09 (Medicina Interna), MED/17 (Malattie Infettive), MED/34 (Medicina Fisica e Riabilitativa), MED/38 (Pediatria Generale e Specialistica), MED/40 (Ginecologia ed Ostetricia) e MED/25 (Psichiatria); ed il gruppo Medicina e sanità pubblica e degli ambienti di lavoro e scienze medico-legali: MED/42 (Igiene Generale ed Applicata), MED/43 (Medicina Legale), MED/44 (Medicina del Lavoro). E' opportuno prevedere un coordinatore del corso integrato di MdF, che avrà la responsabilità di coordinare l'attività didattica frontale classica dei vari docenti coinvolti nel corso, nonché di assegnare gli studenti ai vari tutori.

I MMG verranno selezionati su base volontaria, utilizzando se necessario dei criteri di preferenza analoghi a quelli previsti per il tirocinio valutativo pre-esame di abilitazione: numero minimo di assistiti, presenza di assistente/segretaria, località distribuite nel territorio, informatizzazione dello studio, medicina di gruppo, eccetera. Dal punto di vista formale, tali MMG risulteranno con funzione tutoriale analoga a quella svolta durante il tirocinio valutativo; in alternativa, essi potranno assumere un ruolo corrispondente a quella dei medici ospedalieri che effettuano attività didattica integrativa nell'ambito di un corso di una scuola di specializzazione.

E' da tener presente che il MMG non può avere un ruolo strettamente docente, sia per mancanza di esperienza e formazione specifica nella didattica, ma anche per l'inevitabile aggravio di tempo che questa funzione comporterebbe nell'attività ambulatoriale quotidiana, ed infine per assenza di questa componente nei compiti previsti per il MMG nell'ambito del rapporto convenzionale. Tuttavia, non è impossibile

ipotizzare che, qualora il SSN ritenga che il sistema di tutorato sia importante per la formazione dei laureati in Medicina e dei futuri MMG convenzionati, nelle convenzioni future per la MG vengano incorporate incentivazioni per i MMG che svolgono il ruolo di tutor per gli studenti del CDL-MC.

Non va poi trascurato il ruolo delle strutture di Continuità Assistenziale (CA, ex Guardia Medica), che fanno parte a pieno titolo della Medicina di Famiglia e delle cure primarie, per quanto più indirizzate all'assistenza verso condizioni di urgenza clinica; è pertanto necessario prevedere che la funzione di tutor possa essere affidata, sempre su base volontaria, a medici in servizio presso le strutture di CA; anche in questo caso, è ipotizzabile che vengano utilizzati criteri preferenziali, quali la titolarità del rapporto convenzionale, il numero di prestazioni mensili effettuate nel punto guardia, eccetera.

Il Corso di Formazione in Medicina Generale

Come già accennato, tale Corso di Formazione in Medicina Generale (CFMG) viene attualmente organizzato dalle Regioni, come avveniva in passato per i Corsi per la formazione delle figure sanitarie non mediche (infermieri, tecnici di laboratorio, tecnici di radiologia eccetera). Mentre però questi ultimi sono diventati Corsi di Laurea triennali, ed in quanto tali trasferiti alla competenza delle Università, il CFMG è tuttora gestito dalle Regioni. Questa anomalia appare sorprendente, considerato che tutta la formazione sanitaria, vuoi di primo livello (corsi triennali) che di secondo livello (corsi di laurea specialistica) ed infine di terzo livello (scuole di specializzazione e dottorati di ricerca) sono affidati alle Università, con appunto quale unica eccezione il CFMG.

Trattandosi di un corso di natura teorico-pratica e che richiede una formazione multidisciplinare, il CFMG rientra a pieno titolo nelle attività caratterizzanti dell'istruzione universitaria post-laurea specialistica. E' pertanto opportuno che l'istituzione della formazione in MdF per gli studenti del corso di laurea specialistica in Medicina e Chirurgia si accompagni alla riconduzione della formazione post-laurea in Medicina Generale nello stesso ambito universitario; questo dovrebbe avvenire in posizione parificata con le scuole di specializzazione già

esistenti per quanto riguarda il trattamento economico dei medici iscritti al Corso, con strutturazione didattica analoga a quella prevista per l'insegnamento della MdF nel corso di laurea (tutorato da parte dei MMG), e con trasferimento delle risorse assegnate dalle Regioni per questi Corsi.

Conclusioni

Da quanto abbiamo esposto risultano evidenti, a parere degli scriventi, l'opportunità e la necessità di strutturare l'insegnamento della MdF nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, nonché l'opportunità di ricondurre nell'alveo universitario il Corso di Formazione in Medicina Generale. A tale fine potrà senz'altro essere di grande importanza l'azione che i singoli docenti potranno esercitare nelle opportune sedi istituzionali, ma sarà senz'altro fondamentale un impegno rinnovato per l'organizzazione integrata della didattica nell'ambito del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. Le modifiche agli Statuti delle singole Facoltà di Medicina costituiscono il primo, indispensabile passo per l'adeguamento dell'offerta didattica alle necessità del moderno Servizio Sanitario Nazionale.

Bibliografia

1. Dowrick C, Bradley C, Dobbs F, Houston H, Kendrick A, Ritchie L, Pereira Gray D, Rink P, Watt G (2002). *New Century, New Challenges: A Report from the Heads of Departments of General Practice and Primary Care in the Medical Schools of the United Kingdom*. Disponibile su: <http://www.sapc.ac.uk/Mackenzie2.doc> al 6 giugno 2004.
2. Engel G (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. *Science* 196:129-36.
3. Fraser R, Preston-Whyte E (1988). *The Contribution of Academic General Practice to Undergraduate Medical Practice*. Occasional Paper 42. London: Royal College of General Practitioners.
4. Howie J, Hannay D, Stevenson J (1986). *The Mackenzie Report - General Practice in the Medical Schools of the United Kingdom - 1986*. Edinburgh: Macdonald Printers.
5. Johnston B, Boohan M (2000). *Basic clinical skills: don't leave teaching to the teaching hospitals*. *Medical Education* 34:692-9
6. Murray E, Jinks V, Modell M (1995). *Community-based medical education: feasibility and costs*. *Medical Education* 29:66-71.

Anagrafe nazionale degli studenti e dei laureati delle università

Maria Paola Landini¹, Paolo De Angelis²

Uno degli obiettivi principali della riforma didattica è quello di realizzare percorsi formativi più flessibili in grado non solo di intervenire sulla carriera dello studente, riducendo sia il numero degli studenti fuori corso sia la durata reale del percorso formativo, ma anche di avvicinare le competenze trasmesse a quelle necessarie per un rapido e proficuo ingresso nel mondo del lavoro.

A questo fine, l'articolo 11 comma 9 del Decreto Ministeriale (da ora DM) 509/99 prevedeva che fossero elaborate "...statistiche omogenee sulle carriere degli studenti universitari..." realizzate mediante la creazione di "...sistemi informativi sulle carriere degli studenti di tutte le università".

Nonostante un primo tentativo ministeriale risalente al luglio 2000 di rendere operativa la disposizione sopra indicata, soltanto la Legge (da ora L) 11.07.03 n. 170 (di conversione del Decreto Legge - da ora DL - 09.05.2003 n. 105) ha per la prima volta espressamente previsto la realizzazione di una anagrafe nazionale degli studenti, ossia di uno strumento informativo a disposizione del sistema universitario per agevolare l'analisi e la gestione della realtà universitaria. Successivamente, il DM 30.04.2004 n. 9 ha concretamente dato il via all'Anagrafe degli studenti.

L'Anagrafe, secondo quanto indicato nell'art. 1 bis della L 170/03 si prefigge di raggiungere i seguenti obiettivi:

- a) valutare l'efficacia e l'efficienza dei processi formativi attraverso il monitoraggio tempestivo delle carriere degli iscritti ai vari corsi di studio;
- b) promuovere la mobilità nazionale e internazionale degli studenti agevolando le procedure connesse ai riconoscimenti dei crediti formativi acquisiti;
- c) fornire elementi di orientamento alle scelte attraverso un quadro informativo sugli esiti occupazionali dei laureati e sui fabbisogni formativi del sistema produttivo e dei servizi;
- d) individuare idonei interventi di incentivazione per sollecitare la domanda e lo sviluppo di servizi agli studenti, avendo come riferimento specifiche esigenze disciplinari e territoriali, nonché le diverse tipologie di studenti in ragione del loro impegno temporale negli studi;
- e) supportare i processi di accreditamento

dell'offerta formativa del sistema nazionale delle istituzioni universitarie;

f) monitorare e sostenere le esperienze formative in ambito lavorativo degli studenti iscritti, anche ai fini del riconoscimento dei periodi di alternanza studio-lavoro come crediti formativi.

In modo più discorsivo può dirsi che l'Anagrafe ha il compito principale di valutare l'efficacia e l'efficienza dei processi formativi attraverso il monitoraggio tempestivo delle carriere degli iscritti ai vari corsi di studio e di promuovere le procedure connesse ai riconoscimenti dei crediti formativi acquisiti a livello internazionale. Inoltre, fornirà gli elementi di orientamento alle scelte attraverso un quadro informativo sugli esiti occupazionali dei laureati e sui fabbisogni formativi del sistema produttivo e dei servizi al fine di consentire un'offerta didattica adeguata alle esigenze degli studenti e del sistema delle imprese. Infine, supporterà i processi di accreditamento dell'offerta formativa del sistema nazionale delle istituzioni universitarie.

Nelle intenzioni del MIUR, peraltro, essa costituirà anche uno strumento di valutazione dei risultati conseguiti dalle Università. Quanto a questo aspetto, è da precisare che molto recentemente tra i criteri per la ripartizione dei fondi ministeriali tra le Università è stato proprio previsto che una quota pari al 30% degli stessi sia attribuita in base ad alcuni dei dati che andranno a fare parte dell'Anagrafe degli studenti.

In concreto ciascun Ateneo dovrà inviare all'Anagrafe ministeriale i seguenti dati:

- dati anagrafici ed identificativi dello studente;
- dati relativi agli studi utilizzati per l'iscrizione al corso di studi;
- iscrizione annuale;
- posizione amministrativa dello studente;
- dati relativi ai processi formativi;
- dati relativi alla conclusione della carriera dello studente.

I dati trasmessi andranno a confluire, per quanto riguarda gli studenti, in un database unico gestito inizialmente dal Consorzio Interuniversitario CINECA; per quanto riguarda i laureati è prevista l'estensione del Consorzio AlmaLaurea che sarà adottata dal MIUR come standard per tutti gli Atenei.

I dati forniti, inoltre, non sono modificabili se non attraverso un particolare iter che comporterà la necessaria consultazione dei seguenti organismi: Comitato Nazionale per la Valutazione del Sistema Universitario, Conferenza dei Rettori delle Università Italiane, Consiglio Universitario

¹ Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia

² Coordinatore dei Servizi della Facoltà di Medicina e Chirurgia
Alma Mater Studiorum - Università di Bologna.

Nazionale, Consiglio Nazionale degli Studenti Universitari, Autorità Garante della Protezione dei Dati Personali.

Certamente l'onere richiesto alle Università è rilevante; se è vero, infatti, che quasi tutti gli Atenei già possiedono un sistema informativo, è altresì vero che spesso i dati da esso richiesti possono non corrispondere esattamente a quelli voluti dal MIUR.

Nel contempo, i benefici previsti non sono certo solo a vantaggio del Ministero ma anche delle singole Università che attraverso il monitoraggio costante della carriera dei propri studenti potranno migliorare i servizi interni ed esterni (sulla base delle scelte didattiche effettuate dagli studenti e della loro efficacia), migliorare i rapporti con gli *stakeholders* (mettendo loro a disposizione dati aggiornati sugli studenti e i laureati e cercando di orientare le scelte in modo da fornire laureati del tipo richiesto dal panorama economico), potenziare ulteriormente il Database esistente.

Si riporta di seguito l'elenco fornito dal MIUR contenenti le indicazioni che devono essere fornite dagli Atenei al Sistema Centrale:

- Codice personale (codice fiscale);
- Data di nascita;
- Sesso;
- Comune di nascita;
- Stato estero di nascita;
- Cittadinanza;
- Comune di residenza;
- Data di prima immatricolazione in un corso universitario (viene prevista analoga richiesta dati per titoli conseguiti all'estero);
- Titolo di scuola media superiore;
- Istituto che lo ha rilasciato;
- Anno solare conseguimento;
- Votazione;
- Altri titoli di studio di livello universitario;
- Istituzione che lo ha rilasciato;
- Anno solare conseguimento;
- Votazione rapportata a quella massima conseguibile;
- Università del corso di studi;
- Classe e codice del corso di studi della banca dati offerta formativa;
- Sede Didattica Corso di Studi in cui si svolgono le attività formative identificata anche mediante cap;
- Totale crediti formativi (CFU) all'iscrizione;
- Totale crediti formativi (CFU) validi per il corso;
- Totale debiti formativi all'iscrizione;
- Impegno annuale dello studente in crediti;
- Studente lavoratore, se lo è;
- Impegno annuale dello studente lavoratore in crediti;
- Esito eventuale test ingresso con indicazione del punteggio riportato in rapporto al punteggio massimo conseguibile;

- Piano di studio individuale, se presente;
- Pre-iscrizione, se effettuata;
- Iscrizione;
- Anno di iscrizione al corso di studi riferito all'organizzazione didattica del corso;
- Attività regolare, laureato, abbandono, decaduto, congedato etc...con indicazione della data del cambiamento di condizione;
- Beneficiario di borsa di studio, se lo è (il riferimento deve essere alle borse erogate secondo i criteri e le regole del DPCM sul diritto allo studio in vigore);
- Idoneo non beneficiario di borsa di studio;
- Esentato dalla contribuzione;
- Idoneità all'esenzione della contribuzione;
- Esonero totale e parziale;
- Contributi dovuti per l'a.a.;
- Contributi pagati per l'a.a.;
- Interventi di supporto ricevuti dall'università con indicazione della tipologia per anno solare e singoli insegnamenti caratterizzati anche dal settore/i scientifico-disciplinare di riferimento;
- Totale crediti formativi CFU;
- Crediti formativi CFU relativi al corso di iscrizione;
- Crediti formativi CFU acquisiti presso la stessa l'università;
- Crediti formativi CFU acquisiti in altre istituzioni italiane;
- Crediti formativi CFU acquisiti in istituzioni straniere;
- Crediti formativi CFU acquisiti per stage e altre attività;
- Crediti formativi CFU riconosciuti validi per il corso di iscrizione;
- Codice esami, settore/i scientifico disciplinare, votazione;
- Data di uscita dal sistema;
- Motivazione di uscita dal sistema: laurea, abbandono, decadenza ecc.;
- Tipologia di prova finale, nei casi di conseguimento di un titolo;
- Votazione riportata nella prova finale rapportata alla votazione massima conseguibile;
- Dati relativi ai processi formativi;
- Dati relativi alla conclusione della carriera dello studente;
- Dati relativi agli studi utilizzati per l'iscrizione al corso di studi;
- Dati anagrafici ed identificativi dello studente;
- Iscrizione annuale;
- Posizione "Amministrativa" dello studente.

Siti Internet di interesse:

- http://www.miur.it/0006Menu_C/0012Docume/0015Atti_M/4126Anagra_cf2.htm
- <http://www.miur.it/UserFiles/1605.pdf>
- <http://www.istruzione.it/prehome/comunicati/2004/040504.shtml>

Indagine nazionale su “ingresso a medicina e risultati del primo e secondo anno”. Dati preliminari sulla correlazione tra maturità, test di ingresso ministeriale e media degli esami del primo e secondo anno

Giuseppe Familiari (Roma La Sapienza)¹, Gian Battista Azzena (Roma Cattolica)¹, Paola Binetti (Roma Campus Biomedico)¹, Massimo Casacchia (L'Aquila)¹, Enrico DeAntoni (Roma La Sapienza)¹, Pietro Gallo (Roma La Sapienza)¹, Eugenio Gaudio (Roma La Sapienza)¹, Andrea Lenzi (Roma La Sapienza)¹, Marella Maroder (Roma La Sapienza)¹, Guglielmo Borgia (Napoli Università Federico II)¹, Giovanni Delrio (Napoli II Ateneo)¹, Emanuele Sagnelli (Napoli-Caserta)¹, Giovanni Danieli (Ancona)² e Luigi Frati (Roma La Sapienza)³

Introduzione

Le attuali procedure per l'ammissione alle Facoltà di Medicina e Chirurgia in Italia, al pari di quelle attuate in molti paesi europei, sembrano essere solo dei meccanismi burocratici utili a limitare il numero degli iscritti in relazione ai posti disponibili, ma senza nessuna pretesa di voler selezionare lo studente ideale che potrebbe poi diventare il medico ideale (Familiari *et al.*, 2002a,b,c, 2003; Garcia-Barbero, 1999). Da queste premesse emerge una chiara indicazione a dover rinnovare gli attuali criteri di ammissione alle facoltà di medicina in Italia (Familiari *et al.*, 2002a,b,c, 2003).

Una procedura di selezione “valida” dovrebbe però dare l'opportunità di poterne controllare la predittività a lungo termine.

Questo assunto, di grande complessità attuativa, ha spinto il Gruppo di Studio “Accesso alla Facoltà e Inserimento Professionale” della conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia a attivare un'analisi nazionale sulla qualità del metodo di selezione attualmente in uso in Italia, anche nella considerazione della sua peculiarità in ambito europeo. E' facilmente rilevabile, infatti, come esistano, nella letteratura internazionale, scarse evidenze sulla qualità effettiva dei metodi di selezione, e come sia invece necessario “sperimentare” gli stessi metodi, prima di utilizzarli, al pari degli studi multicentrici utilizzati per lo studio dei nuovi farmaci (Ferguson *et al.*, 2002).

In altri termini, come la medicina moderna è orientata verso i principi della *evidence based medicine*, così la pedagogia medica dovrebbe essere sempre più orientata verso i principi della *best evidence medical education* (Binetti e DeMarinis, 2002).

In quest'ottica, è stata quindi attivata questa ricerca nazionale, tesa a comparare i risultati della carriera pre-universitaria con quelli ottenuti nel test ministeriale di ammissione a medicina e con la “*performance* accademica” al termine del primo biennio del corso universitario.

I primi dati elaborati, che sono qui riportati, riguardano la comparazione tra voto di maturità, risultato nel test di ingresso e media degli esami complessivamente superati nel primo biennio. Questi dati, ancorché del tutto preliminari, possono essere di utilità allo scopo di considerare il voto di maturità ai fini dell'ingresso a Medicina. Attualmente, infatti, la carriera scolastica pre-universitaria non è considerata per l'ingresso a medicina, mentre le Conferenze dei Presidi e dei Presidenti dei Corsi di Laurea Specialistica in Medicina ne hanno richiesto la valutazione con una percentuale non inferiore al 10% della valutazione globale (Mozione al Ministro MIUR del 12 Aprile 2003 delle due Conferenze congiunte).

Materiale e metodo di studio

Il Gruppo di Studio ha elaborato, nel mese di Gennaio 2003, un questionario conoscitivo da distribuire ad un campione di studenti immatricolati a Medicina nell'anno accademico 2000-2001, primo anno in cui la selezione è stata effettuata su tutto il territorio nazionale con lo stesso test predisposto da un'apposita Commissione ministeriale. Tale questionario, approvato dalla Conferenza dei Presidenti di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia nel Febbraio 2003, è stato distribuito a tutte le Facoltà di Medicina e Chirurgia del territorio. Nel questionario è stato chiesto 1) il tipo e il voto di maturità, 2) gli esami superati negli anni accademici 2000-2001 e 2001-2002 fino alla sessione di recupero di Febbraio/Marzo 2003, e 3) i dati relativi al punteggio totale ottenuto nel test di ingresso. I dati sono stati ottenuti con il consenso al trattamento dei dati personali da parte degli studenti intervistati.

I dati analizzati nel presente studio sono stati raccolti attraverso un campionamento casuale, distribuendo il questionario ad un gruppo di

¹ Gruppo di Studio *Accesso alla Facoltà e inserimento professionale* della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia

² Presidente della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia

³ Presidente della Conferenza Permanente dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia

studenti casualmente scelti durante una lezione del III anno di corso, nel periodo compreso tra Aprile e Giugno 2003. Questionari debitamente compilati sono stati inviati dalle sedi di Bari, Chieti, Firenze, Genova, Milano, Milano-Bicocca, Napoli-Caserta, Napoli-Federico II, Perugia, Roma-Sapienza I Facoltà CL-A CL-B CL-D, Roma-Sapienza II Facoltà, Roma-Tor Vergata, Sassari, Siena, Trieste, Varese-Insubria.

Deve essere precisato che il campionamento effettuato ha raggiunto i soli studenti che frequentavano "realmente" i corsi del III anno, non prendendo in considerazione quelli che, iscritti a medicina, hanno poi abbandonato gli studi nel corso dei primi due anni di studio. Come è possibile rilevare dai dati sotto riportati, gli studenti analizzati possono essere comunque considerati come gli studenti "migliori", anche in rapporto al numero di esami superati nel biennio.

Ulteriori dati sono pervenuti successivamente da altre Sedi, e saranno inseriti in ulteriori valutazioni comparative che sono tutt'ora in corso di elaborazione.

E' stato quindi valutato un campione di 378 Studenti rappresentativi di 2273 Studenti iscritti nelle diverse sedi sopra descritte, pari al 16,63% degli studenti iscritti nelle sedi esaminate. Vi era, in assonanza con la popolazione globale degli studenti iscritti alle Facoltà di Medicina, una netta prevalenza di Studentesse (68,96%) in confronto agli Studenti (31,04%).

Il titolo di Studio posseduto dagli Studenti intervistati era quello della Maturità, così suddivisa tra le diverse tipologie: Liceo Classico: 52,94%, Liceo Scientifico: 38,57%, Liceo Psicopedagogico: 3,26%, Liceo Linguistico: 2,28%, Istituto Tecnico e altri: 2,95%.

Nel campione analizzato, gli studenti provenienti da altre Facoltà, che avevano sostenuto il test di ingresso due volte, con esami superati in altre Facoltà anche utilizzando l'*ex-Articolo 6 del Regio Regolamento degli Studenti* erano pari al 16,33% del campione, mentre quelli che avevano sostenuto l'esame di ammissione una sola volta erano pari all' 83,77% del campione totale.

Il numero medio degli esami previsti dai *curricula* delle diverse sedi era pari a $8,26 \pm 0,79$, con un valore mediano pari a 8,00 (minimo 7, massimo 10).

In questo studio preliminare è stato calcolato il voto medio e la mediana della maturità, il voto medio e la mediana del test di ingresso, il voto medio e la mediana degli esami superati nel I e II anno di corso. Sono state quindi individuate due classi di studenti, una inferiore e una superiore alla mediana, e, in particolare, sono stati correlati:

il test ingresso in rapporto alla maturità, considerando due classi in rapporto alla mediana del voto di maturità;

la media degli esami in rapporto alla maturità, considerando due classi in rapporto alla mediana del voto di maturità;

la media degli esami in rapporto al test d'ingresso, considerando due classi in rapporto alla mediana del test di ingresso.

Le correlazioni sono state elaborate con il calcolo del test di significatività (*t*) e del coefficiente di correlazione (*r*). L'analisi statistica è stata effettuata attraverso l'uso del software "MedCalc", versione 7.2.

Risultati

Gli Studenti che avevano superato tutti gli esami previsti dal *curriculum* erano pari al 71,92% degli Studenti intervistati.

Risultavano in arretrato di n. 1 esame il 15,68%, di n. 2 esami il 10,45%, di n. 3 esami l'1,30%, di n. 4 esami lo 0,65%, nessuno di oltre 4 esami.

Il voto medio di Maturità era pari a $91,03 \pm 9,29$ (Min 60-Max100 Mediana 94,00), il voto medio al test ingresso pari a $40,74 \pm 8,09$ (Min 19.80-Max 64.20 Mediana 39,80), il voto medio degli esami del I e II anno pari a $26,70 \pm 2,13$ (Min 21,28 - Max 30,00 Mediana 27,12).

I dati sulle correlazioni tra test di ingresso e maturità, quelli riguardanti la media degli esami in rapporto alla maturità e quelli relativi alla media degli esami in rapporto al test di ingresso sono indicati nelle tabelle I, II e III.

Dall'analisi dei dati riportati possono evidenziarsi le seguenti correlazioni:

I valori ottenuti nel test di ingresso in rapporto al voto di maturità mostrano una correlazione significativa nell'ambito della classe superiore alla mediana del voto di maturità, con una buona significatività e buon coefficiente di cor-

Classe 1 (inferiore alla mediana del voto di maturità)

Punteggio Test di ingresso

$39,09 \pm 7,69$ Mediana 38,00 (Min 19,80 - Max 63,48)

Voto Maturità

$83,10 \pm 7,67$ Mediana 84 (Min 60 - Max 93)

$r = 0,1576$ $P = 0,0804$

Classe 2 (superiore alla mediana del voto di maturità)

Punteggio Test di ingresso

$42,37 \pm 8,24$ Mediana 41,40 (Min 26,40 - Max 64,20)

Voto Maturità

$98,62 \pm 1,95$ Mediana 100 (Min 94 - Max 100)

$r = 0,2993$ $P = 0,0006$

Classe 1 vs Classe 2 $t = 3,446$ $P = 0,0008$

Tab. 1 - Test di ingresso vs maturità

relazione negli studenti con voto di maturità superiore al valore mediano ($r = 0,2993$ $P = 0,0006$ nella classe alta). Vi è invece una correlazione non significativa tra i valori ottenuti nel test di ingresso nell'ambito della classe inferiore alla mediana del voto di maturità ($r = 0,1576$ $P = 0,0804$ nella classe bassa). La differenza nelle due classi di riferimento è statisticamente significativa ($t = 3,446$ $P = 0,0008$) (Tab. 1).

La media degli esami in paragone al voto di maturità mostra una correlazione significativa nelle due classi di riferimento, con migliore correlazione nella classe alta ($r = 0,2373$ $P = 0,0080$ nella classe bassa, $r = 0,2023$ $P = 0,0001$ nella classe alta), e con una differenza tra le due classi altamente significativa ($t = 5,890$ $P = 0,0001$) (Tab. 2).

La media degli esami in relazione ai risultati nel test di ingresso non è invece correlabile nella classe inferiore alla mediana ($r = 0,0777$ $P = 0,3850$), mentre vi è una correlazione significativa tra i dati che si riferiscono alla classe superiore alla mediana ($r = 0,3036$ $P = 0,0005$).

<p>Classe 1 (inferiore alla mediana del voto di maturità) <i>Media Esami</i> 25,88 ± 2,13 Mediana 26,10 (Min 21,15 - Max 29,71) <i>Voto Maturità</i> 83,10 ± 7,67 Mediana 84 (Min 60 - Max 93) $r = 0,2373$ $P = 0,0080$</p>
<p>Classe 2 (superiore alla mediana del voto di maturità) <i>Media Esami</i> 27,47 ± 1,82 Mediana 27,75 (Min 21,28 - Max 30) <i>Voto Maturità</i> 98,62 ± 1,95 Mediana 100 (Min 94 - Max 100) $r = 0,2023$ $P = 0,0001$</p>
<p>Classe 1 vs Classe 2 $t = 5,890$ $P = 0,0001$</p>

Tab. 2 - Media esami vs maturità

<p>Classe 1 (inferiore alla mediana del test di ingresso) <i>Media Esami</i> 26,28 ± 2,21 Mediana 26,55 (Min 21,28 - Max 29,9) <i>Punteggio Test di ingresso</i> 34,16 ± 3,69 Mediana 34,4 (Min 19,8 - Max 39,8) $r = 0,0777$ $P = 0,3850$</p>
<p>Classe 2 (superiore alla mediana del test di ingresso) <i>Media Esami</i> 27,12 ± 1,96 Mediana 27,50 (Min 21,15 - Max 30) <i>Punteggio Test di ingresso</i> 47,38 ± 5,46 Mediana 47,20 (Min 40 - Max 64,2) $r = 0,3036$ $P = 0,0005$</p>
<p>Classe 1 vs Classe 2 $t = 3,163$ $P = 0,0020$</p>

Tab. 3 - Media esami vs Test di ingresso

Vi è comunque una differenza significativa nei valori tra le due classi di riferimento ($t = 3,163$ $P = 0,0020$) (Tab. 3).

Discussione

Alcune considerazioni sui dati preliminari presentati in questo studio ancora in corso possono rappresentare una buona base di riflessione sulla necessità a considerare il voto di maturità ai fini dell'ingresso alle Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Innanzitutto, deve essere posta l'attenzione sulla peculiarità del campione analizzato. Le interviste provengono infatti da numerose sedi, e quindi rappresentano un "buon" campione di riferimento della situazione nazionale, con "buoni" studenti che provengono massimamente da Licei Classici e Scientifici di gran parte del territorio nazionale. Il 97,05% degli Studenti intervistati era in possesso di Maturità Liceale e proviene da Licei distribuiti armonicamente in tutto il territorio nazionale, mentre solo il 2,95% proveniva da Istituti Tecnici o altre tipologie scolastiche.

Il sistema di campionamento utilizzato, come già precisato, può essere inoltre considerato come rappresentativo degli Studenti "migliori" iscritti ai corsi di Medicina in Italia, in quanto il 71,92% degli intervistati aveva sostenuto tutti gli esami, mentre solo il 26,13% era indietro di 1-2 esami. In ogni caso anche i valori della mediana della maturità (94,00) e la mediana riferita al voto degli esami sostenuti (27,12) debbono essere considerati di livello alto, mentre la mediana riferita al test di ingresso è posizionata su un valore medio (39,80) e non alto come gli altri valori.

Dalla semplice analisi preliminare delle correlazioni tra i diversi gruppi analizzati è quindi ipotizzabile come gli Studenti "molto bravi", con voto di Maturità superiore alla mediana, superino brillantemente il Test di ingresso e ottengano un ottimo risultato nei primi due anni di Medicina, mentre gli Studenti "meno bravi", con voto di Maturità inferiore alla mediana, non siano discriminati dal Test di ingresso e ottengano un risultato, come media generale degli esami sostenuti, significativamente più basso nei primi due anni di medicina.

Dall'analisi dei nostri dati preliminari, sembrerebbe quindi evidente una più significativa correlazione tra voto di maturità e risultati nel primo biennio, rispetto al potere discriminante del test di ingresso.

La correlazione maggiormente significativa tra esame di maturità e risultati ottenuti nel primo

biennio sembra quindi concordare anche con l'impianto generale del nuovo esame di maturità, che tiene in debito conto, oltre che al risultato della prova finale per l'accertamento del grado di maturità raggiunta, anche dei "crediti" scolastici ottenuti negli ultimi tre anni di frequenza sulla base del rendimento scolastico e delle attività extrascolastiche frequentate con profitto dallo studente stesso.

Sulla scorta dei semplici ma chiari risultati riportati nel presente studio, dovrebbe quindi essere data una maggiore attenzione alla considerazione del voto di maturità, ai fini dell'ingresso a medicina, come ripetutamente chiesto dalle Conferenze dei Presidenti dei Corsi di Laurea Specialistica e dei Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Maggiore attenzione, sempre sulla scorta di tali risultati, potrebbe poi essere data alla considerazione del voto di maturità nella valutazione del debito formativo, anche in relazione alla grande responsabilità della Scuola Media Superiore nella formazione degli Studenti sia in termini di rigore logico che di cultura generale, nell'addestramento alla disciplina intellettuale, sia in termini di capacità di attenzione e concentrazione, che di studio di testi impegnati di letteratura, storia, filosofia e altro (Binetti e De Marinis, 2002). Su questa base, potrebbe anche essere ipotizzabile come Studenti non liceali, o Studenti con un voto di Maturità inferiore a ad un punteggio che dovrebbe essere determinato, potrebbero seguire corsi di introduzione al piano degli studi, non solo per quanto attiene alle specificità di chimica e fisica, ma proprio in termini di cultura generale e di metodologia dello studio, quest'ultima intesa non in senso tecnico, ma piuttosto come logica e analisi del testo.

Nel complesso, i dati nazionali riportati in questo studio concordano inoltre con quanto riferito in altri articoli e indagini di altri autori su singole sedi (si veda, in particolare quanto pubblicato e la bibliografia citata in Donnetti *et al.*, 1996). In particolare, i dati di questo studio, che si riferiscono alla Facoltà di Medicina della Sapienza, sembrano dimostrare, nel periodo antecedente al test nazionale, una migliore correlazione tra voto di maturità e risultati nei test di logica con l'andamento universitario nei primi quattro anni, mentre nessuna correlazione è stata evidenziata tra risultati parziali nei test di chimica, fisica-matematica e biologia con l'andamento universitario nei primi quattro anni, o gli stessi voti di chimica, fisica e biologia ottenuti dagli studenti (Donnetti *et al.*, 1996).

I risultati di questo studio sembrerebbero già portare alla conclusione che la selezione in ingresso, messa in atto nelle sedi mediche universitarie, non avrebbe ragion d'essere ai fini dell'arruolamento degli studenti più idonei a seguire i corsi di medicina. Come già detto, non si tratterebbe di una selezione a carattere scientifico-professionale, ma questa avrebbe solo finalità burocratiche a scegliere, nel gruppo, un numero di studenti pari al numero di posti programmati.

I nostri dati avvalorano ancor di più questa ipotesi, soprattutto riguardo al loro carattere nazionale e non locale.

Nella considerazione che il test attuale di ammissione prevede la somministrazione di test costituiti da domande di cultura generale, il cui livello si dovrebbe ragionevolmente desumere dal precedente *curriculum* scolastico dei ragazzi e cioè dal voto di maturità, potrebbe essere estremamente utile riformare l'esame di ammissione non solo considerando opportunamente la carriera scolastica, ma soprattutto introducendo *test psico-attitudinali*, come già chiesto dalle Conferenze congiunte dei Presidenti di Corso di Laurea specialistica e dei Presidi. Questi potrebbero meglio verificare la predisposizione e la motivazione di ognuno a svolgere una professione così impegnativa quale quella del medico, anche se non facili da selezionare nella prospettiva di un criterio di inclusione-esclusione (Familiari *et al.*, 2002a,b,c; 2003). Ancora utile potrebbe essere la rivalutazione dei *colloqui strutturati* su di un campione di studenti pre-selezionato dal test scritto (Binetti e De Marinis, 2002). Pur considerando le limitazioni legate all'allungamento dei tempi, all'allungamento esponenziale del lavoro ed alla soggettività, questo potrebbe essere un ulteriore modo di perfezionare il sistema di selezione e renderlo maggiormente coerente con il proprio modello formativo.

Anche la lettura di alcune interviste sul problema dell'accesso a medicina, rivolte ai Responsabili di prestigiose Facoltà Mediche Inglesi, pubblicate su *British Medical Journal* (2002) è altamente significativa a dimostrazione di quanto sia attuale il tema della motivazione nell'ingresso alle Facoltà di Medicina; ne citiamo testualmente una di esse:

Alla Domanda *What will you look for when selecting students?*, il Preside della *Peninsula Medical School* risponde: *Our selection process will address the need for academic ability through a mix of conventional criteria and criteria adopted to help broaden access to our pro-*

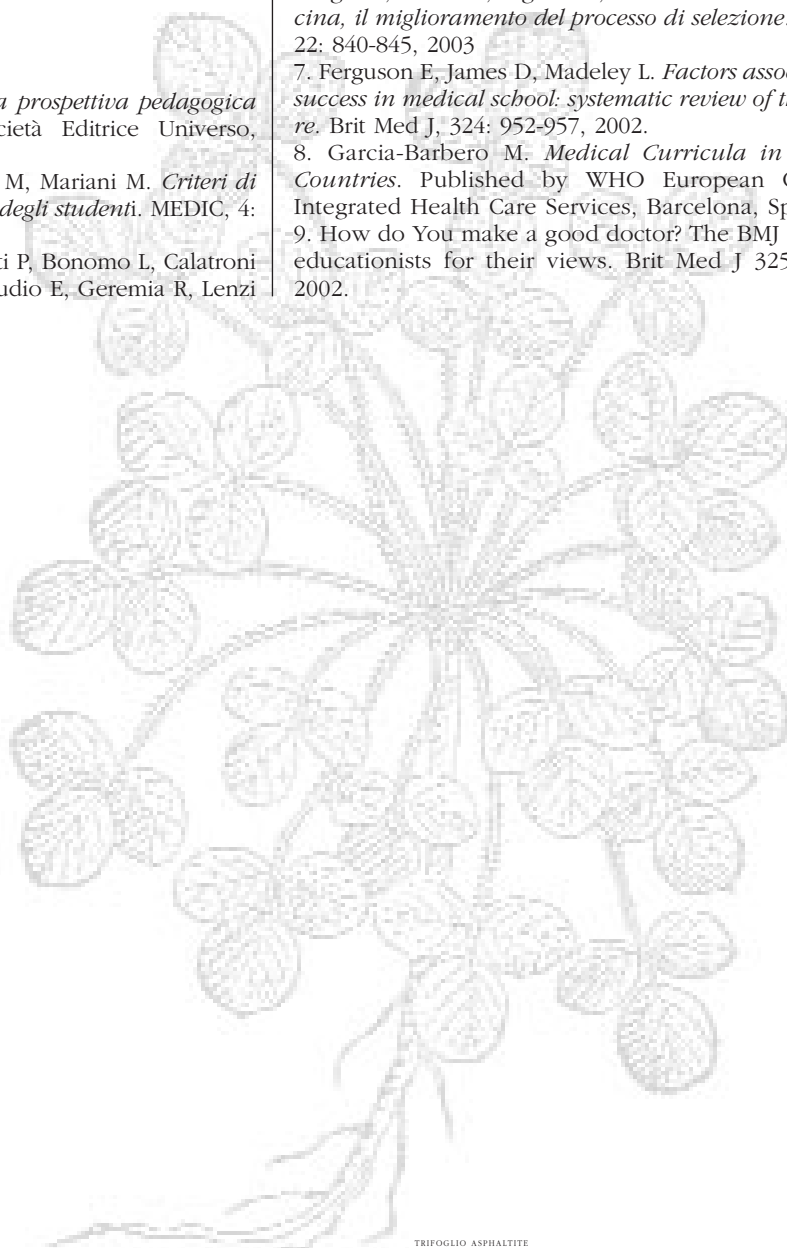
gramme. For example,to assess non academic ability the school has developed interview and group work instruments. At interview candidates are presented with clinical ethical scenarios and asked a series of structured questions by a trained panel, including non-medical members, to assess capacity for empathy, communication, non-judgmental behaviour, and team orientation.

Ringraziamenti

Si ringraziano il Prof. Paolo Falaschi e la Dott.ssa Michela Relucenti per la loro preziosa collaborazione.

Bibliografia

1. Binetti P e DeMarinis MG. *La prospettiva pedagogica nella Facoltà di Medicina*. Società Editrice Universo, Roma, 2002.
2. Donnetti M, Feroci L, Lunadei M, Mariani M. *Criteri di selezione e rendimento scolastico degli studenti*. MEDIC, 4: 16-21, 1996.
3. Familiari G, Azzena GB, Binetti P, Bonomo L, Calatroni A, Casacchia M, De Antoni E, Gaudio E, Geremia R, Lenzi A, Maroder M, Sagnelli E, Borgia G, Del Rio G, Danieli G, Frati L. *Linee guida per la selezione degli studenti ai corsi di laurea specialistici in medicina e chirurgia*. MEDIC, 10: 182-185, 2002a.
4. Familiari G, Azzena GB, Binetti P, Bonomo L, Calatroni A, Casacchia M, DeAntoni E, Gallo P, Geremia R, Lenzi A, Maroder M, Negri M. *Selezionare gli studenti delle Facoltà di Medicina, stato attuale e prospettive future*. Med Chir, 17; 600-609, 2002b.
5. Familiari G, Azzena GB, Binetti P, Bonomo L, Calatroni A, Casacchia M, DeAntoni E, Geremia R, Lenzi A, Maroder M, Negri M, Sagnelli E, Borgia G, Del Rio G. *Orientamento, accesso a medicina e debito formativo. Ipotesi di studio e prospettive future*. Med Chir, 19: 695-703, 2002c.
6. Familiari G, Azzena GB, Binetti P, Casacchia M, DeAntoni E, Gallo P, Gaudio E, Lenzi A, Maroder M, Borgia G, Delrio G, Sagnelli E, Danieli G. *L'accesso a medicina, il miglioramento del processo di selezione*. Med Chir, 22: 840-845, 2003
7. Ferguson E, James D, Madeley L. *Factors associated with success in medical school: systematic review of the literature*. Brit Med J, 324: 952-957, 2002.
8. Garcia-Barbero M. *Medical Curricula in European Countries*. Published by WHO European Center for Integrated Health Care Services, Barcelona, Spain, 1999.
9. How do You make a good doctor? The BMJ asked four educationists for their views. Brit Med J 325: 676-677, 2002.



TRIFOLIO ASPHALTITE

Valutazione comparativa del risultato di un campione di esami di profitto in sedici diversi Corsi di laurea

Pietro Gallo, Eugenio Gaudio, Giuseppe Familiari, Carlo Della Rocca, Andrea Lenzi (Roma La Sapienza) in collaborazione con Gian Battista Azzena (Roma Università Cattolica), Paola Binetti (Roma Campus Biomedico), Fabio Capani (Chieti), Alfredo A. Carducci (Messina), Gilda Caruso (Bari), Massimo Casacchia (L'Aquila), Enrico De Antoni (Roma La Sapienza), Gianfranco Ferla (Milano Vita Salute S. Raffaele), Marzia Kienle (Milano Bicocca), Pierfrancesco Marconi (Perugia), Marella Maroder (Roma La Sapienza), Teresa Matrone (Roma La Sapienza) ed Alessandro Mugelli (Firenze)

Introduzione

L'iniziativa di questo studio nasce dall'attività del Gruppo VEDI (Valutazione dell'Efficacia Didattica e criteri di Incentivazione), insediato dalla Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. Lo scopo era quello di eseguire un confronto tra sedi diverse circa il risultato di un definito numero di esami di profitto, e ciò con la triplice finalità di verificare l'esistenza di una variabilità tra docenti della stessa disciplina, tra corsi di laurea omologhi di diverse Sedi, e tra diverse tipologie di esame.

Originariamente, si è partiti dalla constatazione che non sempre il voto ottenuto in un esame è misura efficace dell'entità della preparazione dello studente, e ciò per due motivi: da una parte per l'ancora scarsa diffusione nel nostro Paese di prove "oggettive" di valutazione, e dall'altra per un atteggiamento ambivalente nel rapporto docente/studente. Vi sono docenti, in genere molto preparati ed assiduamente dedicati alla didattica, che sono molto esigenti al momento della prova di valutazione, con il risultato che gli studenti sono competenti ma superano l'esame con difficoltà e con voti bassi. Altri docenti, invece, assumono un atteggiamento molto più tollerante in sede di esame, con il risultato che gli studenti superano l'esame con facilità e con voti elevati, ma sono in genere molto meno preparati. L'esistenza di docenti molto esigenti (detti anche *docenti killer* in rapporto alla *mortalità studentesca* che inducono) è ben nota in termini aneddotici, ma mancava una misura in qualche modo oggettiva dell'entità del fenomeno.

In un contesto come quello odierno in cui la *verifica di qualità* si sta facendo strada anche nella valutazione del *sistema universitario*, ci si è domandati anche se il confronto tra il successo studentesco negli esami di profitto possa essere utilizzato per un confronto tra l'efficacia didattica di diversi Corsi di laurea.

Ci si è infine chiesti se esistano tipologie di esami più *difficili* e più *facili* in sé, a prescindere dal contesto in cui si muove il Corso di laurea e la Commissione giudicatrice.

Materiale e metodi

Per cercare di rispondere ad alcune di queste domande, il Gruppo VEDI ha proposto ai Presidenti dei Corsi di laurea in Medicina italiani di fornire una serie di informazioni su 15 esami presi "a campione". I dati richiesti erano la percentuale di studenti che hanno superato ciascun esame alla prima sessione utile (a Febbraio per i corsi del I semestre, ed a Giugno per quelli del II semestre) e, rispettivamente, entro un anno accademico (pari a tre sessioni d'esame), nonché il voto medio riportato per ciascun esame. Tutti i dati dovevano far riferimento al medesimo anno accademico (il 2002/03).

Gli esami selezionati sono stati 15, scelti tra quelli tipici di qualsiasi *curriculum* di medicina, così distribuiti:

- due corsi relativi all'area delle scienze di base: Fisica e Chimica;
- tre corsi relativi all'area delle scienze applicate: Biochimica, Anatomia umana e Fisiologia umana;
- tre corsi dell'area della patologia: Patologia (e/o Fisiopatologia) generale, Anatomia patologica ed una delle Patologie integrate/sistematiche (per omogeneità è stata scelta quella che comprende la Cardiologia);
- due corsi dell'area delle specialità medico-chirurgiche: Neurologia ed il corso di Specialità chirurgiche che include l'Otorinolaringoiatria;
- due corsi dell'area della Sanità pubblica: Igiene e Medicina legale;
- tre corsi dell'area del tirocinio professionalizzante: Medicina interna, Pediatria e Ostetricia e Ginecologia.

Molte Sedi non sono ancora dotate di un sistema informatico che permetta di estrarre con facilità i dati richiesti, per cui non ci siamo posti l'obiettivo di un'indagine esaustiva sull'intero territorio nazionale, ma di uno studio "a campione" sufficientemente rappresentativo da chiarire almeno alcune linee di tendenza.

I Corsi di laurea che hanno partecipato all'iniziativa sono stati 16, ben distribuiti tanto in termini geografici (da Milano a Messina passando per l'Italia centrale), che di tipologia di struttu-

ra (dalle Università pubbliche ad Atenei privati), che di dimensioni della sede (da Università con più di 300 studenti per anno come Bari e Roma La Sapienza ad altre con meno di 80 studenti per anno come il Campus Biomedico di Roma, il S. Raffaele di Milano o il polo di Terni dell'Università di Perugia).

Nel complesso sono stati valutati ben 21.056 esami, il che – se non assicura completezza – dà comunque allo studio un indiscutibile spessore. La media dei voti è stata calcolata a partire da 19.100 esami, in quanto i dati di Messina non comprendevano il voto medio, mentre la percentuale di superamento dell'esame è stata calcolata sull'intero campione (per quanto riguarda la *Sapienza* di Roma i dati sulle percentuali di superamento degli esami non sono stati scorporati per Corso di laurea perché la creazione della II Facoltà e del Polo di Latina hanno introdotto una notevole variazione nel numero di studenti per Corso da un anno all'altro).

Risultati

I risultati sono riassunti nelle due tabelle e nelle tre figure.

Commento

L'esistenza di professori *esigenti e generosi* è documentata dall'ampio intervallo di variazione che esiste tra una sede e l'altra relativamente alla medesima tipologia di esame di profitto.

Colpisce, ad esempio, la situazione dell'esame di Anatomia Patologica, il cui voto medio oscilla dal 23,7 del Corso "B" della Sapienza (ben al di sotto della media complessiva della sede, che è di 26,3) al 30 del Campus Biomedico (al di sopra della media della sede, di 27,6); o quella dell'esame di Specialità Chirurgiche, che varia dal 25 del Corso di laurea dell'Aquila (voto che è pari alla media della sede) al 30 del S. Raffaele di Milano (al di sopra della pur elevata media generale della sede, di 27,9); o ancora quello di Anatomia Umana Normale, che varia dal 23,7 del Corso di laurea di Perugia (anche qui molto al di sotto della media della sede, di 26,9) al 28,3 dell'Università Cattolica di Roma (al di sopra della media generale della sede, di 27,5). La variabilità tra docenti all'interno della medesima disciplina è abbastanza elevata, se si considera che l'intervallo di variazione tra i voti medi riportati nello stesso esame nelle varie sedi non rimane mai al di sotto di 3 punti e raggiunge e supera i 4 punti, oltre che per Anatomia Patologica, Specialità Chirurgiche ed Anatomia Umana, anche per Biochimica, Patologia Generale, Igiene, e Medicina Interna (Tab. 1 e Fig. 1).

La Conferenza permanente dei Presidenti di C.C.L.S. in Medicina e Chirurgia ha intrapreso numerose iniziative per introdurre i concetti del sistema qualità nella autovalutazione dei corsi di laurea. I risultati analizzati nel presente stu-

Esame	Votazione		% di studenti promossi	
	Media	Intervallo di variazione	alla prima sessione utile	entro tre sessioni
Fisica	24,9	23,6 ⁵ ÷ 27,0 ²	43,6	79,6
Chimica	24,9	23,7 ¹⁴ ÷ 26,9 ⁶	49,0	87,1
Biochimica	26,2	24,2 ¹² ÷ 28,4 ⁵	33,6	69,5
Anatomia umana	26,2	23,7 ⁷ ÷ 28,3 ¹⁰	41,0	71,7
Fisiologia umana	25,7	24,6 ³ ÷ 27,6 ¹⁴	28,8	63,1
Patologia generale	27,0	24 ¹⁶ ÷ 28,3 ⁵	28,8	61,5
Anatomia patologica	27,2	23,7 ¹² ÷ 30,0 ⁹	29,9	51,3
Patologia Sistematica/Integrata I	27,6	26,0 ¹ ÷ 29,4 ¹³	23,1	62,6
Neurologia	28,0	25,0 ¹ ÷ 28,9 ³	22,1	58,8
ORL e Specialità chirurgiche	28,5	25 ¹⁶ ÷ 30,0 ⁶	23,9	57,2
Igiene/Sanità pubblica	28,0	25,6 ² ÷ 29,6 ⁸	39,0	72,5
Medicina legale	28,3	26 ¹⁶ ÷ 29,6 ⁶	41,5	61,8
Medicina interna	28,5	25,5 ² ÷ 29,5 ³	38,4	65,7
Pediatria	28,5	26,3 ² ÷ 29,5 ⁹	26,5	53,2
Ginecologia e Ostetricia	28,6	25,5 ² ÷ 29,3 ¹⁴	29,7	69,2
Intero campione	26,9	25,0 ¹⁶ ÷ 27,9 ⁶	33,5	66,4

Tab. 1- Confronto tra gli esami analizzati

Legenda: Elenco delle Sedi: 1. Bari; 2. Chieti; 3. Firenze; 4. Messina; 5. Milano Bicocca; 6. Milano S. Raffaele; 7. Perugia (Polo di Perugia); 8. Perugia (Polo di Terni); 9. Roma Campus Biomedico; 10. Roma Università Cattolica; 11. Roma Sapienza I Facoltà Corso "A"; 12. Roma Sapienza I Facoltà Corso "B"; 13. Roma Sapienza I Facoltà Corso "C"; 14. Roma Sapienza I Facoltà Corso "D"; 15. Roma Sapienza II Facoltà; 16. L'Aquila.

dio possono essere utili in questa direzione, anche se vanno valutati con estrema cautela, se non altro per il carattere volontario dell'adesione a questa indagine, che ha sicuramente selezionato le sedi tra quelle più disponibili e attive.

È difficile valutare il significato della differenza tra votazione media riportata nei 15 esami di profitto scrutinati, nel senso che una media più

elevata non è automaticamente segno di maggiore qualità, perché si tratta di un parametro ancora troppo soggettivo ed autoreferenziale. Tuttavia, colpisce il dato che le tre Università private si collocano tra le quattro sedi con media più elevata, e che in due di queste sono presenti esami con la votazione media di 30/30 (Tab. 2 e Fig. 2). Per comprendere meglio questi risultati è inoltre opportuno prendere in con-

Esame	Votazione		% di studenti promossi	
	Media	Intervallo di variazione	alla prima sessione utile	entro tre sessioni
Messina			41,9	60,1
L'Aquila	25,0	24 ^{b,f} ÷ 28 ^o	12,8	37,5
Bari	25,6	24 ^{a,b,d,g} ÷ 28 ^{m,n}	28,7	60,4
Chieti	26,4	25,5 ^b ÷ 27,7 ^d	23,9	50,8
Perugia (Polo di Terni)	27,0	25,1 ^c ÷ 29,6 ^m	37,5	61,6
Perugia (Polo di Perugia)	27,1	23,7 ^d ÷ 29,0 ^h	27,2	51,8
Firenze	27,3	24,4 ^a ÷ 29,5 ^{o,p}	33,7	49,3
Milano Bicocca	27,4	23,6 ^a ÷ 28,7 ^l	52,1	79,9
Roma Università Cattolica	27,5	24,0 ^a ÷ 29,0 ^p	51,9	76,5
Roma Campus Biomedico	27,8	26 ^{a,b,d} ÷ 30 ^{g,p}	75,4	99,0
Milano S. Raffaele	27,9	25,6 ^e ÷ 30 ^l	63,2	96,2
Roma Sapienza II Facoltà (*)	26,3	23,7 ^b ÷ 28,0 ^c	22,9	76,1
Roma Sapienza I Facoltà Corso "B"	26,8	23,7 ^g ÷ 29,3 ⁿ		
Roma Sapienza I Facoltà Corso "A"	27,2	24,1 ^b ÷ 29,2 ^o		
Roma Sapienza I Facoltà Corso "D"	27,4	23,7 ^b ÷ 29,3 ^q		
Roma Sapienza I Facoltà Corso "C"	27,8	23,9 ^a ÷ 29,4 ^h		
Intero campione	26,9	24,9 ^{a,b} ÷ 28,6 ^q	33,5	66,4

Tab. 2 - Confronto tra le sedi partecipanti

(*) Nell'anno accademico sottoposto a indagine, questa Sede aveva attivato i soli primi 4 anni di corso

Legenda: Elenco degli esami: a. Fisica; b. Chimica; c. Biochimica; d. Anatomia umana; e. Fisiologia umana; f. Patologia generale; g. Anatomia patologica; h. Patologia Sistemica/Integrata I; i. Neurologia; l. ORL e Specialità chirurgiche; m. Igiene/Sanità pubblica; n. Medicina legale; o. Medicina interna; p. Pediatria; q. Ginecologia e Ostetricia.

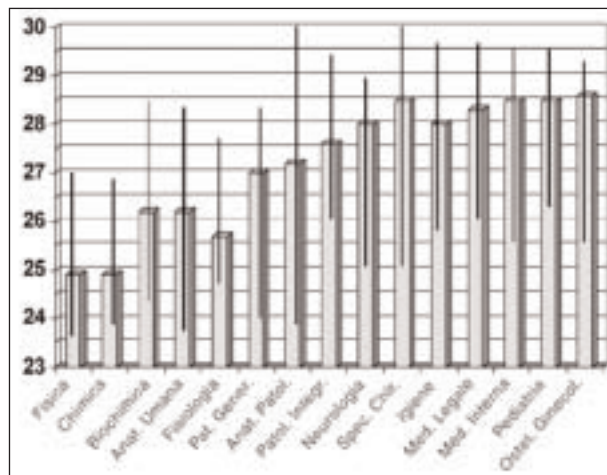


Fig. 1 - Confronto tra gli esami analizzati

Voto medio registrato negli esami sottoposti a indagine. La colonna dell'istogramma è relativa al voto medio registrato per quell'esame nell'intero campione, la sbarra verticale indica l'intervallo di variazione del voto medio (dalla media più bassa registrata in una sede a quella più alta registrata in un'altra sede)

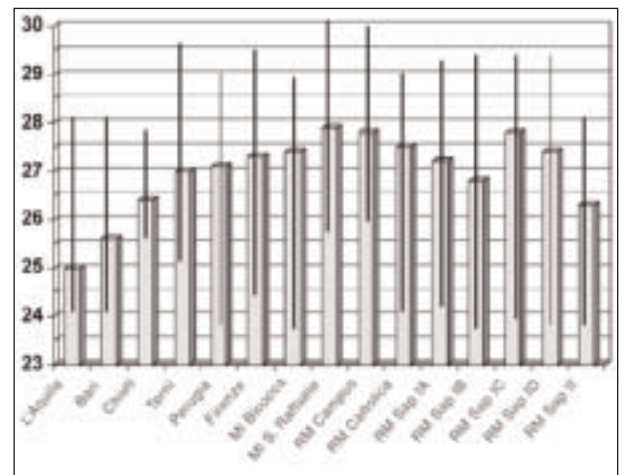


Fig. 2 - Confronto tra le sedi

Voto medio registrato nelle Sedi che hanno collaborato allo studio, relativamente agli esami sottoposti a indagine. La colonna dell'istogramma è relativa al voto medio registrato nella Sede, la sbarra verticale indica l'intervallo di variazione del voto medio (dalla media più bassa registrata in un esame a quella più alta registrata in un altro esame)

siderazione il numero di esami sostenuti in ciascuna sede, perché è certamente più semplice ottenere risultati didattici eccellenti con una popolazione studentesca limitata, e va apprezzato l'enorme sforzo organizzativo di alcuni grandi Atenei che riescono ad ottenere dati paragonabili a quelli raggiunti in piccoli Corsi di laurea privati (Fig. 3).

Più significativa, in una valutazione comparativa tra le varie sedi, è la percentuale di studenti che superano ciascun esame nella prima sessione utile ed entro l'anno accademico (tre sessioni consecutive). La numerosità degli studenti iscritti sembra ancora una volta cruciale, se si considera che tanto il Campus Biomedico che il S. Raffaele di Milano hanno percentuali di promossi superiori, rispettivamente, al 60% (alla prima sessione) e al 95% (entro l'anno). Tuttavia, anche fattori di tipo strutturale ed organizzativo hanno un peso determinante se si pensa che un'Università pubblica con pochi studenti come il polo di Terni dell'Università di Perugia ha percentuali di promossi pur ottime ma decisamente inferiori (37 e 62%) e che due Università più affollate come quella di Milano Bicocca e la Cattolica di Roma hanno percentuali superiori, rispettivamente, al 50 e al 75%.

Rimane, infine, da considerare se da questa indagine emerga una intrinseca maggiore "difficoltà" di alcuni esami rispetto ad altri. Le limitazioni di questo studio stanno nei dati finora commentati, ovvero una modesta diversità tra Sedi differenti ed una spiccata variabilità tra commissioni di esame. Comunque sembra fuori discussione che esista una progressione quasi "lineare" di difficoltà dagli esami del primo anno (con una media complessiva inferiore a

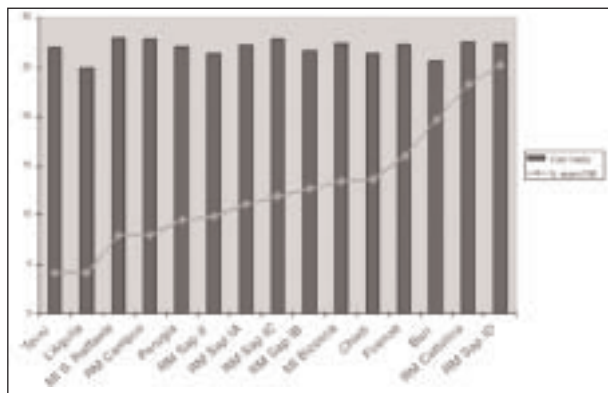


Fig. 3 - Confronto tra voto medio e numero di esami

Confronto tra il voto medio registrato nelle Sedi che hanno collaborato allo studio (le colonnine dell'istogramma), ed il numero delle prove d'esame effettuate nelle medesime Sedi, relativamente agli esami sottoposti a indagine (i punti, uniti da una spezzata). Per agevolare il confronto tra i due dati, il numero delle prove è stato diviso per 100.

25) a quelli del secondo (con una media che oscilla attorno al 26), a quelli del biennio della patologia (con una media che supera di poco il 27), fino al biennio clinico (con medie che raggiungono e superano il 28). Una possibile interpretazione di questo dato è che lo studente che proviene dalla scuola secondaria superiore trovi una difficoltà iniziale nell'approccio agli studi universitari medici che supera gradualmente fino a pervenire ad un rendimento ottimale nel terzo biennio di studi.

Spicca, tuttavia, la variabilità tra esame ed esame anche in termini di probabilità di poter superare la prova alla prima sessione utile, o comunque entro l'anno. Prendendo in considerazione i due parametri valutati (voto medio e percentuale di risultato positivo in termini ragionevoli) si vanno a configurare scenari diversi⁽¹⁾:

- *esami agevoli*: affrontati alla I sessione, con voto elevato: Medicina legale;
- *esami non facili ma accessibili*: affrontati alla I sessione, con voto medio: Anatomia umana;
- *esami duri ma non scoraggianti*: affrontati alla I sessione, ma con voto basso: Fisica e Chimica;
- *esami procrastinati*: superati comunque nell'anno e con voto elevato: Igiene, Medicina interna, Ginecologia e Ostetricia;
- *esami impegnativi*: superati nell'anno e con voto medio: Biochimica, Fisiologia umana, Patologia generale, Patologia integrata/sistemica;
- *esami rinviati*: non superati nell'anno, ma passati comunque con voto elevato: Neurologia, Specialità chirurgiche, Pediatria;
- *esami ardui*: non superati nell'anno, e passati con voto medio: Anatomia patologica.

Conclusioni

Le differenze riscontrate a livello di singole commissioni di esame richiamano l'urgenza di introdurre nei Corsi di laurea in Medicina criteri oggettivi di valutazione (prove scritte a risposta multipla o a risposta aperta breve, e prove pratiche e orali con griglia di valutazione predeterminata). Bisogna peraltro osservare che l'introduzione di prove scritte obiettive risolve il problema della variabilità intra-osservatore ma non quello della variabilità inter-osservatore, se

⁽¹⁾ Per convenzione, e per brevità, si parlerà di *voto elevato* per medie $\geq 28/30$, di *voto medio* per medie < 28 ma $\geq 25/30$, e di *voto basso* per medie $< 25/30$. Parimenti si parlerà di esami *affrontati alla prima sessione* per quelli con tasso di promossi alla I sessione $\geq 40\%$, e di esami *superati nell'anno* per quelli con tasso di promossi nelle prime tre sessioni utili $\geq 60\%$.

non si standardizzano anche le modalità di allestimento e di valutazione del test. Valga l'esempio di due prove di esame condotte alla Sapienza con l'uso prevalente di prove scritte oggettive (Anatomia Patologica nel Corso "B" e Patologia Integrata nel Corso "C") ma che hanno portato l'una ad una delle medie più basse e l'altra ad una delle più elevate.

Il poter finalmente disporre di dati medi nazionali può divenire un utile strumento di lavoro per i singoli Corsi di laurea, al fine di identificare eventuali scarti sensibili dalla media (tanto in difetto che in eccesso) ed elaborare strategie di miglioramento volte a limitare l'impatto tanto di professori "killer" che di docenti *eccessivamente generosi*.

Le diversità rinvenute a livello di sede sono riconducibili in parte alle evidenti differenze tra il sistema privato e quello pubblico, a quelle tra Atenei piccoli e grandi ed all'impegno organizzativo e pedagogico dei singoli Corsi di laurea.

Le differenze rilevate tra esame ed esame possono essere ricondotte intanto ad un gradiente tra didattica teorica e didattica professionaliz-

zante tra il I ed il VI anno di corso, che ancora caratterizza – e affligge – la generalità dei corsi di laurea in medicina, e poi ad una difficoltà nel convertire le tradizionali tipologie degli esami con un sistema che punta ad un'ottimizzazione del rapporto tra quantità di CFU e numero di esami. In un sistema, come il nostro, che prevede 360 CFU ed un numero massimo di 36 esami, la quantità di CFU per ciascun esame non dovrebbe discostarsi significativamente dalla media di 10 CFU, ma ciò contrasta in modo evidente con l'attuale esperienza. Una soluzione, per un futuro forse non a breve termine ma neppure necessariamente a lungo termine, potrebbe essere quella della realizzazione dell'*esame unico (integrato) di semestre*. Si arriverebbe così a 12 prove, che andrebbero a valutare ciascuna l'acquisizione delle competenze apprese in 30 CFU di attività didattica, con maggiore omogeneità tra i diversi esami e con notevole facilitazione di un confronto tanto in senso longitudinale (*progress test*) che trasversale (tra sedi diverse).



Opportunità e sfide per la piattaforma *e-learning* nella I Facoltà di Medicina e Chirurgia

Sabrina Luccarini¹, Andrea Lenzi², Huon Snelgrove³

Introduzione

In ambito di *e-learning* e di didattica interattiva *online* il CLS "D" della I Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Roma "La Sapienza", ha dato il via alla fase operativa di integrazione di corsi a distanza con i corsi integrati del CLS stesso. Inizialmente nella nostra Facoltà, come d'altra parte in molti altri Atenei italiani, si è diffusa, non senza qualche resistenza, la concezione del possibile connubio tecnologia-informatica-telecomunicazione e didattica. Gradualmente hanno avuto sempre più spazio, prima le facilitazioni informatiche, come l'accesso alle biblioteche digitali *e-libraries*, poi i sistemi come la *Computer Assisted Instruction* con o senza sistemi di telecomunicazione con siti web, con strumenti per scaricare documenti e con bacheche elettroniche.

Successivamente ci si è resi conto della possibilità di arricchire "tecnologicamente" i corsi integrati con moduli *e-learning*. Si è quindi presa in considerazione l'opportunità di creare un corso integrato *online* per gli studenti di Medicina utilizzando il legame tra le nuove Tecnologie di Informazione e Comunicazione (TIC), la lingua straniera e la Medicina Basata sulle Evidenze (Evidence Based Medicine) come strumento di primaria importanza per la crescita professionale e per l'Educazione Continua in Medicina (ECM) del futuro operatore sanitario.

Grazie all'esperienza internazionale acquisita⁽¹⁾, i docenti del CLS "D" hanno recepito che l'utilizzo di risorse elettroniche applicate all'insegnamento e all'apprendimento è un percorso obbligatorio per la moderna pedagogia medica. Questo breve articolo si pone l'obiettivo di illustrare l'architettura della piattaforma *e-learning* che è stata utilizzata ed alcuni processi di rimodellamento del percorso didattico tradizionale che l'uso della tecnologia ha facilitato.

La piattaforma *e-learning*

Il gruppo di lavoro, costituito da rappresentanti dei docenti e da personale tecnico/amministrativo, si è reso partecipe sia delle scelte

pedagogiche che di quelle più prettamente tecniche.

Al di là degli obiettivi, come prima scelta tecnica si è affrontato il problema della valutazione di una piattaforma *e-learning* adeguata alle nostre esigenze. La piattaforma scelta per questa fase è stata la *Blackboard*, messa a disposizione dall'Università "La Sapienza" e gestita dal SATIS. Questa piattaforma presenta requisiti che supportano le necessità didattiche di un Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia (lo schema in Fig. 1 rappresenta l'architettura dell'*e-platform* prescelta).

Il sistema di gestione degli studenti risulta essere abbastanza semplice. Dopo che il docente del corso ha annunciato, durante la lezione *Face to Face* (F2F), la nuova attività didattica *online* fornendo allo studente un piccolo manuale di istruzione, lo studente può accedere alla piattaforma *e-learning* (all'indirizzo <http://bb/uniroma1.it>) e registrarsi come nuovo utente con un proprio *account*.

Appena la richiesta viene autorizzata dal docente, lo studente comincia a "navigare" all'interno della struttura della piattaforma. Alcune attività di "induzione" aiutano i discenti a familiarizzare nel nuovo spazio virtuale. Nella pagina di "Benvenuto" vi è la guida al nuovo ambiente per esplorare e testare la piattaforma. In seguito, e prima comunque di iniziare la didattica, gli utenti devono superare una semplice prova automatica denominata "*Sai usare la piattaforma?*" che evidenzia la loro capacità di usare tutte le funzioni della piattaforma e di individuare chi ha bisogno di assistenza.

La fase successiva prevede una *Socializzazione online*, dove lo studente, utilizzando l'area di discussione nominata *Café*, può contattare tutti i partecipanti, consultare i loro messaggi e recepire informazioni generali sul corso, sui docenti e sui compagni di gruppo. Superata questa fase di istruzione tecnica, alla quale è stata dedicata una settimana di tempo, gli studenti possano iniziare le lezioni interattive.

¹ Manager didattico

² Presidente Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia "D"

³ Docente di Inglese scientifico

Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia "D" - Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

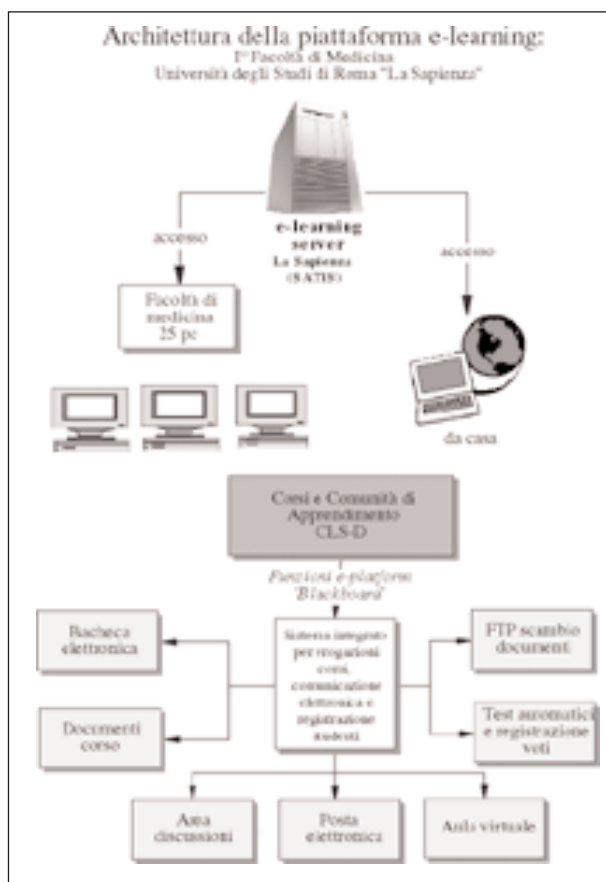


Fig. 1 - Architettura dell'e-plataform prescelta

Costruzione di un modulo online ed obiettivi perseguiti

Il lavoro più stimolante ed impegnativo per il gruppo dei docenti è stato senz'altro la costruzione di lezioni modulari⁽²⁻⁴⁾. A volte il quadro delle discipline medico-scientifiche che si insegnano nel secondo triennio può risultare parcellizzato proprio perchè da questo quadro è esclusa in gran parte l'interazione tra i docenti; si è constatato invece che la transdisciplinarietà facilitata e indotta dalla tecnologia pone una sfida notevole: la costruzione di saperi integrati che non annullino ma anzi consentono di implementare i saperi delle varie specialità⁽⁵⁾. Il lavoro di preparazione per questa integrazione è iniziato con una "campagna di sensibilizzazione" indirizzata al corpo docente del CLS e una serie di *workshop atelier* in cui abbiamo voluto sottolineare l'importanza di alcuni temi fondamentali per iniziare il progetto. Questi affrontavano discussioni su come:

1. integrare le TIC e gli obiettivi dell'insegnamento tradizionale del *core curriculum*;
2. valutare le implicazioni dell'uso delle TIC sui sistemi di valutazione istituzionali in vigore;

3. identificare nuovi ruoli per le interazioni docenti-discenti (*e-tutor*);

4. creare moduli interdisciplinari condivisi, usando la piattaforma per erogare lezioni in comune;

5. inserire nel calendario di lezioni normali degli spazi per il *feedback* e *debriefing* in aula del lavoro svolto *online* dagli studenti.

Alla fine di questo processo si è formato un nutrito gruppo di clinici, chirurghi, statistici ed educatori (proff. S. Basili, M. Ceccanti, F. Di Maio, G. Flati, I. Nofroni, M. Romeo, P. Santini, H. Snelgrove) disponibili a lavorare per predisporre un vero corso *online*.

In termini schematici il gruppo ha individuato alcuni nuclei di saperi, di abilità e di competenze necessari all'integrazione di un corso a più mani. L'obiettivo che il gruppo di lavoro ha perseguito è stato di integrare le competenze (*core skills*) in un sistema di insegnamento misto (*F2F/Online=FaceToFace/Online*) centrato su *problem-solving*, sul lavoro cooperativo in piccoli gruppi e sullo sviluppo dell'autonomia dell'apprendimento⁽⁶⁾. (Gli obiettivi sono riassunti in Tab. 1).

Nella logica del "*problem based learning*" il confronto con un problema e la sua soluzione o "*problem solving*", attraverso la sistematizzazione teorica e l'analisi di un caso, rappresenta un modo stimolante per contestualizzare gli obiettivi didattici⁽⁷⁻¹⁴⁾.

- Creare lo stimolo e la convinzione di praticare EBM.
- Sviluppare la capacità di interrogare le più importanti fonti elettroniche e di reperire e gestire informazioni sanitarie da fonti multiple in lingua inglese.
- Sviluppare la capacità di effettuare criticamente la lettura di articoli scientifici derivante dalla conoscenza della lingua inglese.
- Sviluppare capacità critiche ed analitiche rispetto alla EBM per poterle integrare nel proprio percorso professionale.
- Formare una adeguata esperienza nello studio indipendente e nella organizzazione della propria formazione permanente utilizzando strumenti quale il *portfolio*.
- Facilitare la riflessione personale sulla pratica clinica, individuando i punti critici per il proprio apprendimento e monitorandone i progressi.
- Saper lavorare con i colleghi in un ambiente sanitario bilingue nella gestione delle informazioni sanitarie *online* ed *offline peer2peer* per la propria crescita professionale e per l'aggiornamento continuo.
- Saper fare una sintesi del lavoro svolto in gruppi tramite presentazioni formale in aula.
- Gestire l'EBM attraverso l'uso di un *portfolio* personale che documenti il percorso seguito durante le lezioni.

Tab. 1 - Obiettivi del corso integrato online

Ai docenti è stato quindi richiesto di fornire una serie di casi clinici pertinenti agli argomenti del *core curriculum* delle rispettive aree di competenza come punto di partenza per le singole lezioni. Il gruppo di lavoro si è poi spinto a cercare un filo conduttore tra le lezioni in aula, i moduli *online* ed i casi proposti nella didattica professionalizzante nel reparto ospedaliero. Il modello del percorso *e-learning* con il tracciato delle attività *online* e *offline* è rappresentato schematicamente in Fig. 2.

Per ogni scenario clinico sono stati forniti i relativi riferimenti bibliografici ed è stato sollecitato l'approfondimento della letteratura specifica per stimolare, e successivamente verificare, le capacità degli studenti di ricerca su internet e nelle biblioteche mediche.

Il *debriefing* del lavoro di gruppo *online* si conclude con un passaggio in aula con tutti i docenti del corso integrato presenti, allo scopo di sperimentare in prima persona quanto appreso attraverso l'*e-learning*. In queste sessioni conclusive di ogni singolo modulo, gli studenti hanno presentato relazioni di 10 minuti corre-

date da lucidi e diapositive sugli elementi salienti del caso clinico.

In questo modo ha preso forma quella evoluzione che gradualmente trasforma la lezione frontale in processo *learner centred*, centrato appunto sulle esigenze non solo formative ma anche cognitive dello studente⁽¹⁵⁾. I docenti perciò hanno avuto l'occasione di verificare la qualità dell'apprendimento e fare il punto per la risoluzione del caso, sia nelle veste di tutori *online* che dopo gli interventi dei gruppi in aula.

Si è altresì constatata la potenzialità di questo nuovo modello di comunicazione di offrire molteplici supporti nelle interazioni *online* e in aula per l'apprendimento orizzontale e verticale di elementi del *core curriculum*.

Infine è venuta maturando fra i partecipanti l'idea, spesso trascurata, della conoscenza come risultanza anche di un'interazione collettiva. Lo schema del modulo *e-learning* che mette in luce le nuove simmetrie nei rapporti tra discenti e docenti è rappresentato nella Fig. 3.

Ogni lezione richiede la partecipazione a vari *e-forum* organizzati in piccoli gruppi (*Computer Mediated Conferencing*, CMC) in cui le problematiche del caso sono esaminate e le strategie per affrontarle sono discusse fino a raggiungere indicazioni per la soluzione dello scenario⁽¹²⁾.

Il CMC rappresenta uno spazio di apprendimento dinamico di scambio di informazioni e di costruzione delle conoscenze, che si colloca tra "insegnamento" e "valutazione". Tutto questo si è rivelato importante per realizzare quello che



Fig. 2 - Modello di lezione con attività

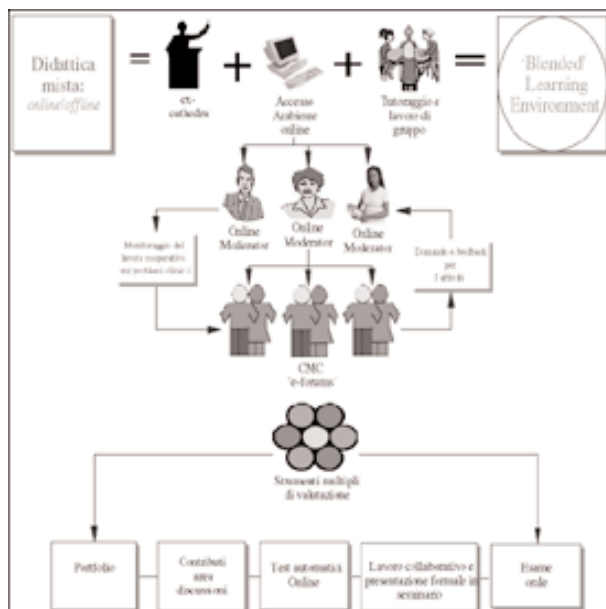


Fig. 3 - Schema del corso integrato "blended"

era il nostro obiettivo di partenza: l'integrazione tra tecnologia e corso tradizionale.

Lo spazio offerto dal CMC tra trasmissioni di conoscenza e valutazione di conoscenza è praticamente assente nel sistema di insegnamento attuale, dove i docenti hanno modo di apprezzare le capacità di ragionamento del discente quasi esclusivamente in sede di esame. Il vantaggio dell'area discussione del CMC consiste nel fatto che oltre ad aprire una finestra sui processi di apprendimento degli studenti "in corso" permette il *text based conferencing* e quindi la possibilità di *rewind* (riavvolgere) le discussioni. Queste possono essere rimodellate dai docenti e/o partecipanti cosa che risulta impossibile in una normale conversazione orale⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

In questo passaggio cruciale si profila un nuovo ruolo, quello del *e-tutor*. La nostra breve esperienza ci insegna che tra gli studenti esiste un'enorme sete di *feedback*, di incoraggiamento e di "comunicazione" tra di loro e con i docenti. Il tutore partecipante all'*e-forum* può rileggere le discussioni, fornire una critica costruttiva o semplicemente complimentarsi con i discenti per il lavoro svolto. Questi sono tutti elementi considerati fondamentali nel percorso qualitativo di apprendimento ma difficili da realizzare durante la didattica frontale tradizionale. Di fatto la natura asincrona ed informale del CMC ha messo in risalto molte delle sue caratteristiche specifiche, illustrate in Tab. 2. Dal momento che le strutture tradizionali spesso non offrono la possibilità di avvicinarci agli studenti, è ragionevole chiedersi se questo sarà il contributo qualitativo più importante della tecnologia nei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia.

- La scelta temporale su quando partecipare: gli studenti possono fare login quando vogliono e per quanto tempo desiderano o necessitano per completare le varie attività.
- Lo stile informale e discorsivo: la tradizionale comunicazione tra discenti e docenti viene fortemente modificata e intervengono più attori (docenti clinici, chirurghi, specializzandi, statistici e studenti).
- La mancanza di una gerarchia tradizionale in CMC, per esempio il rapporto professore/studenti, porta a stili nuovi di comunicazione e condivisione di conoscenze, diversi anche dal tutoraggio in piccoli gruppi F2F o dai seminari.
- Il fatto di poter rileggere e riflettere sui contributi degli altri partecipanti dà uno spessore al lavoro di gruppo che anche il F2F in piccoli gruppi non sempre riesce ad ottenere. È quindi per i docenti un osservatorio sulla qualità dell'apprendimento di enorme potenziale per raggiungere gli obiettivi di integrazione dei corsi.

Tab. 2 - Caratteristiche del Computer Mediated Conferencing (CMC)

Cosa c'è ancora da fare?

I problemi che riguardano i docenti rilevati durante la sperimentazione del CMC, consistono essenzialmente nei seguenti elementi:

1) la necessità di creare più percorsi di apprendimento che stimolino i discenti ad un approccio più profondo e non superficiale;

2) la creazione a "più mani" di un *bouquet* di lezioni che traducono la trasdisciplinarietà in flessibilità e facilitino la scelta di moduli *blended* all'interno dei corsi integrati;

3) un rigoroso allineamento tra insegnamenti, attività didattiche, obiettivi dei corsi integrati e valutazione in sede d'esame;

4) la necessità di coinvolgere e stimolare un numero sempre più elevato di docenti che volontariamente affianchino l'attività di *e-learning* all'F2F, rivestendo il ruolo di *e-tutor*.

Per il punto 1) il discorso di progettazione ed erogazione di corsi efficaci necessita di docenti aggiornati per ciò che concerne la più recente pedagogia medica; bisogna identificare tempi e modalità perchè questa avvenga in modo organico per tutti i docenti e per ogni *core curriculum*⁽¹⁸⁾. Per il punto 2) occorre poter incentivare l'attività dei docenti programmando calendari didattici flessibili e valutando in modo innovativo il loro tempo dedicato alla didattica nei corsi *e-learning*. Per il punto 3), uno *step* che ci siamo prefissati è quello di creare un corso di induzione per *e-tutor* che veda coinvolti docenti, specializzandi e cultori della materia per poter garantire un congruo rapporto docenti/studenti, ad esempio: 10 tutori ogni 100 studenti.

I problemi che investono invece la sfera degli studenti sono soprattutto:

1) la gestione del tempo personale e di interazione con gli altri in ambiente *online*;

2) le nuove aspettative di valutazione e assegnazione crediti;

3) il nuovo ruolo del discente, sia a livello individuale sia come membro di gruppi;

4) il nuovo rapporto più articolato con i docenti.

Con i sistemi TIC i nostri studenti si trovano indubbiamente a gestire una discreta dissonanza epistemologica rispetto ai paradigmi pedagogici attuali: la frequenza in aula spesso passiva, diventa un frequenza attiva *online* (*e-forum*, scambio documenti, ricerche informatiche, test automatici *online*, *portfolio*). Il tutto "spietatamente" registrato dalla piattaforma nelle statistiche di ogni utente. Agli studenti viene anche richiesto di tramutare il lavoro svolto *online* in presentazioni formali, con giochi di ruolo, negli spazi precedentemente "inoffensivi" dell'aula tradizionale. La consolidata abitudine, a volte

tollerata e a volte incentivata, di praticare un'asimmetria tra corsi frequentati, didattica in aula, contenuti dei programmi e del materiale didattico e domande all'esame, si scontra decisamente con le caratteristiche "integrative" del TIC nel nostro modello, con i suoi tempi calendarizzati per il lavoro di gruppo, di discussione e di *debriefing* in aula.

Paradossalmente, se gli studenti vogliono che i docenti partecipino sistematicamente ai processi di costruzione di conoscenza dei discenti, seguendo e monitorando i loro scambi e progressi *online*, devono anche accettare qualche costrizione temporale, sincronizzandosi con gli altri partecipanti.

Molto importante è spiegare in maniera chiara e trasparente come gli sforzi individuali peseranno in senso formativo e/o sommativo al termine del corso; per gli studenti abituati da sempre ad una valutazione unica questo non è facile.

Un esempio di questa difficoltà l'abbiamo constatata sia nei primi e-forum che nei test *online*: gli studenti erano restii ad esprimersi personalmente rispetto ai casi clinici proposti temendo di sbagliare e quindi di compromettere il voto finale. Nelle intenzioni dei docenti l'e-forum ed i test rappresentavano degli spazi formativi. Invece gli studenti l'interpretavano in termini di assegnazione dei meriti individuali⁽¹⁹⁾. Questo tipo di valutazione ha lo scopo conoscitivo, per il docente, di calibrare il percorso formativo in rapporto ai saperi già acquisiti, e stimolare l'apprendimento *problem based*.

Infine, per il futuro medico, l'abilità di lavorare in gruppo per gestire la crescente complessità sanitaria deve essere percepita come competenza imprescindibile. In concomitanza con i nuovi strumenti dell'*e-learning* e l'apprendimento *problem based*, questo richiede uno sforzo di comunicazione *in itinere* tra discenti e docenti nonché un nuovo sistema di valutazione con tutte le problematiche organizzative ed epistemologiche che questa innovazione comporta⁽²⁰⁻²¹⁾.

Considerazioni conclusive

Dai risultati ottenuti da questa sperimentazione nel nostro Corso di Laurea Specialistica l'integrazione di moduli *online* con didattica F2F, risulta chiaro ancora una volta il concetto che l'*e-learning* fornisce certo l'occasione per strutturare il materiale didattico con nuove tecnologie, ma soprattutto consente di "ripensare" i percorsi didattici valorizzando il vero *plus* della rete: la capacità di generare gruppi e di valorizzarne le capacità.

Questo mutamento dei paradigmi pedagogici

consiste nel fatto che l'*e-learning*, oltre a costituire il luogo attraverso cui avvengono erogazione e fruizione dei contenuti, fornisce anche la metafora per il paradigma educativo.

L'apprendimento, da modalità individuale e passiva di *self-learning*, diventa un processo complesso e dinamico che si rifonda su due importanti postulati:

il ruolo del discente, basato su un approccio induttivo;

l'affermazione dell'apprendimento collaborativo e cooperativo⁽²²⁾.

Il sistema CMC diviene una nuova concezione pedagogica dove lo slogan potrebbe essere: un po' meno insegnamento e un po' più apprendimento⁽²⁾.

Di fatto, questa nuova centralità dello studente è stata enfatizzata, e diviene ancora più decisiva, se poniamo mente al fatto che la formazione dei futuri medici è una nostra missione indifferibile. Tutti i docenti che hanno partecipato si sono resi conto negli ultimi mesi di sperimentazione che non possono sottrarsi alla responsabilità di elaborare una cultura dell'educazione all'altezza della complessità e dell'ambivalenza di queste nuove opportunità tecnologiche e cognitive, e soprattutto, per le nuove aspettative di discenti di medicina per una formazione migliore.

In sintesi, i vantaggi percepiti dal punto di vista dei discenti, e docenti sono illustrati nella Tab. 3.

Nel nostro progetto finora, la piattaforma *e-learning* è stato utilizzato come area di rafforzamento della conoscenza già maturata ma anche come spazio per trasferire nozioni, capacità e competenze. Il sistema si è prestato infine ad un utilizzo in modalità mix a seconda delle esigenze formative e logistiche di un modello di apprendimento *problem based learning* centrato sui discenti. Il nostro obiettivo ora è quello di valutare l'azione formativa del progetto pilota con lo scopo di migliorarlo.

Non è ancora il momento di un bilancio complessivo, bensì di una indicazione sistematica ed empirica di quali siano gli elementi che funzionano e quali invece le criticità ed i problemi emergenti.

Peraltro nonostante siamo ancora nell'ambito di recenti esperienze, il *feedback* preliminare dei discenti e dei docenti ci induce a pensare che questo progetto non è semplicemente "*just one more click in the ward*" ma sancisce la definitiva affermazione dell'*e-learning* nei CLS in Medicina e Chirurgia e ci ispira ottimismo circa le sue capacità di contribuire ad una migliore formazione dei nostri studenti futuri medici.

Dal punto di vista dei docenti

- Apprendimento ed applicazione di competenze tecniche informatiche in campo sanitario.
- Immersione totale nella lingua inglese nel contesto sanitario: i discenti si muovono ed interpretano informazioni sanitarie attraverso percorsi informatici multipli: *data bases*, biblioteche digitale, *link* audio e d'immagine.
- Sviluppo di competenze nell'applicazione della medicina fondata sulle evidenze.
- Autovalutazione formativa con *feedback* inserito dai docenti.
- Allineamento nei Corsi Integrati di attività didattiche, obiettivi e valutazione finale.
- Conoscenza degli Studenti e della qualità del loro apprendimento in modo molto più efficace rispetto all'insegnamento tradizionale.
- *Tracking*, ovvero sistemi di registrazione che dettagliano l'apprendimento dei singoli studenti.
- Sistema di comunicazione integrato studente-studente/docente-studenti, sincroni ed asincroni (email, e-forum discussioni, aula virtuale).

Dal punto di vista dei discenti

- Permette il controllo sulle attività didattiche e da spazio a stili d'apprendimento diversi.
- Permette di interagire con gli insegnamenti e di ragionare sugli argomenti medici "pubblicamente", con docenti e compagni in un contesto tutoriale, e comunque al di fuori della sede d'esame, e di ricevere *feedback* di qualità sul proprio apprendimento.
- Fornisce opportunità ai discenti di sviluppare le loro abilità di operare indipendentemente con la lingua straniera in contesti medici autentici.
- Permette la comunicazione a tutti gli utenti, docenti inclusi.
- Il sistema di valutazione e registrazione di voti *online* permette il controllo costante sui progressi.
- Consente l'accesso a *data bases* e *link* all'interno del corso nonché ai sistemi intranet della Sapienza.
- Crea per i discenti l'opportunità per la ricerca indipendente per consolidare ed integrare gli studi specialistici in contesti nuovi e motivati.
- Facilita il lavoro collaborativo di gruppo: ad esempio *networking* per risolvere problemi, la condivisione di informazioni, la costruzione di conoscenza, la socializzazione con i compagni.

Tab. 3 - Vantaggi dell'ICT per i docenti e per gli studenti

Note

- (1) Lenzi A., Luccarini S., *Considerazioni su e-learning e formazione a distanza in Medicina*, Med e Chir, 22, 2003.
- (2) Duchastel PA., *Web-based model for university instruction*. J of Educational Technology Systems, 25 (3) pp 221-8.
- (3) Klass DJ., *Will e-learning improve clinical judgement? Not until doctors build collegial learning into practice*, Brit Med J 328,1147-8, 2004.
- (4) Bonk, CJ., Demen V., *Teaching on the Web: with a little help from my pedagogical friends*. J of Computing in Higher Education, 11 (1) pp3-28, 1999.
- (5) Rowntree, *Teaching and learning Online*. Brit J of Educational technology 26:3, 1995
- (6) Salomon G., *It's not the tool but the educational rationale that counts* <http://construct.haifa.ac.il/gsalomon/edMedia2000.html>
- (7) Brown S., Bull J., Race P., *Computer Assisted assessment in Higher Education*, Kogan Page, London, 1999.
- (8) Albanese M., Mitchell, S., *Problem-based learning: A review of the literature on its outcomes and implementation issues*. Academic Medicine 68. 52-81, 1993.
- (9) Alavi C., *Problem-based learning in a health sciences curriculum*. London; Routledge, 1995.
- (10) Vernon DTA, Blake RL., *Does problem-based learning work? A meta analysis of evaluative research*. Academic Medicine, 68 550-563, 1993.
- (11) Boud D., Feletti, G (eds) *The challenge of problem-based learning* (2nd ed.) London:Kogan Page
- (12) Barrows H., *How to design a Problem Based Learning Curriculum in the pre-clinical years*, Springer, New York, 1985
- (13) Kassboll, *Teaching critical thinking and problem defining skills*, Education and Information technologies, 3, pp 101-17, 1998.
- (14) Smits,PBA.,Verbeek,J De Buisone,CD, *Problem Based Learning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies*. Brit Med J, 324, pp153-156, 2002.
- (15) Solaway E. et al, *Learning Theory in Practice: case studies of learner-centred design*, ACM CHI' 96 *Human factors in Computer Systems*, Proceedings, Vancouver,BC, 1999. URL <http://www.acm.org/sigchi/chi96/proceedings/papers/Solaway/es.txt.htm>
- (16) Salmon, G., *E-moderating. The key to teaching and Learning Online*, Kogan page, 2000.
- (17) Walthers J. *Computer mediated communication: impersonal, interpersonal, and hyper personal interaction*. Communication Research, 23 (1) pp3-43, 1996.
- (18) Biggs J. *Enhancing Teaching through constructivist alignment*. Higher Education 32 pp47-64, 1996.
- (19) Allen De., White Hb., *Peer facilitators of in-class groups: adapting problem-based learning to the undergraduate setting* in Miller J E eds: Student assisted teaching. A guide to faculty-student teamwork; Bolton, MA Anker Publications, 2000.
- (20) Latchem C, Lockwood F. eds, *Staff development in Open and flexible learning*, Routledge, London, 2000.
- (21) Brown S., Bull J., Race P., *Computer assisted assessment in Higher Education*, Kogan Page, London, 1999.
- (22) Lave J., Wenger, E., *Situated learning: Legitimate peripheral participation*, Cambridge University Press, 1991.

NdR: I risultati riportati nel presente articolo sono stati presentati in un workshop dal titolo "E-learning nella formazione in Medicina e nei Corsi di Area Sanitaria", Roma, Auditorium del Policlinico Umberto I, 6 Luglio 2004.

La formazione alla competenza relazionale in medicina. Riflessioni e prospettive per la valutazione

Giorgio Giorgi, Carlo Maganza

Introduzione

“In tutti questi anni ho caricato continuamente la mia mente di nozioni, impedendomi di fatto di pensare. Mi sento rapinata!”. Con queste parole, una studentessa del sesto anno di medicina esprimeva, qualche tempo fa, il suo stato d'animo in prossimità della laurea. Questa verbalizzazione è stata fatta al termine di un corso di ginecologia e ostetricia, nel quale erano stati introdotti vari momenti di didattica interattiva per piccoli gruppi (PBL, PS, Role playing). Oggi siamo certamente più consapevoli di lavorare con “delle menti” che hanno molteplici funzioni e potenzialità ed attualmente i modelli di formazione nelle scienze della salute prevedono appunto l'impiego di metodologie di tipo tutoriale.

Del resto, come suggerisce Dennet⁽¹⁾, soltanto gli esseri dotati di mente possono prendersi cura di qualcosa, ed in particolare di un altro essere dotato anch'esso di mente.

Un processo di cura che metta in gioco tutte le potenzialità della mente è sicuramente centro fondativo e costitutivo dell'essere medico o, più in generale, operatore della salute.

I valori, le emozioni, la relazione, l'essere

Prendersi cura comporta una relazione che tenga conto della persona nella sua complessità ed è fondamentale interrogarsi se di questa competenza relazionale ci si debba e si possa far carico non solo dal punto di vista dell'offerta formativa, ma anche di quello della valutazione.

Sono in gioco tutti gli elementi costitutivi della persona umana, dai valori variamente intesi, ai sentimenti, alle emozioni. I valori hanno pregio e rilevanza, danno forza e sono alla radice della personalità. Le emozioni esprimono stati dell'essere vivi ed intensi, che oggi sappiamo rappresentare elemento indispensabile per il confrontarsi costruttivo con la realtà⁽²⁾.

Per l'inevitabile, fisiologico fenomeno dell'empatia, sorta di messa in risonanza affettiva in seguito ad un processo di identificazione, le emozioni entrano nella scena della relazione, più o meno consapevolmente, con le loro potenziali dinamiche positive o negative. Ecco l'essere della

persona intera, l'essenza come insieme più o meno integrato, che nel *setting* della cura genera l'essere medico di colui che la offre, e l'essere “paziente” di colui che la richiede.

Può il "saper essere" configurarsi come obbiettivo di formazione?

L'esito di ogni relazione, positivo o negativo che sia, incide sull'evoluzione della stessa. Nel primo caso genera apertura, fiducia, speranza, collaborazione “tra menti”. Nel secondo prevalgono chiusura e sentimenti di frustrazione che spingono la mente a rifiutare l'esperienza con comportamenti di evitamento.

In questo senso, emergerebbe in tutta la sua evidenza l'opportunità di “educare” i futuri medici anche alla relazione di cura. Spesso, però, il solo fatto di proporre momenti di formazione alla relazione genera resistenze: “un medico queste cose le sa fare per conto suo, e se non le sa fare non può impararle!”. L'ipotesi di un bisogno di formazione “all'essere” induce il timore che ci sia qualcosa di inadeguato nella persona in quanto tale e, pertanto, imm modificabile al di là della dimensione professionale. Questo contrasta col fatto che in tanti altri campi di attività la relazione è oggetto di formazione. Infatti la complessità del suo setto, se vissuta in prima persona e poi analizzata nei suoi vari aspetti, può far emergere una maggiore consapevolezza e promuovere nuove modalità di “essere” nella relazione, rinforzando le attitudini personali e stimolando al cambiamento nei confronti delle contrattitudini.

In campo medico, a questo genere di esperienza formativa sono di ostacolo, da un lato la “tutela” del paziente in termini di *performance* di cura, e dall'altro, come già detto, la sicurezza del medico in formazione in termini di autostima. Non ultimo vi è la difficoltà di individuare i modelli formativi più adeguati e i parametri “oggettivi” di una eventuale valutazione. Se da un potenziale livello di esperienza formativa ci si spostasse su quello della valutazione della capacità relazionale, dove la paura del giudizio sarebbe amplificata dalla presenza del valutatore, c'è da immaginare che solo i soggetti già “dotati” sarebbero in grado di uscirne gratificati e, perciò, rafforzati nei loro comportamenti. Gli altri si troverebbero a fare i conti con il rischio di una ferita e sarebbero spinti ad assumere comportamenti imitativi giudicati appropriati da

¹ Corso di Laurea in Infermieristica, Università di Genova

questo o quel valutatore, piuttosto che consentire a se stessi di sviluppare, ricercandolo, il proprio stile relazionale più adeguato.

E' possibile scomporre l'essere per farne oggetto di analisi senza snaturarlo?

Questo interrogativo suscita pareri discordi. Del tutto recentemente autori come Cavicchi⁽³⁾, epistemologo e sociologo della medicina, sottolineano come l'essere, sintesi di molteplici aspetti biologici, storici, sociali e personali, sia, in quanto tale, unico ed irriproducibile e non possa, quindi, essere analizzato nelle sue parti perchè troppo complesso e comunque perchè le sue singole componenti non hanno valore in sè.

Conoscenze e comportamenti possono essere appresi e riprodotti anche in sede di valutazione

E' opinione universalmente condivisa che l'ambito cognitivo può essere oggetto di apprendimento e di valutazione. D'altra parte per i comportamentisti anche la relazione, in quanto osservabile, può essere studiata e poi riprodotta in ogni sua parte, previo opportuno *training*: l'esperienza poi farà il vissuto.

Qui si innesta un filone che, prendendo spunto dal modello comportamentista, si propone di estendere alla relazione, in campo medico, tecniche e prescrizioni congeniali alla prassi clinico-diagnostica convenzionale. In affinità con altri *setting* di esperienza clinico-formativa, è immaginabile, secondo questo modello, per un corso di laurea in campo sanitario, individuare dei "buoni comportamenti" ai quali adeguarsi fino alla piena riproducibilità degli stessi e sui quali, poi, poter essere valutati.

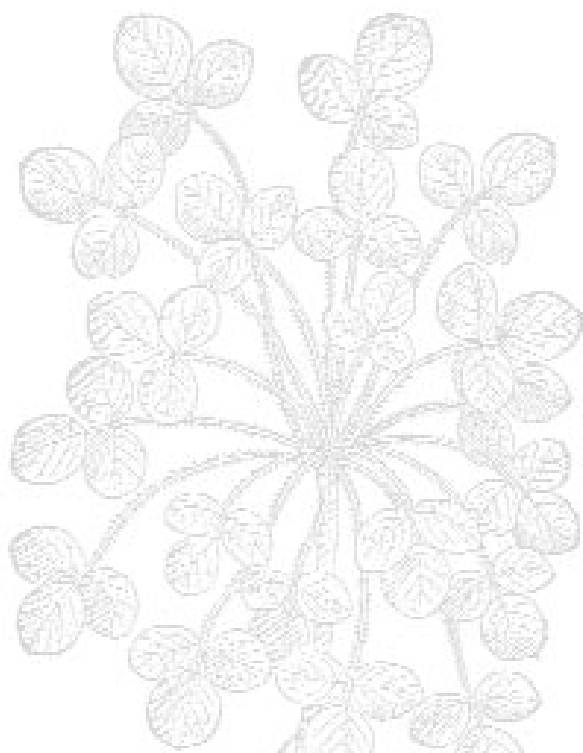
Per i cognitivisti, viceversa, l'importante è comprendere i processi mentali che stanno dietro ai comportamenti. Se noi siamo a conoscenza di come funziona la mente di chi ci sta di fronte possiamo adattare il nostro agire per renderlo funzionale alle finalità che ci proponiamo. In questo senso è possibile ipotizzare situazioni e quindi modelli standardizzabili in cui siano in gioco determinati processi mentali che divengono oggetto di valutazione. Entrambi questi tipi di *training* sono da tempo usati in campo aziendale-commerciale e anche nel campo della salute.

Vale la pena di sottolineare come entrambe le chiavi di lettura, comportamentista e cognitivista, si prestano a modelli formativi che, pur mettendo al centro della propria attenzione il cliente-paziente, perpetuano in realtà la consueta centralità dell'operatore che guida ed orienta la relazione secondo i suoi obiettivi.

E le emozioni? Uniche imprevedibili ed irripetibili, sgorgano dal "qui ed ora" della situazione....

Le più recenti acquisizioni in campo psiconeurologico hanno messo in evidenza la centralità del cervello emotivo che, più arcaico e perciò più radicato di quello corticale-cognitivo, riveste un ruolo determinante nella realtà dei comportamenti umani. In questo senso, è possibile convertire, con Damasio, in campo relazionale, il cartesiano *cogito, ergo sum* in *sum, ergo cogito*, dove il *sum* sono proprio le emozioni.

D'altra parte, ricerche in ambito psicobiologico e psicocognitivo hanno valorizzato la componente emotiva come elemento indispensabile perchè un comportamento sia veramente efficace nella realtà delle relazioni, mentre in laboratorio analoghi aspetti problematici possono essere risolti con il ricorso alle sole competenze cognitive. Le emozioni possono essere ipotizzate sulla base di elementi della comunicazione verbale e non verbale, ma basarsi su questi elementi per valutarle si presta a interpretazioni soggettive. Per quanto concerne la loro identificazione, la difficoltà è legata al fatto che, spesso, ne coesistono in modo conflittuale più di una e con notevole variabilità di manifestazione in base alla situazione. Inoltre, il piano dei vissuti più profondi non è esplorabile se non in un contesto che ne favorisca la verbalizzazione. Anche il piano dei



riferimenti etici è molto soggettivo e di difficile standardizzazione rispetto ad un'ipotetica valutazione. Le emozioni, in effetti, non si possono imparare "in quanto tali", non essendo sotto il dominio della volontà. Al massimo si può tentare di simularle ma a scapito dell'autenticità, senza la quale si snaturano e diventano un recitare, un fare "come se", che è uno dei nodi che affliggono la qualità relazionale in tanti campi dell'agire umano.

Nonostante queste difficoltà, ci pare che comunque si stia sviluppando la convinzione che ci si debba fare carico anche di questi aspetti nella relazione di cura. Diversamente non ci resterebbe che confidare nelle innate propensioni empatiche dell'uomo, anch'esse primordiali e costitutive del modo sociale del vivere umano.

In realtà, specie nel mondo anglosassone, da alcuni decenni si organizzano momenti formativi che facciano emergere anche le emozioni per conoscerle e per valorizzarle e permettere l'integrazione con l'insieme delle competenze che configurano l'essere operatore della salute.

Role-playing come modello esperienziale e formativo che mette "in scena" la complessità dell'essere

Una delle tecniche più usate in campo formativo è quella del *role-playing*. In campo medico, attraverso la simulazione, è possibile analizzare,

soprattutto per certe situazioni emblematiche, la capacità di integrazione di tutte le competenze in gioco nel processo di cura, comprese le emozioni. La spinta in questa direzione deriva da un lato dalla consapevolezza di non poter sempre ricorrere al paziente vero nel contesto dell'attività formativa, e dall'altro proprio dall'attenzione, via via crescente, all'insieme degli aspetti relazionali del "prendersi cura" della persona piuttosto che del semplice caso clinico.

Nel *setting* formativo della simulazione vengono spesso utilizzate persone addestrate a simulare le varie situazioni cliniche: veri attori che inscenano un copione prefissata e strutturata. Le maggiori difficoltà incontrate nell'utilizzazione di tale modello sono gli alti costi, sia in termini economici che di tempo, e la non sempre soddisfacente verosimiglianza e riproducibilità dei *setting*.

Il punto di forza del gioco dei ruoli è peraltro la possibilità di sperimentare in "sicurezza" l'esperienza professionale avendo l'opportunità di valutarne le varie componenti nella loro efficacia. In particolare è possibile osservare ed analizzare in dettaglio la comunicazione verbale e quella non verbale. In chiave valutativa, poi, ciò che è osservabile si può verificare "oggettivamente" mediante l'impiego di griglie condivise.

Resta vero che, in questo tipo di *setting*, gli attori nel loro mettersi nei panni del paziente previsto dal copione finiscono, perlopiù, per attivare delle tecniche che hanno più a che vedere con la recitazione che non con un'autentica relazione.

Dal gioco dei ruoli "strutturato" ad un modello aperto tutto agito dagli studenti...

Da qualche anno, presso la Facoltà di Medicina di Genova, abbiamo introdotto un formato di *role-playing* di tipo aperto, non strutturato, che prevede il coinvolgimento degli studenti tanto nel ruolo di paziente simulato che in quello di operatore sanitario (medico, specialista, ostetrica o infermiere in formazione). In una prima fase proponevamo copioni abbastanza dettagliati da far interpretare allo studente-paziente. Ci siamo resi conto che, in questo modo, potevano emergere situazioni cliniche più coerenti e ricche di dettagli e quindi più adeguate al rinforzo delle competenze cognitive, ma meno realistiche e partecipate emotivamente, il che finiva per condizionare l'interazione medico-paziente. Abbiamo cioè realizzato che più gli "attori", nel nostro caso studenti, erano lasciati liberi, come nella commedia dell'arte, tanto più risultava ricco ed aderente al vero nei suoi molteplici aspetti il materiale che emergeva.



Si poneva il problema di una maggiore esposizione personale, anche perchè il *setting* formativo prevedeva la presenza, con compiti di osservazione, di una "platea" di studenti. Abbiamo allora introdotto alcune regole di protezione: gli studenti cambiano nome e viene loro richiesto di non rappresentar sè stessi, quando giocano il ruolo del paziente, ma una situazione che li abbia interessati dal punto di vista professionale. Allo studente-medico viene detto che può sperimentare anche stili di intervista, e quindi relazionali, che abbia osservato nella sua esperienza formativa e di cui voglia esplorare vantaggi e svantaggi.

Questa apertura di possibilità ha la funzione di creare per lo studente una sorta di protezione dai giudizi che gli consente, paradossalmente, di essere più autentico nella dinamica della relazione che si va costruendo momento per momento, sotto "l'ombrello" formale di questa opportunità.

Entrambi i ruoli giocati creano le condizioni, inoltre, per uno sviluppo ed una motivazione all'approfondimento *in itinere* di conoscenze precedentemente apprese in termini convenzionali, apprezzando l'utilità delle stesse nel contesto di una realtà simulata, ma verosimile sul piano della clinica e della cura.

Questo formato di *role-playing* prevede dei momenti di breve interruzione della scena per consentire la verbalizzazione, da parte dei protagonisti, di aspetti cognitivi della comunicazione o di vissuti che l'animatore-tutor ritiene debbano essere chiarificati per l'evolvere del gioco relazionale (un "parlare a lato", metacomunicando come nella commedia dell'arte).

Al termine della "rappresentazione", quando il tutor decide che gli elementi essenziali siano emersi, viene nuovamente ed in maniera più globale data la parola ai due "attori", invitandoli a focalizzare gli aspetti positivi dell'esperienza ("Cosa hai apprezzato?) ed a collegarli ad una descrizione precisa degli elementi che li hanno determinati. Successivamente il tutor sollecita il gruppo degli studenti osservatori a verbalizzare i contenuti delle loro osservazioni, astenendosi da giudizi su ciò che è stato "inscenato".

Nella nostra esperienza questa parte è la più difficile da tutelare e al tempo stesso la più importante per la "resa educativa" dell'esperienza.

Esiste infatti una tendenza spontanea da parte degli studenti (e forse non solo...!) a passare rapidamente a giudizi senza prendere coscienza del dettaglio e della complessità delle componenti osservate.

Interrompendo tempestivamente i giudizi, mentre viene stimolata l'attenzione del gruppo

sugli aspetti positivi, anche molti degli studenti più perplessi hanno incominciato a sviluppare fiducia nel metodo.

In alcuni contesti, con gruppi da dieci a venti studenti, è stato possibile in un secondo tempo estendere la possibilità a tutti di sperimentare, in prima persona, il gioco dei ruoli in simultanea, mettendoli a coppie e invitandoli poi alla verbalizzazione in plenaria.

Silenzi, ripetizioni, atteggiamenti corporei, tipo di sguardo, tono della voce, non possono essere insegnati come tecniche da imparare tali e quali perchè possono essere adatti per un medico ma inadatti per un altro.

Per esempio, la tecnica di tenere lo sguardo concentrato sul paziente può sicuramente trasmettergli la sensazione di essere al centro dell'attenzione, ma per alcuni può essere imbarazzante.

Anche per il medico un certo comportamento può risultare troppo distante dal suo modo spontaneo di essere, e la qualità della relazione ne risentirebbe.

Dal gioco continuo, vario e creativo delle situazioni simulate, invece, può maturare quella competenza relazionale unica e irripetibile di ognuno, arricchita però dalle esperienze vissute e da quelle osservate.

Abbiamo imparato dagli studenti che non ci sono modelli giusti di relazionarsi. Esistono, invece, tanti stili relazionali che possono arricchirsi, vicendevolmente, senza snaturarsi: un grande "piatto" di esperienza da cui ognuno può prendere gli ingredienti che meglio si integrano con il suo modo di essere.

In un *setting* formativo come quello descritto, incentrato su una comunicazione a tutto tondo, libera di svilupparsi creativamente ogni volta, l'animatore deve essere in grado di compensare la scarsa strutturazione con una attività di contenimento e di guida delle dinamiche che, via via, si sviluppano, sia a protezione dei vissuti degli studenti che delle finalità formative che si propone.

E' da notare che questo modello di *role-playing*, rispetto ai formati più strutturati, ha il vantaggio di un bassissimo costo sia in termini economici che di tempo per l'allestimento del *setting*. Inoltre può essere "improvvisato" in qualsiasi momento di un processo formativo qualora ne venga ravvisata l'utilità.

D'altra parte, è innegabile che questo tipo di approccio presuppone una formazione mirata del tutor-animatore. Non è un tipo di attività che si possa improvvisare, senza un *training ad hoc*, che preveda, tra l'altro, la personale sperimentazione delle complesse dinamiche in gioco.

Verso la valutazione...

Abbiamo poi iniziato ad utilizzare il *role-playing* anche in sede di valutazione, come momento di sintesi della capacità di integrazione delle competenze in gioco nella relazione di cura.

Anche in questo caso, siamo rimasti sorpresi dalla capacità degli studenti di autovalutarsi e di valutare, attraverso un'analisi oggettiva ma allo stesso tempo rispettosa della persona.

Riteniamo che in campo valutativo si debba, forse, rinunciare ad un po' di oggettività a favore di una attenzione che valorizzi gli elementi positivi di ogni stile personale.

Vanno certamente individuati i requisiti minimi, irrinunciabili, sul piano dei comportamenti, restringendone quanto più possibile la parametrizzazione rigida.

Per salvaguardare la complessa umanità del paziente e del medico è strategico lasciare ai protagonisti della relazione di cura la responsabilità di trovare il senso di ciò che è successo e di quello che non è ancora compiuto. Flessibilità, dubbio, problema ancora aperto inducono stati psichici che sono, di per sè, stimolo alla crescita personale.

Il valore educativo di queste esperienze ne evidenza, ovviamente, la fruibilità soprattutto in chiave autovalutativa e di valutazione *in itinere*.

Per la verifica delle competenze professionali nella loro complessità, si potrebbe peraltro immaginare di collocare il gioco dei ruoli in contiguità all'OSCE, metodologia che privilegia il riscontro delle abilità clinico-semiologiche, in un momento di valutazione di insieme finale.

E' forse questa una prospettiva di modello formativo-valutativo che realmente voglia investire nella direzione di una tutorialità sempre più forte ed integrata, attenta all'insieme delle competenze per la cura.

Bibliografia

1. Daniel C. Dennet: *La mente e le menti*, 1997, Ed. Sansoni
2. Joseph LeDoux: *Il cervello emotivo*, 1998, Ed. Baldini&Castoldi; Michael D. Gershon: *The second brain*, 1998, HarperCollins Publishers; Antonio R. Damasio: *Emozione e coscienza*, 1999, Ed. Adelphi; Stanley I. Greenspan: *L'intelligenza del cuore*, 1997, Ed. Mondadori
3. Ivan Cavicchi: *La clinica e la relazione*, 2004, Ed. Bollati Boringheri.



Il laboratorio di formazione personale nei corsi di laurea delle Professioni sanitarie

Donatella Valente (Roma La Sapienza)¹

Premessa

Il laboratorio di formazione personale, introdotto tra gli *skills lab* del *core curriculum* di alcuni corsi di laurea delle professioni sanitarie, costituisce per lo studente quello spazio formativo che attraverso una didattica interattiva di gruppo fornisce un valido supporto per l'apprendimento teorico e tecnico-pratico.

Pertanto, tale formazione non si aggiunge ma completa le altre nella pratica professionale, nell'acquisire competenze comportamentali che consentono di mettere in atto tecniche d'intervento nella specificità del loro contesto operativo mediante l'abilità al contatto umano. Tale abilità si esplica con: l'apertura, la disponibilità agli altri, la flessibilità emotiva ed affettiva, il controllo delle proprie emozioni, l'adattamento alle varie ed eterogenee situazioni proposte dalle dinamiche relazionali. Aspetti che costituiscono alcuni dei tratti del comportamento sociale maggiormente sollecitati nelle situazioni in cui si debbono condividere spazi di lavoro e di servizio, nonché attributi indispensabili nelle professioni sanitarie, soprattutto laddove avviene «la presa in carico» del paziente. In particolare modo, quando vi è un intervento diretto sulla persona (cure infermieristiche, terapia riabilitativa, intervento rieducativo,...), tali competenze comportamentali non possono essere attivate con un approccio spontaneistico, ma devono essere apprese attraverso una didattica interattiva che trasmetta allo studente tecniche comunicative alternative. Infatti, lo studente deve imparare ad integrare le proprie conoscenze con gli obiettivi da raggiungere nella pratica, fino al punto che il proprio *sapere* ed il proprio *sentire* possano essere «padroneggiati» e si esprimano al meglio nei suoi atti rivolti al paziente.

Inoltre, è ormai convinzione comune considerare indispensabile una competenza comunicativa ed interattiva che, attraverso l'uso di canali verbali ed analogici del corpo, permetta di sviluppare la capacità di trasmettere idee, fatti, sentimenti, costrutti, al fine di osservare e comprendere l'altro in modo specifico ed autentico specialmente se l'altro si trova in una condizione di disagio o di malattia.

In altri termini lo studente usufruendo del laboratorio può imparare a “*saper essere*” evidenziando quegli aspetti personali, inerenti i propri atteggiamenti e comportamenti, che sono appropriati per una comunicazione efficace con il paziente.

Didattica e metodologia

Coniugare una preparazione metodologica e culturale con una formazione fortemente professionalizzante appare oggi una imprescindibile esigenza nel lavoro di articolazione dei percorsi formativi delle professioni sanitarie. I termini chiave più esplicitivi di questa esigenza sono: integrazione, metodo di insegnamento prevalentemente basato sul *problem oriented learning*, contatto precoce con il paziente, buona acquisizione dell'abilità clinica o tecnico-pratica, acquisizione dell'abilità al contatto umano.

Nel laboratorio di formazione personale vengono attivati i seguenti approcci:

- *Problem centred discovery learning*: apprendimento basato sull'analisi del problema scoprendo un percorso di approfondimento
- *Problem-based learning*: apprendimento basato sulla soluzione del problema generalizzando le proprie conoscenze
- *Problem-centred learning*: apprendimento basato sull'inquadramento sistematico del problema in un riferimento culturale più ampio
- *Problem-solving learning*: apprendimento basato sulla soluzione concreta del problema

Mediante questo tipo di approccio lo studente può verificare in un'area rassicurante di simulazione se è in grado di utilizzare le informazioni precedentemente acquisite, oppure di rivedere ed approfondire con il confronto le proprie conoscenze. Le attività del laboratorio sollecitano quei processi del pensiero convergente necessari per valutare se si è in grado di applicare le regole conosciute in contesti nuovi, come pure quelli del pensiero divergente nel cercare soluzioni nuove e alternative, sia individualmente che in collaborazione con gli altri.

Inoltre, lo studente può “mettersi in gioco” con le proprie competenze che tendono a stimolare nel singolo il desiderio di mettere in atto le sue capacità potenziali non sempre sviluppate.

Si cresce tramite la progressiva accettazione di

¹ Corso di Laurea per Terapista della Neuro- e Psicomotricità dell'età evolutiva

sé e degli altri, si impara a valutare in positivo le proprie qualità e a creare delle relazioni migliori con se stessi e con gli altri. Il gruppo è una fonte inesauribile di espressività, ruoli, emozioni e creatività che risveglia nei partecipanti quei processi intuitivi indispensabili per la manifestazione delle specifiche abilità.

Tecniche

L'utilizzazione delle attuali tecniche pedagogiche permette allo studente di elaborare forme di pensiero e di ragionamento ogni volta più profonde e complesse senza attivare cambiamenti radicali, permette inoltre l'inserimento di altre possibilità accanto a quelle già esistenti. Difatti il processo educativo deve offrire delle chiavi di applicazione pratica e di riferimenti teorici che riescano a stimolare e suggerire tante opzioni diverse. Imparare, risolvere, decidere, creare è in sintesi lo scopo dell'attuale pedagogia che rende articolata la possibilità di sviluppo creativo delle capacità potenziali dello studente, spesso colta e gestita, intuitivamente, dal formatore. Le tecniche proposte hanno come meta il raggiungimento di un rapporto più significativo con sé stessi e con gli altri in un intergioco dialettico di interiorità-esteriorità, motivata, stimolata e guidata dal conduttore.

Il conduttore del gruppo, oltre a possedere una competenza professionale ed esperienziale pedagogica, deve avere le competenze specifiche richieste dal profilo professionale, deve garantire una formazione personale permanente e qualificata su di sé, al fine di porsi in un atteggiamento empatico nei confronti del gruppo di studenti, creando un clima di fiducia e disponibilità nel *setting* formativo-didattico.

Si possono utilizzare le seguenti tecniche partecipative attive:

- Espressione corporea, psicomotricità, rilassamento
- Disegno proiettivo, scrittura creativa
- Musicopedagogia, *Gestalt dance*
- Drammatizzazione creativa, racconto e immaginazione guidata, psicodramma pedagogico, *role-playing*
- *Training* affermativo-interattivo

E' importante sottolineare che questo tipo di tecniche viene utilizzato esclusivamente con finalità e con approccio educativo-formativo e non terapeutico. Lo scopo è quello di far emergere nello studente gli aspetti positivi e le potenzialità rispetto alle capacità e alle possibilità di sapersi relazionare. Durante questo tipo di attività didattica non si prendono in considerazione gli aspetti personali o le eventuali problematiche del singolo studente.

E' utile tuttavia essere in grado di fornire un servizio di counseling che lo studente potrà decidere di utilizzare al di fuori delle attività di laboratorio.

Obiettivi

Le competenze metodologico-didattiche fornite completano la formazione professionale con capacità che investono la persona dello studente: sentire, percepire, immaginare, intuire, agire, decidere, programmare, elaborare, utilizzare il proprio corpo, attraverso uno spazio di crescita e di maturazione.

I principali obiettivi sono:

- Migliorare la percezione e la consapevolezza di sé e della propria corporeità
 - Facilitare l'espressione di sé
 - Ascoltare, percepire ed incontrare l'altro
 - Potenziare e valorizzare le capacità intuitive e creative
 - Sviluppare la fiducia in se stessi
 - Sviluppare idee e accrescere le capacità decisionali
 - Incoraggiare il lavoro di gruppo e lo scambio interattivo
 - Favorire la comunicazione e i rapporti interpersonali
 - Conoscere e comprendere i meccanismi e le caratteristiche della comunicazione umana
 - Saper utilizzare nell'interazione i canali della comunicazione extraverbale
 - Evolvere nelle proprie difficoltà e nelle proprie possibilità relazionali
- Permettere il cambiamento attraverso l'apprendimento di nuove modalità di risposta

Conclusioni

Si auspica che al più presto in tutti i Corsi di Laurea delle professioni sanitarie venga introdotto questo tipo di didattica per garantire allo studente una formazione completa. L'operatore sanitario infatti oltre a conoscere e saper applicare le tecniche apprese cognitivamente (lezioni frontali e studio individuale) e praticamente (tirocinio) deve saper trovare le modalità interattive più adeguate per poterle applicare.

La definizione di competenza professionale fornitaci da Norman (1985) ci ha stimolato negli anni passati una autocritica del lavoro svolto nei corsi di laurea, ma soprattutto ci ha spinto ad aprire i nostri orizzonti adeguandoci alle nuove tecniche pedagogiche.

"La competenza professionale è l'uso abituale e prudente di competenze comunicative, cognitive e tecniche, di ragionamento clinico, di emozioni, valori e riflessioni nella pratica clinica nell'interesse dell'individuo e della comunità".

Bibliografia

1. Binetti P., D. Valente. *Tradizione e innovazione nella formazione universitaria delle professioni sanitarie*. Società Editrice Universo. 2003
2. Binetti P., M.G. De Marinis. *La prospettiva pedagogica nella Facoltà di Medicina*. Società Editrice Universo. 2002
3. Manes S., *68 nuovi giochi per la conduzione dei gruppi*. F. Angeli. 2002
4. De Santi A., I. Simeoni. *I gruppi di lavoro nella sanità*. Carocci Faber. 2003
5. Bermolen M., G. Dal Porto, L. Moretto. *Verso una pedagogia olistica*. Bulzoni. 1993
6. Bermolen A., M. G. Dal Porto. *La via del simbolo*. CVX. 2001
7. Nanetti F., *I segreti del corpo*. Armando. 2003
8. Guerra Lisi S., *Sinestesiarti*, Borla. 1998
9. Argyle M., *Il corpo e il suo linguaggio*. Zanichelli 1993
10. Romano C., *Corpo itinerario possibile*. Giunti e Lisciani. 1988
11. Vopel K. W., *Giochi di interazione per adolescenti e giovani*. Elle Di Ci. 1993
12. Di Pietro M., *L'educazione razionale-emotiva*. Erickson. 1992
13. Feder B., R. Ronall, *Oltre la sedia bollente*. Magi. 1996

